

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

SILVANE RASADOR

FATORES ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
NORDESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PORTO ALEGRE

2017

SILVANE RASADOR

FATORES ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
NORDESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Dissertação apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande
do Sul.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Claides Abegg

PORTO ALEGRE

2017

SILVANE RASADOR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FATORES ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO
NORDESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 30 de outubro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciana Barcellos Teixeira
Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Virginia Leismann Moreto
Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Gehysa Guimarães Alves
Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde
Universidade Luterana do Brasil

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Claides Abegg pelos ensinamentos, pelo apoio e por ter abraçado esta causa conjunta comigo. Você é exemplo de sabedoria e determinação.

À minha família por terem compreendido minhas ausências e principalmente ao Vitor pela paciência e incentivo durante este percurso.

À Elisandra Arioli pelo auxílio diário na coleta de dados. Sem sua ajuda a conclusão desta etapa não teria sido possível.

Ao hospital Dr. Bartholomeu Tacchini por ter permitido a realização deste estudo incentivando a pesquisa em sua instituição e acreditando na qualificação do serviço.

A todas as puérperas que gentilmente se propuseram a participar desta pesquisa.

Muito obrigada!!!

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

RESUMO

Introdução: Elevadas taxas de cesariana não indicam melhores desfechos maternos e perinatais. **Objetivo:** Investigar os fatores associados à via de nascimento em um hospital de atendimento misto, público e privado, da região Nordeste do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal com 676 puérperas realizado entre janeiro e maio de 2017. Os dados foram obtidos de registros hospitalares e entrevistas com as mulheres logo após o parto na maternidade. A análise dos dados foi realizada por intermédio do teste de associação do Qui-quadrado de Pearson e Regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** A prevalência de cesariana foi de 58,7%, sendo 41,7% no setor público e 83,9%, no privado. Cesárea prévia foi o principal fator associado à realização de cesariana (RP=5,69; IC95%=3,64 – 8,90), seguido por fonte de financiamento do parto (RP=1,54; IC=1,27 – 1,87), fonte de financiamento do pré-natal (RP=1,48; IC=1,22 – 1,79), profissional do pré-natal e parto (RP=1,46; IC=1,28 – 1,66) e profissional do pré-natal (RP=1,43; IC=1,07 – 1,90). **Conclusões:** Os achados indicam a necessidade de mudança no modelo de assistência ao parto, o qual é altamente medicalizado, centrado no profissional médico e na atenção hospitalar.

Palavras-chave: Parto. Cesárea. Fatores de risco. Financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT

Introduction: High cesarean section rates do not point towards better maternal and perinatal outcomes. **Objectives:** To describe factors associated with the mode of delivery in a hospital extending public and private healthcare services, in the northeastern region of the State of Rio Grande do Sul. **Method:** Transversal study with 676 postpartum women, conducted from January to May 2017. The data were collected from hospital records and interviews with women shortly after delivery in the maternity ward. Data analysis was performed by associating the Pearson's chi-square and the Poisson regression with robust error variance tests. **Results:** The prevalence of cesarean sections was 58.7%, in that 41.7% in public healthcare and 83.9% in private healthcare. The main reason for having a cesarean section was having had a previous one (PR=5.69; CI 95%=3.64 – 8.90), followed by source of financing for childbirth (PR=1.54; CI=1.27 – 1.87), source of financing for prenatal care (PR=1.48; CI=1.22 – 1.79), the prenatal care professional plus delivery (PR=1.46; CI=1.28 – 1.66) and the prenatal care professional alone (PR=1.43; CI=1.07 – 1.90). **Conclusions:** The findings suggest a change in the current childbirth care model, characterized by over-medication, and focused on the doctor and on hospital care.

Keywords: Childbirth. Cesarean section. Risk factors. Healthcare financing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis sociodemográficas, obstétricas, do pré-natal e relacionadas ao parto.....	25
Tabela 2 - Análise univariada dos fatores associados à via de nascimento.....	29
Tabela 3 - Análise multivariada mediante Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados com a via de nascimento.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BG - Bento Gonçalves

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

RP - Razão de prevalência

RS - Rio Grande do Sul

SC - Santa Catarina

SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SP - São Paulo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 A CESARIANA.....	13
2.2 PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL DAS CESARIANAS.....	14
2.3 PANORAMA ESTADUAL E MUNICIPAL DAS CESARIANAS.....	16
2.4 FATORES ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO.....	17
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 OBJETIVO GERAL.....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4 METODOLOGIA.....	21
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	21
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	21
4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA.....	21
4.4 COLETA DE DADOS	21
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	22
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	23
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5 RESULTADOS.....	25
6 DISCUSSÃO.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
APÊNDICE A - Instrumento de pesquisa.....	43
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.....	48
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante.....	51

1 INTRODUÇÃO

Até o século XIX, a assistência às gestantes era realizada por parteiras, mulheres que aprenderam seu ofício na prática, ocorrendo o trabalho de parto no ambiente domiciliar (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010). A partir do século XX, o parto tornou-se um evento médico e passou a ser realizado dentro de ambiente hospitalar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). A institucionalização do nascimento e principalmente o fato de o parto ser visto como um acontecimento médico contribuiu para uma redução de nascimentos por via vaginal e aumento de cirurgias cesarianas.

Essas mudanças na assistência ao parto levaram, nos últimos anos, diversos países a discutirem seus modelos de atenção ao parto devido às crescentes taxas de cesariana. O Brasil também apresentou uma inversão no padrão de nascimentos, sendo que as operações cesarianas tornaram-se o modo mais comum de nascer, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país, destes, 85% nos serviços privados e 40% nos serviços públicos (BRASIL, 2016). Tais indicadores configuram ao país uma das maiores taxas de cesárea do mundo, sendo apontado como um exemplo de possível abuso deste procedimento (SASS; HWANG, 2009).

A proporção de cesarianas a nível populacional é uma medida do nível de acesso aos serviços de saúde, e uso de uma intervenção obstétrica efetiva para salvar vidas (BETRÁN et al., 2015). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em algumas regiões da África, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a conseqüente indisponibilidade de cesarianas, contribuem para o aumento da morbimortalidade materna e infantil, conferindo à África subsaariana mais de metade de todos os casos de óbitos maternos em todo o mundo, cerca de 500 óbitos por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2012). Em contraste, diversos países têm buscado alternativas para reduzir suas elevadas taxas de cesariana, as quais estão associadas com um aumento no risco de resultados maternos graves, comparado com o parto vaginal, e deveriam ser realizadas apenas quando os benefícios compensam os riscos adicionais associados à cirurgia (SOUZA et al., 2010).

Althabe et al. (2006), explorando a associação de taxas de cesariana de diferentes países com suas taxas de mortalidade materna e neonatal, mostram que enquanto em países de baixa renda, o aumento das taxas de cesariana contribui para diminuir a mortalidade materna e neonatal, em países de média e alta renda, esse aumento não está associado a mudanças nas taxas de mortalidade.

Declaração da OMS ressalta que, ao nível populacional, taxas de cesárea superiores a 10% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal e que as cesáreas são eficazes para salvar a vida de mulheres e bebês quando indicadas por motivos médicos. Salienta ainda que não há evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios (WHO, 2015).

Altas taxas de cesariana no Brasil e, principalmente, no Sul do país, são consideradas um problema de saúde pública e associam-se a fatores sociais, econômicos e culturais, os quais podem levar ao mau uso da tecnologia médica na atenção ao parto (FREITAS et al., 2005).

O recente estudo “Nascer no Brasil”, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz foi a primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no país e encontrou uma taxa de 51,9% de cesarianas, atingindo 89,9% no setor privado (LEAL et al., 2014). No estado do Rio Grande do Sul, considerando-se dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2015, dos 148.359 nascimentos, 61% ocorreram por cesariana.

Semelhante ao país e ao estado do RS, em Bento Gonçalves (BG), a taxa de cesarianas tem se elevado progressivamente, passando de 38,6% em 1992, para 69,3% em 2014. Ressalta-se que entre 2002 e 2014, do total de partos realizados pela saúde suplementar, 88,4% foram cesáreas e no Sistema Único de Saúde (SUS) essa taxa alcançou 44,5%, indicando que as cesarianas ocorrem em maior número no setor privado quando comparadas com o setor público (BENTO GONÇALVES, 2015).

Esses dados indicam a necessidade de se rever o modelo de assistência ao parto adotado no município nos últimos anos, que, ao que tudo indica, contribuiu para que se instalasse um contínuo e crescente número de cesarianas, espaço este, anteriormente ocupado por elevadas taxas de parto vaginal. Mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro têm sido objeto de estudos e de políticas recentes (DOMINGUES et al., 2014).

Diante desses indicadores e considerando que estudos vêm apontando associação entre as elevadas taxas de cesariana e a morbimortalidade materna e neonatal, torna-se relevante investigar quais fatores encontram-se associados à via de nascimento no município em questão.

Entender como se distribui esse procedimento no país é relevante para a reflexão sobre o papel das políticas públicas nesse contexto (BRASIL, 2012a). Os achados deste estudo poderão contribuir para o desenvolvimento de ações com vistas à redução das taxas de cesarianas no município, bem como melhora dos indicadores perinatais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CESARIANA

A incorporação à medicina de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia diminuíram, significativamente, os riscos hospitalares, o que contribuiu para o aumento da realização de operações cesarianas (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Essa intervenção cirúrgica objetiva reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (PATAH; MALIK, 2011). Quando realizada por indicações médicas, a cesárea é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. No entanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários e não apresenta benefícios (MS, 2016).

A evolução dos métodos cirúrgicos obstétricos contribuiu para a redução dos riscos relacionados ao procedimento, entretanto, estudo que avaliou a associação entre cesárea e desfechos maternos e perinatais em oito países da América Latina, evidenciou que a cesárea esteve associada à maior utilização de antibióticos pós-parto, severa morbidade e mortalidade materna, maior número de bebês admitidos em Unidade de Terapia Intensiva por sete dias ou mais e aumento nas taxas de mortalidade neonatal (VILLAR, 2006). Ao avaliar a taxa de mortalidade de mulheres no ano de 1994 à 2011 e a taxa de infecção puerperal no período de 2000 à 2011, de acordo com o tipo de parto para a população que utiliza os serviços do SUS no Brasil, verificou-se uma maior proporção de eventos desfavoráveis quando é realizada a cesárea (BRASIL, 2012a).

