

LÍVIA RIBEIRO MILEO

**FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE CESÁREAS
NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS EM 2006**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

LÍVIA RIBEIRO MILEO

**FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE CESÁREAS
NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS EM 2006**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

Professora Orientadora: Prof. Dra. Eleonora d'Orsi

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2008

Aos meus queridos pais, Luiz
Antônio Mileo Baptista e Ana Maria Ribeiro
Mileo, meus maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Luiz Antônio Mileo Baptista e Ana Maria Ribeiro Mileo, agradeço por todo apoio, amor, carinho e incentivo que sempre me dedicaram. Obrigada por nunca pouparem esforços a fim de me proporcionar a melhor formação pessoal e profissional. À minha irmã Bruna Ribeiro Mileo, amiga para toda a vida.

Ao meu namorado, Felipe de Borba Chiaramonte Silva, por todo amor, carinho e companheirismo durante estes quatro anos.

Às minhas avós, Magdalena Corrêa Neto Ribeiro e Maria da Conceição Mileo Baptista, que, mesmo de longe, sempre expressam seu carinho e admiração por mim.

À minha inseparável dupla, Simone de Queiroz Bertoldi, pela companhia e amizade verdadeira que me dedica todos os dias.

À Maria Rosa Barbosa Pacheco e Simone da Cunha Heineck, amigas queridas, que tornaram estes seis anos divertidos e especiais.

À Joana Régis, Mauren Klein e Gisele Corrêa, amigas queridas e especiais, que tornam minha vida mais alegre.

Agradeço, em especial, à Professora Eleonora d'Orsi pela disponibilidade, paciência e carinho com que me orientou durante a realização deste trabalho. Suas preciosas lições sobre Epidemiologia e Estatística tornaram esta tarefa menos árdua.

RESUMO

Objetivos: Avaliar os fatores que podem estar relacionados com a ocorrência de cesáreas no município de Florianópolis e analisar a série histórica para o Brasil, Santa Catarina e Florianópolis no período entre 1994 e 2006.

Métodos: Estudo transversal realizado em Florianópolis em 2006. Foram utilizados dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos. Foi realizada análise bivariada e multivariada para cálculo dos Riscos Relativos Brutos e Riscos Relativos Ajustados, associando-se o tipo de parto as outras variáveis presentes na Declaração de Nascido Vivo que foram utilizadas no estudo. Além disso, também calculou-se os percentuais de parto cesáreo com relação a essas co-variáveis. Foram excluídas as Declarações de Nascidos Vivos cujo tipo de parto ou local de parto eram desconhecidos e mulheres cujas gestações eram múltiplas.

Resultados: Foram incluídas no estudo 4867 Declarações de Nascidos Vivos de mulheres residentes no município estudado cujos partos ocorreram em 2006. Na série histórica das taxas de cesáreas encontramos valores crescentes a partir de 2002, com valores superiores a 50%. A taxa de cesárea para o município foi de 51,6%. Na análise multivariada final foram fatores associados ao parto cesáreo: faixa etária acima de 20 anos, escolaridade acima de 8 anos de estudo, mais que 7 consultas de pré-natal, parto ocorrido no período diurno, parto ocorrido em maternidade particular e prematuridade.

Conclusões: Fatores não médicos estão influenciando a decisão quanto ao tipo de parto. Esses devem ser analisados, visando possíveis intervenções com a finalidade de reduzir a taxa de cesárea.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the factors that may be related to the occurrence of cesarean sections in Florianópolis and to analyze the historical trend in Brazil, *Santa Catarina* and *Florianópolis* from 1994 to 2006.

Methods: Sectional study carried out in *Florianópolis* in 2006. Data from Live Birth National Information System have been used. Bivariate and Multivariate analyses have been carried out to calculate Crude Relative Risk and Adjusted Relative Risk by associating the kind of delivery to other variables comprising the Live Birth Data used in this study. In addition, cesarean delivery rates have been also calculated in relation to these co-variables. The Live Birth Data of unknown kind and place of delivery as well as those whose women had multiple gestations have been excluded.

Results: 4867 Live Birth Reports of deliveries carried out in 2006 have been included in this study. Increased values have been found in historical trends of cesarean rates since 2002, surpassing 50%. The cesarean section rate for the city was 51,6%. Factors associated to cesarean delivery in the final multivariate analysis: age over 20 years old, schooling over 8 years, more than seven prenatal consultations, delivery on the day shift, delivery in private hospital and prematurity.

Conclusions: Non-medical factors are influencing the decision concerning the type of delivery. These factors must be analyzed for possible interventions in order to reduce cesarean section rate.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVAC	Parto Vaginal após Cesárea
DNV	Declaração de Nascido Vivo
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
MCD	Maternidade Carmela Dutra
HRSJ	Hospital Regional de São José
BR	Brasil
SC	Santa Catarina
FP	Florianópolis
RRb	Risco Relativo Bruto
IC	Intervalo de Confiança
MCC	Maternidade Carlos Corrêa
CSH	Clínica Santa Helena
RRa	Risco Relativo Ajustado

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Série histórica das taxas de cesárea para Brasil, Santa Catarina e Florianópolis para o período de 1994 a 2006.
- Tabela 2 Número e percentual de valores ignorados ou não preenchidos para os campos da DNV, Florianópolis, 2006.
- Tabela 3 Distribuição dos nascidos vivos segundo idade da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 4 Distribuição dos nascidos vivos segundo estado civil da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 5 Distribuição dos nascidos vivos segundo escolaridade da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 6 Distribuição dos nascidos vivos segundo raça e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 7 Distribuição dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 8 Distribuição dos nascidos vivos segundo local de nascimento e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 9 Distribuição dos nascidos vivos segundo período do dia de ocorrência do nascimento e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 10 Distribuição dos nascidos vivos segundo prematuridade e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.
- Tabela 11 Fatores associados à cesárea, modelo final da análise multivariada com regressão de Poisson, Florianópolis, 2006.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
3 OBJETIVOS	7
3.1 Objetivo geral.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	4
4 MÉTODOS.....	8
4.1 Tipo de estudo	8
4.2 População.....	8
4.3 Período	9
4.4 Critérios de inclusão	9
4.5 Critérios de exclusão	9
4.6 Fonte de dados	9
4.7 Coleta de dados	9
4.8 Variáveis do estudo.....	9
4.9 Análise dos dados.....	11
4.10 Vieses do Estudo	11

4.11 Aspectos éticos	11
5 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS	28
NORMAS ADOTADAS	33

1 INTRODUÇÃO

O parto cesáreo consiste na retirada do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e uma incisão na parede uterina (histerotomia).^{1,2} Esse procedimento surgiu como alternativa em condições extremas, já que as mães raramente sobreviviam ao processo.³ Somente no século XIX, essa técnica começou a ser realizada em mulheres vivas, no entanto as taxas de mortalidade materna ainda eram muito altas, cerca de 67%.¹

Atualmente, com o aprimoramento das técnicas cirúrgica e anestésica, da antibioticoterapia e da reposição hidroeletrólítica, o parto cesáreo tornou-se um procedimento mais seguro, com menor morbi-mortalidade materna e fetal.^{1,3} Entretanto, trata-se de um procedimento cirúrgico, que embora traga muitas vantagens quando corretamente indicado, não está isento de complicações. Está associado a maior risco de hemorragia materna, riscos anestésicos, embolia pulmonar, infecção puerperal e acretismo placentário em gestações subseqüentes.⁴⁻⁶

