

ARTIGO ORIGINAL

TAXA DE CESÁREA PRIMÁRIA NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

PRIMARY CESAREAN RATE AT HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Ariane Dias Paim, Elisa Cordeiro Apolinário, Juliana Fischman Zampieri, Mariza Machado Kluck

RESUMO

Introdução: Cesárea primária é aquela realizada em mulheres nunca antes submetidas ao procedimento. É um indicador mais preciso e fidedigno do que o de cesárea geral, pois pacientes já submetidas à cesárea tendem a repetir o procedimento. **Objetivo:** Analisar as taxas de cesárea primária no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007 e observar preliminarmente o impacto de medidas para redução do índice de cesáreas primárias adotadas em 2006. **Métodos:** Treze mil e cinqüenta e cinco mulheres, sem cesárea prévia, parturientes do HCPA entre os períodos de janeiro de 2004 a dezembro de 2007 foram analisadas em relação às características demográficas, tipo de parto e história obstétrica, através dos registros do sistema Informações Gerenciais do HCPA. **Resultados:** Verificamos diminuição na taxa de cesárea primária entre 2004 e 2007. A taxa de 2007, de 20% a 25%, foi a menor do período estudado. A prevalência de cesáreas primárias foi maior nas terças-feiras e menor nos sábados e aumentou proporcionalmente à idade das gestantes, com pico de prevalência entre 40 e 44 anos. O índice foi de 25% entre pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de 64% nas pacientes particulares e de 66% entre pacientes de convênios. **Conclusão:** A taxa de cesárea primária aumenta com a idade da mulher, possivelmente pela maior incidência de complicações obstétricas. A taxa de cesárea primária no HCPA vem declinando desde 2004, de 25,72 para 24,34%. A implementação de medidas para redução do índice de cesáreas primárias para uma taxa próxima de 25% alcançou seu objetivo.

Unitermos: Taxa de cesárea primária; qualidade assistencial; perinatologia

ABSTRACT

Background: Primary cesarean section is that one performed for the first time in a pregnant woman. It is a more accurate and reliable indicator than the overall cesarean rate, since in women with a previous cesarean section the procedure tend to be repeated. **Objectives:** To study the primary cesarean section rate at Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) from January 2004 to December 2007 and to observe, preliminarily, the impact of a policy suited for the reduction of primary cesarean-section, implemented in 2006. **Methods:** The sample is comprised of 13,055 deliveries occurred in the period from January 2004 to December 2007. Demographic features, obstetric history and type of delivery were obtained from medical records of the hospital management system (HCPA IG). **Results:** A decrease in primary cesarean rate from 2004 to 2007 was evident. The 2007's rate was beneath the average of the previous 3 years, around 20 to 25% and the highest rate occurred at tuesdays and the lowest at Saturdays. The rate tended to increase with maternal age, peaking at 40-44 years. The index was of 25% among SUS patients (public health insurance) against 64% and 66%, respectively among private and other health insurance plan patients. **Conclusion:** The primary cesarean rate at HCPA decreased since 2004, from 25,72 to 24,34%. Age is a risk factor for primary cesarean section, possibly due to increased obstetrics complications in elderly woman. The implemented policy to lower the primary cesarean rate to approximately 25% accomplished the target.

Keywords: Primary cesarean rate; quality care; perinatology

Rev HCPA 2008;28(3):136-41

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital terciário e seu Centro Obstétrico é referência para gestações de alto risco no estado, priorizando o atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde. É também hospital-escola da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), com Programa de Residência Médica credenciado na Comissão de Residência Médica do MEC. Em 1980, foram realizados 1.402 partos no hospital, em 2005 o total de nascimentos foi de 3.971, números que demonstram a crescente capacidade assistencial da maternidade. A cesárea é definida como uma técnica cirúrgica para partos, que constitui num corte feito

