UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Anna Paula Ferrari

Fatores maternos associados à realização de cesárea eletiva e resultado perinatal segundo tipo de parto: estudo populacional desenvolvido em município de médio porte do interior paulista

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu
2015

Fatores maternos associados à realização de cesárea eletiva e resultado perinatal segundo tipo de parto: estudo populacional desenvolvido em município de médio porte do interior paulista

Anna Paula Ferrari

2015

Anna Paula Ferrari

FATORES MATERNOS ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESÁREA ELETIVA E RESULTADO PERINATAL SEGUNDO TIPO DE PARTO: ESTUDO POPULACIONAL DESENVOLVIDO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO INTERIOR PAULISTA

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Professora Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Ferrari, Anna Paula.
Fatores maternos associados à realização de cesárea eletiva e resultado perinatal segundo tipo de parto : estudo populacional desenvolvido em município de médio porte do interior paulista / Anna Paula Ferrari. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Capes: 40402002

1. Gestantes - Condições sociais. 2. Recém-nascidos - Mortalidade. 3. Cirurgia. 4. Neonatologia.

Palavras-chave: Condição social; Gestantes; Morbidade; Neonatal; Procedimentos cirúrgicos eletivos.

FINANCIAMENTO

Projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, em duas modalidades:

1- Bolsa de Estudos – Nível Mestrado. Processo Número 2013/02747-6.
Vigência: 01/06/2013 a 31/03/2015.

2- Auxílio à Pesquisa. Processo Número 2011/05738-2: O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico em ênfase na morbimortalidade materna e infantil.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Denize e João Carlos e ao meu esposo Murilo, essenciais em todos os momentos de minha trajetória, dedico com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Às puérperas por aceitarem participar deste trabalho em um momento de suas vidas repleto de emoções.

A todos os profissionais que colaboraram com a coleta de dados desta pesquisa. O papel de vocês foi fundamental.

Aos gestores dos hospitais envolvidos, pela autorização para execução da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo financiamento da pesquisa e bolsa de mestrado concedida.

Ao Hélio, pela realização da análise estatística.

Á Profa. Dra. Maria Antonieta Carvalhaes, pelas valiosas sugestões na elaboração deste trabalho.

À bibliotecária Rose (UNESP - Campus de Botucatu), pela confecção da ficha catalográfica e à bibliotecária Meire (UNESP - Campus de Botucatu), pela revisão das referências bibliográficas.

Ao Fernando e ao Agnaldo, funcionários do Departamento de Enfermagem, sempre solícitos quando necessário.

À Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e ao César, secretário do programa, pelas orientações, prontidão e empenho em sanar as dúvidas que surgiram durante o curso.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelos ensinamentos compartilhados.

À Profa. Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada, minha orientadora, pela paciência, competência e exemplo de profissional. Qualquer palavra seria insuficiente para expressar minha admiração e o quanto sou grata por esses anos de parceria.

Aos meu pais, Denize e João Carlos, por tudo que fizeram e fazem por mim e por estarem sempre presentes, me incentivando e torcendo para meu sucesso.

Ao meu irmão, João Felipe, pelo simples fato de fazer parte da minha vida.

Ao meu esposo Murilo, companheiro de todos os momentos, pelo carinho, apoio e paciência dedicados a mim. Você é minha fortaleza.

À Família Sugahara, pelos momentos descontraídos e por sempre torcerem por mim.

Às amigas Ana Paula Carvalheira, Camila Zanchim Fasolin, Maíra Malta, Letícia Diniz Vieira e Caroline Gomes, por estarem sempre presentes, me ajudando, incentivando e compartilhando de momentos inesquecíveis.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa SAMUCA, pelas discussões acadêmicas fundamentais para meu crescimento profissional.

Aos amigos e amigas "Camaradagem" e "Turma da Janta", pelos momentos revigorantes que passamos em todos esses anos de amizade. Vocês são essenciais para minha vida.

E, finalmente, agradeço imensamente a Deus, por sempre me abençoar nas minhas decisões, amparar nos momentos difíceis e por permitir com que pessoas extremamente importantes para meu crescimento pessoal e profissional cruzassem meu caminho.

"Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados."

Mahatma Gandhi

RESUMO

Objetivou-se identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização de cesárea eletiva e avaliar os efeitos dos tipos de parto sobre recém-nascidos cujos partos foram realizados no primeiro semestre de 2012, no município de Botucatu/SP. Estudo de abordagem epidemiológica, observacional e analítico, do qual participaram puérperas e seus recém-nascidos internados nas duas maternidades existentes no município. Os dados foram coletados nos prontuários dos binômios nas unidades de internação, nas anotações de sala de parto e cartão de pré-natal e por entrevista com as puérperas. Buscou-se identificar associação entre as variáveis independentes (idade, escolaridade, trabalho, vive com companheiro, gestação planejada, uso de drogas na gestação, pré-natal no SUS, parto no SUS, número de consultas pré-natal, hemorragia, síndrome hipertensiva, diabetes, infecção na gestação, anemia e problema emocional) e tipo de parto. A análise univariada foi realizada pelo Teste Exato de Fisher ou Qui-quadrado. Variáveis com $p < 0,20$ foram agrupadas em três níveis e, mediante modelo de regressão logística múltiplo, hierarquizado, identificaram-se fatores associados à cesárea eletiva, considerando-se $p < 0,05$. A relação entre o tipo de parto e os desfechos perinatais (necessidade de reanimação, índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete pontos, tempo de internação e peso ao nascer) foi analisada por Modelo de Regressão Logística Múltipla ou por Regressão com Resposta Gama. Os resultados indicam que das 1.289 mulheres que participaram do estudo, 18,0% foram submetidas à cesárea eletiva, 34,5% tiveram parto vaginal e 47,5% cesárea com indicação. No modelo final hierarquizado houve associação entre cesárea eletiva e o fato da puérpera ter trabalho remunerado e ter realizado pré-natal e parto fora do Sistema Único de Saúde, indicando melhores condições socioeconômicas. A chance de reanimação foi menor entre os recém-nascidos cujas mães foram submetidas à cesárea eletiva quando comparado aos nascidos por parto vaginal. O tipo de parto não se associou ao índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete, ao tempo de internação e ao peso ao nascer. Conclui-se que mulheres com melhores condições socioeconômicas são mais frequentemente submetidas à cesárea eletiva. Não houve associação entre cesárea eletiva e resultados perinatais adversos, considerando-se os desfechos incluídos nesta investigação. Destaca-se, também, que excetuando a reanimação, não se observou vantagem da cesárea eletiva quando comparada ao parto vaginal sobre as chances dos desfechos pesquisados.

Descritores: pré-natal; parto; cesárea; patologia; procedimentos cirúrgicos eletivos; condição social; gestantes; morbidade; neonatal.

ABSTRACT

The objective was to identify sociodemographic factors, characteristics and pregnancy complications associated with elective cesarean section and evaluate the effects of mode of delivery on newborns whose birth were performed in the first half of 2012 in Botucatu/SP. Study epidemiological, observational and analytical approach, attended pregnant women and their newborn infants in the only two county hospitals. Data were collected from medical records of binomials in inpatient units, delivery room notes, prenatal card and interview with the mothers. We tried to identify associations between the independent variables (age, education, work, living with partner, planned pregnancy, drug use during pregnancy, prenatal care in the SUS, SUS delivery, number of prenatal visits, hemorrhage, hypertensive syndrome, diabetes, infection during pregnancy, anemia and emotional problem) and type of delivery. Univariate analysis was performed using Fisher's exact test or chi-square. Variables with $p < 0.20$ were grouped into three levels and by the multiple logistic regression model, hierarchical, were identified factors associated with elective cesarean section, considering $p < 0.05$. The relationship between mode of delivery and perinatal outcomes (need for resuscitation, Apgar score at five minutes less than seven points, length of stay and birth weight) was analyzed by multiple logistic regression model or regression with Answer Range. The results indicate that of the 1,289 women who participated in the study, 18.0% were submitted to elective cesarean section, 34.5% had vaginal delivery and 47.5% cesarean section with details. In the final model hierarchical was no association between elective caesarean section and the fact that postpartum women have paid work and have received prenatal care and childbirth outside the Health System, indicating the best conditions. The chance of resuscitation was lower among newborns whose mothers underwent previously scheduled cesarean section compared to those born via vaginal delivery . Type of delivery was not associated with Apgar fifth minute less than 7, length of stay and birth weight. We conclude that women with the best conditions are more often undergoing elective cesarean section. There was no association between elective caesarean section and adverse perinatal outcomes, considering the outcomes included in this research. It is noteworthy, too, that there was no benefit of elective caesarean section compared to vaginal delivery on the chances of assessed outcomes except resuscitation.

Descriptors: prenatal care; delivery; cesarean section; pathology; elective surgical procedures; social condition; pregnant women; morbidity; neonatal.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Municípios que compõem o Colegiado Pólo Cuesta 24

FIGURA 2 – Modelo de causalidade 27

GRÁFICO 1 - Distribuição dos partos segundo tipo e local de resolução. Botucatu/2012 29

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Descrição das características sociodemográficas, gestacionais e intercorrências gestacionais das mulheres por tipo de parto. Botucatu, 2012. 30

TABELA 2 - Análise univariada dos fatores associados com cesárea eletiva, nível de significância (p), *odds ratio* (OR) bruta e intervalo de confiança (IC 95%). Botucatu, 2012. 32

TABELA 3 - Associação entre cesárea eletiva e variáveis sociodemográficas (Nível I), características gestacionais (Nível II) e intercorrências gestacionais (Nível III), considerando-se valores de *odds ratio* ajustados, IC 95% e p. Botucatu, 2012. 33

TABELA 4 - Modelo final hierarquizado com as *odds ratio* ajustada para estimar o risco de cesárea eletiva. Botucatu, 2012. 34

TABELA 5 - Tabela 5 - Comparação entre os tipos de parto e variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais. Botucatu, 2012. 35

TABELA 6 - Relação entre variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais com reanimação e índice de Apgar < 7 no quinto minuto de vida. Botucatu, 2012. 35

TABELA 7 - Relação entre variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais com peso ao nascer e tempo de internação. Botucatu, 2012. 36

TABELA 8 - Resultados da Regressão Logística multivariada que investigou a associação entre tipo de parto e reanimação. Botucatu, 2012. 36

TABELA 9 - Relação entre tipo de parto e Apgar no quinto minuto de vida inferior a 7. Botucatu, 2012. 37

TABELA 10 - Resultados da Regressão com resposta Gama entre tipo de parto e o tempo de internação do recém-nascido. Botucatu, 2012. 38

TABELA 11 - Relação entre o tipo de parto e peso ao nascer. Botucatu, 2012. 38

LISTA DE ABREVIATURAS

PHPN – Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

DeCS – Descritores da Área de Ciência da Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – National Library of Medicine

Scielo – Scientific Eletronic Library Online

Pubmed – National Library of Medicine

BA - Bahia

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SP – São Paulo

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

DRS – Departamento Regional de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SPSS – Statistical Package for Social Science

PV – Parto Vaginal

CE – Cesárea Eletiva

CCI – Cesárea com Indicação

RS – Rio Grande do Sul

MG – Minas Gerais

MA – Maranhão

g - gramas

SUMÁRIO

1. Introdução 16

2. Objetivo 22
2.1 Objetivo geral 22
2.2 Objetivo específico 22

3. Método 23
3.1 Delineamento 23
3.2 Local de realização do estudo 23
3.3 População e amostra 23
3.4 Critérios de inclusão no grupo cesárea eletiva 25
3.5 Coleta de dados 25
3.6 Variáveis 25
3.7 Modelo de causalidade 27
3.8 Análise estatística 27
3.9 Cuidados para redução de erro não sistemático de informação 28
3.10 Procedimento ético 28

4. Resultados 29

5. Discussão 40

6. Conclusões 48

7. Referências 49

8. Anexos 57

1. INTRODUÇÃO

Proposto pelo Ministério da Saúde no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) é, ainda hoje, programa de saúde vigente. Esse Programa tem como principal estratégia "*assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania*" [1 p.13].

O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Nesse sentido, dois aspectos fundamentais devem ser considerados: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam nem a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos" [1,2].

As citadas práticas intervencionistas revelaram-se a partir de mudanças ocorridas no século XIX, entre os fenômenos gestação-parto, onde as mulheres da nobreza pariam seus filhos com intervenção médica e as outras mulheres contavam com cirurgiões-barbeiros. A partir de então a sociedade passou a se preocupar com as condições da parturiente, resultando na medicalização do parto e no aumento das cesáreas, que idealmente deveriam ocorrer quando não fosse possível realizar parto via vaginal, evitando consequências indesejáveis para o binômio mãe-bebê [3].

O principal objetivo do parto normal, aquele com início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto e que assim permanece durante todo o processo, até o nascimento [4] e que, portanto, não se configura como procedimento cirúrgico, é permitir que o nascimento seja o menos traumático possível, tanto para o bebê quanto para a mãe. Durante muito tempo esse procedimento foi realizado por pessoas leigas, como as parteiras, que não detinham conhecimento científico. Porém, com o passar do tempo, o parto que era considerado fenômeno fisiológico e natural, passou a ser visto como evento médico, o que fez com que a mulher deixasse de ser a protagonista neste momento peculiar de sua vida,

tornando-se passiva e incapacitada de tomar decisões relacionadas aos seus desejos, seu corpo e seu filho [5,6].