A cesárea também está relacionada a maior chance de problemas perinatais, como prematuridade iatrogênica, anóxia e distúrbios respiratórios.⁴ Há mais risco de permanência do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de óbito neonatal.⁵ O procedimento interfere, ainda, no estabelecimento do vínculo mãe-filho e na amamentação, devido à separação durante o pós-parto imediato.⁷

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1985 recomendou que a taxa ideal de cesarianas seria de 15%, baseada em taxas de países com menores índices de morbi-mortalidade perinatal, que têm taxas de aproximadamente 10%.⁸ Em todo o mundo esses valores variam de 0,4 a 40% e há um notável aumento nesses índices nas últimas três décadas.⁹ No Brasil, em 2005 a taxa foi de 44,2%. Em Santa Catarina no ano de 2006 a taxa chegou a 51,6% e em Florianópolis, nesse mesmo ano, a taxa foi de 52,6%.¹⁰ Já nos Estados Unidos, em 2004, o índice foi de 29,1%.¹¹

Em estudo¹² de 2007 que avaliou as estimativas mundiais de taxas de cesárea encontrou-se valores de 29,1% para a América Latina e Caribe, o que contrasta com a taxa de 19% estimada para os países europeus e 3,5% para os países africanos.

O Brasil, assim como o Chile, possui taxas superiores a 40%, o que representa uma das maiores taxas do mundo,¹² evidenciando o caráter epidêmico da prática do parto cirúrgico em nosso país.³

Com algumas exceções, observa-se que a maioria das indicações de cesárea na prática obstétrica são relativas. Na literatura foram encontradas como indicações mais frequentes: cesárea prévia, parto distócico, sofrimento fetal e parto pélvico.^{2,13-15} A cesariana eletiva a pedido da mulher, sem que haja indicações obstétricas, embora muito comum, não é fácil de ser quantificada, pois é enquadrada em outras indicações pelo obstetra.¹⁶

A assertiva "uma vez cesárea, sempre cesárea" citada por Cragin em 1916 ainda justifica a indicação de cesáreas de repetição no meio obstétrico. Observa-se, contudo, que a realização de histerotomia transversal proporcionou uma diminuição na ocorrência de complicações em partos vaginais posteriores em mulheres com cicatriz uterina prévia,^{17,18} como rotura uterina e não evolução do trabalho de parto.¹⁹

Gyamfi²⁰, nos Estados Unidos, encontrou taxa sucesso de Parto Vaginal Após Cesárea (PVAC) de 77,1%. A taxa de rotura uterina encontrada foi de 1,56% e não houve diferença na taxa de rotura uterina no grupo de pacientes com cesárea anterior se comparado com o grupo de pacientes com parto normal anterior.

A prática do PVAC é uma estratégia válida para a diminuição do número de cesáreas desnecessárias, devido ao baixo risco materno-fetal associado a este procedimento.¹⁷ Sendo assim devem ser incentivadas: a prática da prova de trabalho de parto, o uso de analgesia intra-parto e a utilização de métodos que melhor diagnostiquem o sofrimento fetal.²¹

A cesárea eletiva a pedido é um fenômeno que tem contribuído para o aumento das taxas.¹⁶ Entre as principais causas atribuídas pelos profissionais de saúde à preferência das mulheres pelo parto cirúrgico estão: o medo da dor que está relacionada ao parto vaginal; a idéia de que o parto cesáreo mantém intactas a anatomia e a fisiologia vaginal e perineal, o que preservaria suas funções durante as relações sexuais; a realização de laqueadura tubária concomitante; e o fator cultural, que relaciona o parto vaginal com piores resultados neonatais.^{15,22,23}

A Obstetrícia tem utilizado o direito da mulher de liberdade de escolha para justificar a cesárea a pedido.²² A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, no entanto, em 1998 posicionou-se de forma contrária a essa prática, baseando-se nos princípios da Ética Médica e nas evidências de que não há benefícios na prática da cesárea sem indicações médicas se comparado com o parto vaginal.¹⁶

Em contrapartida à percepção dos médicos que acreditam ser a cesárea a via de parto de preferência das mulheres,²⁴ alguns estudos têm mostrado que a maioria das mulheres deseja o parto vaginal. Em pesquisa²⁵ realizada com primigestas obteve-se 90% de preferência pelo parto vaginal. Os principais motivos citados pelas mulheres foram a praticidade do parto normal e o medo do sofrimento na recuperação do pós-parto cirúrgico. Em outra pesquisa²³ 75,6% das mulheres relataram não desejar parto cesáreo, devido, principalmente, à recuperação mais lenta e difícil relacionada a esse procedimento.

Observa-se, também, que o desejo pelo parto cirúrgico aumenta nas classes sociais mais altas^{26,27} e que a motivação para a realização de parto vaginal é menor em mulheres que já possuem cesáreas anteriores.²⁷

Conforme Faudes e Cecatti,¹⁵ os médicos preferem o parto cirúrgico devido à conveniência da programação da intervenção e à insegurança com relação ao manejo do parto vaginal e suas possíveis complicações, como o trauma obstétrico e a hipóxia.

As Escolas Médicas têm possibilitado uma formação deficiente quanto à assistência ao parto vaginal, pois prioriza o uso da tecnologia, com excesso de monitorização e partos cirúrgicos, enfatizando a concepção patológica do trabalho de parto e parto.^{7,22}

O presente estudo é necessário para que seja realizado um perfil epidemiológico da assistência ao parto no município de Florianópolis, já que não há, nesse município, análise das Declarações de Nascido Vivo (DNV) em busca dos fatores que podem estar relacionados às altas taxas de cesárea encontradas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO:

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) é um sistema informatizado que foi implantado gradualmente em todas as unidades da federação a partir de 1994.²⁸ Seu objetivo principal é conhecer o perfil epidemiológico dos nascidos vivos conforme as variáveis presentes nas DNV e obter, dessa forma, informações sobre a gestação, características maternas e neonatais.^{29,30}

Com base nessas informações, além de contabilizar o número de nascimentos ocorridos em todo o território nacional,³¹ é possível planejar ações de saúde destinadas à população materno-infantil.²⁹

Sua cobertura vem crescendo em todo o território nacional e, embora seja deficiente em alguns estados do norte e nordeste do país,^{30,31} em Santa Catarina no ano de 2004 a cobertura foi de 96%, o que representa uma boa cobertura.³²

Em estudo³⁰ que avaliou a confiabilidade das variáveis do SINASC no município do Rio de Janeiro verificou-se que há uma alta cobertura e boa qualidade da maioria das variáveis contidas nas DNV.

Romero³¹, ao analisar a qualidade das variáveis em todo o país no ano de 2002, concluiu que o SINASC possui bom a excelente percentual de preenchimento da maioria das variáveis, com exceção das variáveis sobre história reprodutiva materna, cujos índices de não preenchimento foram altos em alguns estados.