na pele acima da linha dos pêlos púbicos, abrindo-se a parede abdominal (laparotomia) e, depois, a parede uterina (histerotomia). Pode ser transversal (mais utilizada atualmente) ou longitudinal. Algumas das indicações de cesariana são a cesárea prévia, falha da progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica, sofrimento fetal, desproporção feto-materna, gestação gemelar e infecção pelo vírus HIV (prevenção da transmissão vertical). O procedimento não é isento de risco e associa-se a taxas maiores de morbi-mortalidade materna, como infecção puerperal, embolia pulmonar, hemorragia, complicações anestésicas, trombose e hemorragia cerebral (1), justificando a importância de acompa-

nhar seus índices e suas indicações ao longo do tempo, pois a indicação indiscriminada aumenta os riscos durante e após o parto, não só para a mãe como para o bebê. Nas últimas décadas, o índice de cesárea tem aumentado exponencialmente (no RS era de 38,59% em 1991, em 2004 é de 47,35%) (2) e tornou-se uma preocupação na área da saúde, pois sugere que haja indicações desnecessárias com a difusão da idéia de parto mais seguro, mais conveniente e menos doloroso.

O incremento significativo na taxa de cesariana é ocorrência mundial. Países que tradicionalmente apresentavam taxas baixas de cesariana, como a Turquia e a Itália, por exemplo, alcançaram, no início dos anos 2000, taxas de 30 e 33%, respectivamente (3,5). Os EUA, que mantinham índice estável e inferior a 23% por mais de 20 anos, alcançaram 27,5% de cesáreas em 2003 (4,5). No Brasil, em 2006, a taxa estava em torno de 42% para as cesáreas feitas em hospitais conveniados ao SUS; nos hospitais da rede privada, a taxa alcançava 80% a 90% dos partos (6), sugerindo indicações excessivas de cesárea (7). Silveira et al. (2004) (8) em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, mostrou uma prevalência média de cesárea de 39% em 1998, em 2002, esse número foi de 38,9 %, sendo de 34,5% no hospital de maior volume de partos pelo SUS e de 89,6% no único hospital privado. Na análise ajustada, o risco de cesariana associou-se a características maternas de menor altura, menor número de gestações, gestação planejada, internações hospitalares prévias e hipertensão arterial na gravidez. Entre as características dos serviços de saúde, houve influência protetora do maior tempo de formado do médico pré-natalista e o cumprimento às normas do Programa de Assistência Pré-natal. Além da educação da mulher no pré-natal, o reconhecimento precoce e o manejo adequado da hipertensão arterial e das intercorrências que causam hospitalizações podem ser passíveis de abordagem no atendimento primário de saúde a fim de reduzir a taxa de cesarianas.

A cesárea primária é a cesariana realizada em mulheres nunca submetidas a este procedimen-

to, independente do número de partos prévios. A taxa de cesárea primária é um indicador mais preciso e fidedigno que a da cesárea geral, pois exclui mulheres com cesárea prévia que têm maior tendência a repeti-la.

Na revisão da literatura sobre a taxa de cesárea primária, observa-se aumento nessa taxa, como reflexo do aumento da taxa de cesariana geral. Joseph et al. (2003) (9), em estudo realizado no Canadá, mostrou um aumento na taxa de cesárea primária de 13,4% em 1988 para 17,5% em 2000. Declercq et al. (2006) (10), em estudo nos Estados Unidos, encontraram aumento na taxa de cesárea primária de 15,9% em 1991 para 18% em 2002. Em 2004, a taxa de cesariana geral chegou a 29,1 % e a de cesárea primária a 20,6%, sendo a principal parcela desse índice. De acordo com os resultados encontrados, mudanças na prática obstétrica (e não uma mudança no padrão dos fatores de risco predisponentes à cesariana) aparecem como a principal origem dos aumentos dessas taxas. Estudo americano de Meikle et al (11) encontraram aumento da taxa de cesárea primária eletiva de 19,7% (dentre todas as cesáreas) em 1994 para 28,3% em 2001, aumento de quase 44%.

O presente trabalho tem como principal objetivo analisar as taxas de cesáreas primárias realizadas no HCPA no período entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007.