A falta de informação em saúde corrobora para que a gestante desconheça as vantagens do parto vaginal em relação à cesárea, quando não há razão para indicação cirúrgica [5]. Segundo o Ministério da Saúde, o parto vaginal facilita o contato precoce entre a mãe e o bebê; possibilita melhor recuperação materna; permite a compressão pulmonar do recém-nascido pela via de parto, resultando em menor ocorrência de desconforto respiratório; contribui para baixos índices de infecção, hemorragia pós-parto e morte materna e resulta em menor custo, por não se tratar de técnica cirúrgica. Portanto, de modo geral, os benefícios do parto vaginal vão desde uma melhor recuperação materna até melhores condições respiratórias do recém-nascido [5,6].

Por outro lado, no parto cesárea, a literatura aponta maior predisposição a intercorrências maternas, como hemorragias, infecções e possibilidade de laceração acidental de alguns órgãos no momento do corte uterino, resultando em risco elevado de morbidade materna [7,8]. Além disso, há o risco de morte materna inerente ao procedimento cirúrgico: estudos indicam elevação no risco de morte materna após cesárea de 2,8 a 3,5 vezes quando comparada ao método natural [8,9].

Com vistas à diminuição de riscos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que não há justificativa para que mais de 15% dos partos realizados sejam a partir de procedimentos cirúrgicos [10]. Apesar dessa recomendação, mesmo em países desenvolvidos como os europeus e americanos, as taxas de cesárea ultrapassam, e muito, o índice preconizado [10,11]. Em alguns países africanos, porém, observa-se o contrário: menos de 2% dos partos acontecem por cesariana, sendo que entre a população rural pobre, este nível é de menos de 1%. Neste caso, as baixas taxas de cesárea representam um problema, pela dificuldade de acesso, mesmo quando há indicação para sua realização [12].

Em relação às características maternas e o parto cesárea, a literatura traz que gestantes adolescentes têm menor chance de serem submetidas a este tipo de parto; possuem maior chance aquelas com maior nível de escolaridade, que colaboram com a renda familiar e possuem companheiro [13-15].

Aspectos relacionados às características gestacionais, além dos sociodemográficos, também têm sido apontados como associados ao parto cesárea. Neste contexto, realizar menos de sete consultas pré-natais foi considerado fator protetor à cesárea [15]. Na vigência de hipertensão, foi encontrado um estudo que mostra associação [15] e outros que não [16,17]. Em

relação ao diabetes gestacional, discute-se que em caso de macrossomia aumenta a probabilidade da resolução do parto por cesárea, mesmo não sendo essa via indicação absoluta [17]. O mesmo ocorre nos casos de anemia grave ou hemorragia no final da gestação, pela maior possibilidade de controle do sangramento [18-20] e em situação de depressão sintomática no termo [18]. Infecções virais, como HIV com alta carga viral, extensas lesões condilomatosas e lesões ativas de herpes também predispõem à indicação de parto cesárea [18,19]. Quanto ao uso de drogas na gestação, são poucos os estudos disponíveis e estes se voltam a avaliar as condições do neonato e não o tipo de parto [21].

Tomando por base o local de resolução da gravidez, há consenso que as maiores taxas de cesárea, especialmente as eletivas – aquelas agendadas previamente e sem indicação precisa – estão nos hospitais privados/conveniados, enquanto que nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) são maiores as taxas de parto vaginal [22].

Para o recém-nascido, a literatura recente apresenta divergências quanto aos resultados perinatais quando se comparam os diferentes tipos de parto, especialmente em relação à morbidade perinatal. É consenso, porém, que há situações em que a cesárea é o tipo de parto ideal para viabilizar o nascimento, por indicação absoluta ou relativa. Porém, a indicação da cesárea não tem ocorrido apenas nestas situações [23].

Têm-se as seguintes indicações absolutas para a operação cesariana: prolapso de cordão e descolamento prematuro de placenta, pela interrupção do fluxo sanguíneo para o bebê; placenta prévia centro total ou parcial, devido à obstrução do colo do útero pela placenta; sofrimento fetal, em casos que seja inviável a sobrevivência dentro do útero e herpes genital com lesão ativa no momento do trabalho de parto, situação que poderia resultar em contaminação fetal. As indicações relativas, nas quais as condutas devem ser individualizadas, referem-se à ocorrência de apresentação pélvica ou córmica, distócias em que há possibilidade de realização de manobra de versão cefálica; história de duas ou mais cesáreas anteriores, devendo-se considerar o risco de rotura uterina e existência de HIV/Aids, condição em que se deve considerar a carga viral [18,19].

Como um dos focos da presente investigação consiste no estudo da relação entre resultados perinatais e cesárea eletiva, desenvolveu-se revisão integrativa da literatura para aprofundamento nesta temática, a partir da questão norteadora: *Quais os resultados perinatais de bebês que nasceram por parto cesárea sem indicação precisa?,* com o propósito de identificar, na produção científica dos últimos 10 anos, evidências sobre os resultados perinatais de neonatos nascidos por cesárea eletiva. Utilizou-se a combinação das seguintes

palavras chave: parto, cesárea, resultado perinatal, prematuro e recém-nascido de baixo peso. A avaliação da indicação da cesárea foi realizada posteriormente pela pesquisadora, visto que não havia entre os descritores da área de ciências da saúde (DeCS) termo(s) que permitisse(m) identificar previamente as cesáreas eletivas.

Foram consultados os seguintes sítios de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/Biblioteca Regional de Medicina (BIREME): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine*, Estados Unidos (MEDLINE); *Scientific Electronic Library Online (*Scielo*)* e *National Library of Medicine* (Pubmed) e foram encontrados 1.682 estudos por meio da integração dos descritores. Destes, 866 foram selecionados para análise dos títulos e 62 para leitura minuciosa do resumo, dos quais 17 foram lidos na íntegra [24-40], pelo potencial em responder à questão norteadora estabelecida.

Os resultados obtidos mostraram que, dos 17 estudos, 15 foram desenvolvidos no Continente Americano [24,26,28-40], sendo 10 publicações realizadas em português [28,29,31-35,38-40], cinco em inglês [24-27,30] e duas em espanhol [36,37]. A análise do método evidenciou que a maior parte dos estudos era do tipo descritivo (nível VI de evidência) [41].

Na análise integrada confirmou-se que parte dos artigos revelou associação entre cesárea eletiva e desfechos negativos para o recém-nascido como prematuridade [35,40] e baixo peso ao nascer [29,30,32,33,35,36,38]. Porém, em aproximadamente uma em cada três publicações não foram relatados desfechos negativos para o recém nascido de parto cesárea sem indicação precisa [25,31,34,37].

Quanto à relação entre mortalidade peri/neonatal e tipo de parto, em estudo multicêntrico ecológico, que utilizou dados de 119 países distribuídos em três grupos, de acordo com a classificação internacional de renda (baixa, média e alta renda), constatou-se que não houve correlação entre o parto cesárea e a mortalidade neonatal nos países considerados de média e alta renda, os quais, entretanto, apresentaram taxas elevadas deste tipo de parto, o que indica a realização injustificada de cesáreas em populações saudáveis. A mesma investigação mostrou que em muitos países de baixa renda a taxa de cesárea era inferior à considerada adequada para atender à população de risco [42].

Outros estudos, por outro lado, evidenciaram associação entre mortalidade neonatal e a realização de parto cesárea [24,28]. Estudo desenvolvido pela OMS em 120 instituições selecionadas aleatoriamente de oito países da América Latina, constatou aumento entre 10% e 20% na mortalidade neonatal, associado ao aumento da taxa de cesárea [24]. Desenvolvido no

município de São Paulo, estudo transversal com base em dados da Declaração de Nascidos Vivos e da Declaração de Óbito, obteve como um de seus resultados, aumento do risco de morte para conceptos com peso entre 2.000g e 2.999g nascidos por parto cesárea [28].

Por outro lado, a cesárea apresentou-se como fator protetor para mortalidade neonatal em estudo de coorte desenvolvido na região sul do município de São Paulo, em estudo transversal com dados secundários desenvolvido em município do Sul do Brasil e em pesquisa exploratória, também com dados secundários, desenvolvida em Salvador (BA) [39,43,44].

O parto cesárea no Brasil

Em alguns estados brasileiros, como São Paulo, a taxa de cesárea ultrapassa 40%, sendo que em serviços privados esta taxa atinge a marca de 88%, segundo estudo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), recentemente apresentado. Assim, o Brasil mantém-se entre os países com maior proporção de partos cesárea do mundo, o que corresponde a 52% dos partos realizados [45-47].

Uma das possibilidades para explicar tal taxa é o fato de que o parto não se trata apenas de um acontecimento biológico, mas envolve aspectos culturais, sociais, políticos e econômicos de uma sociedade. O despreparo psicológico da mulher e falhas na assistência pré-natal são fatores que contribuem para o alto índice de cesárea. Além disso, melhores condições sócio-econômicas, maiores índices de escolaridade, assistência pré-natal em determinados serviços de saúde, crenças e valores interferem e podem até determinar a escolha da mulher pelo parto cesárea [45,46].

Na maioria das vezes, mulheres brasileiras de alto nível social optam por esse tipo de parto por medo ou por influência médica: perdura a ideação de que o procedimento cirúrgico é indolor e preserva a anatomia vaginal, representações sociais que poderiam ser trabalhadas e desmistificadas durante o acompanhamento pré-natal adequado; para o médico, deve-se considerar a conveniência do parto cesárea, por poder escolher o momento de sua realização, além de muitas vezes esse procedimento resultar em melhor remuneração ou outros incentivos diretos e indiretos pessoais e para os hospitais [46].

Apesar de toda diversidade cultural, regional e sócio-econômica predominante no Brasil, observa-se que, ao longo dos anos, as diferenças regionais nas taxas de cesárea vêm sendo reduzidas. Em 2010 as regiões Sul e Sudeste tiveram taxa de 58%, a região Centro-Oeste teve 57%, a região Nordeste 44% e região Norte 42%; assim, as regiões

economicamente mais ricas apresentam as taxas mais elevadas, porém em todos os casos as taxas estão acima da aceitável, segundo a OMS [48,49].

Além de diferenças entre as regiões, também se observam variações dentro de um mesmo estado, sendo a taxa de cesárea nos hospitais privados do Estado de São Paulo 80% e nos hospitais públicos, 33%. Comparando-se a capital com cidades do interior, observa-se que a região metropolitana de São Paulo conta com uma taxa de 57%, próxima a do interior, 60% [48,49].

Em pesquisa realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE) em algumas cidades do centro-oeste paulista, incluindo Botucatu, Marília, Jaú, Bauru e Avaré no ano de 2011, constatou-se que todos os municípios apresentaram taxas elevadas deste tipo de parto: 56,7%, 68,4%, 67,9%, 68,4% e 44,1%, respectivamente [50], indicando a alta magnitude do problema também nesta região do interior paulista.

1.2 Justificativa do estudo

Considerando-se as elevadas taxas de cesárea no país, as variações não apenas inter e intrarregionais, mas também dentro de um mesmo município e em diferentes hospitais, as controvérsias quanto aos resultados perinatais deste tipo de parto na ausência de indicação precisa, justifica-se a realização deste estudo, voltado a responder às seguintes questões: Qual a incidência de cesárea previamente agendada no município de Botucatu no primeiro semestre de 2012? Há diferença no resultado perinatal, quando se comparam crianças nascidas de parto vaginal, cesárea eletiva e cesárea com indicação?

1.3 Hipótese

Perante o exposto, apresenta-se a seguinte hipótese a ser testada:

- A cesárea eletiva (previamente agendada, por opção materna e/ou conveniência médica) tem como resultado perinatal desfechos negativos, quando se toma por referência o parto vaginal.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os efeitos, sobre os recém-nascidos, dos partos cesárea previamente agendados e realizados no primeiro semestre de 2012 no município de Botucatu/SP.

2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar a prevalência de parto cesárea, de cesárea eletiva e parto vaginal;

b) Verificar a existência de associação entre fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais e cesárea eletiva;

c) Verificar o efeito do tipo de parto: vaginal, cesárea eletiva e cesárea com indicação, sobre os desfechos: necessidade de reanimação, índice de Apgar, tempo de internação e peso ao nascer.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional e analítico, no qual foram obtidos dados das puérperas e seus recém-nascidos internados nas duas maternidades do município de Botucatu. Integra ampla pesquisa financiada pela FAPESP (Processo 2011/05738-2): "O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico em ênfase na morbimortalidade materna e infantil".

3.2 Local de Realização do Estudo

O município de Botucatu situa-se no estado de São Paulo, região centro-sul, tem população estimada de 127.328 habitantes e faz parte do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI), Bauru, com outros 67 municípios [(51)].