Estudo de caso-controle realizado no Brasil verificou que o risco de morte materna pós-parto foi quase três vezes maior na cesárea quando comparado com o parto vaginal, principalmente devido à hemorragia pós-parto e complicações da anestesia (PEREIRA et al., 2016).

Pesquisas recentes têm demonstrado possíveis efeitos a longo prazo do nascimento por cesariana, como maior risco de obesidade infantil, desenvolvimento de espectro autista e asma. Estudo de coorte prospectivo americano, realizado entre 1996 e 2012, com 22.068 participantes, verificou que indivíduos nascidos por cesariana foram 15% mais propensos a se tornarem obesos durante o seguimento do que aqueles nascidos por parto vaginal. Na análise

intrafamiliar, constataram uma probabilidade 64% maior de obesidade nas crianças nascidas por cesariana quando comparadas a seus irmãos nascidos por via vaginal (YUAN et al., 2016). Outro estudo que investigou associação da via de nascimento com transtorno do espectro autista, confirmou achados prévios que relataram que crianças nascidas por cesariana são cerca de 20% mais propensas a serem diagnosticadas com este transtorno (CURRAN et., 2015). Em metanálise realizada por Huang (2015), foi observado cerca de 20% de aumento no risco para asma em crianças nascidas de cesárea eletiva e de emergência.

Além dos riscos para as mulheres e os recém-nascidos, as cesarianas desnecessárias também causam um elevado custo para o sistema de saúde. Relatório da OMS que avaliou taxas de cesarianas de 137 países, representando 95% dos nascimentos mundiais no ano de 2008, revelou que o custo mundial do excesso de cesarianas foi estimado em 2,32 bilhões de dólares, enquanto que o custo para disponibilizar cesarianas em países onde não há acesso foi estimado em 432 milhões. Além disso, em países onde as cesarianas foram necessárias, o custo médio da cirurgia foi estimado em 135 dólares, enquanto que em países com excesso de cesarianas o custo chegou a 373 dólares, o que as torna 2,8 vezes mais caras em países que utilizam este procedimento em excesso (GIBBONS et al., 2010).

2.2 PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL DAS CESÁREAS

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos (WHO, 2015). No entanto, têm surgido questionamentos se essas taxas ainda seriam ideais. Estudo ecológico mundial, realizado pela OMS, concluiu que taxas de cesariana maiores que 10% a nível populacional não estiveram associadas à diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal (YE, 2015). Revisão sistemática de estudos ecológicos observou que, a nível populacional, o aumento das taxas de cesárea até o limiar de 9 a 16% mostrou-se associado à redução da morbimortalidade materna, neonatal e infantil, no entanto, taxas superiores a 16% não demonstraram associação com o desfecho (BETRÁN et al., 2015). Em 2015, a OMS publicou uma nova declaração enfatizando que taxas superiores a 10% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal (WHO, 2015).

Estudo realizado por Betrán et al. (2016), que avaliou dados de 150 países mostrou que a média global da taxa de cesarianas é 18,6%, variando de 6% nas regiões menos desenvolvidas a 27,2% nas mais desenvolvidas. As menores taxas foram encontradas na África (7,3%) e as mais elevadas na América Latina e Caribe (40,5%), sendo a América do

Sul a sub-região que apresentou as taxas médias mais elevadas do mundo (42,9%). Também foi observado que na América Latina e no Caribe os países que apresentaram as maiores taxas de cesariana foram o Brasil (55,6%) e a República Dominicana (56,4%), na África, o Egito (51,8%) e o Iran (47,9%), na Ásia, a Turquia (47,5%), na Europa, a Itália (38,1%), na América do Norte, os Estados Unidos (32,8%) e na Oceania, a Nova Zelândia (33,4%).

No Brasil, em apenas oito anos (2001-2008), as cesarianas aumentaram de 38% para 48,8%, e em várias Unidades da Federação os partos operatórios passaram a ser mais numerosos que os vaginais (VICTORA et al., 2011). Dados do SINASC disponíveis no site do DATASUS evidenciam que no ano de 2009, pela primeira vez, o número de nascimentos por cesariana superou o de partos vaginais no país tornando-se o principal modo de nascimento. A Pesquisa Nacional de Saúde (2013) constatou que 53,5% das mulheres submetidas à cesariana, agendaram a mesma com antecedência, ainda no período pré-natal (IBGE, 2015).

Embora o aumento da realização de cesarianas faça parte de um fenômeno mundial, ele tem particularidades próprias no Brasil, devido às proporções continentais e diferenças regionais significativas (ACCETTA, 2011). Recentemente, estudo que descreveu a tendência temporal dos nascimentos no Brasil conforme o tipo de parto, entre os anos de 2000 e 2010, mostrou a tendência ascendente da proporção de nascimentos por via cirúrgica em todas as regiões do país, encontrando-se esta proporção acima de 50%, aproximando-se de 60% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste (RATTNER; MOURA, 2016).

Conforme Souza e Castro (2014), esta elevada taxa de cesáreas indica o grau de hipermedicalização da maternidade em que se situa o país, tornando-se um problema complexo e multifatorial, cujas causas incluem o protagonismo dos obstetras na assistência ao parto, as armadilhas do sistema de saúde que tornam a cesárea mais conveniente para muitos profissionais de saúde e a percepção de considerável parcela da população sobre uma possível superioridade dessa via de parto.

Ao se comparar a taxa de cesárea no Brasil em relação a outros países que têm as menores taxas como Inglaterra e Holanda, cabe lembrar que esses países dispõem de diferente regulação das práticas médicas e modelos de atenção à saúde materna, onde se insere a figura das parteiras profissionais de nível universitário (PARIS et al., 2014). A organização do sistema de saúde e a disponibilidade de parteiras e enfermeiras obstétricas são fatores contribuintes para a discussão do aumento das taxas de cesárea (BARROS et al., 2011).

2.3 PANORAMA ESTADUAL E MUNICIPAL DAS CESARIANAS

Os dados do SINASC têm mostrado um crescimento contínuo das taxas de cesariana no estado do RS que passaram de 35,9% no início dos anos 90, para 62,6% em 2013. Neste ano, todos os municípios gaúchos ultrapassaram a taxa de cesarianas recomendada pelo MS. Na grande maioria (76%), as taxas foram superiores a 60% (BENTO GONÇALVES, 2015).

Freitas et al. (2005), em um estudo realizado no estado do RS em 1996, 1998 e 2000, investigaram o efeito das desigualdades sociais nas taxas de cesariana em primíparas e encontraram uma taxa média de cesarianas de 45%, sendo acima de 37% para todas as macro-regionais e mais incidente na macro-região Serra. Para os autores, embora taxas anuais excessivamente altas tenham ocorrido em todas as macro-regionais, ocorreram desigualdades socioeconômicas com proporções maiores de cesárea na Serra, regional mais rica e com melhores indicadores de saúde.

Em estudo retrospectivo realizado na cidade de Pelotas/RS, foram observados partos ocorridos em duas maternidades no ano de 2007 e comparados com dados obtidos nos anos de 1993 e 1994, nos quais houve um incremento das cesáreas nas duas instituições com índices de 40,7% e 41,1% (REIS et al., 2009). Barros et al. (2011) descreveram, também na cidade de Pelotas/RS, uma taxa global de cesarianas de 45%, 36% entre usuárias do SUS e 81% entre pacientes do sistema privado, relatando que 35% foram cesáreas eletivas.

Em BG a situação é semelhante ao restante do estado, porém, com taxas de cesariana mais elevadas às observadas nos estudos supracitados. Observando-se os dados do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), disponibilizados no ano de 2015, percebe-se desde 1993 um aumento gradativo e constante deste procedimento no município, passando de 38,6% em 1992, para 69,3% em 2014. De forma inversa, os partos vaginais que, em 1992 representavam 61,4% do total de nascimentos vivos, passaram a representar 30,7% em 2014. Houve diferença nas taxas de cesárea com relação à fonte de financiamento do parto, sendo o setor privado o detentor das maiores taxas (BENTO GONÇALVES, 2015).

No ano de 2015, a SMS, através do Programa de Coordenação de Saúde da Mulher, em parceria com o hospital de referência ao atendimento materno-infantil e com a Secretaria Estadual de Saúde, sediou no município o X Fórum Perinatal do RS, com o objetivo de discutir sobre o atendimento ao parto, as elevadas taxas de cesariana na cidade, bem como

debater sobre as melhores evidências científicas relacionadas ao processo de trabalho de parto. Após este encontro uma carta com recomendações foi elaborada e encaminhada à gestão do referido hospital, visando mudanças nas práticas obstétricas.

2.4 FATORES ASSOCIADOS À VIA DE NASCIMENTO

O aumento das taxas de cesariana no Brasil, observado predominantemente, a partir de 1970, ressalta a importância de identificar e estudar os fatores associados à decisão pelo tipo de parto (PATAH; MALIK, 2011). A busca por fatores que justifiquem aumentos nas taxas de cesárea é essencial para que soluções possam ser pensadas (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Um estudo piloto identificou os determinantes da decisão por cesárea em duas unidades de saúde suplementar no Rio de Janeiro e apresentou como hipótese inicial que a construção da decisão por cesariana se processa em três momentos ao longo da gestação e parto. Primeiramente, o nível socioeconômico da gestante, seu contexto sociocultural, experiências reprodutivas anteriores e informações sobre os tipos de parto, influenciam a escolha inicial. Durante a gestação, informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e do próprio médico no pré-natal, podem modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos. Por fim, fatores relacionados à evolução do trabalho de parto e o próprio tipo de assistência oferecida, podem alterar a escolha final da via de parto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2007).

Recentemente, Accetta (2011), apontou que os fatores determinantes da via de parto no mundo contemporâneo incluem as indicações médicas tradicionais, as complicações clínicas pré-existentes e as condições clínicas que podem surgir durante a gestação, as características da população e também condições socioeconômicas e culturais.

Quanto às indicações médicas, as principais condições fetais e maternas nas quais a realização da cesárea tem vantagens sobre o parto vaginal, de acordo com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina (2002) são: apresentação pélvica em primíparas, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, gestação gemelar monoamniótica, gestação trigemelar, feto acima de 4.500g, feto em apresentação transversa, feto prematuro em apresentação não cefálica, herpes genital ativo, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida com carga viral acima de 1.000 cópias ou desconhecida, pacientes com mais de uma cesárea prévia, placenta prévia, prolapso de cordão e sofrimento fetal agudo.