MÉTODOS

Esse é um estudo transversal que analisa a prevalência de cesárea primária no HCPA. A população de estudo são as 13.055 mulheres, sem cesárea prévia, que procuraram atendimento para parto no HCPA entre janeiro de 2004 e dezembro de 2007. Foram analisadas características demográficas das pacientes, história obstétrica e o tipo de parto através da revisão dos registros médicos no HCPA. A coleta de dados foi feita através do sistema IG (gestão hospitalar), "Business Inteligence" do HCPA.

Tabela 1 - Descrição das pacientes.

Característica	Pacientes sem cesárea prévia (%)	Pacientes submetidas à cesárea sem cesárea prévia (%)	Taxa de Cesárea primária
Procedência			
Porto Alegre	9042 (69)	2.172 (65)	24%
Anel Metropolitano	3.654 (28)	1.027 (30)	28%
Interior	359 (3)	156 (5)	43%
Convênio			
SUS	12.838 (98)	3.213 (95,7)	25%
Particular	11 (0,1)	7 (0,3)	64%
Outros	206 (1,9)	135 (4)	66%
Faixa etária			
10 - 14	112 (0,85)	26 (0,77)	23%
15-19	3.007 (23)	698 (21)	23%
20-24	4.184 (32)	1.061 (31,6)	25%
25-29	2.883 (22)	710 (21,2)	25%
30-34	1.667 (13)	469 (13,9)	28%
35-39	894 (6,8)	270 (8)	30%
40-44	290 (2,2)	114 (3,4)	39%
45-49	18 (0,13)	7 (0,2)	38%
>49	0	0	0%
Total	13.055	3.355	26%

RESULTADOS

Na Tabela 1 são mostradas as taxas de cesárea primária de acordo com a procedência e o convênio de saúde das pacientes internadas no HCPA de janeiro de 2004 a dezembro de 2007.

Dado importante a ser analisado é o perfil epidemiológico nas pacientes com cesárea primária

do HCPA no ano de 2007. Nesse ano, observa-se que durante a maioria dos meses a taxa de cesárea primária ficou abaixo da média dos outros anos (2004, 2005 e 2006) e que corresponde à aproximadamente 25%. Nos meses de março, agosto e novembro essa mesma taxa foi inferior a dois desvios padrão abaixo da média (Figura 1).

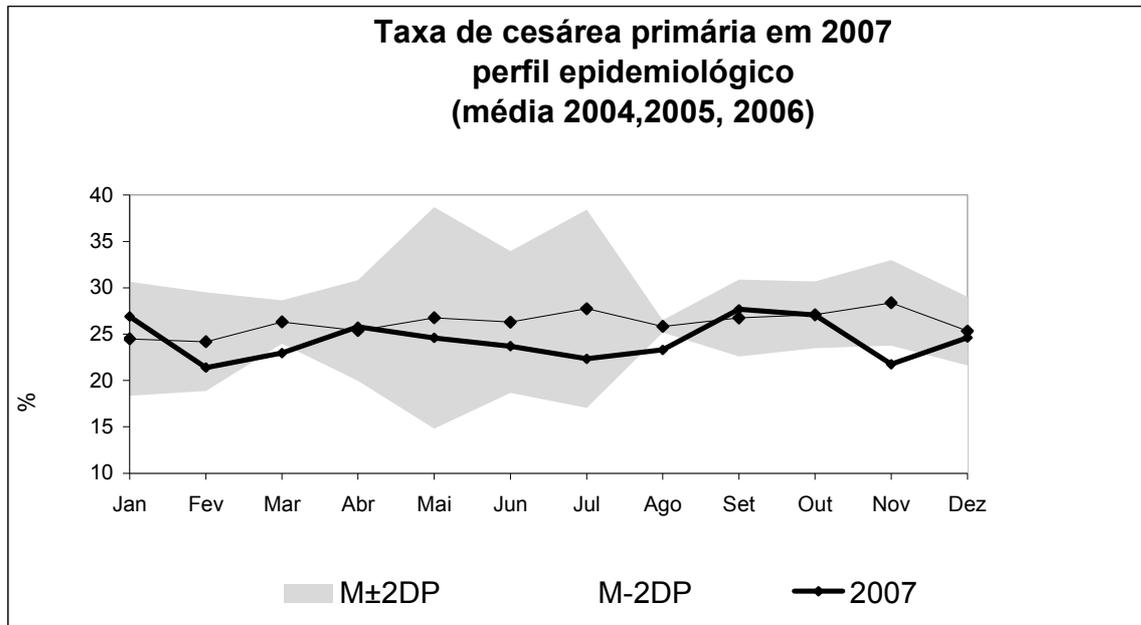


Figura 1 - Perfil Epidemiológico.