Para atendimento ao Sistema Único de Saúde, o município conta, atualmente, com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS); dez Unidades de Saúde da Família (USF), com quatorze equipes; três Policlínicas; um Hospital-Escola; um Hospital Privado, para assistência a pacientes conveniados e particulares e um Hospital Psiquiátrico [(51)].

Na área de abrangência das UBS oito macrorregiões são atendidas, incluindo as especialidades básicas: clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia, além de outras oferecidas pelos Centros de Saúde Escola e Policlínicas. As USF estão localizadas em áreas periféricas do município e atendem aproximadamente 30% da população total [(51)].

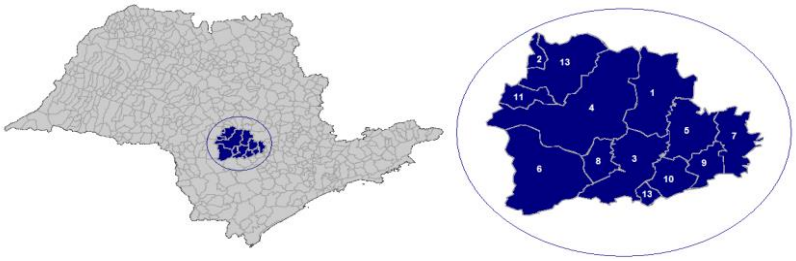
O Hospital Privado, inaugurado em 1.901 conta, atualmente, com 111 leitos destinados a pacientes clínicos, cirúrgicos, maternidade e pediatria. A maternidade possui 16 leitos destinados às gestantes/puérperas, conta com quartos privativos e semi-privativos, seis leitos para recém-nascido, duas salas de parto normal e dois leitos de pré-parto [(52)].

O Hospital Escola, fundado em 1.962, atualmente é considerado a maior instituição pública vinculada ao SUS da região. Dispõem de 385 leitos e 52 leitos de UTI (30 para adultos, 15 para neonatos e 7 pediátricos). A maternidade possui 40 leitos destinados às gestantes/puérperas e 24 leitos para recém-nascidos (alojamento conjunto). É hospital de referência para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco [(53)].

3.3 População e Amostra

A população alvo é formada por parturientes dos 13 municípios do Colegiado Pólo Cuesta (Figura 1), cujos partos ocorreram entre Janeiro e Junho de 2012, visto que aproximadamente 90,0% das gestantes incluídas no estudo residiam em alguma cidade deste Colegiado.

Figura 1 – Municípios que compõem o Colegiado Pólo Cuesta.



	Município	População	TNat	NV	TFec	PopFemFert
1	Anhembi	5769	11,16	64	43,99	1464
2	Areiópolis	10606	15,51	164	56,34	2920
3	Bofete	9858	12,61	124	51,82	2399
4	Botucatu	129234	12,97	1676	46,84	35785
5	Conchas	16423	14,25	234	55,61	4208
6	Itatinga	18312	18,03	330	66,96	4931
7	Laranjal Paulista	25557	12,57	321	47,17	6811
8	Pardinho	5668	16,86	96	65,05	1469
9	Pereiras	7579	12,63	96	48,68	1966
10	Porangaba	8498	10,71	91	44,32	2054
11	Pratânia	4664	14,59	68	54,25	1254
12	S Manoel	38514	13,57	523	49,21	10621
13	Torre de Pedra	2265	8,88	20	37,45	537
	Total			**3808**		**76418**

Considerando o tamanho populacional, a taxa de natalidade e a taxa de fecundidade das mulheres residentes em cada município do Pólo Cuesta, disponível no sítio da Fundação SEADE, o total de nascidos vivos no ano de 2010 foi 3.760 [(50)]. Supondo que os nascimentos se distribuam uniformemente pelos meses e que em 2012 o número de partos não tenha sido significativamente diferente de 2010, estimou-se que entre janeiro a junho de 2012 o tamanho da população alvo seria de 1.808 parturientes.

Foram efetivamente internadas no período estabelecido, para atenção ao parto nas duas maternidades existentes em Botucatu, 1.459 mulheres e, destas, 43 evoluíram para abortamento, 22 gestações eram gemelares, ocorreram nove casos de óbito fetal e 18 óbitos de recém-nascidos nas primeiras 12 horas de vida (foi pré estabelecido que as entrevistas ocorreriam pelo menos 12 horas após o parto), situações não elegíveis para o presente estudo. Entre as 1.367 mulheres elegíveis, ocorreram 71 perdas (não houve tempo hábil para coleta

dos dados entre a internação e a alta hospitalar) e sete recusas em participar do estudo, resultando na amostra final de 1.289 parturientes, 94,3% das elegíveis no período.

3.4. Critérios de Inclusão no Grupo Cesárea Eletiva

Foram incluídas neste grupo todas as puérperas que referiram ter tido cesárea eletiva (Questão 6.10, Anexo 1) sem referência a qualquer motivo de ordem médica para realização deste tipo de parto, considerando-se tanto as indicações absolutas quanto as relativas [18,19]. Quando informado como motivo para agendamento prévio da cesárea a iteratividade ou morbidade clínica ou obstétrica que resultasse na indicação médica de parto cesárea, as puérperas foram incluídas no grupo cesárea com indicação, mesmo que tais indicações não se configurassem em absolutas ou relativas. Assim, houve rigor na classificação da cesárea eletiva.

De forma a garantir a qualidade dessa classificação, todos os dados foram compilados e categorizados por duas pessoas, independentemente. Os casos em que não houve concordância foram, ainda, verificados por uma terceira pessoa. Destaca-se que as três profissionais envolvidas neste processo têm, no mínimo, pós-graduação lato senso na área materno-infantil.

3.5. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nas duas maternidades do município, por equipe treinada, remunerada e supervisionada por enfermeira, doutoranda da Faculdade de Medicina de Botucatu, também remunerada, que exerceu papel de supervisora de campo.

Os dados foram obtidos nos prontuários, anotações de sala de parto, cartão de pré-natal e por entrevista com as gestantes/puérperas, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados foi construído especificamente para este estudo (Anexo 1).

3.6 Variáveis

3.6.1. Objetivo específico *b*

Variáveis independentes

- Idade (< 18 anos / ≥ 18 anos)
- Escolaridade (Até o ensino fundamental / no mínimo o ensino médio)
- Trabalha (Não / Sim)
- Vive com companheiro (Não / Sim)
- Gestação planejada (Não / Sim)
- Usou droga na gestação (Sim / Não)

- Pré-natal no SUS (Sim / Não)
- Parto no SUS (Sim / Não)
- Número de consultas pré natal (< 7 / ≥ 7)
- Hemorragia, sangramento ou ameaça de aborto (Sim / Não)
- Síndrome hipertensiva (Sim / Não)
- Diabetes gestacional (Sim / Não)
- Infecção na gestação (Sim / Não)
- Anemia (Sim / Não)
- Problema emocional (Sim / Não)

Desfecho

- Tipo de parto (Parto vaginal / Cesárea eletiva).

3.6.2. Objetivo específico *c*

Fator de exposição ou de interesse

- Tipo de parto (Parto vaginal / Cesárea eletiva / Cesárea com indicação)

Variáveis independentes

- Idade inferior a 18 anos (Sim / Não)
- Até ensino fundamental (Sim / Não)
- Não trabalha (Sim / Não)
- Vive sem companheiro (Sim / Não)
- Gestação não planejada (Sim / Não)
- Uso de droga na gestação (Sim / Não)
- Parto no SUS (Sim / Não)
- Pré-natal no SUS (Sim / Não)
- Número de consultas < 7 (Sim / Não)
- Hemorragia, sangramento ou ameaça de aborto (Sim / Não)
- Síndrome hipertensiva (Sim / Não)
- Diabetes gestacional (Sim / Não)
- Infecção na gestação (Sim / Não)
- Anemia (Sim / Não)
- Problema emocional (Sim / Não)

Desfechos relativos ao neonato

- Reanimação (Sim / Não)
- Índice de Apgar no quinto minuto < 7 pontos (Sim / Não)

- Tempo de internação (dias)
- Peso ao nascer (gramas)

3.7 Modelo de causalidade

A Figura 2 mostra o modelo de causalidade sob teste. De acordo com o modelo, há diferença significativa entre os tipos de parto em relação aos desfechos perinatais.

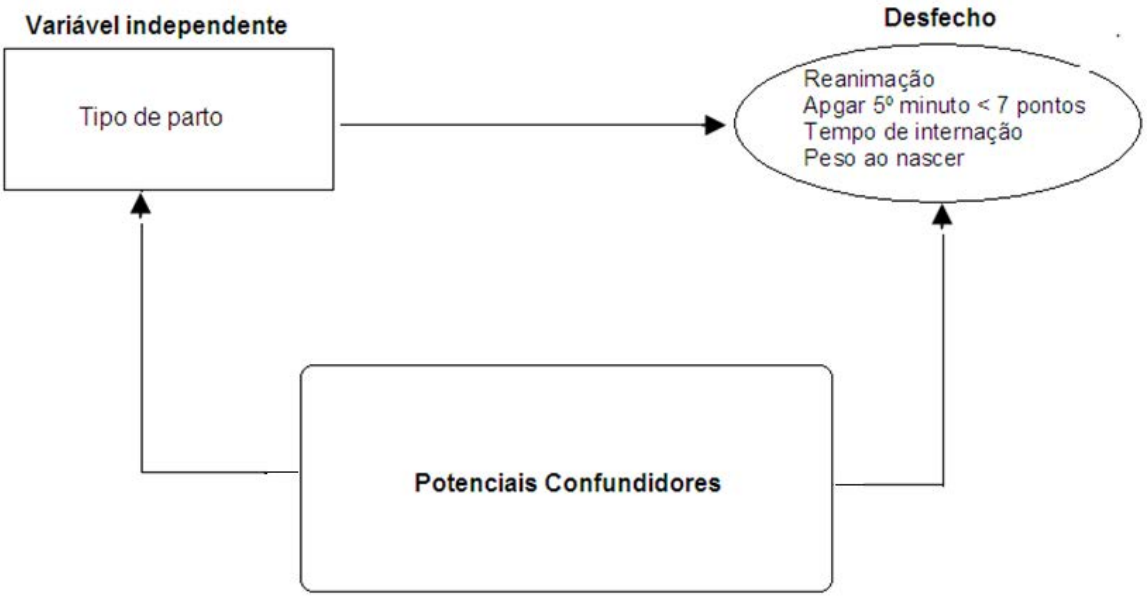


Figura 2- Modelo de Causalidade

3.8 Análise Estatística

A fim de responder ao objetivo específico b, inicialmente realizou-se análise univariada com todas as variáveis de cada nível hierárquico, sendo estimadas as razões de odds brutas, com intervalo de confiança de 95%. Aquelas que apresentaram nível de significância estatística maior que 0,20 foram descartadas. Em seguida foram rodados modelos para as variáveis de cada nível, identificando aquelas associadas com cesárea eletiva em nível de $p<0,05$. Foi, então, criado modelo múltiplo, hierarquizado, ajustado para as variáveis dos blocos precedentes. Assim, tal modelo discriminou os fatores de risco hierarquicamente superiores como exercendo sua ação através daqueles situados inferiormente.

Para análise da relação entre tipo de parto e potenciais confundidores foi utilizado, com a finalidade de responder ao objetivo específico c, Teste Exato de Fisher, Qui-quadrado (Etapa 1-Tabela 1) e estimativa intervalar da razão de chances (Etapa 2 – Tabelas 2 e 3). Em seguida, a relação entre o tipo de parto e os desfechos perinatais foi analisada por Modelo de Regressão Logística Múltipla para os desfechos binários (necessidade de reanimação e índice de Apgar no quinto minuto inferior a sete) e por Regressão com Resposta Gama para os desfechos perinatais peso ao nascer e tempo de internação. Variáveis foram incluídas no modelo quando $p<0,20$. Relações foram consideradas significativas se $p<0,05$, sendo a análise realizada com o software SPSS v15.0.

3.9 Cuidados para Redução de Erro não Sistemático de Informação

Foi realizada dupla digitação dos dados. Todas as vezes em que houve discordância, os instrumentos foram conferidos e os dados corrigidos no banco. Também, checaram-se os resultados de questões associadas, com correção sempre que necessário.