Souza, Amorim e Porto (2010), em revisão da literatura em busca das melhores evidências disponíveis sobre indicações de cesariana, constataram que o procedimento está formalmente indicado na placenta prévia total e quando há desproporção cefalopélvica diagnosticada pelo uso judicioso do partograma, sendo que em outros casos, pode haver indicação de cesárea intraparto.

Com relação às condições clínicas que podem surgir durante a gestação, Pádua et al. (2010) encontraram associação entre cesariana e presença de hipertensão/eclâmpsia, doenças crônicas e outras condições médicas. Freitas, Sakae e Jacomino (2008) também associaram o aumento nas taxas de cesárea à presença de patologias na gestação.

O desejo das mulheres por este tipo de parto tem sido apontado como um fator contribuinte para o aumento das taxas de cesárea. Dados recentes da pesquisa “Nascer no Brasil”, evidenciaram uma preferência por parto vaginal de cerca de 66% no início da gestação, sendo que 27,6% das entrevistadas referiram preferência pela cesariana e 6,1% não tinham uma preferência bem definida. Quanto aos motivos para a escolha do parto, a pesquisa mostrou que 68,5% das mulheres escolheram o parto vaginal devido a melhor recuperação e 46,6% escolheram a cesariana devido ao medo da dor do parto (DOMINGUES et al., 2014).

Diversos estudos trazem a associação entre as taxas de cesariana e fatores socioeconômicos como maior escolaridade, idade materna elevada e maior número de consultas de pré-natal (FREITAS et al., 2005; SAKAE; FREITAS; D’ORSI, 2009). Belizán et al. (1999) encontraram uma clara e positiva associação entre indicadores socioeconômicos e a proporção de cesarianas. Dos 19 países avaliados, todos os que apresentavam produto nacional bruto per capita abaixo de 2.800 euros mostraram taxas de cesárea abaixo de 15%, enquanto que os países com produto nacional bruto per capita acima de 2.800 euros tiveram taxas de cesárea acima de 15%. Além disso, em todos os países, a proporção de taxas de cesárea em hospitais privados foi maior que nos hospitais públicos ou mantidos pela seguridade social. Os autores reforçam que embora taxas de cesárea sejam positivamente relacionadas com maior renda e classe social, mulheres com baixa renda têm maior risco obstétrico.

Estudo alemão relatou que a decisão por cesariana é realizada com base nos riscos avaliados, após uma extensa discussão com as parteiras e médicos envolvidos, juntamente com a gestante e sua família. A decisão para realizar uma cesariana é baseada principalmente na questão do que é melhor para salvar as vidas da mãe e do bebê (MYLONAS; FRIESE, 2015).

Estudo brasileiro realizado em Maringá/PR apontou que o município possui uso predominante de tecnologias, pelo aumento do número de cesáreas, independente do tipo de financiamento do parto, disponibilizando a tecnologia também para as mulheres que são atendidas pelo SUS no pré-natal e parto (PARIS et al., 2014).

Apesar dos avanços nos indicadores de saúde materna e infantil nas últimas décadas, o Brasil ainda possui importantes desafios a superar, entre os quais está a medicalização abusiva do parto, expressa pelas elevadas taxas de cesariana (VICTORA et al., 2011). O MS tem apontado a necessidade de qualificar a atenção ao parto bem como reduzir as cesarianas no país sem, no entanto, ter atingido resultados satisfatórios. Reis et al. (2009) defendem a necessidade de aumento nas campanhas a favor do parto vaginal com o objetivo de desfazer a imagem negativa que muitas gestantes têm, baseadas em mitos e medos. Além disso, é preciso qualificar a equipe para o atendimento ao parto vaginal, que exige mais sensibilidade e paciência para acompanhar a gestante. É preciso educar o público em geral sobre o parto e o nascimento e o falso mito que a cesárea eletiva é melhor para mãe e bebê (GUZMAN; LUDMIR; DEFRANCESCO, 2015).

Domingues et al. (2014) reforçam que o grande desafio que persiste é o de transformar recomendações em práticas, com adoção, nos serviços públicos e privados, de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com tratamento digno e respeitoso às mulheres. A identificação dos fatores associados à realização de cesarianas possibilitará implementar ações para garantir que as mesmas sejam destinadas àquelas situações em que realmente se justificam, baseadas em indicações médicas, reduzindo desta forma a morbimortalidade materna e infantil associada ao seu uso abusivo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar os fatores associados à via de nascimento em um hospital de atendimento misto, público e privado, da região Nordeste do estado do Rio Grande do Sul.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever a prevalência da via de nascimento de acordo com a fonte de financiamento (público/privado);
- b) verificar associações entre a via de nascimento e fatores sociodemográficos, obstétricos, da assistência pré-natal e relacionados ao parto;
- c) reconstituir a preferência inicial e verificar a decisão final da via de nascimento.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal. Um estudo transversal consiste em verificar numa amostra as possíveis relações entre a variável que representa o desfecho e as variáveis que supostamente estão associadas a ele, sendo as mensurações feitas num único momento no tempo (ROUQUAYROL e SILVA, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital de atendimento misto, público e privado, localizado em um município da região Nordeste do estado do RS, Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada para o ano de 2017 no município estudado foi de 115.069 habitantes. Do ponto de vista econômico, as principais atividades concentram-se no setor moveleiro, vinícola, metalúrgico, de transportes e frutícola. A rede básica de saúde no município é constituída por 23 unidades de saúde, sendo 11 tradicionais e 12 com Estratégia de Saúde da Família. Há ainda duas Unidades de Pronto Atendimento e um hospital privado que realiza atendimento também a usuários do SUS.

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO E AMOSTRA

A população-alvo deste estudo foi composta por puérperas do período de janeiro a maio de 2017. A maioria das mulheres eram residentes no município em que foi realizada a pesquisa e as demais oriundas de cidades adjacentes.

A amostra foi estimada com base em dados sobre nascimentos ocorridos no município no ano de 2015, calculando-se inicialmente cerca de 700 em um período de seis meses.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores previamente treinados, ambos profissionais da área da saúde e ocorreu a partir da verificação diária dos nascimentos no

Centro Obstétrico (CO) entre os meses de janeiro a maio. Após, foi realizada a entrevista na maternidade.

Inicialmente foram coletados dados sobre o parto de cada puérpera no livro de registros do CO e em seguida foi realizada uma entrevista na maternidade utilizando um formulário criado para este fim, baseado na pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (APÊNDICE A). A fim de evitar perdas, o livro de registro de partos da instituição foi verificado diariamente pelos pesquisadores para, após, proceder-se à abordagem da puérpera. A coleta de dados foi realizada ainda durante o período de internação, respeitando-se um período mínimo de 12 horas após o parto. Ao término de cada entrevista, o pesquisador revisou os formulários com o objetivo de verificar o correto preenchimento e realizou a busca de dados faltosos com o retorno à puérpera, caso necessário.

Informações sobre condições sociodemográficas, obstétricas, atenção pré-natal e relacionadas ao parto foram coletadas durante a entrevista. Outros dados sobre o parto bem como indicação da cesárea informada pelo médico foram obtidos de registros hospitalares através da verificação da ficha de parto padrão utilizada no CO. Esta é preenchida pela equipe do serviço após a ocorrência de cada parto. Os dados contidos nesta ficha encontram-se junto ao formulário de entrevista constituindo sua parte final (APÊNDICE A).

A fonte de financiamento do estudo foi constituída por recursos próprios do pesquisador.

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Como variável dependente foi considerada a via de nascimento caracterizada como vaginal ou cesárea. Ainda que na entrevista tenham sido coletados outros dados, são descritas a seguir apenas as variáveis utilizadas para os objetivos do presente estudo.

Os fatores investigados como variáveis independentes foram categorizados em três grupos descritos abaixo:

1) Dados sociodemográficos: idade (menor ou igual a 25 anos, 26 a 34 anos, 35 anos ou mais); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior); cor da pele auto-referida (branca, não branca); situação conjugal (vive com companheiro, vive sem companheiro); ocupação remunerada (sim, não); renda familiar (até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, acima de 4 salários mínimos).

2) Dados obstétricos e da assistência pré-natal: planejamento gestacional (sim, não); paridade (primípara, múltipara); cesárea prévia em múltiparas (sim, não); realização do pré-

natal (sim, não); fonte de financiamento do pré-natal (público, privado); número de consultas de pré-natal (1 a 5, 6 ou mais); profissional que realizou o pré-natal (médico, médico e enfermeiro); gestação de risco (sim, não); presença de doenças hipertensivas na gestação atual (sim, não); presença de diabetes na gestação atual (sim, não); via de parto desejada no início da gestação (vaginal, cesárea, não tinha preferência) e o que influenciou esta preferência inicial; aconselhamento pré-natal (sim, não); qual aconselhamento (parto vaginal é melhor, cesárea é melhor, ambos); decisão final da via de parto (sem decisão, parto vaginal, cesárea); decisão de quem (sua, do médico, conjunta/você mais médico, de outra pessoa).

3) Dados relacionados ao parto: fonte de financiamento do parto (público, privado); médico que realizou o parto (mesmo do pré-natal, diferente); motivo da cesárea referido pela paciente; indicação da cesárea informada pelo obstetra; tipo de cesárea (durante o trabalho de parto/intraparto, programada/eletiva).

Informações sobre a renda foram coletadas levando-se em conta a renda familiar bruta mensal com base no número de salários da família, sendo o valor do salário mínimo vigente R\$ 937,00 no ano de 2017. Com relação ao número de consultas de pré-natal, foi considerado o número mínimo de seis consultas durante a gestação com base nas recomendações do MS (BRASIL, 2012b). As razões referidas pelas mulheres quanto à preferência inicial pela via de parto estão descritas no Apêndice A (Questão 28) deste trabalho. No que se refere à indicação médica da cesariana foram coletadas as informações dos registros hospitalares e com relação ao motivo da cesariana relatado pela puérpera foram considerados os expostos no Apêndice A (Questão 32, letra b).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A digitação dos dados foi realizada pelo pesquisador principal em um banco de dados criado no Programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows*, versão 18.0 e ocorreu diariamente até a conclusão da amostra. O banco de dados foi revisado posteriormente com o objetivo de identificar possíveis erros de digitação sendo a maioria dos problemas solucionados com o retorno ao formulário de entrevista.