A identificação dos fatores de risco para a ocorrência de cesáreas é imprescindível para que se possa avaliar a assistência ao parto e utilizar essas informações para o planejamento de ações.³³

Silva³⁴ identificou como principais fatores de risco para este procedimento: primiparidade, gestação pós-termo, assistência pré-natal incompleta e antecedente de cesárea. Bailit³⁵ encontrou como fatores preditivos fortes: presença de complicações, primiparidade e gestação múltipla; e como fatores preditivos moderados: idade gestacional menor que 37 semanas ou maior que 41 semanas e complicações médicas maternas.

A idade materna avançada tem sido identificada como fator de maior risco para a ocorrência do parto cirúrgico.^{6,11,33,36} Idade menor que 20 anos, em contraponto, foi considerada fator de proteção.³³

O acesso às consultas de pré-natal também está diretamente relacionado com a incidência de cesáreas. Segundo Carniel⁴, em pesquisa realizada em Campinas, a frequência a menos de 7 consultas de pré-natal significou fator de proteção para essa via de parto.

Em múltiparas, o antecedente de cesárea representou maior risco para ocorrência de um novo parto cirúrgico,^{33,34,37} enquanto o antecedente de parto vaginal mostrou-se como um fator protetor.^{33,34} Existe uma associação direta entre a primeira via de parto com o desfecho das gestações subseqüentes.³⁸

Primiparidade^{6,34,37} e gestações múltiplas^{4,6,33-35} estão relacionadas com o parto cirúrgico. Quanto à idade gestacional, gestações pós-termo apresentam maior risco de parto por via alta.^{33-35,37}

Verifica-se, ainda, que os índices de cesáreas são mais elevados em hospitais privados em comparação com os hospitais públicos.^{14,39,40}

Em pesquisa^{41,42} realizada na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) nos anos de 2002 e 2004 foram encontrados como fatores que contribuem para o aumento da incidência de cesáreas: idade materna maior que 30 anos, escolaridade elevada, primiparidade, multiparidade com cesárea prévia, maior número de consultas de pré-natal, gestações pré-termo, gestações pós-termo e mulheres portadoras de patologias.

A alta incidência de partos cesáreos é o principal exemplo do sistema obstétrico intensamente medicalizado vigente.⁴³ No Brasil, assim como em outros países urbanos, vigora um modelo com alta utilização de tecnologia e intervenções médicas com aumento progressivo nas taxas de cesárea.⁴³⁻⁴⁶

Existe, portanto, uma grande necessidade de estratégias que melhorem a qualidade da assistência ao parto e promovam a humanização da assistência nas maternidades em todo o país.³

Para que esse processo ocorra deve haver uma mudança na estrutura hospitalar e no atendimento dos profissionais de saúde com a organização de uma assistência voltada para as necessidades das mulheres e de suas famílias.⁴⁷

A OMS desde a década de 80 propõe o uso de tecnologias adequadas para o parto com base em evidências científicas, com o objetivo de diminuir as intervenções desnecessárias e contestar procedimentos realizados sem critérios científicos.^{43,44,46,47}

O Ministério da Saúde do Brasil, fundamentado no direito à assistência obstétrica humanizada, implantou em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que

tem como finalidade assegurar a melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada às gestantes.⁴⁶

O profissional da saúde voltado a uma assistência humanizada do parto deve reconhecer os aspectos sociais e culturais que envolvem o nascimento e oferecer suporte emocional à gestante, além de respeitar os aspectos fisiológicos e não intervir demasiadamente.⁴⁷

A estrutura hospitalar precisa ser um ambiente acolhedor e favorável à implantação de práticas que promovam a humanização, como presença de acompanhante durante o pré-parto e parto, utilização de recursos alternativos para a condução do trabalho de parto e assistência ao parto em posições verticalizadas.^{3,47} Além disso, a mulher deve ser informada sobre todos os procedimentos que serão realizados e dividir as decisões com os profissionais de saúde.^{46,47}

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Avaliar os fatores associados às taxas de partos cesáreos.

3.2 Específicos:

Avaliar a influência de variáveis demográficas, assistenciais e gestacionais sobre a ocorrência de partos cesáreos.

Calcular a série histórica das taxas de cesárea de Florianópolis, Santa Catarina e Brasil.

4 MÉTODOS:

4.1 Tipo de estudo:

Estudo de delineamento transversal de base populacional.

4.2 População:

Recém-nascidos de mães residentes no município de Florianópolis

O município de Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina e possuía em 2006 406.566 habitantes, sendo 209.775 mulheres e 141.583 em idade fértil. Quanto às internações hospitalares da população feminina, nesse mesmo ano 55,6% esteve relacionada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Neste estudo foram incluídas as cinco maiores maternidades onde as mulheres residentes do município de Florianópolis foram assistidas no momento do parto no ano de 2006.

A Maternidade Carmela Dutra é um hospital estadual que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS) e particular, especializado em Ginecologia e Obstetrícia e referência em atendimento de gestantes de alto risco.⁴⁹

O Hospital Regional de São José, localizado no município de São José, pertencente à Grande Florianópolis, é um hospital geral que atende ao SUS e possui leitos obstétricos.⁴⁹

O HU-UFSC um hospital público federal, com atendimento exclusivo ao SUS, que possui 30 leitos obstétricos, no qual foi implantado um modelo de Assistência Humanizada ao Parto.⁴⁹

A Maternidade Carlos Corrêa é privada e filantrópica, possuidora de 13 leitos obstétricos.⁴⁹

A Clínica Santa Helena é uma unidade privada que dispõe de leitos obstétricos.⁴⁹

A assistência ao pré-natal dos pacientes do SUS é realizada nos Centros de Saúde ou referenciada ao HU-UFSC e à Maternidade Carmela Dutra, quando encontradas situações de risco. Já a assistência particular é realizada em consultórios e clínicas particulares.

4.3 Período:

Ano de 2006

4.4 Critérios de Inclusão:

Nascidos vivos de mães residentes no município de Florianópolis em 2006, cujos nascimentos foram hospitalares nas 5 principais maternidades da região.

4.5 Critérios de Exclusão:

Não foram incluídos no estudo as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) cujas gestações eram múltiplas e aquelas em que o tipo e o local do parto eram desconhecidos.

4.6 Fonte de dados:

Dados secundários do Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos - SINASC.

4.7 Coleta de dados:

Os dados foram coletados no site: www.datasus.gov.br, selecionado o item Informações de Saúde e Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos, no qual tivemos acesso ao banco de dados do SINASC.

4.8 Variáveis do estudo:

As variáveis que foram utilizadas no estudo estão demonstradas no Quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas no estudo, suas classificações e categorias.

Variável		Tipo	Categoria
Tipo de parto	Dependente	Categórica	Vaginal Cesárea
Maternidade	Independente	Categórica	MCD* HRSJ† HU-UFSC‡ Carlos Corrêa Santa Helena
Faixa etária	Independente	Categórica	Até 19 anos 20 a 34 anos 35 anos ou mais
Estado Civil	Independente	Categórica	Solteira Casada Viúva Separada
Ocupação	Independente	Categórica	
Escolaridade	Independente	Categórica	Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11anos 12 e mais
Números de filhos nascidos vivos em gestações anteriores	Independente	Numérica	
Número de filhos nascidos mortos em gestações anteriores	Independente	Numérica	
Duração da gestação	Independente	Categórica	Até 36 semanas 37 semanas ou+
Número de consultas de pré-natal	Independente	Categórica	Nenhuma 1 a 3 4 a 6 7 ou +
Peso ao nascer	Independente	Numérica	
Apgar 5	Independente	Numérica	
Raça do RN	Independente	Categórica	Branca Preta Amarela Parda
Período do dia em que ocorreu o nascimento	Independente	Categórica	00:00 às 08:00 08:01 às 23:59

* MCD – Maternidade Carmela Dutra

† HRSJ – Hospital Regional de São José

‡ HU-UFSC – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

4.9 Análise dos dados:

Foi realizada uma série histórica com as taxas de cesárea do município de Florianópolis, do estado de Santa Catarina e do Brasil, no período disponível no banco de dados do SINASC.