3.10 Procedimentos Éticos

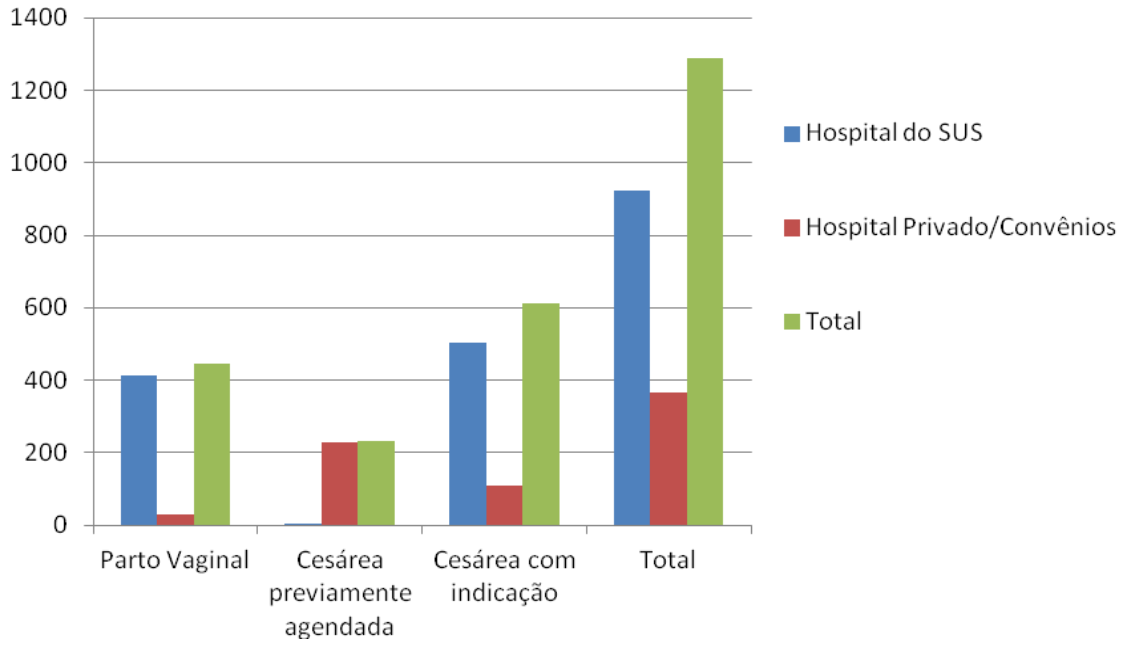
A execução deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob número de processo 245/2012 (Anexo 2).

4. RESULTADOS

Apresentam-se os resultados relativos à distribuição das 1.289 mulheres internadas para resolução do parto que aceitaram participar do estudo. Quanto ao tipo de parto, ocorreram 612 cesáreas com indicação (47,5%), 445 partos vaginais (34,5%) e 232 cesáreas previamente agendadas (18,0%).

Considerando-se o hospital de resolução, 93% dos partos vaginais foram realizados no hospital escola (SUS) e 7% no hospital privado/convênios; entre as cesáreas eletivas, 98% foram realizadas no hospital privado/convênios e, das 612 cesáreas com indicação, 83% ocorreram no hospital do SUS (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos partos segundo seu tipo e local de resolução. Botucatu,2012.



Fatores Associados à Cesárea Eletiva

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, características gestacionais e intercorrências gestacionais das mulheres, segundo tipo de parto.

A ocorrência de cesárea eletiva foi maior entre as mulheres com idade maior ou igual a 18 anos, com maior escolaridade, que referiram viver com companheiro e gestação planejada, que fizeram pré-natal e parto fora do SUS, que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal e com as seguintes intercorrências gestacionais: hemorragia/ameaça de aborto, pressão arterial elevada, diabetes gestacional e problemas emocionais (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas, gestacionais e intercorrências gestacionais das mulheres por tipo de parto. Botucatu, 2012.

Variáveis	Parto Vaginal		Cesárea Eletiva	
	N	%	N	%
Idade				
< 18 anos	48	94,1	3	5,9
≥ 18 anos	357	62,8	211	37,2
Escolaridade				
Até ensino fundamental	155	93,4	11	6,6
Mínimo ensino médio	250	55,2	203	44,8
Trabalho remunerado				
Não	223	87,4	32	12,6
Sim	182	50,0	182	50,0
Vive com companheiro				
Não	67	79,7	17	20,3
Sim	338	63,2	197	36,8
Gestação planejada				
Não	256	79,5	66	20,5
Sim	149	50,1	148	49,9
Pré-natal no SUS				
Sim	371	97,4	10	2,6
Não	34	14,3	204	85,7
Parto no SUS				
Sim	378	98,4	6	1,6
Não	27	11,5	208	88,5
Consultas pré-natais				
< 7	81	86,2	13	13,8
≥ 7	324	61,7	201	38,3
Hemorragia/ameaça abortamento				
Sim	16	53,3	14	46,7
Não	389	66,0	200	34,0
Pressão alta				
Sim	16	55,1	13	44,9
Não	389	65,9	201	34,1
Diabetes				
Sim	10	62,5	6	37,5
Não	395	65,5	208	34,5
Infecção				
Sim	92	81,4	21	18,6
Não	313	61,8	193	38,2
Uso de droga				
Sim	6	100,0	0	0,0
Não	399	65,1	214	34,9
Anemia				
Sim	19	57,5	14	42,5
Não	386	65,8	200	34,2
Problema emocional				
Sim	57	63,3	33	36,7
Não	348	65,8	181	34,2

Os valores obtidos nas análises univariadas, considerando-se as variáveis independentes testadas em relação à cesárea eletiva, constam da Tabela 2.

Houve associação entre cesárea eletiva e características sociodemográficas, sendo esse tipo de parto mais frequente em mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com pelo menos ensino médio, trabalho remunerado e companheiro. Também houve associação com as características gestacionais: mulheres que planejaram a gestação, que fizeram pré-natal e parto no SUS e mais de sete consultas pré-natais tiveram mais cesárea eletiva. Destaca-se que praticamente todas as cesáreas eletivas foram realizadas fora do SUS (99,0%). Considerando-se as intercorrências gestacionais, mulheres com infecção, com hemorragia ou ameaça de abortamento tiveram menos esse tipo de parto (Tabela 2).

Tabela 2- Análise univariada dos fatores associados com cesárea eletiva, nível de significância (p), *odds ratio* (OR) bruta e intervalo de confiança (IC 95%). Botucatu, 2012.

Variável	P	OR	IC 95%
Idade			
< 18 anos	<0,001[f]	0,10	0,03-0,34
≥ 18 anos			
Escolaridade			
Até ensino fundamental	<0,001[c]	0,08	0,04-0,16
No mínimo o ensino médio			
Trabalho remunerado			
Não	<0,001[c]	0,14	0,09-0,21
Sim			
Vive com companheiro			
Não	0,003[c]	0,43	0,24-0,76
Sim			
Gestação planejada			
Não	<0,001[c]	0,26	0,18-0,37
Sim			
Pré-natal no SUS			
Sim	<0,001[c]	0,004	0,002-0,009
Não			
Parto no SUS			
Sim	<0,001[c]	0,002	0,001-0,005
Não			
Consultas pré-natais			
< 7	<0,001[c]	0,25	0,40-0,47
≥ 7			
Hemorragia/ameaça de aborto			
Sim	0,153[c]	1,70	0,81-3,55
Não			
Pressão alta			
Sim	0,234[c]	1,57	0,74-3,33
Não			
Diabetes			
Sim	0,803[c]	1,13	0,40-3,17
Não			
Infecção			
Sim	<0,001[c]	0,37	0,22-0,61
Não			
Uso de droga			
Sim	0,098[f]	-	-
Não			
Anemia			
Sim	0,330[c]	1,42	0,69-2,89
Não			
Problema emocional			
Sim	0,651[c]	1,11	0,69-1,77
Não			

(f)Teste exato de Fisher (c) Qui-quadrado

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises múltiplas entre cesárea eletiva e as variáveis em estudo.

Tabela 3 - Associação entre cesárea eletiva e variáveis sociodemográficas (Nível I), características gestacionais (Nível II) e intercorrências gestacionais (Nível III), considerando-se valores de *odds ratio* ajustados, IC 95% e p. Botucatu, 2012.

	Variável	P	OR	IC 95%
Nível	Idade			
I	< 18 anos	0,007[f]	0,18	0,05-0,63
	≥ 18 anos			
	Escolaridade			
	Até ensino fundamental	<0,001[c]	0,15	0,08-0,28
	No mínimo o ensino médio			
	Trabalho remunerado			
	Não	<0,001[c]	0,20	0,13-0,32
	Sim			
	Vive com companheiro			
	Não	0,015[c]	0,46	0,25-0,86
	Sim			
Nível	Gestação planejada			
II	Não	0,141[c]	0,57	0,27-1,21
	Sim			
	Pré-natal no SUS			
	Sim	<0,001[c]	0,14	0,05-0,43
	Não			
	Parto no SUS			
	Sim	<0,001[c]	0,01	0,00-0,04
	Não			
	Consultas pré-natais			
	< 7	0,879[c]	0,91	0,25-3,26
	≥ 7			
Nível	Hemorragia/ameaça abortamento			
III	Sim	0,287[c]	1,50	0,71-3,14
	Não			
	Infecção			
	Sim	<0,001[c]	0,38	0,23-0,63
	Não			

(f)Teste exato de Fisher (c) Qui-quadrado

Todas as variáveis sociodemográficas associaram-se de modo independente com cesárea eletiva, permanecendo no modelo como potenciais confundidores dos blocos subsequentes. A chance de ser submetida à cesárea eletiva foi 85% maior entre as mulheres com maior escolaridade e 80% maior entre não adolescentes e aquelas que tinham trabalho remunerado.

As variáveis relativas às características gestacionais que apresentaram associação com cesárea eletiva, após ajuste para o bloco anterior, foram: pré-natal no SUS e parto no SUS. Gestação planejada e consultas pré-natais foram excluídas do modelo. A variável infecção, de terceiro nível, não permaneceu associada à cesárea eletiva (p=0,207, OR=0,50 e IC95% 0,17-1,45) e foi removida do modelo final (Tabelas 3 e 4).

Tabela 4 – Modelo final hierarquizado com as *odds ratio* ajustada para estimar o risco de cesárea eletiva. Botucatu, 2012.

Ajuste hierarquizado	P	OR	IC 95%
Nível I: Variáveis Sociodemográficas			
< 18 anos	0,844	0,82	0,11-6,05
Até ensino fundamental	0,241	2,21	0,59-8,27
Não trabalha	0,005	0,30	0,13-0,69
Sem companheiro	0,946	0,96	0,26-3,52
Nível II: Características Gestacionais			
Parto SUS	<0,001	0,01	0,00-0,03
Pré-natal SUS	0,002	0,14	0,04-0,47

Em síntese, as variáveis sociodemográficas, além de pré-natal no SUS e parto no SUS, associaram-se com cesárea eletiva, apontando que são fatores relativos à condição social que determinam o tipo de parto: ter melhor condição social constituiu fator de risco para a cesárea eletiva.

Efeito do Tipo de Parto sobre Desfechos Selecionados

A Tabela 5 é relativa à associação entre tipo de parto e as variáveis independentes estudadas. As seguintes variáveis associaram-se ao tipo de parto e, por isso, foram consideradas potenciais confundidores: menor que 18 anos, ensino fundamental, não trabalha, vive sem companheiro, gestação não planejada, pré-natal no SUS, parto no SUS, número de consultas menor que sete, síndrome hipertensiva, infecção na gestação e anemia (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação entre os tipos de parto e variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais. Botucatu, 2012.

Variável	PV (n=401) n(%)*	CE (n=210) n(%)**	CCI(n=548) n(%)***
Menor que 18 anos	47(12)a	2(1)b	55(10)a
Ensino fundamental	153(38)a	9(4)b	184(34)a
Não trabalha	222(55)a	30(14)b	262(48)c
Vive sem companheiro	67(17)a	16(8)b	90(16)a
Gestação não planejada	253(63)a	64(31)b	324(59)a
Usou droga na gestação	6(2)a	0(0)a	2(0,4)a
Pré-natal no SUS	368(92)a	8(4)b	446(81)c
Parto no SUS	374(93)a	4(2)b	454(83)c
Número de consultas < 7	78(20)a	12(6)b	101(18)a
Hemorragia, sangramento ou ameaça de aborto	15(4)a	14(7)a	30(6)a
Síndrome hipertensiva	16(4)a	13(6)ab	51(9)b
Diabetes	10(3)a	5(2)a	26(5)a
Infecção na gestação	92(23)a	21(10)b	116(21)a
Anemia	19(5)ab	14(7)a	14(3)b
Problema emocional	56(14)a	33(16)a	91(17)a

Letras diferentes indicam diferenças significativas (p<0,05) pelo teste exato de Fisher.
PV= parto vaginal; CE= cesárea eletiva; CCI= cesárea com indicação

As Tabelas 6 e 7, foram construídas para identificação de potenciais confundidores da associação entre tipo de parto e as variáveis desfecho (reanimação, Apgar de 5º. minuto inferior a sete, peso ao nascer e tempo de internação).

Tabela 6 – Relação entre variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais com reanimação e índice de Apgar < 7 no quinto minuto de vida. Botucatu, 2012.