A análise dos dados ocorreu no programa SPSS e inicialmente incluiu a distribuição de frequência das variáveis estudadas e realização do teste de associação pelo teste Qui-quadrado de Pearson. A seguir calculou-se a razão de prevalência pela Regressão de Poisson com variância robusta univariada e multivariada. O critério para entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresenta-se um valor $p < 0,20$ na análise univariada.

O nível de significância adotado foi de 5%. Foram mantidas no modelo final as variáveis que se associaram ao desfecho ($p \leq 0,05\%$).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS (ANEXO A) e pelo CEP da instituição hospitalar coparticipante do estudo (ANEXO B). A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação do projeto nos respectivos Comitês de Ética.

Previamente ao início da entrevista, as participantes receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo que uma cópia deste termo foi entregue a cada puérpera e outra cópia assinada por cada participante permaneceu com o entrevistador (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

O tamanho final da amostra foi de 676 puérperas com um percentual de perdas de 4,1%. Partos domiciliares e extra-hospitalares (2 no total) foram incluídos no estudo, pois após o nascimento mãe e bebê foram imediatamente encaminhados à maternidade hospitalar. Ocorreram 13 perdas por alta hospitalar anterior à realização da entrevista (1,85%) e apenas seis puérperas recusaram participar do estudo (0,85%). Por razões operacionais, estrangeiras que não compreendiam português foram excluídas da população de pesquisa (3 no total = 0,4%). Mulheres cujo parto resultou em um feto morto também foram excluídas do estudo devido às condições psicológicas da parturiente, situação que poderia interferir na opinião da mesma (6 no total), bem como uma puérpera cujo bebê foi entregue à adoção após o nascimento (1%).

As características sociodemográficas, obstétricas, da assistência pré-natal e relacionadas ao parto estão descritas na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis sociodemográficas, obstétricas, do pré-natal e relacionadas ao parto

Variáveis	N	%
Idade		
≤ 25	254	37,6
26 – 34	300	44,4
≥ 35	122	18,0
Escolaridade		
Fundamental	155	23,0
Médio	316	46,7
Superior	205	30,3
Cor da pele		
Branca	463	68,5
Não branca	213	31,5
Situação Conjugal		
Com companheiro	615	91,0
Sem companheiro	61	9,0
Ocupação remunerada		
Sim	468	69,2
Não	208	30,8
Renda familiar ¹		
Até 2 salários mínimos	302	44,9
De 2 a 4 salários mínimos	260	38,7
Acima de 4 salários mínimos	110	16,4

(continuação)

Variáveis	N	%
Planejamento gestacional		
Sim	372	55,1
Não	303	44,9
Paridade		
Primípara	372	55
Multípara	304	45
Cesárea prévia		
Sim	175	57,6
Não	129	42,4
Realização de pré-natal		
Sim	673	99,6
Não	03	0,4
Financiamento do pré-natal		
Público	374	55,6
Privado	299	44,4
Profissional do pré-natal		
Médico	583	86,6
Médico e Enfermeiro	90	13,4
Número de consultas do pré-natal		
1 a 5	56	8,3
6 ou mais	617	91,7
Médico pré-natal e parto		
Mesmo médico	252	37,4
Médico diferente	421	62,6
Gestação de risco		
Sim	155	22,9
Não	521	77,1
Hipertensão/pré-eclâmpsia/eclâmpsia-gestação atual		
Sim	67	9,9
Não	608	90,1
Diabetes na gestação atual		
Sim	39	5,8
Não	636	94,2
Via de parto desejada no início da gestação		
Vaginal	448	66,3
Cesariana	160	23,7
Não tinha preferência	68	10,1
Aconselhamento no pré-natal		
Sim	462	68,8
Não	210	31,3
Qual aconselhamento		
Cesárea é melhor	28	6,1
Parto normal é melhor	407	88,1
Ambos	27	5,8

(continuação)

Variáveis	N	%
Financiamento do parto		
Público	403	59,6
Privado	273	40,4
Via de parto		
Vaginal	279	41,3
Cesárea	397	58,7
Tipo de cesárea		
Intraparto (durante o parto)	169	42,6
Eletiva (programada)	228	57,4

¹ Considerado o valor do salário mínimo vigente ao ano de 2017 - R\$ 937,00

Fonte: Dados da pesquisa.

Foram entrevistadas 676 puérperas, com média de idade de 28 anos (DP = 6,25), sendo a idade mínima de 16 anos e máxima de 45 anos. A maioria da população investigada autodenominou-se como branca (68,5%), apresentava ensino médio (46,7%), vivia com companheiro (91%), possuía alguma ocupação remunerada (69,2%) com renda bruta familiar de até 2 salários mínimos (44,9%).

Somente 55,1% das mulheres relataram ter planejado a gestação atual. Quanto à paridade, 372 mulheres eram primíparas (55%) e 304 multíparas (45%). Entre as multíparas, 57,6% haviam tido pelo menos uma cesárea anterior.

Com relação ao pré-natal, 55,6% realizaram as consultas no serviço público, e o restante o fizeram de forma particular ou através de planos privados de saúde (44,4%). Apenas três mulheres declararam não ter realizado assistência pré-natal (0,4%), sendo que a imensa maioria realizou no mínimo seis consultas (91,7%), conforme preconizado pelo MS. O profissional médico foi responsável pela realização de 86,6% das consultas de pré-natal e as demais foram realizadas por médico e enfermeiro.

Aproximadamente 23% das puérperas relataram gestação de risco ou foram encaminhadas para algum serviço de atendimento à gestação de alto risco. Quando se avaliou a presença de doenças hipertensivas e diabetes na gestação atual, encontramos na amostra, respectivamente, 9,9% e 5,8% de prevalência destas patologias.

Quando interrogadas sobre a via de parto preferencial no início da gestação, 66,3% das mulheres citaram a via vaginal, sendo que 10,1% não possuíam uma preferência inicial definida. Quanto ao motivo da escolha desta via de parto no início da gestação, 61,8% das mulheres relataram a melhor recuperação do parto vaginal. Dentre as mulheres que preferiam a cesariana no início da gestação, prevaleceu o medo da dor do parto vaginal (45,2%) como

principal motivo apontado (dados não apresentados em tabela). Com relação à orientação no pré-natal sobre a melhor via de parto, 68,8% das mulheres receberam algum aconselhamento, e destas, a grande maioria recebeu orientações sobre os benefícios do parto vaginal (88,1%). Ressalta-se que 31,3% das mulheres referiram não ter recebido nenhum aconselhamento no pré-natal sobre a melhor via para o nascimento do bebê. Verificamos ainda que 37,4% das mulheres foram assistidas pelo mesmo médico durante o pré-natal e parto.

Já no final da gestação, quando questionadas se havia decisão sobre a via de parto, 56,4% apontaram o parto vaginal sendo que 70,4% das mulheres relataram que a decisão sobre a via de nascimento foi uma escolha delas (dados não apresentados em tabela). No entanto, 58,7% das mulheres tiveram a cesariana como via de parto final. Ao avaliarmos a fonte de financiamento do parto, observa-se que das 676 puérperas entrevistadas, 403 (59,6%) tiveram o parto no SUS.

Salienta-se que 57,4% das cesáreas foram eletivas, isto é, foram agendadas previamente antes da mulher entrar em trabalho de parto. Quando se avalia o motivo da cesariana relatado pela puérpera, destaca-se que aproximadamente 29% delas solicitaram a realização de cesariana e outras 20,2% referiram motivos como: o bebê era grande; não tinha passagem; não teve dilatação. Quanto ao motivo da cesariana relatado pelo médico, encontramos um número elevado de cesarianas a pedido da mulher e/ou eletivas (44,1%) e cerca de 10% por condição fetal não tranquilizadora (dados não apresentados em tabela).

A prevalência de cesarianas foi de 58,7%, atingindo 83,9% no setor privado. Já no setor público, 58,3% das mulheres tiveram parto vaginal, no entanto, o número de cesarianas também foi expressivo neste setor (41,7%).

Na análise univariada, observou-se a associação do desfecho com as seguintes variáveis: maior idade materna; maior escolaridade; ocupação remunerada; renda elevada; planejamento gestacional; cesariana prévia; financiamento privado do pré-natal; realização de pré-natal apenas por médico; mesmo médico a realizar pré-natal e parto; ter desenvolvido alguma doença hipertensiva na gestação atual (hipertensão arterial, pré-eclâmpsia e eclâmpsia); desejo por cesariana ou não ter uma preferência bem definida pela via de parto no início da gestação e financiamento privado do parto (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise univariada dos fatores associados à via de nascimento

Variáveis	Prevalência		RP (IC 95%)	p
	Vaginal	Cesárea		
Idade				
≤ 25	142 (55,9)	112 (44,1)	1,00	
26 – 34	107 (35,7)	193 (64,3)	1,46 (1,24 – 1,72)	<0,001
≥ 35	30 (24,3)	92 (75,4)	1,71 (1,44 – 2,03)	<0,001
Escolaridade				
Fundamental	91 (58,7)	64 (41,3)	1,00	
Médio	132 (41,8)	184 (58,2)	1,41 (1,14 – 1,74)	<0,001
Superior	56 (27,3)	149 (72,7)	1,76 (1,43 – 2,16)	<0,001
Cor da pele				
Branca	182 (39,3)	281 (60,7)	1,11 (0,96 – 1,28)	0,138
Não branca	97 (45,5)	116 (54,5)	1,00	
Situação Conjugal				
Com companheiro	245 (39,8)	370 (60,2)	1,35 (1,01 – 1,81)	0,037
Sem companheiro	34 (55,7)	27 (44,3)	1,00	
Ocupação remunerada				
Sim	166 (35,5)	302 (64,5)	1,41 (1,20 – 1,66)	<0,001
Não	113 (54,3)	95 (45,7)	1,00	
Renda familiar				
Até 2 salários mínimos	156 (51,7)	146 (48,3)	1,00	
De 2 a 4 salários mínimos	95 (36,5)	165 (63,5)	1,31 (1,13 – 1,52)	<0,001
Acima de 4 salários mínimos	25 (22,7)	85 (77,3)	1,59 (1,37 – 1,86)	<0,001
Planejamento gestacional				
Sim	123 (33,1)	249 (66,9)	1,37 (1,19 – 1,56)	<0,001
Não	155 (51,2)	148 (48,8)	1,00	
Paridade				
Primípara	141 (37,9)	231 (62,1)	1,13 (0,99 – 1,29)	0,052
Múltipara	138 (45,4)	166 (54,6)	1,00	
Cesárea prévia				
Sim	27 (15,4)	148 (84,6)	6,06 (3,93 – 9,34)	<0,001
Não	111 (86)	18 (14)	1,00	
Financiamento do pré-natal				
Público	221 (59,1)	153 (40,9)	1,00	
Privado	56 (18,7)	243 (81,3)	1,98 (1,73 – 2,27)	<0,001
Profissional do pré-natal				
Médico	217 (37,2)	366 (62,8)	1,88 (1,39 – 2,53)	<0,001
Médico e Enfermeiro	60 (66,7)	30 (33,3)	1,00	
Número de consultas do pré-natal				
1 a 5	27 (48,2)	29 (51,8)	1,00	
6 ou mais	250 (40,5)	367 (59,5)	1,14 (0,88 – 1,49)	0,298
Médico pré-natal e parto				
Mesmo médico	41 (16,3)	211 (83,7)	1,90 (1,68 – 2,15)	<0,001
Médico diferente	236 (56,1)	185 (43,9)	1,00	
Gestação de risco				
Sim	59 (38,1)	96 (61,9)	1,07 (0,92 – 1,23)	0,342
Não	220 (42,2)	301 (57,8)	1,00	