Os dados foram analisados inicialmente com o auxílio do programa SPSS 15.0. Foram calculadas proporções para as variáveis categóricas e médias para as variáveis numéricas. Testou-se as diferenças entre as proporções pelo teste quiquadrado e as diferenças entre as médias pelo Teste T de Student e calculou-se as incidências de cesárea e riscos relativos brutos e riscos relativos ajustados com seus respectivos intervalos de confiança.

Realizou-se análise bivariada e multivariada com regressão de Poisson através da utilização do programa Stata v.9.2. com a inclusão das seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, escolaridade, número de consultas de pré-natal, local de ocorrência do parto, período do dia em que ocorreu o nascimento, prematuridade (duração da gestação) e raça do RN. O critério de inclusão das variáveis no modelo multivariado foi $p < 0,05$ e de exclusão $p > 0,10$.

4.10 Vieses do Estudo:

O preenchimento incorreto das DNV pode ser uma fonte de viés para o estudo, tendo em vista que não possuímos informações sobre a qualidade do preenchimento no município e período estudados.

Alem disso, não há informações sobre as indicações obstétricas do tipo de parto na DNV, o que seria importante para análise da assistência obstétrica.

4.11 Aspectos éticos:

Por se tratar de uma pesquisa realizada com dados secundários não houve necessidade de submissão do trabalho ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, no entanto esse trabalho respeitará as Diretrizes e Normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram respeitados todos os valores éticos e as informações analisadas com sigilo.

5 RESULTADOS:

Primeiramente foi construída uma série histórica das taxas de cesárea em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil. O período compreendeu de 1994 a 2006, com exceção da taxa para o Brasil para o ano de 2006 que não constava no banco de dados. Observou-se taxas crescentes de parto cesáreo a partir do ano de 2002, chegando a ultrapassar 50% dos partos ocorridos em Florianópolis (52,6%) e Santa Catarina (51,6) no ano de 2006. Os resultados encontram-se na Tabela 1 e no Gráfico 1.

Tabela 1 - Série histórica das taxas de cesárea para Brasil, Santa Catarina e Florianópolis para o período de 1994 a 2006.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BR*	39,0	37,7	38,0	40,8	39,2	38,0	38,9	39,3	39,7	41,0	42,7	44,2	
SC†	40,3	41,8	42,0	41,9	40,7	40,0	41,4	42,1	43,5	45,7	47,7	49,5	51,6
FP‡	44,3	44,5	42,6	39,8	38,5	38,0	40,1	38,1	37,6	40,0	41,3	41,7	52,6

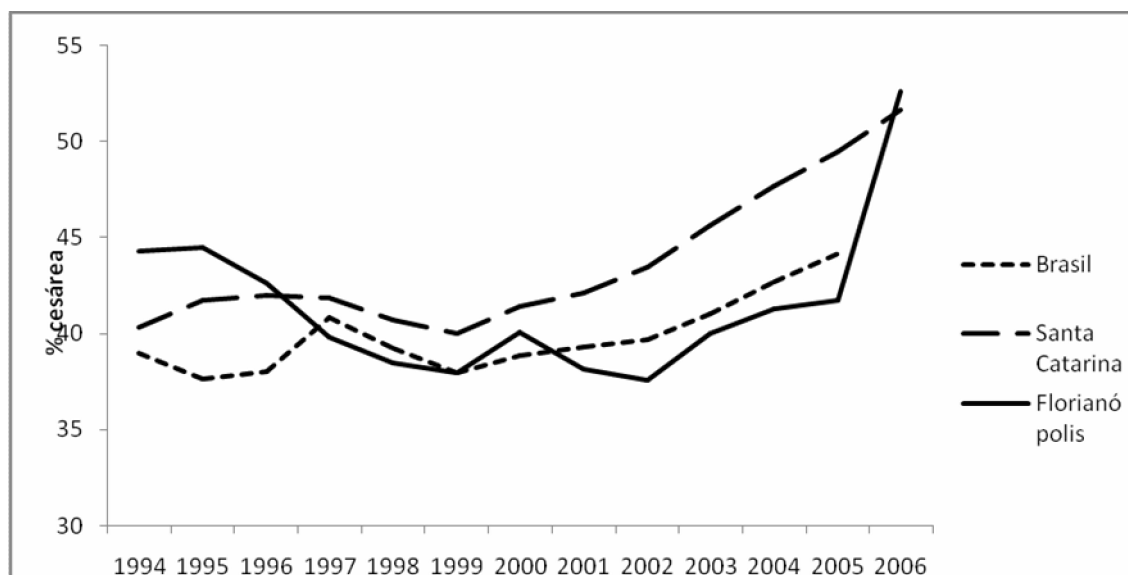
Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* BR: Brasil

† SC: Santa Catarina

‡ FP: Florianópolis

Gráfico 1- Série histórica das taxas de cesárea em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil.



Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

A amostra estudada consistiu em 5044 DNV de filhos de mulheres residentes em Florianópolis cujos partos ocorreram no ano de 2006. Foram excluídas 49 DNV de mulheres cujos partos não foram hospitalares ou era ignorado o local do parto e 126 DNV de mulheres cujas gestações eram múltiplas. Também foram excluídas 2 DNV, nas quais o tipo de parto não estava especificado, totalizando 4867 DNV que foram incluídas no estudo.

Mostra-se na Tabela 2 o percentual de DNV em que os campos apresentavam-se ignorados ou não preenchidos para cada variável analisada no trabalho. Foi observado baixo percentual de ignorados (inferior a 10%) para os campos: idade, estado civil, escolaridade, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, peso ao nascer, Apgar, raça do RN e período do dia. Alto percentual de ignorados (superior a 10%) foi verificado para os campos: ocupação, número de filhos vivos em gestações anteriores e número de filhos mortos em gestações anteriores.

Tabela 2 - Número e percentual de valores ignorados ou não preenchidos para os campos da DNV, Florianópolis, 2006.

Variável	n	%
Idade	0	0,0
Estado Civil	39	0,8
Escolaridade	149	3,0
Ocupação	4623	94,9
Número de filhos vivos em gestações anteriores	2127	43,7
Número de filhos mortos em gestações anteriores	3224	66,2
Duração da gestação	54	1,1
Número de consultas de pré-natal	225	4,6
Peso ao nascer	0	0,0
Apgar 5	12	0,2
Raça do RN	10	0,2
Período do dia	27	0,5

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

A distribuição das mulheres quanto à faixa etária e o cálculo dos riscos relativos brutos estão expostos na Tabela 3. Mostrou-se que as cesáreas são mais frequentes em mulheres com idade maior que 35 anos (34,3%) e que estas apresentam risco relativo bruto cerca de 100% maior de apresentarem parto por cesárea com relação à faixa etária de mulheres adolescentes (até 19 anos).