	Reanimação				Apgar 5º min < 7			
Variável	OR	IC(OR;95%)		P	OR	IC(OR;95%)		P
Menor de 18 anos	0.83	0.41	1.66	0.592	1.32	0.29	6.11	0.720
Até ensino fundamental	0.96	0.62	1.48	0.851	0.61	0.20	1.85	0.381
Não trabalha	1.25	0.83	1.90	0.287	1.44	0.51	4.10	0.495
Sem companheiro	0.74	0.41	1.34	0.323	0.00	0.00	.	0.995
Não planejou a gestação	0.93	0.61	1.40	0.719	0.94	0.35	2.54	0.910
Pré natal no SUS	1.55	0.48	4.97	0.461	0.42	0.05	3.64	0.427
Parto no SUS	1.74	0.53	5.66	0.360	16.72	1.02	274.61	**0.049**
Consultas < 7	2.15	1.37	3.38	**0.001**	1.24	0.38	4.01	0.724
Síndrome hipertensiva	1.97	1.03	3.75	**0.040**	3.02	0.78	11.68	**0.109**
Infecção na gestação	1.19	0.73	1.95	0.479	0.65	0.14	3.01	0.578
Anemia na gestação	1.91	0.81	4.51	**0.138**	3.79	0.78	18.38	**0.099**

Para o desfecho reanimação, foram identificados como confundidores o número de consultas menor que sete e a ocorrência de síndrome hipertensiva e de anemia na gestação.

Para o desfecho índice de Apgar de 5º. minuto inferior a sete, foram identificados parto no SUS, síndrome hipertensiva e anemia na gestação.

Tabela 7 – Relação entre variáveis independentes sociodemográficas, características e intercorrências gestacionais com peso ao nascer e tempo de internação. Botucatu, 2012.

	Peso ao nascer				Tempo de internação			
Variável	B	IC(β;95%)		P	β	IC(β;95%)		P
Menor de 18 anos	-140.30	-258.50	-22.10	**0.020**	-0.21	-0.74	0.32	0.440
Até ensino fundamental	25.79	-55.34	106.92	0.533	0.81	0.40	1.21	**0.000**
Não trabalha	-32.13	-106.36	42.11	0.396	0.14	-0.19	0.47	0.410
Sem companheiro	-80.26	-177.48	16.96	**0.106**	-0.07	-0.50	0.36	0.751
Não planejou a gestação	77.92	5.13	150.71	**0.036**	-0.03	-0.32	0.26	0.831
Pré natal no SUS	-32.42	-210.72	145.88	0.722	0.29	-0.43	1.01	0.434
Parto no SUS	108.87	-69.16	286.89	0.231	0.84	0.13	1.55	**0.020**
Consultas < 7	-416.01	-502.75	-329.28	**0.000**	2.33	1.73	2.93	**0.000**
Síndrome hipertensiva	-112.94	-243.42	17.54	**0.090**	0.37	-0.20	0.93	0.201
Infecção na gestação	-10.56	-97.78	76.66	0.812	0.37	-0.03	0.76	**0.072**
Anemia na gestação	79.37	-98.29	257.03	0.381	0.52	-0.25	1.28	**0.188**

Para o desfecho peso ao nascer, foram identificados como confundidores: idade inferior a 18 anos, não ter companheiro, não ter planejado a gestação, número de consultas menor que sete e desenvolver síndrome hipertensiva na gestação. Para o tempo de internação, foram confundidores: ensino fundamental, parto no SUS, número de consultas menor que sete e ocorrência de infecção e anemia na gestação.

A Tabela 8 apresenta os resultados da regressão logística entre tipo de parto e necessidade de reanimação, considerando-se os confundidores previamente identificados.

Tabela 8 – Resultados da regressão logística multivariada que investigou a associação entre tipo de parto e reanimação. Botucatu, 2012.

Variável	β	ep	Wald	P	OR	IC(OR;95%)	
Tipo de parto							
Parto vaginal			13.83564	0.001			
Cesárea eletiva	-0.96	0.43	5.07	**0.024**	0.38	0.17	0.88
Cesárea com indicação	0.45	0.22	4.14	**0.042**	1.56	1.02	2.40
Consultas < 7	0.77	0.22	11.90	**0.001**	2.17	1.40	3.36
Síndrome hipertensiva	0.59	0.32	3.32	0.068	1.80	0.96	3.39
Anemia na gestação	0.74	0.43	2.88	0.090	2.09	0.89	4.90
Constante	-2.59	0.19	178.45	0.000	0.08		

Nota-se que a chance de reanimação foi menor entre as gestantes submetidas a cesárea eletiva: OR=0,38 e IC95% = 0,17 – 0,88, p=0,024 e foi maior entre as gestantes submetidas à cesárea com indicação em relação às gestantes que tiveram parto vaginal: OR=1,56 e IC95% = 1,02 – 2,40, p=0,042, valores ajustados pelo número de consultas, ocorrência de síndrome hipertensiva e anemia. Também, a chance de reanimação foi maior entre as gestantes que passaram por menos de sete consultas de pré-natal: OR=2,17; IC95% = 1,40 – 3,36, p < 0,001, independente das demais variáveis incluídas no modelo.

A Tabela 9 apresenta os resultados da regressão logística entre tipo de parto e índice de Apgar, ajustados para os confundidores previamente identificados. A chance de índice de Apgar de 5º minuto inferior a sete foi menor para recém-nascidos de cesárea eletiva e maior para aqueles nascidos de cesárea com indicação, porém, em ambos os casos, não houve relação estatisticamente significativa, independentemente dos demais fatores. Observou-se aumento da chance de baixo índice de Apgar de 5º minuto entre as gestantes com anemia: OR=5,31 e IC95%= 1,11 – 25,28, p=0,036 (Tabela 9), independente dos demais fatores presentes no modelo.

Tabela 9 – Relação entre tipo de parto e Apgar no quinto minuto de vida inferior a sete. Botucatu, 2012.

Variável	β	Ep	Wald	p	OR	IC(OR;95%)	
Tipo de parto							
Parto vaginal			2.63	0.269			
Cesárea eletiva	-15.69	2706.18	0.00	0.995	0.00	0.00	.
Cesárea com indicação	0.95	0.59	2.63	0.105	2.59	0.82	8.21
Parto no SUS	1.07	1.04	1.06	0.303	2.93	0.38	22.53
Síndrome hipertensiva	1.04	0.66	2.47	0.116	2.84	0.77	10.46
Anemia na gestação	1.67	0.80	4.40	**0.036**	5.31	1.11	25.28
Constante	-5.86	1.15	26.10	0.000	0.00		

A Tabela 10 apresenta os resultados da análise de regressão com resposta gama entre o tipo de parto e o tempo de internação, incluindo-se na análise os confundidores previamente identificados.

Tabela 10 – Resultados da regressão com resposta gama entre tipo de parto e o tempo de internação do recém-nascido. Botucatu, 2012.

Variável	β	Ep	IC(β;95%)		p
Tipo de parto					
Cesárea com indicação	1.27	0.18	0.92	1.62	**0.000**
Cesárea eletiva	0.19	0.24	-0.27	0.66	0.414
Parto vaginal	0.00	.	.	.	.
Até ensino fundamental	0.54	0.19	0.16	0.92	**0.006**
Parto no SUS	0.96	0.22	0.53	1.39	**0.000**
Consultas < 7	1.82	0.30	1.24	2.41	**0.000**
Infecção na gestação	0.35	0.19	-0.02	0.72	0.063
Anemia na gestação	0.46	0.36	-0.25	1.16	0.203
Intercepto	1.77	0.21	1.35	2.19	0.000

Não houve associação estatisticamente significativa entre cesárea eletiva e tempo de internação. Houve associação entre cesárea com indicação e tempo de internação: tempo de internação aumentou em média pouco mais de um dia entre os recém-nascidos de parto cesárea com indicação em relação aos bebês nascidos de parto vaginal (β=1,27, IC95% = 0,92-1,62, p=0,000), independentemente dos demais fatores incluídos na análise. Detectou-se, também, que o tempo de internação foi meio dia maior entre as gestantes com até o ensino fundamental (β=0,54, IC95% = 0,16 – 0,92, p = 0,006); um dia maior entre as gestantes que tiveram parto no SUS (β=0,96, IC95% = 0,53 – 1,39, p=0,000) e quase dois dias maior entre as gestantes que passaram por menos de sete consultas de pré-natal: β=1,82, IC95% = 1,24 – 2,41, p= 0,000 (Tabela 10).

A Tabela 11 apresenta os resultados da análise de regressão com resposta gama entre tipo de parto e peso ao nascer, incluindo na análise os confundidores.

Tabela 11 – Relação entre o tipo de parto e peso ao nascer. Botucatu, 2012.

Variável	β	Ep	IC(β;95%)		p
Tipo de parto					
Cesárea com indicação	-18.93	38.98	-95.33	57.47	0.627
Cesárea pré agendada	-17.42	52.79	-120.89	86.05	0.741
Parto vaginal	0.00	.	.	.	.
Menor de 18 anos	-127.53	60.02	-245.17	-9.88	**0.034**
Sem companheiro	-76.29	49.59	-173.49	20.90	0.124
Não planejou a gestação	90.82	36.98	18.34	163.29	**0.014**
Consultas < 7	-406.79	43.85	-492.73	-320.85	**0.000**
Síndrome hipertensiva	-112.80	66.17	-242.49	16.89	0.088
Intercepto	3224.76	38.66	3149.00	3300.53	0.000

Não houve relação estatisticamente significativa entre cesárea eletiva e peso ao nascer, da mesma forma que entre cesárea com indicação e peso ao nascer. O peso ao nascer foi 127 gramas menor entre as gestantes menores de 18 anos (β= -127,53, IC95%= -245,17 - -9,88, p=0,034), 90 gramas maior entre os filhos de mulheres que não planejaram a gestação (β= 90,82, IC95%= 18,34 – 163,29, p=0,014) e 406 gramas menor entre as gestantes que passaram por menos de sete consultas de pré-natal: β= -406,79, IC95% = -492,73 - -320,85, p= 0,000 (Tabela 11), independente dos demais fatores incluídos no modelo.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu a identificação da prevalência dos diferentes tipos de parto, de fatores maternos associados à cesárea eletiva, bem como verificar o efeito do tipo de parto em importantes desfechos neonatais: necessidade de reanimação, índice de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida, tempo de internação e peso ao nascer.

Prevalência dos diferentes tipos de parto

A taxa de cesárea no presente estudo (65,5%) foi muito superior ao limite de 15% de partos por operação cesariana considerados justificáveis pela OMS e Ministério da Saúde [(1)]. Mesmo tomando por base apenas os casos em que havia registro de indicação (47,5%), considerando causas ligadas a mãe, o bebê ou ambos, a taxa foi mais de três a máxima aceitável. Esse fato, talvez, seja resultado da maior presença de gestantes, parturientes e neonatos de alto risco na população estudada, pois um dos hospitais incluídos no estudo é referência regional para estas condições, nas quais há indicação de parto operatório mais frequentemente.

Do total de partos, 18,0% referiam-se às cesáreas eletivas, frequentemente realizadas com agendamento prévio, as quais têm sido associadas à maior risco perinatal, pois a gestante não entra em trabalho de parto e, portanto, o feto pode não estar totalmente pronto para nascer [(54)]. Destaca-se que quase a totalidade das cesáreas eletivas foram realizadas no hospital que atende a convênios e pacientes particulares, o que corrobora com achados da literatura científica [(18)] e que aponta para o paradoxo: a população mais privilegiada está sendo mais exposta a uma atenção adversa à saúde, o parto cirúrgico.

Cesárea eletiva e características maternas

No estudo da associação entre características das gestantes e cesárea eletiva, observou-se que, de modo geral, estas são realizadas com maior frequência em mulheres com melhor nível socioeconômico e outras características positivas, como: não adolescentes, com escolaridade mais alta, que trabalham, vivem com companheiro e cuja gestação foi planejada. Foram raras as cesáreas eletivas quando consideradas as mulheres que fizeram o seguimento pré-natal ou o parto no SUS, situação que confirma o fato deste tipo de parto associar-se ao melhor padrão socioeconômico das mulheres. Além disso, mulheres submetidas à cesárea eletiva mais frequentemente haviam passado por pelo menos sete consultas de pré-natal e referiram anemia na gestação. As variáveis gestação planejada, número de consultas de pré-natal e as de nível 3 referentes às interconrrências gestacionais não compuseram a análise

hierarquizada para estimativa do risco da cesárea eletiva, pois perderam sua significância na análise múltipla entre cesárea eletiva e as variáveis em estudo.

Foi encontrado na literatura apenas um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, voltado à identificação de fatores associados à cesárea eletiva. Como resultado, foi relatada associação estatisticamente significativa entre local de realização do pré-natal e parto (fora do SUS) e complicações durante a gestação com a marcação de cesárea antecipada [55]. Dados sobre a complicações merecem ser vistos com cautela, já que nestes casos podem ser necessárias as cesáreas, não se configurando como eletivas. No presente estudo, a associação observada, anemia, não justifica a realização da cesárea e assim como no estudo de 2006, houve associação entre cesárea eletiva e parto fora do SUS.

Ressalta-se que algumas comparações realizadas durante as análises subsequentes tomarão por base o conjunto de partos por cesárea, pois a maioria dos artigos científicos não faz distinção entre fatores associados à cesárea indicada e cesárea eletiva.