Variáveis	Prevalência		(continuação)	p
	Vaginal	Cesárea	RP (IC 95%)	
Hipertensão/pré-eclâmpsia/eclâmpsia-gestação atual				
Sim	14 (20,9)	53 (79,1)	1,39 (1,21 – 1,61)	<0,001
Não	264 (43,3)	344 (56,6)	1,00	
Diabetes na gestação atual				
Sim	12 (30,3)	27 (69,2)	1,19 (0,95 – 1,48)	0,120
Não	266 (41,6)	370 (70,2)	1,00	
Via de parto desejada no início da gestação				
Vaginal	232 (51,8)	216 (48,2)	1,00	
Cesariana	25 (15,6)	135 (84,4)	1,75 (1,55 – 1,96)	<0,001
Não tinha preferência	22 (32,4)	46 (67,6)	1,40 (1,16 – 1,69)	<0,001
Aconselhamento no pré-natal				
Sim	188 (40,7)	274 (59,3)	1,01 (0,88 – 1,16)	0,821
Não	87 (41,6)	122 (58,4)	1,00	
Financiamento do parto				
Público	235 (58,3)	168 (41,7)	1,00	
Privado	44 (16,1)	229 (83,9)	2,01 (1,77 – 2,28)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme observado na tabela 3, após o ajuste, verificou-se que, quanto maior a escolaridade, maior a prevalência de cesariana. Mulheres com ensino superior apresentaram 33% a mais de chance de ter cesárea, quando comparadas com as que possuíam o ensino fundamental (95%IC=1,07-1,65).

Entre as múltiparas submetidas à cesárea prévia, a prevalência de cesariana foi quase seis vezes maior do que às com parto vaginal anterior (95%IC=3,64-8,90).

Ao se avaliar a via de nascimento de acordo com a fonte de financiamento do pré-natal, encontramos uma prevalência de cesarianas de 48% nas mulheres que realizaram pré-natal no serviço privado, quando comparado às que realizaram no público (95%IC=1,22-1,79).

Quando o pré-natal é realizado apenas pelo profissional médico, há uma prevalência 43% maior de realização de cesariana do que quando o pré-natal inclui o profissional enfermeiro (95%IC=1,07-1,90).

Também verificou-se uma diferença importante com relação ao médico que realizou o pré-natal e o parto. Quando o profissional médico que acompanhou o parto, foi o mesmo que realizou o pré-natal, encontramos 46% de prevalência de cesariana em comparação àquelas mulheres assistidas por diferentes médicos no pré-natal e parto (95%IC=1,28-1,66).

A presença de doenças hipertensivas (hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia) durante a gestação, apresentaram uma prevalência de cesariana de 45% (95%IC=1,25-1,66).

Ao se avaliar o desejo pela via de parto no início da gestação, verificamos que existe uma prevalência de cesariana de 27% nas mulheres que já possuíam preferência inicial por cesárea em comparação às que tinham desejo inicial por parto vaginal (95%IC=1,13-1,42). Mesmo o grupo de mulheres que não apresentava uma preferência inicial bem definida, apresentou uma prevalência de cesariana de 21% em relação às que preferiam o parto vaginal (95%IC=1,02-1,43).

Observou-se 54% de prevalência de cesarianas nas mulheres que realizaram o parto no setor privado em comparação às que foram atendidas no serviço público (95%IC=1,27-1,87).

Tabela 3 - Análise multivariada mediante Regressão de Poisson para avaliar fatores independentemente associados à via de nascimento

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	p
Idade		
≤ 25	1,00	
26 – 34	1,03 (0,88 – 1,21)	0,746
≥ 35	1,04 (0,87 – 1,25)	0,668
Escolaridade		
Fundamental	1,00	
Médio	1,26 (1,03 – 1,53)	0,022
Superior	1,33 (1,07 – 1,65)	0,010
Cor de pele		
Branca	0,93 (0,82 – 1,07)	0,308
Não branca	1,00	
Situação Conjugal		
Com companheiro	1,11 (0,84 – 1,47)	0,460
Sem companheiro	1,00	
Ocupação remunerada		
Sim	1,03 (0,88 – 1,20)	0,725
Não	1,00	
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	1,00	
De 2 a 4 salários mínimos	1,03 (0,89 – 1,19)	0,694
Acima de 4 salários mínimos	1,09 (0,92 – 1,30)	0,305
Planejamento gestacional		
Sim	1,05 (0,92 – 1,21)	0,484
Não	1,00	
Paridade		
Primípara	1,11 (0,98 – 1,25)	0,114
Múltipara	1,00	

Variáveis	(continuação)	
	RP ajustada (IC 95%)	p
Cesárea prévia		
Sim	5,69 (3,64 – 8,90)	<0,001
Não	1,00	
Financiamento do pré-natal		
Público	1,00	
Privado	1,48 (1,22 – 1,79)	<0,001
Profissional do pré-natal		
Médico	1,43(1,07 – 1,90)	0,016
Médico e Enfermeiro	1,00	
Médico pré-natal e parto		
Mesmo médico	1,46 (1,28 – 1,66)	<0,001
Médico diferente	1,00	
Hipertensão/pré-eclâmpsia/eclampsia - gestação atual		
Sim	1,45 (1,25 – 1,66)	<0,001
Não	1,00	
Diabetes na gestação atual		
Sim	1,06 (0,86 – 1,31)	0,574
Não	1,00	
Via de parto desejada no início da gestação		
Vaginal	1,00	
Cesárea	1,27 (1,13 – 1,42)	<0,001
Não tinha preferência	1,21 (1,02 – 1,43)	0,031
Financiamento do parto		
Público	1,00	
Privado	1,54 (1,27 – 1,87)	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

A prevalência de cesariana encontrada, 58,7%, foi similar a da região Sul do Brasil descrita por Rattner e Moura (2016), e maior do que a referida por Leal et al. (2014) em recente estudo brasileiro que apontou taxa nacional de 51,9%. Assim como no presente estudo, estes autores também observaram um maior número de cesáreas no setor privado (89,9%), quando comparado ao setor público.

No estado do RS, estudo conduzido por Silveira e Santos (2004), na cidade de Pelotas, encontrou uma prevalência de 30% de cesáreas no SUS. Anos depois, Barros et al. (2011), verificaram na mesma cidade, taxa global de cesarianas de 45%, sendo 36% no SUS e 81% no serviço privado. Relatório recente da OMS concluiu que em termos populacionais taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e salientou que mais do que buscar atingir uma taxa específica, deve-se garantir que as mesmas sejam feitas nos casos em que são necessárias (WHO, 2015).

A associação entre escolaridade e a ocorrência de cesariana, presente neste estudo, é consenso na literatura (FREITAS et al., 2005; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; PÁDUA et al., 2010; RATTNER; MOURA, 2016). Considerando-se que a escolaridade é um importante determinante social e que o município no qual o estudo foi realizado, possui um Índice de Desenvolvimento Humano considerado alto (0,778), esse fator sugere que a cesárea ocorreu em mulheres com melhores condições econômicas apesar de a variável renda não ter permanecido no modelo final após o ajuste (NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A variável mais fortemente associada com o desfecho foi cesárea prévia, a qual apresentou prevalência quase seis vezes maior de ocorrência de nova cesárea, quando comparada às múltíparas com apenas parto vaginal anterior. Este achado também foi descrito por Sakae, Freitas e D'Orsi (2009) em Florianópolis/Santa Catarina (SC) e recentemente por Oliveira et al. (2016), na cidade de Maringá/Paraná. O elevado número de cesarianas em primíparas encontrado neste estudo é alarmante (62,1%), como já descrito por Domingues et al., (2014) e Freitas e Fernandes (2016), pois predispõe a realização de novas cesarianas em gestações futuras. Patel e Jain (2010) concluíram que no parto vaginal, após cesárea prévia, há raros riscos, porém, com graves resultados adversos quando ocorre ruptura uterina. O receio da ocorrência da ruptura uterina pode ser uma explicação possível para a indicação de nova cesariana. Ao mesmo tempo, os riscos da cesárea de repetição são mais frequentes, no entanto, menos sérios.

Constatou-se que a realização do pré-natal no sistema privado associou-se a maior realização de cesariana. Resultado semelhante foi verificado por Freitas e Savi (2011), na cidade de Tubarão/SC, onde ter realizado pré-natal no setor privado aumentou em mais de 80% a probabilidade de cesárea. Da mesma forma Ferrari, Carvalhaes e Parada (2016), em recente estudo em Botucatu/São Paulo (SP), verificaram associação entre cesárea eletiva e realização de pré-natal na rede de saúde suplementar. Esse achado pode sugerir influência dos profissionais de saúde do serviço privado na maior indicação deste tipo de parto.