Tabela 3 - Distribuição dos nascidos vivos segundo idade da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Faixa etária	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
Até 19 anos	505	67,9	239	32,1	744	100,0	1,0		
20 a 34 anos	1623	47,0	1832	53,0	3455	100,0	1,6	1,4-1,8	<0,001
>35 anos	229	34,3	439	65,7	668	100,0	2,0	1,8-2,3	<0,001
Total	2537	48,4	2510	51,6	4867	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

O estado civil materno também foi uma variável sócio-demográfica analisada. Sua relação quanto ao tipo de parto e riscos relativos brutos estão expostos na Tabela 4. Mulheres solteiras apresentaram menores índices de apresentarem parto por cesárea (42,8%), enquanto mulheres casadas e separadas apresentaram maiores índices.

Tabela 4 - Distribuição dos nascidos vivos segundo estado civil da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Estado civil	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
Solteira	1607	57,2	1200	42,8	2807	100,0	1,0		
Casada	694	35,6	1256	64,4	1950	100,0	1,5	1,4-1,5	<0,001
Viúva	4	40,0	6	60,0	10	100,0	1,4	0,8-2,3	0,191
Separada	22	36,1	39	63,9	61	100,0	1,4	1,2-1,8	<0,001
Total	2327	48,2	2501	51,8	4828	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

Quanto à variável escolaridade da mãe, os resultados estão expostos na Tabela 5. Observou-se uma maior incidência de parto cirúrgico (73,2%) em mulheres que estudaram 12 anos ou mais, o que contrastou com a alta incidência de parto vaginal em mulheres com menos escolaridade. Quanto ao risco relativo bruto, mulheres que estudaram mais que 12 anos apresentaram quase o triplo de probabilidade de apresentar parto cesáreo com relação às mulheres que estudaram de 0 a 3 anos. A categoria 4 a 7 anos de estudo não apresentou risco relativo bruto significativo (p valor maior que 0,1).

Tabela 5 - Distribuição dos nascidos vivos segundo escolaridade da mãe e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Anos Estudo	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
0 a 3	136	61,5	85	38,5	221	100,0	1,0		
4 a 7	762	66,3	388	33,7	1150	100,0	0,8	0,7-1,0	0,166
8 a 11	999	50,6	975	49,4	1974	100,0	1,2	1,0-1,5	0,005
12 ou +	381	27,7	995	72,3	1376	100,0	1,8	1,5-2,2	<0,001
Total	2278	48,3	2443	51,7	4721	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

A raça do recém-nascido foi analisada como uma variável sócio-demográfica, pois considerou-se que ela está diretamente relacionada com a raça da mãe. A categoria raça amarela foi agrupada com a categoria branca, devido à baixa frequência da raça amarela (4 DNV). Constatou-se uma maior incidência de partos cesáreos em pacientes de raça branca (52%), o que contrastou com os índices nas mulheres de raça negra (33,8%). As mulheres de raça branca apresentaram risco relativo bruto de 1,5. As taxas de cesárea e riscos relativos brutos estão expostos na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos nascidos vivos segundo raça e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Raça	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
Preta	51	66,2	26	33,8	77	100,0	1,0		
Parda	21	60,0	14	40,0	35	100,0	1,1	0,7-1,9	0,517
Branca	2279	48,0	2466	52,0	4745	100,0	1,5	1,1-2,1	0,007
Total	2357	48,4	2510	51,6	4857	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

A assistência pré-natal foi avaliada segundo o número de consultas no pré-natal. Observou-se que a maior incidência de cesáreas está relacionada a um maior número de consultas no pré-natal. Assim, mulheres que apresentaram 7 consultas ou mais, apresentaram incidência de 58,7% de parto cesáreo e risco relativo bruto relacionado à categoria nenhuma consulta de 2,8. As taxas de cesárea e riscos relativos brutos com relação a esse aspecto estão expostas na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Consultas	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
Zero	34	79,1	9	20,9	43	100,0	1,0		
1 a 3	208	70,5	87	29,5	295	100,0	1,4	0,7-2,5	0,268
4 a 6	776	57,3	579	42,7	1355	100,0	2,0	1,1-3,6	0,017
7 ou mais	1221	41,3	1738	58,7	2959	100,0	2,8	1,5-5,0	0,001
Total	2239	48,1	2413	51,9	4652	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

p: p valor

Com relação ao local onde ocorreu o parto, foram incluídos apenas os cinco locais de maior frequência dos mesmos. Os resultados estão demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos nascidos vivos segundo local de nascimento e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Maternidade	Vaginal		Cesárea		Total		RRb¶	IC**	p††
	n	%	n	%	n	%			
HU*	817	70,6	340	29,4	1157	100,0	1,0		
HRSJ†	188	64,4	104	35,6	292	100,0	1,2	1,0-1,4	0,034
MCD‡	1186	58,5	842	41,5	2028	100,0	1,4	1,2-1,5	<0,001
MCC§	48	13,7	303	86,3	351	100,0	2,9	2,6-3,2	<0,001
CSH	118	11,4	921	88,6	1039	100,0	3,0	2,7-3,3	<0,001
Total	2357	48,4	2510	51,6	4867	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

*HU: Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina

†HRSJ: Hospital Regional de São José

‡MCD: Maternidade Carmela Dutra

§MCC: Maternidade Carlos Corrêa

|| CSH: Clínica Santa Helena

¶RRb: Risco Relativo Bruto

**IC: Intervalo de Confiança

††p: p valor

O local onde houve a maior ocorrência de partos foi a Maternidade Carmela Dutra com 2028 partos no período. A taxa de parto cesáreo em todas as maternidades foi de 51,6%. A Maternidade do HU-UFSC obteve menor ocorrência de partos cesáreos (29,4%). Observou-se uma maior incidência de cesáreas nas maternidades particulares: Maternidade Carlos Corrêa apresentou 86,3% e Maternidade Santa Helena 88,6%. Essas maternidades apresentaram riscos relativos brutos de 2,9 e 3,0, respectivamente.

O período do dia de ocorrência do parto também foi analisado. Os resultados estão demonstrados na Tabela 9. Verificou-se que a maior parte dos partos cesáreos (56,2%) ocorre no período do dia e início da noite.

Tabela 9 - Distribuição dos nascidos vivos segundo período do dia de ocorrência do nascimento e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Período	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	p‡
	n	%	n	%	n	%			
00:00 às 08:00	762	62,3	461	37,7	1223	100,0	1,0		
08:01 às 23:59	1585	43,8	2032	56,2	3617	100,0	1,4	1,3-1,6	<0,001
Total	2347	48,5	2493	51,5	4840	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

Ao avaliar a idade gestacional, dividiu-se nos critérios prematuro para aqueles recém-nascidos que apresentavam idade gestacional até 37 semanas e não prematuro para os que apresentavam idade gestacional maior que 37 semanas. Assim, encontrou-se os resultados expostos na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos nascidos vivos segundo prematuridade e tipo de parto, riscos relativos brutos, intervalos de confiança e p valor, Florianópolis, 2006.