Quanto à idade, dados desta pesquisa indicam que entre as adolescentes a cesárea eletiva foi menos frequente. A adolescência não tem sido associada ao parto cesárea em geral. Estudo realizado em Campinas/SP, no qual se buscou identificar fatores relacionados ao parto cesárea, identificou que a chance deste tipo de parto foi menor entre as adolescentes do que no grupo de mulheres com idade acima dos 20 anos. O mesmo ocorreu em estudo desenvolvido no extremo sul do Brasil no ano de 2011, onde a maioria das adolescentes (60%) tiveram seus filhos por parto vaginal [13,14].

A escolaridade tem sido associada ao parto cesárea: quanto maior a escolaridade, maior a chance de a mulher ser submetida à cesárea [15]. Essa situação foi observada também entre as mulheres submetidas à cesárea eletiva deste estudo e, considerando-se que a escolaridade das mães tem sido apontada como bom indicador social, esse resultado também confirma que esta forma de resolução da gravidez ocorreu em mulheres com melhores condições de vida.

A relação observada entre cesárea eletiva, trabalho e presença de companheiro pode ser devido à associação destas variáveis e outras sociodemográficas, como idade e escolaridade. No conjunto, para tais mulheres, pode ser mais factível a escolha por seu tipo de parto. Pesquisa realizada em Ribeirão Preto/SP também revelou aumento na incidência de parto cesárea conforme ocorreu elevação do padrão social da gestante, sem correspondência com aumento de risco obstétrico [56].

Cesáreas eletivas: causas e possíveis estratégias para redução

Para diminuir a taxa abusiva de cesárea existente no Brasil é necessário compreender o papel dos principais atores: a mulher e o profissional de saúde que a atende no pré-natal e parto, na escolha entre parto vaginal e cesárea eletiva.

Estudo recém concluído, desenvolvido pela Fiocruz, de caráter nacional buscou identificar as causas para o crescente número de cesáreas no país. Apontou que a escolha da mulher por esse tipo de parto tem contribuído significativamente para manutenção na tendência de aumento, assim como os interesses médicos, já que viabiliza que os profissionais realizem mais partos em menos tempo [47]. Tais achados mostram que a realização da cesárea não está relacionada apenas às condições obstétricas, quando há realmente indicação para tal, mas que este tipo de parto tem sido "escolhido" e realizado por quem possa custeá-lo, por opção da própria mulher ou até por certa "indução" médica.

Assim, entre os motivos para realização de cesárea eletiva estão, possivelmente, aspectos decisivos e que se potencializam: o desejo da mulher por um parto teoricamente com menos dor e a conveniência para o médico e para o hospital, já que como em qualquer cirurgia, podem ser incluídos nos custos do parto valores referentes ao uso de materiais e equipamentos desnecessários no parto normal [45,57].

Também se devem considerar como fatores agravantes para que o parto termine em intervenção cirúrgica: o retrato do parto vaginal como algo primitivo, frequentemente veiculado pela mídia [58] e pelos profissionais de saúde; experiências negativas anteriores e o incentivo familiar à cesárea [59], a falta de informação às mulheres, baseada em evidências científicas, que lhes permitam compreender vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, especialmente no pré-natal; dúvida quanto ao efetivo apoio dos profissionais e à humanização do cuidado no parto normal, condições que geram insegurança e podem fazer a mulher sentir-se despreparada e com medo desse tipo de parto.

A mulher, sem seus direitos reprodutivos respeitados, submete-se ao modelo biomédico, intervencionista e excessivamente medicalizado do parto e nascimento.

Não se questiona a importância da tecnologia, que obviamente ajuda a evitar mortes maternas e neonatais, mas sim seu uso excessivo [58,60]. Diante desta situação, em que o papel de protagonista é retirado da mulher e transferido para os profissionais e serviços de saúde, o momento do parto vaginal passa a ser encarado como sofrimento e o parto cesárea como possibilidade de fuga e proteção [61].

Mudar esse quadro negativo requer a adoção de estratégias como a criação de Centros de Parto Normal, a ampliação da participação de enfermeiras obstétricas no cuidado, a efetiva inserção das doulas nos serviços de saúde, a viabilização da presença de acompanhante de escolha da mulher, a vinculação da mulher à maternidade onde seu parto ocorrerá desde o pré-natal, o desenvolvimento de ações voltadas ao preparo para o parto no pré-natal, a adoção de práticas efetivamente benéficas e o abandono daquelas sabidamente prejudiciais e de procedimentos não consentidos, a reorganização das maternidades para viabilizar a privacidade à mulher/família, entre outras [60,61].

A opção pela cesárea em decorrência do medo do abandono durante o parto normal tem sido descrita. Estudo observacional realizado em Canoas (RS) com objetivo identificar o tipo de parto de preferência de mulheres atendidas em um hospital universitário, encontrou resultados favoráveis ao parto vaginal: 83,8% das gestantes gostariam de ter tido parto vaginal [62]. Outro estudo, desenvolvido com parturientes de duas unidades de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro, teve por objetivo descrever os determinantes relacionados à decisão pelo parto cesárea e constatou que 70% das gestantes no início da gestação mostravam preferência pelo parto vaginal, entretanto, somente 30% mantiveram a preferência durante o trabalho de parto e apenas 10% tiveram seus filhos por via vaginal [59]. Concluem os autores que no momento do parto, o tipo de assistência recebida e a evolução do trabalho de parto podem alterar a escolha da mulher [59] e sabe-se que esses dois aspectos estão intrinsicamente ligados.

Os resultados dos dois estudos citados sinalizam que a associação entre cesárea eletiva e condições sociais favoráveis, como evidenciada na presente investigação, pode não significar que o desejo da mulher relativo ao tipo de parto foi respeitado. O fato de parcela das maternidades privadas indicarem, de forma praticamente exclusiva, partos por cesárea, tem levado algumas de suas clientes a buscarem o serviço público para atenção ao parto [30]. Por outro lado, também precisa ser revista a ideia de que as usuárias do SUS não têm capacidade compreensiva e reflexiva que as permita decidir sobre seu parto, precisando manter-se subordinadas ao poder do médico [63,64].

Relação entre tipo de parto e resultados perinatais

Quanto às análises que investigaram associação entre tipo de parto e resultados perinatais, de maneira geral, diferenças foram observadas quando se comparou cesárea com indicação em relação aos demais tipos de parto estudados (parto vaginal e cesárea eletiva),

não havendo influência da cesárea eletiva sobre a maior parte dos desfechos, exceto reanimação.

Assim, o único desfecho mais favorável nas mulheres com cesárea eletiva, quando comparadas àquelas que evoluíram para parto vaginal, foi a necessidade de reanimação do neonato: entre os conceptos nascidos por cesárea eletiva, a chance de necessitarem de reanimação foi 40% menor. Destaca-se que na literatura científica, a ocorrência de reanimação foi decrescente com o aumento da idade gestacional. As proporções de recém-nascidos com 37, 38, 39, 40, 41 e maior ou igual a 42 semanas de idade gestacional que apresentaram necessidade de reanimação foram, respectivamente, 5,9%, 4,0%, 3,5%, 3,5%, 3,5% e 2,6%, deixando clara a presença de um efeito dose-resposta, inclusive quando os neonatos nasceram com 42 semanas ou mais [(65)].

Três hipóteses podem ser levantadas para explicar o fato de, no presente estudo, a cesárea eletiva não ter constituído fator de risco para reanimação do neonato. A primeira, diz respeito à possibilidade das cesáreas eletivas estarem sendo planejadas na idade gestacional adequada e sendo realizadas por profissionais capacitados em hospital com adequada estrutura. A segunda está relacionada à concentração dos partos vaginais no hospital escola (93%) e das cesáreas eletivas no hospital privado (98%). Espera-se que intervenção como a reanimação seja mais frequentemente realizada numa situação em que os neonatologistas estão em formação e, pela insegurança, acabam optando por intervir mesmo em situações em que não havia indicação precisa. A terceira hipótese é relativa à possibilidade do maior nível socioeconômico das gestantes submetidas à cesárea eletiva ter atenuado o provável efeito negativo deste tipo de parto. Porém, como a prevalência de cesárea eletiva no hospital SUS foi praticamente nula, não foi possível testar a interação entre nível socioeconômico e cesárea eletiva como fator de risco para resultados perinatais adversos.

Ainda para o desfecho reanimação, verificou-se que a chance de sua ocorrência foi maior e estatisticamente significativa entre as crianças nascidas de cesárea com indicação, quando comparadas às nascidas por parto vaginal e entre aquelas cujas mães foram assistidas por menos de sete consultas de pré-natal. Esses resultados são compreensíveis, visto que o esperado é que quanto maior o número de consultas de pré-natal, melhor seja vitalidade do recém-nascido e, no caso das cesáreas com indicação, presume-se maior possibilidade de o concepto necessitar de cuidados especiais, como a reanimação, devido ao risco gestacional.

Quanto ao índice de Apgar no quinto minuto de vida inferior a sete, não houve diferença quando comparados os tipos de parto, nem mesmo para as cesáreas com indicação

comparadas aos demais. Assim, mesmo na vigência de depressão neonatal no primeiro minuto de vida, indicando a necessidade de reanimação, a recuperação foi boa, estando todos os bebês em condições semelhantes já no quinto minuto de vida. Estudos desenvolvidos em Nairobi [25], São Paulo [28] e Minas Gerais [57] também não mostraram associação significativa entre índice de Apgar e tipo de parto.

Associação estatisticamente significativa foi encontrada entre chance de Apgar de quinto minuto menor que sete e recém-nascido cuja mãe apresentou anemia na gestação. Estudo desenvolvido na Tanzânia apontou que o risco de recém-nascido prematuro, com baixo peso ao nascer e quadro de hipoxemia aumenta proporcionalmente com a gravidade da anemia materna, e estas condições de nascimento do recém-nascido estão relacionadas com prognóstico pouco satisfatório, ou seja, índice de Apgar de quinto minuto menor que sete [20]. Assim, os problemas eram as intercorrências associadas à anemia e não a anemia propriamente dita.

Dos desfechos negativos citados acima, investigou-se neste estudo apenas o peso de nascimento. Porém, não esteve associado ao quadro de anemia. Ressalta-se, porém, que os quadros de morbidade foram autorreferidos, o que constitui uma das fragilidades deste estudo, podendo o relato de anemia estar superestimado, devido associação da prescrição preventiva de sulfato ferroso e/ou ácido fólico no pré-natal com a doença por parte das mulheres; pela desconsideração, por parte dos profissionais de saúde, das mudanças fisiológicas que a gravidez impõe à mulher, com consequente mudança nos limites de normalidade para a hemoglobina e hematócrito ou mesmo pela estratégia adotada por alguns profissionais, que valorizam as mudanças fisiológicas para estimular a mulher a usar as medicações preventivas regularmente.

Com relação ao tempo de internação, ter nascido por cesárea eletiva não exerceu efeito: houve aumento médio de apenas 0,19 dias de internação, resultado sem qualquer significado clínico e sem significância estatística. Ainda considerando o tempo de internação, algumas associações foram identificadas, havendo relevância clínica o aumento em praticamente um dia de internação entre filhos de gestantes cujo parto foi realizado no SUS e de quase dois dias entre gestantes que passaram por menos de sete consultas de pré-natal. Menos relevante foi o aumento em meio dia de internação de puérperas que cursaram até o ensino fundamental, quando comparadas as com ensino médio ou superior. Assim, merece ser investigada em futuros estudos a relação aparentemente existente entre tempo de internação do concepto e características socioeconômicas maternas. A explicação para aumento do

tempo internação no SUS pode decorrer, porém, do fato de tratar-se de rotina instituída no protocolo do hospital escola.

Quanto à relação número de consultas e tempo de internação, provavelmente decorre do fato de predominarem gestações a termo no grupo com pelo menos sete consultas: sendo os retornos mais frequentes próximo ao termo, em geral gestantes que evoluem para parto prematuro não conseguem atingir esse número de consultas pré-natais. A mesma possibilidade pode ser levantada em relação ao peso ao nascer, visto que o peso dos bebês cujas mães foram assistidas por menos de sete consultas de pré-natal tiveram uma redução de 406g, sendo a relação peso ao nascer e número de consultas menor que sete estatisticamente significativa.

Para o peso ao nascer, considerando-se os potenciais confundidores, também não houve qualquer relação com o tipo de parto. O mesmo ocorreu em pesquisas desenvolvidas em diferentes contextos: no município de Presidente Prudente/SP [31], no Estado de São Paulo [34], em dois municípios de Minas Gerais [57] e em estudo baseado em dados oficiais internacionais [37]. Porém, a situação é controversa, visto que outras investigações, desenvolvidas em Uberaba/MG [29,32], em Ribeirão Preto/SP [30] isoladamente, em São Luís/MA e Ribeirão Preto/SP [33], no Sul do Brasil [35,38] e na Colômbia [36], reportaram associação entre recém-nascido com baixo peso ao nascer e parto cesárea, com as seguintes particularidades: associada à recém-nascidos cujo parto ocorreu em hospital escola [29], maior risco encontrado em hospital particular [32], associação encontrada em apenas um dos municípios em que foi desenvolvida a pesquisa (Ribeirão Preto/SP) [33] e entre conceptos de mulheres que apresentaram cesárea anterior [24].