A realização de pré-natal apenas por médico também mostrou-se associada à maior prevalência de cesarianas. A recomendação do MS é que as consultas de pré-natal sejam intercaladas entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2012b). O profissional enfermeiro possui amparo legal e ético para realizar o pré-natal de baixo risco propiciando inclusive, reais benefícios à clientela (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010). No entanto, a assistência pré-natal realizada por enfermeiros ainda é restrita no país, com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste (VIELLAS et al., 2014). Comparando modelos de realização de pré-natal, uma revisão sistemática recente concluiu que no modelo em que as gestantes recebiam assistência obstétrica contínua liderada por obstetizes, observou-se menor probabilidade de haver intervenções e maior de satisfação com os cuidados oferecidos. Entretanto, os dois modelos de assistência apresentaram probabilidade idêntica de nascimento por cesariana (SANDALL et al., 2016).

De acordo com Patah e Malik (2011), a clientela assistida pelo sistema de saúde suplementar ou que assume diretamente as despesas em saúde, geralmente é atendida pelo mesmo médico no pré-natal e parto. Fato este que tem propiciado um estreito relacionamento médico-paciente favorecendo o planejamento e a realização da cesárea o que explicaria a maior ocorrência deste tipo de parto quando o médico que realizou o parto foi o mesmo que realizou o pré-natal. Similarmente, estudo conduzido por Almeida et al. (2008), em uma maternidade privada em Ribeirão Preto/SP, já havia descrito esta relação muito próxima entre médico obstetra e paciente nos serviços privados. Nessa circunstância, o mesmo médico acompanha o pré-natal e parto, situação que favorece a transformação do tipo de parto em um item de consumo, o qual é acessível de acordo com o poder de compra do paciente.

Diversos estudos têm verificado a probabilidade maior de cesariana entre mulheres com doenças hipertensivas na gestação atual, como sinalizado nesta pesquisa. Silveira e Santos (2004), Almeida et al. (2008) e Oliveira et al. (2016), verificaram associação da cesárea com hipertensão arterial. Villar et al. (2006) encontraram associação entre cesárea e pré-eclâmpsia e Pádua et al. (2010), com ambas, cesárea com hipertensão e eclâmpsia entre

multíparas. No entanto, a baixa prevalência destas patologias neste estudo não explica o elevado número de cesáreas encontrado.

O desejo por cesariana no início da gestação ou não ter uma preferência inicial definida pela via de parto mostrou associação com a maior realização de cesariana. Esta tem sido uma das explicações para as elevadas taxas apresentadas em todo o mundo. No entanto, apesar de Domingues et al. (2014) evidenciarem o aumento do desejo pela cesariana no Brasil quando comparado a estudos anteriores, os autores mostram que as mulheres ainda preferem o parto vaginal no início da gestação. Revisão sistemática verificou que apenas uma minoria de mulheres, 15,6%, numa grande variedade de países expressou preferência por cesariana, sendo maior em mulheres com cesárea anterior e nas que vivem em países de renda média (MAZZONI et al., 2011).

Verificou-se forte associação entre cesariana e financiamento privado do parto observando-se uma prevalência de 54%. Tal achado corrobora o que já foi apontado por Freitas e Savi (2011), Paris et al. (2014) e Freitas e Fernandes (2016). A influência do sistema de saúde privado também foi demonstrada por Patah e Malik (2011), ao afirmar que nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também o são, sugerindo o predomínio de indicações não médicas. A forma como se organiza a assistência ao parto no setor privado em que o atendimento ao pré-natal e parto é realizado geralmente por um médico de escolha da mulher havendo a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra pode justificar o elevado número de cesarianas na saúde suplementar (DOMINGUES et al., 2014).

Alguns estudos verificaram diferenças na realização de partos vaginais e cesarianas ao longo da semana e em determinados horários do dia, sendo a cesariana mais frequente nos dias úteis e em períodos diurnos sugerindo o predomínio de fatores não médicos como justificativa para sua realização (ALMEIDA et al., 2008; BARROS et al., 2011; RATTNER; MOURA, 2016).

Com relação às indicações de cesariana, percebeu-se discordância entre os motivos alegados pelas puérperas e a indicação médica com base nos registros hospitalares, fato também observado por Dias et al. (2008) e Iorra et al. (2011). Dos motivos informados pelo médico para a indicação da cesariana com base nos registros hospitalares, destaca-se o elevado número de cesarianas a pedido da mulher e/ou eletivas (44,1%). Entretanto, observa-se uma discordância deste percentual em relação ao relatado pelas mulheres (29%), sugerindo uma flexibilização na interpretação médica das indicações clínicas do parto operatório, conforme já apontado recentemente por Freitas e Fernandes (2016). Pode-se ainda considerar

a possibilidade de preenchimento incorreto da indicação do procedimento cirúrgico, questão também apontada por Dias et al. (2008), o que denotaria a necessidade de melhorias nos registros hospitalares.

Neste estudo, as variáveis fortemente associadas ao aumento da prevalência de cesariana relacionaram-se mais a fatores obstétricos, da assistência pré-natal e ao parto em detrimento de fatores sociodemográficos. No entanto, a associação observada com maior escolaridade, fonte de financiamento privada do pré-natal, parto privado e mesmo médico que realizou pré-natal e parto já sugerem o que diversos estudos vêm apontando, mostrando que as taxas de cesárea no Brasil são maiores em grupos populacionais de melhores condições econômicas (PÁDUA et al., 2010).

De acordo com a OMS, ainda não estão claros os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico sendo necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde (WHO, 2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados na literatura e permitem concluir que as causas associadas às elevadas taxas de cesariana são complexas e multifatoriais. Vivemos um momento de banalização do procedimento em nosso país que tem contribuído para o crescimento das taxas deste procedimento, o qual não é acompanhado de melhores indicadores maternos e neonatais, expressos pelo não alcance do objetivo de desenvolvimento do milênio, relacionado à redução da mortalidade materna.

O elevado número de mulheres com preferência pelo parto vaginal no início da gestação não refletiu na via de parto final indicando que as mesmas não estão sendo incentivadas na sua preferência inicial. São necessários mais estudos para explicar o que ocorre durante o pré-natal que faz com que as taxas de cesárea sejam tão elevadas ao final da gestação, visto que o estudo demonstrou não haver uma preferência inicial das mulheres pela cesariana e nem indicação médica que justifique essas taxas.

A forte associação encontrada entre cesárea prévia e realização de cesariana nos remete ao que diversos estudos já têm apontado quanto à importância de prevenir a cesárea entre as primíparas, pois esse fator pode influenciar nas gestações futuras atuando no incremento das taxas de parto operatório. A realização da prova de trabalho de parto em gestantes com cesárea anterior mostra-se como uma alternativa segura na redução das taxas de cesariana e com boas chances de sucesso.

Sugere-se a utilização dos Planos de Parto como ferramenta para estimular a reflexão dos desejos da mulher sobre o seu trabalho de parto bem como, a discussão sobre a indicação de um parto operatório caso necessário, considerando-se que este dispositivo influencia positivamente o processo de parto reforçando a autonomia das mulheres e aumentando sua satisfação.

Recomenda-se ações na saúde suplementar com vistas à redução das alarmantes taxas de parto cirúrgico presentes neste setor. Importante ainda considerar a inserção de outros profissionais na assistência direta ao parto de baixo risco, como enfermeiras obstétricas ou obstetrizes e doulas, conforme já ocorre em outros países, a exemplo da Holanda, onde há menor intervenção médica e a participação de outros profissionais na assistência obstétrica, o que tem trazido resultados positivos. Acredita-se que a participação do enfermeiro na realização do pré-natal de baixo risco e no acompanhamento do trabalho de parto tende a modificar o cenário atual da principal via de nascimento no município em estudo.

REFERÊNCIAS

- ACCETTA, S. G. **Fatores de risco clínicos, obstétricos e demográficos relacionados à indicação de cesarianas em nulíparas em um hospital universitário**: estudo de coorte prospectivo. 2011. 113 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- ALMEIDA, S. et al. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2909-2918, 2008.
- ALTHABE, F. et al. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. **Birth**, Berkeley, v. 33, n. 4, p. 270-277, 2006.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Cesariana: indicações**. São Paulo: AMB/CFM; 2002. (Projeto Diretrizes). Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf>. Acesso em: 01 maio 2017.
- BARROS, A. J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 635-643, 2011.
- BELIZÁN, J. M. et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ**, Londres, v. 319, n. 7222, p. 1397-1400, 1999.
- BENTO GONÇALVES. Secretaria Municipal da Saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. **Relatório epidemiológico natalidade sistema de informações sobre nascimentos – SINASC**. Dados numéricos. 1992 a 2014. Rio Grande do Sul. Bento Gonçalves, 2015.
- BETRÁN. A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, Londres, v. 12, n. 57, 2015.
- BETRÁN. A. P. et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional, and national estimates: 1990-2014. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343>>. Acesso em: 07 jul. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CURRAN, E. A. et al. Association between obstetric mode of delivery and autism spectrum disorder: a population-based sibling design study. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n. 9, p. 935-942, 2015.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 101-116, 2014.

FERRARI, A. P; CARVALHAES, M. A. B. L; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 75-88, 2016.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005.

FREITAS, P. F; SAKAE, T. M; JACOMINO, M. E. M. L. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, 2008.

FREITAS, P. F; SAVI, E. P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2011.

FREITAS, P. F; FERNANDES, T. M. B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 525-538, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Pesq_CtroColab20062008_Cesarianas_desnecessarias.pdf>. Acesso em: 12 set. 2017.

GARCIA, S. A. L; GARCIA, S. A. L; LIPPI, U. G. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2 (parte 1), p. 241-247, 2010.

GIBBONS, L. et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. **World Health Report**, Geneva, n. 30, 2010.

GUZMAN, E; LUDMIR, J; DEFRANCESCO, M. High cesarean section rates in Latin America, a reflection of a different approach to labor? **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, Irvine, v. 5, p. 433-435, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2015.58062>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

HUANG, L. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma? A meta-analysis. **Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma**, Ossining, v. 52, n. 1, p. 16-25, 2015. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02770903.2014.952435?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 12 set. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bento-goncalves/panorama>>. Acesso em: 21 ago. 2017.

IORRA, M. R. K. et al. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 3, p. 260-268, 2011.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-47, 2014.

MAZZONI, A. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynecology**, Oxford, v. 118, n. 4, p. 391-399, 2011.

MYLONAS, I; FRIESE, K. Indications for and risks of elective cesarean section. **Deutsches Arzteblatt International**, Cologne, v. 112, n. 29/30, p. 489-495, 2015.