O gráfico de tendência (Figura 2) apresenta a taxa de cesárea ano a ano desde 2004 a 2007 e seus respectivos meses, até dezembro de 2007. O mês de Janeiro está destacado dos demais a fim de demarcar o início de cada ano. Uma tendência de diminuição da taxa de cesárea primária ao longo

dos anos é evidente, as menores taxas ocorreram em janeiro de 2004 e maio de 2006 (aproximadamente 20%), as taxas mais elevadas foram observadas em maio e julho do ano de 2005, bem como no mês de novembro do ano de 2006 (aproximadamente 30%).

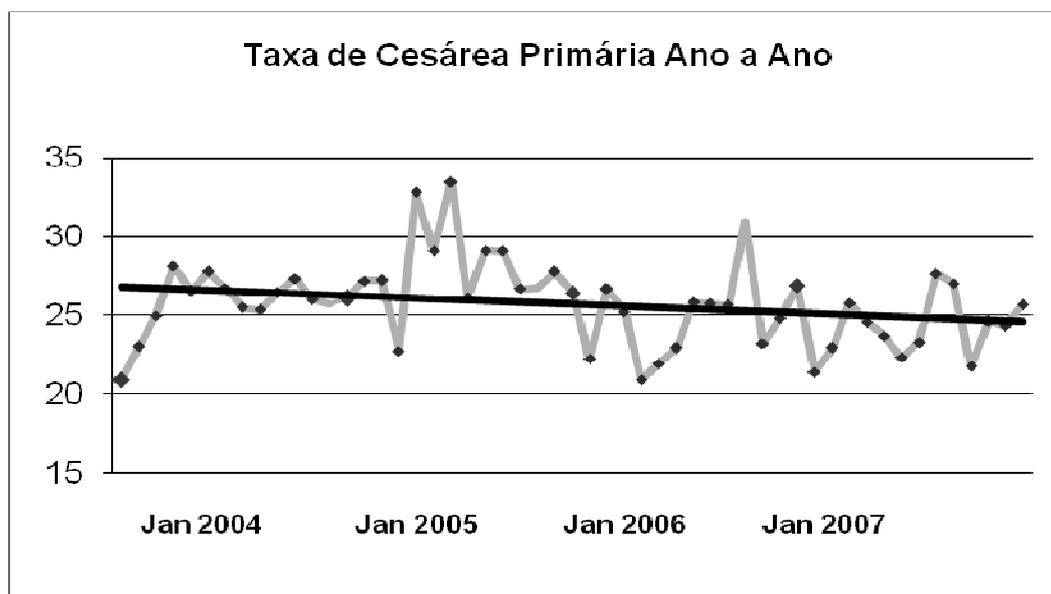


Figura 2 - Taxa de cesárea primária ano a ano.

Outro aspecto relevante quando se analisa a taxa de cesárea primária no Hospital de Clínicas é a sua relação com os dias da semana. Durante o período de janeiro de 2004 a dezembro de 2007

observa-se que ocorre menor número de cesáreas primárias aos sábados (12%) e maior número durante as terças-feiras (18%) (Figura 3).