Prematuro	Vaginal		Cesárea		Total		RRb*	IC†	P‡
	n	%	n	%	n	%			
Não	2226	49,5	2275	50,5	4501	100,0	1,0		
Sim	112	35,7	202	64,3	314	100,0	1,2	1,1-1,3	<0,001
Total	2338	48,6	2477	51,4	4815	100,0			

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

* RRb: Risco Relativo Bruto

† IC: Intervalo de Confiança

‡ p: p valor

Quanto às variáveis pós-natais, foi avaliado o peso ao nascer. A média comparada de peso ao nascer para os partos vaginais foi de 3226,2 g e para os partos cesáreos 3245,5g, o p valor encontrado foi 0,2; o que não representou, portanto, significado estatístico para o estudo.

Com relação ao Apgar de quinto minuto 97,8% dos recém-nascidos por parto vaginal obtiveram Apgar entre 8 e 10 e 98,5 dos nascidos por cesárea obtiveram essa nota. O p valor encontrado no teste do quiquadrado foi 0,07.

Foi realizada uma análise multivariada com regressão de Poisson. O modelo final está exposto na Tabela 11. Após essa análise as variáveis: local de nascimento, faixa etária, escolaridade, número de consultas de pré-natal, prematuridade e período do dia de ocorrência do parto mostraram ter efeito independente sobre a probabilidade de parto cesáreo.

A variável raça permaneceu no modelo até a inclusão da variável número de consultas de pré-natal e a variável estado civil apresentou apenas uma categoria com significância estatística e, por isso, foi excluída do modelo final.

Tabela 11 – Fatores associados à cesárea, modelo final da análise multivariada com regressão de Poisson, Florianópolis, 2006.

Variável	RRb*	RRa†	p‡	IC 95%§
Maternidade HU	1,0	1,0	-	-
Maternidade HRSJ	1,2	1,2	<0,001	1,06-1,52
Maternidade Carmela Dutra	1,4	1,4	<0,001	1,27-1,58
Maternidade Carlos Corrêa	2,9	2,5	<0,001	2,32-2,89
Maternidade Santa Helena	3,0	2,6	<0,001	2,38-2,94
Idade menor que 20 anos	1,0	1,0	-	-
Idade 20 a 34 anos	1,6	1,2	<0,001	1,13-1,41
Idade 35 anos ou mais	2,0	1,3	<0,001	1,20-1,52
Nenhuma escolaridade	1,0	1,0	-	-
Escolaridade 4 a 7 anos	0,8	1,0	0,884	0,84-1,21
Escolaridade 8 a 11 anos	1,2	1,1	0,062	0,99-1,38
Escolaridade 12 anos ou mais	1,8	1,1	0,056	0,99-1,38
Consultas de pré-natal: 0	1,0	1,0	-	-
Consultas de pré-natal: 1 a 3	1,4	1,6	0,130	0,86-2,96
Consultas de pré-natal: 4 a 6	2,0	2,0	0,015	1,14-3,76
Consultas de pré-natal: 7 ou mais	2,8	2,2	0,008	1,22-4,00
Não prematuro	1,0	1,0	-	-
Prematuridade	1,2	1,3	<0,001	1,24-1,49
Período 00:00 às 07:59	1,0	1,0	-	-
Período das 08:00 às 23:59	1,4	1,3	<0,001	1,27-1,48

Fonte: SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

*RRb: Risco Relativo Bruto

†RRa: Risco Relativo Ajustado

‡p: p valor,

§IC 95%: Intervalo de confiança

6 DISCUSSÃO

O Brasil é um dos países com maior taxa de cesárea do mundo.^{4,14,15,37,50-52} Essa informação torna-se evidente na série histórica das taxas de cesárea apresentada para Florianópolis, Santa Catarina e Brasil para os anos de 1994 a 2006, na qual as taxas se mostraram crescentes a partir de 2002, com valores que ultrapassaram 50%. Esse valor está três vezes acima do valor ideal recomendado pela OMS, que sugere 15% como maior limite aceitável.⁸

Baseado nesse limite máximo, Belizan et al⁸ em 1999 estimou a ocorrência de 850.000 cesáreas desnecessárias por ano na América Latina.

Em contraponto sugere-se que a diminuição da mortalidade perinatal não está relacionada ao aumento do percentual de cesáreas, mas sim pela melhora da assistência neonatal.^{4,9,34,39} Pois, embora a indicação correta de cesáreas traga vantagens, a sua utilização indiscriminada envolve riscos adicionais à mãe e aos recém-nascidos.³⁹

A principal hipótese que explica essas elevadas taxas de parto cirúrgico está no comportamento médico atual que privilegia a cesárea.³⁵ Isso porque esse procedimento representa maior conveniência para o médico, que programa a intervenção^{4,15,39} e devido a um treinamento obstétrico incompleto, que não proporciona ao profissional segurança com relação ao manejo do parto normal e de suas possíveis complicações, como hipóxia e trauma fetal.^{15,37,50}

No presente estudo utilizou-se dados do SINASC e encontrou-se um bom percentual de preenchimento para a maioria das variáveis para o município de Florianópolis no ano de 2006. A variável ocupação foi a que apresentou maior taxa de não preenchimento, em contraste com todas as outras variáveis sócio-demográficas. As variáveis número de filhos vivos em gestações anteriores e números de filhos mortos em gestações anteriores apresentaram alto índice de não preenchimento.

O Relatório do SINASC para Santa Catarina no ano de 2004 mostrou uma cobertura de 96% para esse estado.³²

Romero et al³¹ ao avaliar a qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do SINASC no Brasil encontrou bom a excelente percentual de preenchimento para a maioria das variáveis, com exceção das variáveis relacionadas à história reprodutiva materna, cujos

percentuais de preenchimento apresentavam-se de ruim a regular na maioria dos estados, assim como encontrado neste trabalho.

Em estudo³⁰ sobre a confiabilidade das variáveis do SINASC no município do Rio de Janeiro concluiu-se que esse é um meio valioso para avaliação epidemiológica e estudos sobre atenção ao parto, além de fornecer características sobre as mães e os recém-nascidos.

Uma limitação deste estudo foi o não conhecimento de variáveis com relação ao passado obstétrico das mulheres investigadas. Não foi possível conhecer a paridade, uma vez que as variáveis número de filhos vivos em gestações anteriores e número de filhos mortos em gestações anteriores apresentaram alto percentual de não preenchimento.

Por basear-se em dados do SINASC, também não se obteve informações a respeito da ocorrência de cesárea em gestação anterior, o que poderia estar ligado à posterior ocorrência de cesárea, tendo em vista que a prática obstétrica ainda se apóia na prerrogativa de Cragin “uma vez cesárea, sempre cesárea” citada em 1916, para justificar as cesáreas iterativas,^{17,18} que constituem cerca de 15 a 45% do total das indicações de cesárea.⁵³

Com relação à faixa etária, o achado de maior taxa de cesáreas relacionada à idade maior que 35 anos condiz com diversos artigos publicados.^{6,11,33,34,36,37,39} Essa variável permaneceu com significância estatística no modelo multivariado final de nosso estudo.

Cabral et al⁶ explicou essa associação pela existência de mais intercorrências clínicas relacionadas à idade e devido a maior monitorização destas pacientes.