NAÇÕES UNIDAS. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/bento-goncalves_rs>. Acesso em: 13 jun. 2017.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

OLIVEIRA, R. R. et al. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0734.pdf>. Acesso em: 29 set. 2017.

PÁDUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, 2010.

PARIS, G. F. et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 12, p. 548-554, 2014.

PATAH, L. E. M; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 185-194, 2011.

PATEL, R. M; JAIN, L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. **Seminars in Perinatology**, Nova York, v. 34, n. 4, p. 272-280, 2010. Disponível em: <[http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005\(10\)00031-5/pdf](http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005(10)00031-5/pdf)>. Acesso em: 29 set. 2017.

PEREIRA, A. P. E. et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153396>>. Acesso em: 29 set. 2017.

RATTNER, D; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, 2016.

REIS, S. L. S. et al. Parto normal x Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidade no Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 7-10, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAKAE, T. M; FREITAS, P. F; D'Orsi, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of System Review**, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub4/full>>. Acesso em: 12 set. 2017.

SASS, N; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 133-137, 2009.

SILVEIRA, D. S; SANTOS, I. S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 231-241, 2004.

SOUZA, J. P. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Medicine**, p. 8-71, 10 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/71>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, 2010.

SOUZA, J. P; CASTRO, C. P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 11-13, 2014.

VICTORA, C. G. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, Londres, v. 377, n. 9780. p. 1863-1876, 2011.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, Londres, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on caesarean section rates**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

YE, J. et al. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, Oxford, v. 123, n. 5, p. 745-753, 2015. No prelo.

YUAN, C et al. Association between cesarean birth and risk of obesity in offspring in childhood, adolescence, and early adulthood. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 170, n. 11, e162385, 2016.

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

Questionário nº |__|_|_|

Data da entrevista: |__|_|_| Nome do entrevistador: _____

(“Vou fazer algumas perguntas sobre você”)

Qual é o seu nome? _____

Qual é sua data de nascimento? |__|_|_| Telefone para contato? _____ Qual o seu endereço completo? _____

Se puérpera não entrevistada: Qual o motivo? ()recusa ()alta precoce ()outro _____

1)Qual a sua idade? _____

2)Eu gostaria de saber qual é sua escolaridade? 1()nenhuma 2()ensino fundamental incompleto 3()ensino fundamental completo 4()ensino médio incompleto 5()ensino médio completo 6()ensino superior incompleto 7()ensino superior completo

3)Entre as cores de pele que vou citar a seguir, qual que você considera ser a sua (autorreferida)? 1()preta 2()parda/morena 3()branca 4()amarela 5()indígena

4)Entre as opções de situação conjugal que vou citar a seguir, qual é a sua? 1()solteira 2()casada no papel 3()união estável/vive com companheiro 4()separada 5()viúva

5)Você tem alguma ocupação/trabalho remunerado? 1()Sim 2()Não

6)Agora eu gostaria de saber quanto sua família ganha por mês/renda mensal?

1()< 1 salário mínimo 2()até 2 salários mínimos 3()2 a 4 salários mínimos
4()4 a 10 salários mínimos 5()acima de 10 salários mínimos

“Agora eu vou pedir que você preencha algumas questões”: **Solicitar a participante que preencha as questões número 07, 08, 09, 10, 11, 12 e 13, auxiliar se necessário:**

7)Esta foi a sua primeira gestação? 1()Sim- primigesta 2()Não- multigesta

Se a resposta à pergunta anterior for Sim, devolva o questionário e vá para a nº 14.

8)**Se não**, quantas gestações anteriores você teve, contando com algum aborto?

1()1 2()2 3()3 4()4 5()5ou+ _____

09)Você teve algum aborto/perda com menos de 5 meses de gravidez? 1()Sim 2()Não

10)Quantos abortos? 1() 2() 3() 4() 5()5ou+ _____

11)Quantos partos você já teve? 1() 2() 3() 4() 5()5ou+ _____

12)Quantos foram partos normais? 1() 2() 3() 4() 5()5ou+ _____

13)E quantos foram cesárea? 1() 2() 3() 4() 5()5ou+? _____

“Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre a sua gestação, o pré-natal e o parto”

14) Eu gostaria de saber se esta gestação foi planejada? 1()Sim 2()Não

15)Qual tipo de gestação você teve? 1()única 2()gemelar(dois) 3()gemelar(três)

16)Você realizou pré-natal? 1()Sim 2()Não

17)Em qual serviço você realizou pré-natal? 1()público(SUS) 2()privado 3()ambos

18)Qual foi o profissional que realizou seu pré-natal? 1()médico 2()enfermeiro
3()médico+enfermeiro

19)Quantas consultas de pré-natal você realizou? Total:____ 1()0 a 5 2()6 ou +

20)O seu parto foi pago pelo? 1()SUS 2()plano de saúde 3()particular

21)Sobre o profissional/médico que atendeu o parto, foi o mesmo que acompanhou o pré-natal? 1()Sim 2()Não

22)Você tinha algum problema de saúde/doença antes da gravidez?1() Sim 2() Não

23)**Se sim**, Qual?Quais? 1()pressão alta 2()diabetes 3()epilepsia/convulsão

4()derrame/AVC 5()doença do coração 6()doença mental 7()outros:_____

24)E durante a gravidez, você teve algum problema de saúde? 1()Sim 2()Não 25)Se sim, Qual?(ler as opções) 1()o colo não segurava o bebê 2()problemas no crescimento do bebê na sua barriga 3()pouco líquido amniótico 4()muito líquido amniótico 5()problema de sangue Rh negativo 6()placenta baixa/prévia 7()descolamento de placenta após 7º mês de gravidez 8()perda de líquido porque bolsa rompeu antes da hora 9()diabetes/açúcar alto no sangue por causa da gravidez 10()pressão alta por causa da gravidez 11()eclâmpsia/convulsões 12()ameaça de parto prematuro 13()sinais de sofrimento no bebê 14()sífilis 15()infecção urinária/cistite 16()infecção pelo HIV/AIDS 17()toxoplasmose que precisou tratar 18()pré-eclâmpsia 19()Outras doenças: Quais:_____

26)Você foi considerada gestante de risco ou precisou ser encaminhada a outro serviço para gestantes de risco? 1()Sim 2()Não

27)Falando sobre o seu parto, no começo da gravidez que tipo de parto você queria ter? 1()normal 2()cesárea 3()não tinha preferência

28)O que você acha que pôde ter influenciado a sua preferência, no começo da gravidez, em relação ao tipo de parto? *Não ler as opções* 1()histórias de parto da sua família/amigas 2()a preferência de seu marido pelo tipo de parto 3()o medo da dor do parto normal 4()o medo do parto normal alterar sua vagina 5()queria ligar as trompas 6()o medo da cesariana 7()o medo da anestesia 8()para agendar a data do parto 9()ter um profissional conhecido na hora do parto 10()experiência anterior positiva com parto normal 11()experiência anterior negativa com parto normal 12() experiência anterior positiva com cesariana 13() experiência anterior negativa com cesariana

14()informação na internet 15()informação em grupo de gestantes 16()parto normal é melhor que cesariana 17()melhor recuperação no parto normal 18()Outros:_____

29)E durante o seu pré-natal, você teve algum aconselhamento/orientação sobre qual o melhor tipo de parto? 1()Sim 2()Não

a)**Se Sim, Qual?** 1()Cesárea é melhor 2()Parto normal é melhor 3()Ambos

30)Lembrando sobre o final da sua gravidez, próximo a data do parto, já havia decisão sobre o tipo de parto? 1()Não 2()Sim, parto normal 3()Sim, parto cesárea

31)De quem foi esta decisão? 1()Sua 2()Do médico 3()Conjunta (você+médico)

4()outra pessoa Quem: _____

32)Qual foi o tipo de parto realizado nesta gestação? 1()normal 2()cesárea

-Se na pergunta anterior, a resposta foi cesárea, ir para a opção A, B, C e D.

Só para quem teve cesárea

a)Em que momento foi decidido que seu parto seria cesariana? 1()No pré-natal

2()Na admissão hospitalar 3()No pré-parto 4()Já na sala de parto

b)Eu gostaria de saber se você lembra qual foi o motivo/indicação médica da cesárea?

1()queria fazer cesárea 2()queria fazer laqueadura 3()o bebê tinha circular de cordão 4()já tinha uma cesárea anterior 5()já tinha 2 ou + cesáreas anteriores 6()o bebê estava

sentado 7()o bebê estava atravessado 8()o bebê era grande/não tinha passagem/não teve

dilatação 9()havia pouco liquido 10()não queria sentir a dor do parto normal 11()o bebê

entrou em sofrimento 12()passou da hora/pós-maturidade 13()a bolsa rompeu

14()grávida de gêmeos 15()pressão alta 16()hemorragia 17()diabetes 18()placenta

prévia 19()falha na indução 20()prolapso de cordão 21()descolamento prematuro de

placenta 22()HIV ()Outro: _____

c)Ao realizar a cesariana, você realizou ligadura tubária? 1()Sim 2()Não

d)A cesárea foi realizada: 1()Durante trabalho de parto/intrap. 2()Programada/eletiva

Só para quem teve parto normal

33)Você sabe como ficou seu períneo(vagina) depois do parto? 1()não rompeu, não cortou,

não deu pontos 2()rompeu um pouco mas não precisou pontos 3()não levei pontos, mas não

sei se rompeu 4()rompeu e deram pontos 5()cortaram e deram pontos 6()levei pontos, mas

não sei se rompeu ou se o médico cortou _____

34)Você se sentiu satisfeita com o tipo de parto realizado? ()Sim ()Não

a) Se você respondeu **não à pergunta anterior**, qual o motivo? ()Querida ter realizado

cesárea ()Querida ter realizado parto normal Outros: _____

35)Você amamentou na primeira hora de vida? ()Sim ()Não

Encerrar a entrevista

Agradecer a participação na pesquisa

DADOS DA FICHA DO CENTRO OBSTÉTRICO/PRONTUÁRIO

Data do nascimento (bebê): ___/___/___/ Hora: _____

Nº consultas: ___ Idade gestacional: ___ Nº gestações: ___ Nº partos normais: ___

Nº cesáreas: ___ Nº vivos: ___ Nº mortos: ___ Abortos: ___

Tipo de parto: ()Episio ()Eutócico ()Fórceps ()Laceração ()Sutura ()Analgesia

()Cesárea Indução do parto: 1()Sim 2()Não

Motivo da cesárea (informação do obstetra): _____ Peso fetal: _____

Apresentação do bebê: ()cefálica ()pélvica ()outra(transversa) ()sem informação

Presença de acompanhante durante parto/cesárea: 1()Sim 2()Não

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGCOL

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Fatores sociodemográficos e obstétricos associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/RS” cujo principal objetivo é investigar os fatores associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/RS. Esta pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

A sua participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Nesta pesquisa será aplicado um questionário e serão avaliados dados do seu prontuário. A avaliação do seu prontuário significa que os pesquisadores terão acesso a todos os dados descritos nos atendimentos médicos e de enfermagem, no entanto ressaltamos que estes dados serão mantidos em absoluto sigilo e serão utilizados nesta pesquisa apenas os relacionados ao parto.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-la.