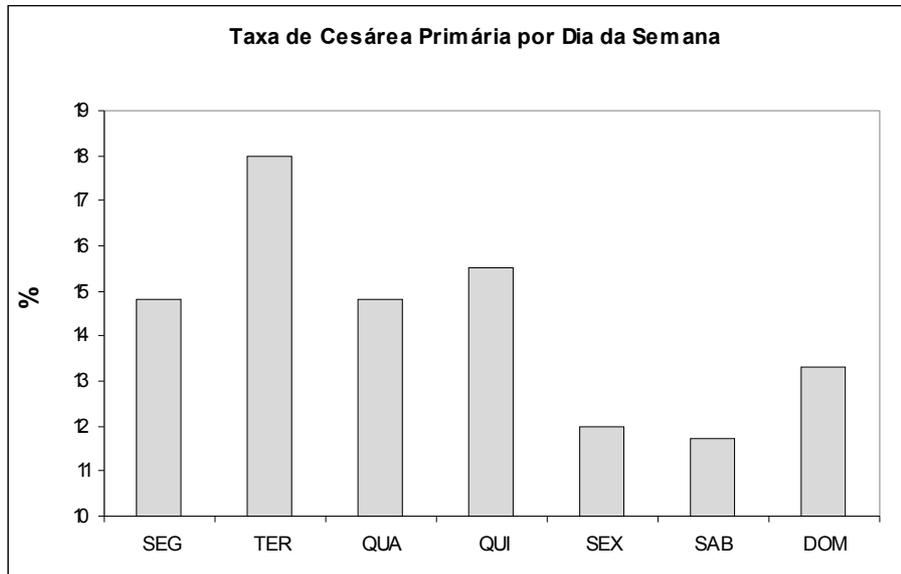


Figura 3: Taxa de cesárea por dia da semana.

Por fim, de acordo com a Figura 4, as pacientes foram agrupadas por faixa etária, estratificada de 5 em 5 anos. Comparando-se a taxa de cesárea primária com a faixa etária das pacientes,

observa-se que essa taxa aumenta conforme a idade, com tendência praticamente linear. Observa-se um pico em pacientes com idade entre os 40 e 49 anos.

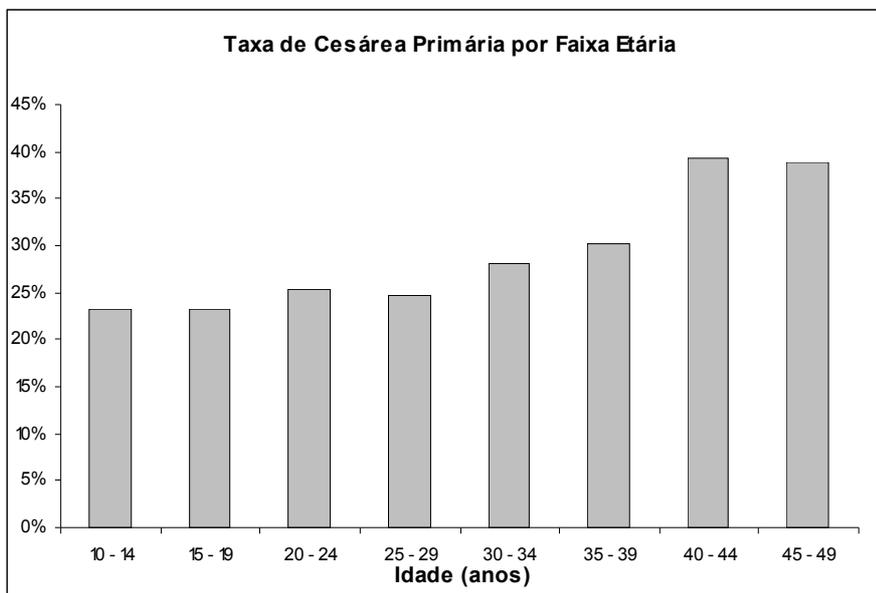


Figura 4: Faixa Etária das pacientes

DISCUSSÃO

Apesar de Porto Alegre apresentar maior número absoluto de pacientes submetidas à cesárea, a cidade apresenta, proporcionalmente, menor taxa de cesárea primária quando comparada às

cidades do anel metropolitano e do interior do estado. O interior apresenta taxa muito expressiva, 43%, muito acima dos valores aceitáveis. Em relação aos convênios de saúde, observam-se taxas de cesárea primária extremamente elevadas nos grupos de pacientes particulares ou de planos de saú-

de suplementar (64% e 66%, respectivamente) quando comparadas à de pacientes do Sistema Único de Saúde (25%), sugerindo discrepância de condutas médicas entre o atendimento público e o privado.