Lin,⁵⁴ em estudo sobre preferência das mulheres por cesárea, observou que mulheres com idade maior que 35 anos tinham maior probabilidade de solicitarem a realização da cesárea. Isso porque há uma idéia difundida na população de que a idade materna maior que 35 anos estaria associada a maiores problemas fetais e maternos relacionados ao parto e que a cesárea, então, estaria bem indicada nesta situação.⁵⁴

A faixa etária menor que 20 anos mostrou ser fator protetor para a ocorrência de parto cirúrgico em alguns estudos.^{33,34}

A variável estado civil mostrou significância estatística nesta análise bivariada, na qual se observou maior probabilidade de parto cesáreo nas mulheres casadas e separadas se comparadas às solteiras. Na análise multivariada, no entanto, essa variável perdeu seu efeito.

Em estudo⁴ realizado em Campinas observou-se uma maior incidência de cesárea em mulheres que possuíam companheiros. Outro estudo,⁵⁰ realizado em São Paulo, também encontrou a associação de que mulheres casadas apresentam razões de chances de cesárea 2,6 vezes maiores se comparadas às solteiras.

Encontrou-se neste trabalho uma associação entre alta escolaridade e ocorrência de partos cesáreos. A maior incidência de cesarianas em mulheres apresentando 8 ou mais anos de estudo também foi verificada em vários estudos.^{4,37,50,55} Polli⁴¹ e Sakae⁴² não encontraram essa associação em pesquisa realizada no HU-UFSC em Florianópolis, assim como Freitas⁵⁶ na Maternidade Carmela Dutra, nessa mesma cidade. Observou-se que havia grande homogeneidade socioeconômica com relação às pacientes que procuraram esse serviço.^{41,42,56}

Ao avaliar a raça do recém-nascido encontrou-se maior probabilidade de interrupção da gestação por via alta em mulheres brancas. Essa correlação, todavia, não mostrou significância no modelo multivariado final. Freitas et al⁵⁷ encontrou a associação de raça branca como fator de risco para cesárea em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul. Souza et al⁵⁵ relacionou a categoria não brancas como fator de proteção para o parto operatório em sua pesquisa.

Quanto à assistência pré-natal o Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos 6 consultas e acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre.^{58,59}

Neste trabalho encontrou-se que a ocorrência de 7 ou mais consultas durante o pré-natal aumentam a probabilidade de parto cesáreo. Esse achado condiz com o encontrado na literatura.^{4,33,41,42,50,55,56}

Neumann⁵⁸ em trabalho sobre equidade da atenção no pré-natal encontrou que mulheres com menor poder aquisitivo obtiveram menor probabilidade de receber atendimento adequado durante a gestação.

A variável que permaneceu como fator de risco de maior magnitude no modelo multivariado final foi o local de ocorrência do parto. Observou-se altas taxas nos hospitais privados, o que contrastou com os hospitais que atendem ao SUS. Essa associação encontra-se bem documentada na literatura.^{8,14,37,39,40,51}

d'Orsi et al³⁷ encontrou valores semelhantes aos desta pesquisa – 32% em hospitais públicos contra 70% nos privados— em pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro. Já Moraes³⁹, em São José do Rio Preto, encontrou índices mais altos: 93,4% no setor privado e 68,3% para mulheres atendidas pelo SUS.

A Maternidade do HU-UFSC foi a que apresentou menor índice de cesárea no município estudado. Resultado ainda superior ao preconizado pela OMS, mas justificado, em parte, pelo atendimento de gestantes com maior risco obstétrico, já que é um hospital de referência no município, além de ser um hospital escola.

A menor ocorrência de partos cirúrgicos pode ser explicado pela implementação de práticas humanizadas de assistência ao parto nessa maternidade.⁶⁰ Além disso, há a realização

de grupos de casais grávidos e gestantes para a população, nos quais é estimulado o parto vaginal.⁶¹

Ao avaliarmos o período do dia com maior ocorrência de cesáreas, identificamos que essas eram mais freqüentes no período compreendido pelo dia e início da noite com relação ao período da madrugada. Essa variável permaneceu com significância em nossa análise multivariada e apresenta-se, portanto, como fator de risco para o desfecho estudado.

Em trabalhos realizados no Rio de Janeiro³⁷ e Florianópolis⁵⁶ também constatou-se essa relação. Partos realizados no turno diurno foram considerados preditores independentes para o parto cesáreo.

A identificação desse fator está intimamente ligado à conveniência médica com relação à intervenção cirúrgica, como já discutido anteriormente, uma vez que esse procedimento pode ser programado, o que o diferencia do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer momento do dia.¹⁵

O fator prematuridade permaneceu significativo em nosso modelo final. Bailit³⁵ identificou esse fator como preditor moderado para cesárea em seu trabalho. Menacker¹¹ também associou prematuridade como fator de risco em outro estudo.

Faundes e Cecatti¹⁵ referem que há um risco de interromper prematuramente a gestação por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente quando se tratam de cesáreas eletivas.

Barros⁶², em estudo de coorte realizado em Pelotas, encontrou considerável aumento de partos prematuros — que cresceram de 6,3% em 1982 para 16,2% em 2004 — apesar do aumento de partos cesáreos, que passou de 28% dos partos em 1982 para 43% dos partos em 2004.

As variáveis peso ao nascer e Apgar não foram significativas como fatores de risco neste estudo. Não foram encontrados trabalhos, nos quais essas variáveis estivessem associadas a maior incidência de partos cesáreos.

A identificação de fatores não médicos influenciando a incidência de cesáreas corrobora com a idéia que esse aumento expressivo está diretamente ligado ao comportamento médico e a cultura da cesárea que vigora em nosso país.

Além disso, observamos que os partos cesáreos estão relacionados a mulheres com melhores condições sócio-econômicas — idade superior a 35 anos, brancas, alto nível de escolaridade, acesso a mais consultas de pré-natal, parto em hospitais privados — e, supostamente, com menor risco obstétrico.^{56,57,63} O que condiz com a hipótese de Rattner⁷, na

qual a autora afirma que a elevação da ocorrência de cesáreas está ligada à transformação de procedimento médico em bem de consumo, disponível àqueles com melhor poder aquisitivo.

Potter⁵¹ sugeriu que as diferentes taxas entre o setor público e o privado explicam que a condição sócio-econômica pode determinar a realização do procedimento cirúrgico.

A identificação de fatores de risco relacionados ao parto cesáreo no município de Florianópolis é de fundamental relevância para o planejamento de ações de saúde voltadas à diminuição da incidência de partos cesáreos neste município. Além de nortear ações que visem a melhoria da assistência pré-natal e a prevenção de morbidades maternas e neonatais.

Freitas et al⁵⁷ sugere que intervenções que visem diminuir a incidência de cesáreas devem focar a equipe médica, as mulheres e a organização dos serviços das maternidades, além de basear-se pelas características sócio-culturais do local.