As diferenças encontradas nos estudos sobre tipo de parto e peso ao nascer podem decorrer dos diferentes métodos utilizados nesses estudos: os quatro artigos [31,34,37,57] em que não houve associação de parto cesárea com baixo peso ao nascer são classificados como nível VI de evidências, por tratarem-se de estudos descritivos; dos sete estudos [29,30,32,33,35,36,38] em que houve a associação, quatro [29,30,32,38] possuem o mesmo nível de classificação (VI) e três [33,35,36] são nível IV de evidência, incluindo estudos de coorte [33,35] e caso-controle [36]. Assim, dos onze artigos identificados na literatura científica, a grande maioria (oito casos) consistiam em estudos descritivos.

Pelo exposto, não foi possível observar diferenças nos resultados do presente estudo, nem houve consenso entre as investigações realizadas nos âmbitos regional, estadual e até internacional, quando se considerou o tipo de parto e o peso ao nascer, sendo necessárias

outras pesquisas até que haja evidências suficientes para afirmar que o parto cesárea associa-se ao baixo peso ao nascer.

Ao analisar a relação entre idade materna e baixo peso ao nascer, obteve-se uma diminuição estatisticamente significativa de 127g no peso de recém-nascidos filhos de mães adolescentes (menores de 18 anos). Em estudo realizado em maternidade escola do Rio de Janeiro não houve, entre essas duas variáveis, relação estatisticamente significativa [(66)]. Destaca-se que outros estudos apontaram que o parto em idade precoce aumenta em duas vezes a incidência de baixo peso ao nascer e associa-se, também, ao aumento do número de partos cesárea [(13-15)].

Embora com menor significado clínico, houve associação significativa, também, entre peso ao nascer e gravidez não planejada, com um aumento em 90g no peso do recém-nascido. Considera-se tal relação de difícil explicação, visto que esperava-se o oposto, mas inexiste na literatura estudos que possam auxiliar na compreensão deste achado.

O resultado perinatal de prematuridade não foi investigado no presente estudo devido à estreita relação que guarda com o peso ao nascer, neste caso, variável considerada prioritária.

6. CONCLUSÕES

A partir dos achados do presente estudo, pode-se levantar a hipótese que as elevadas taxas de cesárea encontradas no hospital vinculado ao SUS decorrem do fato deste ser de nível terciário e, portanto, referência no atendimento de urgência/emergência da região. Para o hospital particular/convênios, destaca-se a facilidade da equipe médica em realizar cesáreas eletivas devido à opção ou concordância materna, que pode ser explicada pelo tempo reduzido da cirurgia quando comparado ao acompanhamento de um trabalho de parto ou parto vaginal e pelo avanço tecnológico da medicina, que tem proporcionado maior segurança ao procedimento, fazendo com que haja maior número de adeptos.

Pode-se concluir, também, que condições socioeconômicas das mulheres interferem no tipo de parto a que são submetidas, sendo a cesárea eletiva mais frequente entre mulheres com melhor situação socioeconômica. Tal situação pode expressar falta de equidade social no âmbito do atendimento à gestante, havendo estreita relação entre maior poder socioeconômico e possibilidade de escolher o tipo de parto. Porém, considerando-se a cesárea eletiva como desfecho adverso, as associações presentes configuram situação rara no Brasil, visto que a parcela mais privilegiada da população foi a mais exposta a sua ocorrência.

Por outro lado, deve-se refletir que parcela das gestantes que tiveram cesárea eletiva também não tiveram seus direitos e desejos respeitados, pois poderiam ter o desejo de vivenciar o parto vaginal. Em síntese, para se considerar que a mulher foi efetivamente respeitada e descartar o fenômeno da violência obstétrica, deve-se garantir que esta tenha feito sua opção apenas após ter conhecimento de todas as vantagens e desvantagens para ela e seu filho dos diferentes tipos de parto e, após sua opção, ter o tipo de parto que conscientemente escolheu.

Quanto à relação entre os resultados perinatais e os tipos de parto, não foi possível confirmar a hipótese levantada, pois não houve relação entre cesárea eletiva e resultados perinatais adversos, considerando-se os desfechos incluídos nesta investigação. Destaca-se, porém, que também não se observou vantagem da cesárea eletiva quando comparada ao parto vaginal.

Por fim, sugere-se a realização de estudos com outros desenhos metodológicos, com o intuito de definir com maior precisão as consequências da cesárea eletiva, inclusive a médio e longo prazos e tomando-se por desfechos não apenas condições clínicas, mas também psicossociais.

7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portal da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002[acesso 20 Jan 2012]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236&janela=2

2. Serruya SJ. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

3. Silva APMV, Silva GPSC, Augusto APA, Feitosa FEL. Assistência pré-natal [Internet]. [acesso 22 Jan 2012]. Disponível em: http://pt.scribd.com/doc/36462393/ASSISTENCIA-PRE-NATAL

4. Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras. Maternidade segura [Internet]. Rio de Janeiro: ABENFO; 2012 [acesso 25 Nov 2012]. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

5. Ferreira AGN, Ribeiro MM, Dias LKS, Ferreira JGN, Ribeiro MA, Ximenes Neto FRG. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev Enferm UFPE. 2013;7(5):1398-405.

6. Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepções de puérperas. Rev Rene. 2011;12(3):548-54.

7. Souza NA. Sábias mulheres: uma investigação de gênero sobre parteiras no sertão do Ceará. (1960-2000) [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2007.

8. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luis, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25(7):1587-96.

9. Wagner M. Choosing caesarean section. The Lancet. 2000;356:1677-80.

10. Câmara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem [Internet]. Rev Eletron Enferm. 2000;2(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html

11. Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. FEMINA. 2010;38(3):119-26.

12. Lawn J, Kerber K. Oportunidades para os recém-nascidos em África: dados práticos, políticas e apoio programático aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos africanos [Internet]. Cape Town: PMNCH; 2010 [acesso 01 Mar 2014]. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf

13. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(1):34-40.

14. Cesar JA, Mendoza-Sassi RAM, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2011; 27(5):985-94.

15. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):70-9.

16. Chaim SRP, Oliveira SMJV, Kimura AF. Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento. Acta Paul Enferm. 2008;21(1):53-8.

17. Macedo CV, Graça L. Cesariana [Internet]. Harvard: Harvard Medical School; 2011 [acesso 28 Abr 2014]. Disponível em: http://hmsportugal.wordpress.com/2011/08/03/cesariana/

18. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Cesariana – indicações. São Paulo: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002.

19. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. FEMINA. 2010;38(9):459-68.

20. Kidanto HL, Mogren I, Lindmark G, Massawe S, Nystrom L. Risks for preterm delivery and low birth weight are independently increased by severity of maternal anaemia. S Afr Med J. 2009;99(2):98-102.

21. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez [Internet]. São Paulo: USP; 2014 [acesso 28 Abr 2014]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/44.htm

22. Patah LEM, Malik AM. Modelo de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saude Publica. 2011;45(1):185-94.

23. McCourt C, Weaver J, Stathan H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth. 2007;34(1):65-79.

24. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin América. Lancet. 2006;367(9525):1819-29.

25. Wanyonyi S, Sequeira E, Obura T. Caesarian section rates and perinatal outcome at the Aga Khan University Hospital, Nairobi. East Afr Med J. 2006;83(12):651-8.

26. Liston FA, Allen VM. Neonatal outcomes among different Asian-American subgroups. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008;93(3):F176-82.

27. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010;375(9713):490-9.

28. Fernandes RMBP. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: estudo das causas de morte segundo peso ao nascer, tipo de parto, sexo e idade ao morrer. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.

29. FabriRH, Murta EFC, Fabri DC. Fatores obstétricos e sociais na determinação do tipo departo em Uberaba, MG. Rev Med Minas Gerais. 2003;13(3):155-9.

30. Silva AA, Barbieri MA, Bettiol H, Goldani MZ, Rona RJ. Can we explain why Brazilian babies are becoming lighter? Int J Epidemiol. 2004;33(4):821-8.

31. Silva TRSR, Barros SMO. Perfil do peso ao nascer no município de Presidente Prudente, São Paulo de 1998 a 2001. Acta Paul Enferm. 2004;17(3):292-7.

32. Murta EFC, Freire GC. Poderiam as cesarianas eletivas influenciar no peso ao nascimento de fetos a termo? Sao Paulo Med J. 2006;124(6):313-5.

33. Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA, Brito LGO, Pereira MM, Aragão VMF, et al. Quais fatores podem explicar o paradoxo do baixo peso ao nascer? Rev Saúde Pública. 2006;40(4):648-55.

34. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1886-92.

35. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al.Prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição docrescimento intrauterino em três coortes de nascimentos no Sul do Brasil: 1982, 1993 e 2004. Cad Saúde Pública. 2008;24(3):390-8.

36. Daza V, Jurado W. Bajo peso alnacer: exploración de algunosfactores de riesgoenel Hospital Universitario San José em Popayán (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(2):124-34.

37. Volpe FM. Correlación de latasa de cesáreas conlastasas de mortalidad materna e infantil: estudio ecológico basado em datos oficiales internacionales. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(5):303-8.

38. Moraes AB, Zanini RR, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):229-40.

39. Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D, Novaes HMD, Campbell O, Rodrigues LC. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(6):1088-98.

40. Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Cad Saúde Pública. 2008;24(5):1024-32.

41. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009;22(4):434-8.

42. 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;33(4):270-7.

43. Maran E, Uchimura TT. Mortalidade neonatal: fatores de risco em um município no Sul do Brasil [Internet]. Rev Eletron Enferm. 2008;10(1):29-38. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a03.htm

44. Soares ES, Menezes GMS. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. Epidemiol Serv Saúde. 2010;19(1):51-60.

45. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(5):1051-61.

46. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário [Internet]. Rev Eletron Enferm. 2007;9(1):51-63. Disponível em: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/7135

47. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014 [acesso 1 Jun 2014]. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa

48. Jakobi HR. O parto no Brasil: fenômeno cultural da cesárea no Brasil [Internet]. Porto Velho; 2012 [acesso 22 Jan 2012]. Disponível em: www.jakobi.com.br/trabalhos

49. Zugaib M. A cesárea nos dias atuais [Internet]. São Paulo: Cremesp; 2012 [acesso 05 Fev 2012]. Disponível em: www.cremesp.org.br/pps/eventos/cesarea%20CRM.ppt.

50. Governo do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. São Paulo: SEADE; 2014 [acesso 10 Mar 2014]. Disponível em: https://www.seade.gov.br/

51. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013;21(2):[08 telas].

52. Misericórdia Botucatuense [Internet]. Botucatu: Hospital Misericórdia; 2014 [acesso 25 Mar 2014]. Disponível em: http://www.misericordiabotucatuense.com.br/

53. Hospital das Clínicas. Faculdade de Medicina de Botucatu [Internet]. Botucatu: FMB; 2014 [acesso 25 Mar 2014]. Disponível em: http://www.hc.fmb.unesp.br/instituicao/historia/

54. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001 [acesso 5 Fev 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

55. Pinto ACM, Lima LC, Gomes MMF, Arantes RC, Alberto SA. Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006 [Internet]. [acesso 25 Set 2014]. Disponível em: http://www.alapop.org/2009/Docs/Pinto_ST2.pdf

56. Yazlle MEHD, Rocha JLY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev Saúde Pública. 2001;35(2):202-6.

57. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relaciona ao tipo de parto. Ciênc Saúde Colet. 2010;15(2):427-35.

58. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Cresc Desenvolv Hum. 2009;19(2):313-26.

59. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Filha MMT. 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. Cienc Saúde Colet. 2008;13(5):1521-34.

60. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS – Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso 6 Ago 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

61. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. Rev Tempus Actas Saúde Col. 2010;4(4):105-17.

62. Iorra MRK, Namba A, Spillere RG, Nader, SS, Nader PJH. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto de um hospital universitário. Rev AMRIGS. 2011;55(3):260-8.

63. Diniz SG. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. Interface (Botucatu). 2014;18(48):217-20.

64. Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reprod Health Matters. 2012;(20):94-101.

65. Wilmink FA, Hukkelhoven CWPM, Lunshof F, Mol BW, Van der Post JA, Papationir DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation a 7-year retrospective analysis of nation registry. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(3):50-8.

66. Moura B, Saldanha M, Lopes M, Guaraná M, Mendes N, Simões R, et al. Gravidez na adolescência: fatores associados e resultados perinatais em uma Meternidade-Escola do Rio de Janeiro. Adolesc Saude. 2011;8(1):15-20.