O aumento na taxa de cesarianas nos Estados Unidos teve início na metade do ano de 1960 e continuou a crescer após 1980. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) decidiu oferecer atenção particular aos partos vaginais realizados após cesarianas (PVAC) e instituiu recomendações em 1988 e 1991 que contribuíram para aumentar a taxa dos PVAC (12), diminuindo a taxa de cesárea total até 1996. Notavelmente, a taxa de cesárea nos EUA está declinando ao mesmo tempo em que as taxas nacionais de outros países industrializados vêm aumentando. (8)

Reduzir as taxas de cesárea é o objetivo não apenas dos Estados Unidos, mas de muitos outros países, incluindo o Brasil, onde, em 1996, a taxa de cesariana alcançou 36,4%, à época, a mais alta do mundo(13,14). O objetivo, atualmente, é a redução da taxa de cesárea geral pela redução da taxa de cesárea primária. Alguns hospitais brasileiros têm conseguido atingir esse objetivo. Na maioria dos hospitais que atendem prioritariamente pacientes do SUS, a queda da taxa de cesárea primária está associada à tentativa de atender às solicitações da OMS, que preconiza uma taxa máxima de 15% de cesárea(15). O Ministério da Saúde brasileiro instituiu valor de repasse financeiro igual para o pagamento dos dois procedimentos por ocasião do parto(16). Mais recentemente, o Ministério da Saúde estabeleceu um acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde determinando que ultrapassado o teto máximo de 30% de cesarianas, o SUS não mais repassaria recursos aos hospitais.

Entretanto, a redução da taxa de cesárea no Hospital de Clínicas no último ano não tem essa motivação. O Hospital de Clínicas apresenta, atualmente, a menor taxa de cesárea primária entre os hospitais públicos e privados do Rio Grande do Sul.

Segundo o levantamento efetuado no nosso serviço (Salazar em comunicação pessoal) essa redução é decorrente da mudança no perfil da população atendida e no atendimento obstétrico prestado: análise das cesáreas realizadas no primeiro semestre de 2007 revelou o perfil de risco da população obstétrica. Os dados referentes aos primeiros 450 casos (até início de fevereiro de 2007) evidenciaram que 53,1% da população do Centro Obstétrico do HCPA era de baixo risco para cesariana, justificando a menor indicação da cirurgia.

A diminuição do índice de cesarianas primárias também é consequência do esforço do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia para frear o crescimento progressivo das taxas de cesárea, com a implantação de medidas de controle no ano de 2006. Entre essas medidas destacam-se o aumento da disponibilidade de analgesia obstétrica (17) pela presença de dois anestesistas durante os plantões, elevando a proporção de partos vaginais

com analgesia acima daquela dos partos sem analgesia, disponibilidade e estímulo de uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor (com o uso de bola, "cavalinho", banho de aspersão, barra de apoio) e de forma menos significativa, estímulo à versão cefálica externa em fetos com apresentação pélvica a termo.

Talvez a própria informação, ou somente a conscientização, de que há alguém observando o índice de cesáreas, possa ter sido estímulo à redução da taxa. Os dados preliminares do levantamento de 2007, já citado, foram divulgados aos integrantes do Serviço e houve ênfase ao seguinte achado: as pacientes primigestas classificadas como baixo risco têm 20,5 % de chance de serem submetidas à cesárea no Centro Obstétrico do HCPA; caso consigam ter um parto normal, em uma próxima gestação, a chance de cesárea será de 5,7%. Caso tenham uma cesárea primária, a chance de nova cesárea em gestação seguinte será de 69,3%. Esta informação pode ter estimulado os obstetras do serviço a insistirem mais na tentativa de parto vaginal em pacientes primigestas de baixo risco.

A taxa ideal de cesárea primária parece situar-se em torno dos 25% (17). Taxas de cesárea acima de 30% podem expor as mães e as crianças a grandes riscos para a saúde (18, 19), também taxas muito baixas estão associadas à elevação da mortalidade materna.

A diferença entre as taxas de cesárea nos grupos de pacientes da grande Porto Alegre e do interior do estado provavelmente se justificam pela diferença na classificação de risco das gestantes. As parturientes do interior têm taxa de cesárea primária maior por serem casos de maior gravidade, encaminhados ao HCPA justamente por serem de maior risco.