O risco relacionado a esta pesquisa é mínimo e consiste em algum eventual desconforto psicológico no momento de responder as perguntas. Este risco será minimizado através do respeito à sua privacidade no momento da entrevista e solicitando para que você preencha individualmente algumas questões da entrevista. Como benefícios você estará contribuindo para um melhor conhecimento de alguns fatores associados ao tipo de parto em Bento Gonçalves/RS.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador pelo fone 54-91283949, com Silvane Rasador ou com o Comitê de ética em pesquisa/UFRGS através do fone 51-3308 3738.

Atenciosamente,

Nome e assinatura do pesquisador

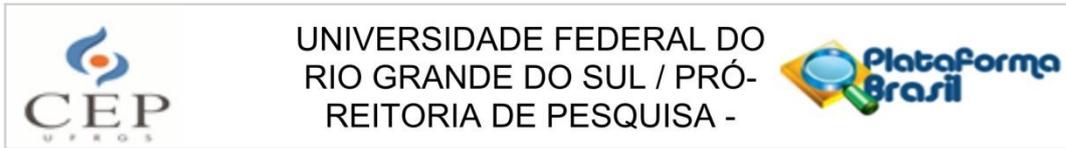
Local e data

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores sociodemográficos e obstétricos associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/RS.

Pesquisador: Claides Abegg

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62469416.9.0000.5347

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.845.180

Apresentação do Projeto:

Esse projeto havia sido analisado anteriormente e apresentava pendências. Ele foi retirado e re-submetido com todas as modificações necessárias que haviam sido solicitadas por esse comitê. O projeto é agora intitulado "Fatores sociodemográficos e obstétricos associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/RS.". Esse é um projeto de mestrado acadêmico do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi elaborado e proposto pela aluna Silvane Rasador e orientado pela Profa. Dra. Claides Abegg.

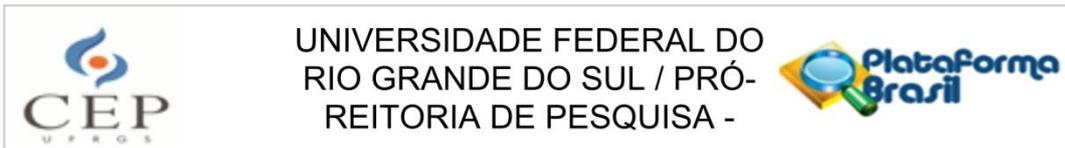
Objetivo da Pesquisa:

Segundo as autoras, "o principal objetivo deste estudo é investigar os fatores associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo analítico transversal, que será realizado em um hospital de atendimento misto, particular e SUS. A população-alvo será constituída por puérperas e a coleta de dados será por entrevistas e análise de prontuários. Os dados serão analisados por meio do programa SPSS. A pesquisa seguirá as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (resolução no 196/96) e o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e do Hospital Dr. Bartolomeu Tacchini.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos tais como aqueles associados a resposta à questionários de pesquisa ou

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farrroupilha			CEP: 90.040-060
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	



Continuação do Parecer: 1.845.180

então perda de confidencialidade. Os autores explicitam esses no projeto e no TCLE. Os benefícios são um melhor conhecimento de alguns fatores associados ao tipo de parto em Bento Gonçalves/RS, dados esses importantes para monitorização dos sistemas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse é um projeto completo e bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados.

Recomendações:

Este projeto pode ser aprovado como apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências e inadequações que foram observadas na submissão anterior foram todas resolvidas. Sendo assim, esse projeto pode ser aprovado nessa versão apresentada.

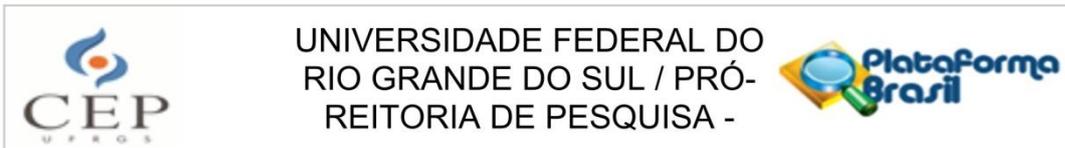
Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833121.pdf	28/11/2016 21:31:59		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/11/2016 21:29:13	Claides Abegg	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1834157.pdf	27/11/2016 19:03:25	Claides Abegg	Aceito
Outros	carta_explicativa.docx	27/11/2016 19:00:11	Claides Abegg	Aceito
Outros	PARECERCOMPESQ.pdf	27/11/2016 18:50:34	Claides Abegg	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	27/11/2016 18:47:36	Claides Abegg	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	27/11/2016 18:46:53	Claides Abegg	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/11/2016 18:42:46	Claides Abegg	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.845.180

Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/11/2016 18:41:55	Claides Abegg	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/11/2016 18:41:37	Claides Abegg	Aceito

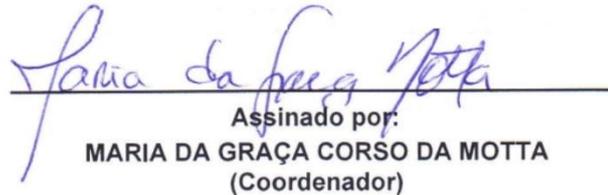
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 01 de Dezembro de 2016


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital Dr. Bartholomeu Tacchini

ASSOCIAÇÃO DR.
BARTHOLOMEU TACCHINI/
HOSPITAL TACCHINI/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores sociodemográficos e obstétricos associados ao tipo de parto no município de Bento Gonçalves/RS.

Pesquisador: Claides Abegg

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62469416.9.3001.5305

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.885.013

Apresentação do Projeto:

Adequada. Após a mudança no título do projeto inicial, "fatores sociodemográficos" fica claro que são fatores sociodemográficos e clínicos que serão analisados.

Revisão bibliográfica adequada, evidenciando a importância do estudo do tema. Em especial, a análise sociodemográfica da região em estudo, trazendo dados de partos vaginais e cesáreas desde a década de 90 e correlacionando com dados atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Adequar os objetivos ao título. Identificar os fatores (sociodemográficos já está descrito no título modificado após a relatoria do CEP Enfermagem UFRGS e CEP UFRGS. Os fatores clínicos estão sendo investigados e não são referidos nem nos objetivos principal, nem nos secundários) associados à via de parto (vaginal ou cesárea) de gestantes de um hospital de Bento Gonçalves.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ao descrever os riscos do trabalho no corpo do texto referente à perda de confidencialidade dos dados, esta informação deve obrigatoriamente ser descrita no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para adoção de medidas públicas, com o objetivo de reduzir as taxas de cesáreas.

Endereço: Rua Doutor José Mário Mônaco, 358

Bairro: Centro

CEP: 95.700-068

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)9165-5420

Fax: (54)3455-4117

E-mail: cep@tacchini.com.br

**ASSOCIAÇÃO DR.
BARTHOLOMEU TACCHINI/
HOSPITAL TACCHINI/RS**



Continuação do Parecer: 1.885.013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide comentário em "Avaliação dos Riscos e Benefícios".

A sugestão é sempre deixar claro que a análise do prontuário de cada paciente pode revelar informações sigilosas que no questionário presencial nem sempre o paciente relataria. Isso deve ficar claro no TCLE : "A revisão do prontuário da paciente significa que todos os dados relatados em qualquer atendimento médico ou de enfermagem e que foi descrito será visto pelos pesquisadores".

Recomendações:

Realizar as mudanças sugeridas para o TCLE e adequar dados do texto relacionados ao título do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

vide descrição acima

Considerações Finais a critério do CEP:

A frase "Com relação aos riscos teóricos pode haver perda de confidencialidade dos dados" explicitada no corpo do trabalho deve também constar no TCLE. Ou deverá ser removida do corpo do trabalho.

Assegurando-se que a paciente não é analfabeta, deve-se preservar o direito a ela de preencher o questionário.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833121.pdf	28/11/2016 21:31:59		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/11/2016 21:29:13	Claidés Abegg	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1834157.pdf	27/11/2016 19:03:25	Claidés Abegg	Aceito
Outros	carta_explicativa.docx	27/11/2016 19:00:11	Claidés Abegg	Aceito
Outros	PARECERCOMPESQ.pdf	27/11/2016 18:50:34	Claidés Abegg	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	27/11/2016 18:47:36	Claidés Abegg	Aceito

Endereço: Rua Doutor José Mário Mônaco, 358

Bairro: Centro

CEP: 95.700-068

UF: RS

Município: BENTO GONCALVES

Telefone: (54)9165-5420

Fax: (54)3455-4117

E-mail: cep@tacchini.com.br

**ASSOCIAÇÃO DR.
BARTHOLOMEU TACCHINI/
HOSPITAL TACCHINI/RS**



Continuação do Parecer: 1.885.013

Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia.pdf	27/11/2016 18:46:53	Claides Abegg	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/11/2016 18:42:46	Claides Abegg	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/11/2016 18:41:55	Claides Abegg	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/11/2016 18:41:37	Claides Abegg	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BENTO GONCALVES, 03 de Janeiro de 2017

**Assinado por:
Angela Marcon D'avila
(Coordenador)**

Endereço: Rua Doutor José Mário Mônaco, 358
Bairro: Centro **CEP:** 95.700-068
UF: RS **Município:** BENTO GONCALVES
Telefone: (54)9165-5420 **Fax:** (54)3455-4117 **E-mail:** cep@tacchini.com.br