O caráter ascendente da série histórica nos evidencia a necessidade urgente de medidas eficientes para a diminuição do parto cirúrgico em nosso país, como uma adequada formação médica para assistência ao parto normal, informação adequada às mulheres¹⁵, estímulo ao parto vaginal após cesárea¹⁷ e, principalmente, da adoção de práticas humanizadas de assistência ao parto.⁴⁷

Essas práticas promovem uma melhora do cuidado perinatal pelos obstetras e profissionais de saúde e incluem estratégias como a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, acesso a analgesia, utilização de posições alternativas para o parto e eliminação de práticas desnecessárias.⁵⁹ O que proporciona à mulher e sua família maior controle sobre a experiência do parto^{43,46,47}

7 CONCLUSÃO:

Os fatores associados à ocorrência de parto cesáreo no município de Florianópolis em 2006 foram:

- Idade materna acima de 20 anos
- Escolaridade maior que 8 anos de estudo
- Presença de 4 ou mais consultas de pré-natal
- Parto ocorrido em maternidade particular
- Período diurno ou início da noite
- Recém nascido prematuro

Fatores não médicos estão influenciando a decisão quanto ao tipo de parto. Estes devem ser analisados, visando possíveis intervenções com a finalidade de reduzir a taxa de cesárea.

REFERÊNCIAS

1. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia 5° Ed.. Porto Alegre: Artmed; 2006.282-302.
2. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NT, Alexander JM, Bloon SL, Casey BM et al. Willians Manual of Obstetrics.2002. p 214-224.
3. Parto, aborto e puerpério. Área Técnica de Saúde da Mulher. Ministério da Saúde. 2001. p.38-44.
4. Carniel EF, Zanolli ML, Morcilio AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007 Jan; 29 (1): 34-40.
5. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velasco A, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006; 367 (9525): 1819-29.
6. Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral SFC. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação do parto cesáreo. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003 Nov/Dez; 25(10): 739-744.
7. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 1996 Fev;30(1):19-33.
8. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ. 1999 Nov 27;319(7222):1397-400.
9. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. Birth. 2006 Dez;33(4):270-7.
10. SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos). [homepage na Internet]. Brasil. Arquivos de Declarações de Nascidos Vivos. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>.
11. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean Delivery: Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol. 2006 Out;30(5):235-41.
12. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Look PV et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Mar;21(2):98-113.
13. Penn Z, Ghaen-Maghani S. Indications for caesarean section. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001 Fev;15(1):1-15.

14. Fabri RH, Silva HSL, Lima RV, Murta EFC. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. *Rev Bras Saúde Matern Infantil*. 2002 Abr;2(1):29-35.
15. Faundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saude Publica*. 1991 Abr-Jun;7(2):150-73.
16. Christilaw JE. Cesarean section by choice: constructing a reproductive rights framework for the debate. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006 Set;94(3):262-8.
17. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. A prova de trabalho de parto e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Assoc Med Bras*. 2007 Abr;53(2):109-15.
18. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa GP, Angulo-Tuesta AJ, Gama AS, et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Ago; 97(2):152-7.
19. Stone Christine, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after caesarean; a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000 Out;14(4):340-348.
20. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Stone JL. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol*. 2004 Out;104(4):715-9.
21. Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006 Jul;28(7):388-396.
22. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002 Set/Out;18(5):1303-11.
23. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias. *Cad Saúde Pública*. 2003 Nov/Dez; 19(6):1611-20.
24. Faundes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública*. 2004 Ago;38(4):488-94.
25. Tedesco RP, Maia NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCLC, Bourrol GM et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Ver Bras Ginecol Obstet*. 2004. Dez;26(10):791-798.
26. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*. 2002 Abr 20;324(7343):942-5.
27. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev Saúde Pública*. 2006 Abr; 40(2):226-32.

28. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2001.p. 7-9.
29. Carniel EF, Antônio MA, Mota MR, Morcillo AM, Zanolli, ML. A “Declaração de Nascido Vivo como orientadora de ações de saúde em nível local. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003 Abr/Jun; 3(2):165-74.
30. Theme MM, Gama SGN, Cunha CB, Leal MC. Confiabilidade do sistema de informações sobre nascidos vivos hospitalares no município do Rio de Janeiro,1999-2001. Cad Saúde Pública. 2004;20(1);83-91.
31. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos 2002. Cad Saúde Pública. 2007 Mar;23(3):701-714.
32. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação – Santa Catarina. 2006.p.4.
33. Cunha AA, Amed MCPAM, Camano L. Modelo preditivo para cesareana com uso de fatores de risco. Rev Bras Ginecol Obstet.2002; 24(1):21-8.
34. Silva SALC, Filho OBM, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(4):189-96.
35. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? Am J Obstet Gynecol. 2004 Set;191(3):800-3.
36. Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. Obstet Gynecol. 2003 Ago;102(2):287-93.
37. d’Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública.2006 Oct; 22(10):2067-78.
38. Fernandes AMS, Bedone AJ, Leme LCP, Carvasan GAF. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. Rev Assoc Med Bras. 2007 Jan-Fev;53(1):53-58.
39. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas:um perfil epidêmico. Cad Saúde Pública. 2001 Mai/Jun; 17(3):509-19.
40. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study.BMJ. 2001 Nov 17;323(7322):1155-8.
41. Polli MEML. Fatores medicos e não médicos influenciando as taxas de cesariana na meternidade do hospital universitário-UFSC em 2002 e 2004. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina;2006.

42. Sakae TM. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no sul do Brasil. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2007.
43. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Nov;75(1):S25-37.
44. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(4):646-54.
45. Ângulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, d'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiras obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública.* 2003 Set/Out; 19(5):1425-36.
46. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2004 Jul/Set; 4(3):269-279.
47. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios da implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc saúde coletiva.*2005 Set;10(3):699-705.
48. pmf.sc.gov.br [homepage na Internet]. Brasil. Prefeitura Municipal de Florianópolis. [Acesso em 16 Nov 2007]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br.html>.
49. CNESNET [homepage na Internet]. Brasil.Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Acesso em 16 Nov 2007]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.
50. Kilsztajn S, Carmo MSN, Machado LC, Lopes ES, Lima LZ. Caesarean section and maternal mortality in São Paulo. *Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol.*2007 May; 132(1):64-69
51. Potter JE, Hopkins K, Faundes A, Perpetuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth.* 2008 Mar;35(1):33-40.
52. Finger C. Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for caesareans in the belief that it is a practical solution. *Lancet.* 2003 Ago 23;362(9384):628.
53. Gentile FP, Noronha G, Cunha AA. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad Saúde Pública.* 1997 Abr; 13(2):221-226.
54. Lin HC, Xirasagar S. Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5 year population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Mar;192(3):848-55.
55. Souza JC, Kunkel N, Gomes MA, Freitas PF. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2002 a 2004. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007 out/dez;7(4)397-403.

56. Freitas PF. The epidemic of caesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil.[Phd Thesis].London: London School of Hygiene and Tropical Medicine;1999.
57. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública, 2005 Oct; 39(5): 1815-1825.
58. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2003; 6(4):307-318.
59. Manual Técnico – Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Área Técnica de Atenção à Saúde da Mulher.Ministério da Saúde. 2006. p. 25-32.
60. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. Intern Journ Gynecol Obstet.2001 Nov; 75(1):73-79.
61. hu.ufsc.br [homepage na Internet]. Brasil: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. [acesso em 6 Abr 2007].Disponível em <http://www.hu.ufsc.br.html>.
62. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet. 2005 Mar 5-11;365(9462):847-54.
63. Yazzle ME, Rocha JS, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento de assistência ao parto. Rev Saúde Pública.2001;35(2);202-6.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____