A diferença nas taxas de cesárea primária em determinados dias da semana pode ser explicada, pelo menos em parte, pelo perfil das equipes de plantão, por exemplo, a equipe de Medicina Fetal atende prioritariamente gestações com malformações fetais, conferindo maior risco para indicação de cesariana; ou, alternativamente, seja secundária ao perfil profissional dos médicos em plantão nesse dia.

Em relação à idade das pacientes, percebemos que a taxa de cesárea primária aumenta com a idade, pois mulheres mais velhas têm maior taxa de cesárea primária, provavelmente pela maior incidência de complicações obstétricas. O pico de cesárea primária ocorreu quase ao final da vida reprodutiva, dos 40 aos 44 anos.

A queda no índice de cesárea primária (assim como cesárea geral) na rede hospitalar pública contrasta com o observado em hospitais particulares. Nestes, a taxa de cesarianas pode chegar a 80%, o que sugere diferença de conduta médica. Afinal, para o médico particular, é muito mais cômodo marcar a cirurgia, saber exatamente a hora e o dia em que precisa fazer o atendimento, não pre-

cisar acompanhar todo o trabalho de parto e receber o pagamento da cirurgia. Para a paciente, que pode escolher, muitas vezes cesárea significa menos dor, menos riscos, melhor atendimento. Os hospitais privados parecem estar prestando cada vez menos cobertura obstétrica pautada nos princípios de humanização e incentivo ao parto fisiológico. Em um estudo comparativo de Ribeirão Preto, foram registrados 83,12% de cesáreas contra 16,68% de partos normais em adolescentes com nível socioeconômico privilegiado, atendidas pelo setor privado por meio de planos de saúde. Inversamente proporcional foram os números em maternidades públicas, onde 73,10% de partos normais prevaleceram sobre 26,87% de cesarianas (20), mostrando essa disparidade entre os diferentes sistemas de atendimento. Nos próprios dados do HCPA, que tem número relativamente pequeno de partos particulares e de outros convênios que não SUS, pôde-se observar essa discrepância: a taxa de cesárea primária foi de 25% nos atendimentos pelo SUS, enquanto esta foi de 66% e 64% nos atendimentos particulares e por outros convênios, respectivamente.

Em conclusão, a taxa de cesárea primária aumenta com a idade da mulher, possivelmente pela maior incidência de complicações obstétricas e, graças aos esforços das equipes envolvidas, a taxa de cesárea primária no HCPA vem declinando desde 2004, de 25,72 para 24,34%. A implementação de medidas para redução do índice de cesáreas primárias para uma taxa próxima de 25% alcançou seu objetivo.

REFERÊNCIAS

- Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia, Artmed, 4ed. Porto Alegre, 2001.
- Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
- Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*. 2003;30(2):89-93.
- Menacker F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003. *Natl Vital Stat Rep*. 2005;54(4):1-8.
- Martins-Costa S, Ramos JGL. The issue of cesarean sections. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(10).
- Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo JD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):202-6.
- Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto cesárea: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública* 2003;19(6):1611-20.
- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(s2).
- Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, Allen AC. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2003;102(4):791-800.
- Declercq E, Menacker F, Macdorman M. Maternal Risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. *Am J Public Health*. 2006;96(5):867-72
- Meikle SF; Steiner CA; Zhang J; Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;105(4):751-6.
- Guidelines for Vaginal Delivery After Previous Cesarean Birth*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1988.
- Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999;319:1397-402.
- Silva AAM, Lamy-Filho F, Alves MTSSB, Coimbra LC, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15:257-64.
- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 24:436-7.
- Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy Plan*. 1986;1:19-29.
- Kimberly D. Gregory. Monitoring, risk adjustment and strategies to decrease cesarean rates. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2000;12:481-6.
- Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Med J Aust* 1999;170:580-3.
- MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an intention-to-treat model. *Birth*. 2008;35(1):3-8.
- Barald AC. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Rev Latino-Am Enf*. 2007;15.

Recebido: 27/08/2008

Aceito: 10/11/2008