8. Anexos

Anexo 1

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Faculdade de Medicina de Botucatu
Estudo do Binômio Mãe-Filho – Botucatu
Formulário 1 (Confidencial)

INSTRUÇÕES:
1. Na admissão da pacie3nte entrar em contato para explicar a pesquisa e pedir a assinatura do Termo de Consentimento.
2. Com base no prontuário da paciente e no Cartão de Pré-natal, preencher todas as questões possíveis, usando caneta esferográfica azul ou preta.
3. Complementar as informações faltantes com o Livro da Sala de Parto.
4. As questões restantes devem ser preenchidas em entrevista com a paciente. Use letra de forma.
5. ATENÇÂO! Para cada variável, anotar a fonte usada para obtenção do dado:

1= Prontuário
2= Cartão Pré-natal
3= Livro da Sala de Parto
4= Entrevista com a puérpera

Nº Formulário ☐☐☐☐

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	**código**	**fonte**
1.1. Hospital em que o parto ocorreu [1] Hospital SUS [2] Hospital Particular/Convênios	**1HOSP**	
1.2. Nº registro da paciente ☐☐☐☐☐☐	**1RG**	
1.3. Nome da paciente (completo, sem abreviações) _____ _____	**1NOME**	
1.4. Endereço: **Rua/Av:_____Nº_____**	**1RUAV**	
1.5. Bairro _____	**1BAIRRO**	

2. HISTÓRIA GESTACIONAL PREGRESSA (excluir a gestação atual)	**código**	**fonte**
2.1. Número de filhos que nasceram vivos e morreram no primeiro ano de vida: _____	**2INFANTIL**	
2.2. Número de filhos que nasceram vivos e morreram até o quinto anos de vida: _____	**2INFANCIA**	
2.3. Número de filhos que nasceram vivos e morreram após 5 anos de idade: _____	**2TARDIO**	

3. HISTÓRIA DA GESTAÇÃO ATUAL	código	fonte
3.1. Idade gestacional no momento do parto: _____ sem _____ dias [9] Ignorada	**3IGPAR**	
3.2. Método usado para estimar a idade gestacional: [1] DUM [2] Ultrassom [8] Não corresponde (IG ignorada) [9] Ignorado	**3METODO**	
3.3. Data do primeiro ultrassom realizado: _____/_____/ 20_____ [8] Não corresponde (não fez ultrassom) [9] Ignorada	**3USOM**	
3.4. Idade gestacional na 1ª consulta pré-natal (em semanas completas) _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorada	**3IGSEM**	

3.5. Quantas consultas foram feitas pelo médico? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	**3MED**	
3.6. Quantas consultas foram feitas pelo enfermeiro? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	**3ENF**	
3.7. Quantas consultas foram feitas por outros profissionais? _____ [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	**3OUTROS**	
3.8. Idade gestacional na última consulta: _____ sem _____ dias [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorada	**3FIMSEM**	
3.9. Idade gestacional na última consulta: _____ meses [8] Não corresponde (não fez pré-natal) [9] Ignorado	**3FIMMES**	
3.10. Peso materno na última consulta pré-natal: _____ Kg	**3FIMPESO**	
3.11. Teve algum problema de saúde durante esta gestação? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**3PROBL**	
3.12. Qual(is) problema(s) de saúde apresentou nesta gravidez? [1] Pré-eclâmpsia [2] Pressão alta [3] Hemorragia [4] Infecção Urinária [5] Outro: _____ [8] Não corresponde (não teve problema) [9] Ignorado	**3TIPOPRO**	
3.13. Participou de algum grupo para gestante? [1] Curso para gestante [2] Outras reuniões [3] Não participou [9] Ignorado	**3GRUPO**	
3.14. Realizou citologia oncótica nesta gravidez? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**3 CITOONC**	
3.15. Foi vacinada contra hepatite B e anti-tetanica? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**3HEPTET**	

3.16. Recebeu informação sobre sinais de alerta, alimentação e amamentação? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**3SINAIS**	

3.17.

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
Data consulta										
Idade gestacional										
Peso (kg)										
BCF										

Altura (em metro):

4. ADMISSÃO HOSPITALAR PARA O PARTO

	código	**fonte**
4.1. Há informações sobre o pré-natal no prontuário? [1] Sim [2] Não	**4PN**	
4.2. Quem fez a admissão? [1] Médico [2] Enfermeira [3] Auxiliar de Enfermagem [5] Outro: _____ [9] Ignorado	**4ADMIS**	
4.3. Resultado da dinâmica na admissão: [1] Positiva [2] Negativa [8] Não corresponde (DU não realizada) [9] Ignorado	**4REDU**	
4.4. Foi feito toque na admissão? [1] Sim [2] Não	**4TOQUE**	
4.5. Foi(ram) auscultado(s) o(s) bebê(s) na admissão? [1] Sim [2] Não	**4BCF**	
4.6. O(s) feto(s) estava(m) vivo(s) na admissão? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (não auscultado(s))	**4VIVOS**	

5. TRABALHO DE PARTO

	código	**fonte**
5.1. Quantas vezes a parturiente foi examinada durante o trabalho de parto? [1] nenhuma [2] 1 [3] 2 [3] 3 [3] 4 ou mais	**5EXAME**	
5.2. Há registro de ausculta fetal durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	**5BCF**	
5.3. Há registro da pressão arterial da parturiente no pré-parto? [1] Sim [2] Não	**5PA**	

5.4. Há registro de realização de tricotomia no hospital? [1] Sim [2] Não	**5TRICO**	
5.5. Há registro de lavagem intestinal no hospital? [1] Sim [2] Não	**5LAVAG**	
5.6. Há prescrição de jejum durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	**5JEJUM**	
5.7. Há registro de indicação de repouso durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	**5REPOU**	
5.8. Há registro de instalação de soro "para manter veia" durante o trabalho de parto? [1] Sim [2] Não	**5SORO**	
5.9. Há registro de que a bolsa foi rompida neste hospital antes do parto? [1] Espontaneamente [2] Rotura artificial (pelo profissional) [3] Não	**5BOLSA**	
5.10. Há registro de alguma forma de controle não farmacológico da dor? [1] Sim [2] Não	**5DOR**	

6. PARTO E PUERPÉRIO	**código**	**fonte**
6.1. Há registro de algum tipo de anestesia? [1] Sim [2] Não	**6ANEST**	
6.2. Qual o tipo de anestesia registrada? [1] Bloqueio local [2] Peridural [3] Raqui [8] Não corresponde (não foi anestesiada) [9] Ignorado	**6TIPOANE**	
6.3. Mostraram o(s) bebê(s) para a mãe na sala de parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**6MOSTRA**	
6.4. O 1º bebê mamou na sala de parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	**6MAMA1**	
6.5. O 2º bebê mamou na sala de parto? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	**6MAMA2**	
6.6. Descrição da intercorrência no pré-parto ou parto: [8] Não corresponde (sem intercorrência) [9] Ignorada	**6INTERC**	
6.7. Havia Partograma preenchido no prontuário? [1] Sim [2] Não	**6PARTOG**	
6.8. Havia registro da presença de acompanhante no pré-parto ou parto? [1] Sim [2] Não	**6OACOMP**	

6.9. Houve intercorrência no parto? [1] Sim [2] Não [9] Ignorada	**6INTPAR**	
6.10. A cesárea foi marcada previamente? (1) Sim Por que: _____ (2) Não	**6CESPREV**	

Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

	código	fonte
6.11. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: [1] Como eu sempre fiz [2] Não tanto como antes [3] Sem dúvida, menos que antes [4] De jeito nenhum	**6GRAÇA**	
6.12 Eu tenho pensado no futuro com alegria: [1] Sim, como de costume [2] Um pouco menos que de costume [3] Muito menos que de costume [4] Praticamente não	**6FUTURO**	
6.13 Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado: [1] Não, de jeito nenhum [2] Raramente [3] Sim, às vezes [4] Sim, muito frequentemente	**6CULPA**	
6.14 Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão: [1] Sim, muito seguido [2] Sim, às vezes [3] De vez em quando [4] Não, de jeito nenhum	**6ANSIO**	
6.15 Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo: [1] Sim, muito seguido [2] Sim, às vezes [3] Raramente [4] Não, de jeito nenhum	**6PANICO**	
6.16 Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia: [1] Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles [2] Sim. Algumas vezes eu não consigo lidar bem com eles [3] Não. Na maioria das vezes eu consigo lidar bem com eles [4] Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes	**6SOBREC**	
6.17 Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir: [1] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, algumas vezes [3] Raramente [4] Não, nenhuma vez	**6INFELIZ**	

6.18 Eu tenho me sentido triste ou muito mal: [1] Sim, na maioria das vezes [2] Sim, muitas vezes [3] Raramente [4] Não, de jeito nenhum	**6TRISTE**	
6.19 Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado: [1] Sim, a maior parte do tempo [2] Sim, muitas vezes [3] Só de vez em quando [4] Não, nunca	**6CHORO**	
6.20 Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma: [1] Sim, muitas vezes [2] Às vezes [3] Raramente [4] Nunca	**6CONTRA**	

7. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO	**código**	**fonte**
7.1. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para exame anti-HIV? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7HIV1**	
7.2. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para tipagem sanguínea? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7TS1**	
7.3. Há registro de coleta de sangue do 1º bebê para VDRL? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7VDRL1**	
7.4. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para exame anti-HIV? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7HIV2**	
7.5. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para tipagem sanguínea? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7TS2**	
7.6. Há registro de coleta de sangue do 2º bebê para VDRL? [1] Sim [2] Não [8] Não corresponde (parto único)	**7VDRL2**	
7.7. Há registro da idade gestacional por exame físico do 1º RN? [1] Sim [2] Não	**7IGEXA1**	
7.8. Há anotação de idade gestacional por exame físico do 2º RN? [1] Sim [2] Não	**7IGEXA2**	
7.9. O 1º RN precisou ser reanimado na sala de parto (medicação, massagem cardíaca, ventilação por pressão positiva)? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	**7REA1**	
7.10. O 2º RN precisou ser reanimado na sala de parto (medicação, massagem cardíaca, ventilação por pressão positiva)? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	**7REA2**	

7.11. Houve a necessidade de incubadora durante a internação do 1º RN? [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado **7.12 Houve necessidade de incubadora durante a internação 2º RN?** [1] Sim [2] Não) [9] Ignorado	**7INCUB1**	
7.13. O 1º RN teve alta com vida? [1] Sim [2] Não (preencha o instrumento específico) [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	**7ALTA1**	
7.14. O 2º RN teve alta com vida? 1] Sim [2] Não (preencha o instrumento específico) [8] Não corresponde (feto único) [9] Ignorado	**7ALTA2**	
7.15. Qual o tipo de alimentação do 1º RN na alta? [1] Aleitamento materno exclusivo [2] Aleitamento misto [3] Aleitamento artificial (8) Não corresponde (feto morto à alta) [9] Ignorado	**7ALI1**	
7.16. Qual o tipo de alimentação do 2º RN na alta? [1] Aleitamento materno exclusivo [2] Aleitamento misto [3] Aleitamento artificial (8) Não corresponde (feto morto à alta) [9] Ignorado	**7ALI2**	
7.17. Quais as condições do 1º RN na alta? _____ _____ _____ _____	**7COND1**	
7.18. Quais as condições do 2º RN na alta? _____ _____ _____ _____	**7COND2**	
7.19. Quais os diagnósticos do 1º RN na alta? _____ _____ _____ _____	**7DIAG1**	
7.20. Quais os diagnósticos do 2º RN na alta? _____ _____ _____ _____	**7DIAG2**	

8. QUESTÕES GERAIS

8.1. Fatos relatados pela puérpera no momento da entrevista:

_____

_____

_____

_____

_____

8.2. Observações do entrevistador sobre o conhecimento que a puérpera teve dos acontecimentos relacionados a ela:

_____

_____

_____

_____

_____

Entrevistador: _____ Data: _____/ _____/ 20_____

Supervisor: _____ Data: _____/ _____/ 20_____

Anexo 2

unesp
Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsaroen@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 21 de maio de 2012 Of. 245/2012

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª. Cristina,

Informo que o Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 4075-2011) O binômio mãe-filho em Botucatu: estudo epidemiológico com ênfase na morbimorbidade materna e infantil, coordenado por Vossa Senhoria e aprovado por este CEP em 05/12/2011, conta com os seguintes sub-projetos à saber:

Sub-Projeto I: Morbimorbidade materna. O produto da gestação e suas características. (Tese Doutorado de Ana Paula Pinho Carvalheira);

Sub-Projeto II: A qualidade da informação sobre os eventos vitais, coordenado por Vossa Senhoria, com a colaboração de Ana Paula Pinho Carvalheira, Anna Paula Ferrari, Camila Cristina Zanchim, Caroline de Barros Gomes, Danielle Cristina Alves Feitosa, Fernanda Cristina Manzini Sleutjes, Luíza Bonifácio, Maira Barreto Malta, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhães, Maria Helena Borgato, Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, Maira Rodrigués Baldin, Mariana Claudia da Silva, Marina Manduca Ferreira Marin, Priscila Braga de Oliveira, Vera Lúcia Pampiona Tonete.

Sub-Projeto III: "Situação vacinal de gestantes residentes em município de médio porte do interior paulista e fatores associados", a ser conduzido por Bárbara Casemiro (TCC), orientada por Vossa Senhoria e aprovado por este CEP em 27/01/2012.

Sub-Projeto IV: "Parto cesárea previamente agendado em município de médio porte do interior paulista: Resultado perinatal e fatores associados", a ser conduzido por Ana Paula Ferrari, orientada por Vossa Senhoria e aprovado por este CEP em 21/05/12.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Prof. Dr. Trajano Sardenberg
Coordenador do CEP.