

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**NASCER EM UMUARAMA: A EPIDEMIA DAS CESARIANAS SOB A ÓPTICA DE
SEUS ATORES PRINCIPAIS**

EDINALVA MADALENA DE ALMEIDA MOTA ROSA
RÉGIO MARCIO TOESCA GIMENES
MIRIAN UEDA YAMAGUCHI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ
2014

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE (PPGRS)

NASCER EM UMUARAMA: A EPIDEMIA DAS CESARIANAS SOB A ÓPTICA DE SEUS ATORES PRINCIPAIS

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde com ênfase em: Educação e Tecnologias na Promoção da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a Mirian Ueda Yamaguchi

MARINGÁ
JANEIRO DE 2014

M563 **MOTA**, Edinalva Madalena de Almeida

Nascer em Umuarama: a epidemia das cesarianas sob a óptica de seus atores principais. Edinalva Madalena de Almeida Mota. Maringá-Pr.:Unicesumar, 2014. 86p.

Dissertação de Mestrado em Promoção da Saúde

Orientador: Prof. PhD. Régio Marcio Toesca Gimenes

1. Gestação. 2. Parto Normal. 3. Obstetra . 4. Puérpera. 5. Cesariana. I. Título.

CDD 22ª Ed. 614

NBR 12899 - AACR/2



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE,
MESTRADO**

Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC n° 978, de 26/07/2012,
Parecer CES/CNE n° 244/2011 – D.O.U. de 29/08/2011.

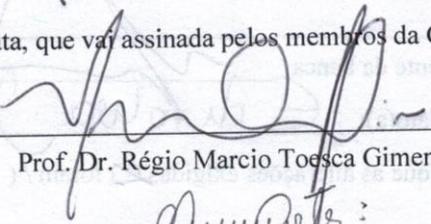
ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro do ano de 2014, às quatorze horas no (a) UNICESUMAR realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada NASCER EM UMUARAMA: A EPIDEMIA DAS CESARIANAS SOB A ÓTICA DOS SEUS ATORES PRINCIPAIS, de autoria do(a) Candidato(a) EDINALVA MADALENA DE ALMEIDA MOTA ROSA, aluno(a) do Programa/Curso de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: RÉGIO MARCIO TOESCA GIMENES - PROFESSOR ORIENTADOR, Presidente, LUCIA ELAINE RANIERI CORTEZ - PRIMEIRO MEMBRO DA BANCA e FÁTIMA MARIA PEGORINI GIMENES - SEGUNDO MEMBRO DA BANCA. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a Comissão Examinadora considerou o(a) candidato(a):

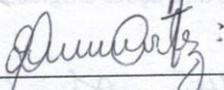
() Aprovado(a) sem alterações Aprovado(a) com alterações () Reprovado(a)

E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

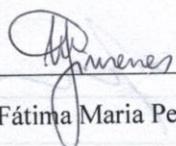
Orientador-Presidente:


Prof. Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes

1º Examinador:


Prof. Dr.ª Lucia Elaine Ranieri Cortez

2º Examinador:


Prof. Dr.ª Fátima Maria Pegorini Gimenes

() Vide verso: Em caso de alterações solicitadas pela Comissão Examinadora



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PROMOÇÃO DA SAÚDE,
MESTRADO

Curso recomendado pela Capes, reconhecido pela Portaria MEC nº 978, de 26/07/2012.
Parecer CES/CNE nº 244/2011 - D.O.U. de 29/08/2011.

RELATÓRIO DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO
DE MESTRADO

Foi concedido prazo de (60) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. As modificações exigidas na dissertação de Mestrado do(a) candidato(a) foram as seguintes:

1) REALIZAM AS CORREÇÕES SUGERIDAS PELA BANCA;

Presidente da banca: _____

Candidato(a): Edrova Im. A. Jota Rosa.

Atesto que as alterações exigidas foram / () não foram cumpridas.

Maringá, 24 de Abr de 2014

Orientador(a): _____

Colegiado do Programa de Mestrado em
Promoção da Saúde
ATA HOMOLOGADA EM REUNIÃO

Nº 03 DATA 24/04/14

Justino Venelito

Dedico este trabalho...

*A minha família, filhas, Suellen e Franciele
e principalmente ao meu esposo pela*

*compreensão, pelas horas, dias e meses
que passou sozinho, enquanto me dedicava
a este.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente, por ser o meu escudo e por iluminar meus caminhos.

Ao Profº Drº Régio Marcio Toesca Gimenes, pela confiança, solicitude e por todos os ensinamentos. Orgulho-me de ter sido orientada por alguém de tamanha coerência, sabedoria e humildade. Pela orientação que vai além do ensino acadêmico e que prima pelo valor da pessoa humana.

À minha co-orientadora Prof. Drª Mirian Ueda Yamaguchi, pelo incentivo e oportunidade de trabalhar com pesquisa científica e valiosa contribuição.

À Profª. Drª. Mirian Ueda Yamaguchi, profissional com quem aprendi em poucas horas que é possível chegar ao fim quando acreditamos em nós mesmos. Também minha enorme gratidão pela empatia.

Ao Prof. Dr. Eraldo Schunk Silva, Estatístico, demógrafo da Universidade Estadual de Maringá por sua prestímosa contribuição na análise estatística dos dados.

Meu enorme agradecimento às puérpersa e médicos obstetras, sem os quais o estudo não seria possível.

Aos amigos, Lais Stocco, Taisa Lorencetti e Sidnei, companheiros de Mestrado, que possuem o dom da empatia, pelo apoio em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Á Maternidade Municipal de Umuarama e Secretaria Municipal de Saúde que contribuíram com a coleta de dados na pessoa do senhor Diretor da Maternidade, médico Salem Abou Rahal e Sonia, enfermeira obstetra.

Á Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama, que contribuíra com a coleta de dados. Em especial a pessoa do senhor Luiz Alberto Haiduk, Secretário de Saúde e Senhora Renata Figueiredo Campagnole de Oliveira, enfermeira chefe da Atenção Primária à Saúde, pela liberação incondicional para o mestrado, sem o qual esta trajetória não seria possível.

EPÍGRAFE

*“O nascimento humano conjuga no mesmo momento os
três eventos mais temidos da humanidade:
vida, morte e sexualidade”*

(Ricardo Jones, obstetra)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 Objetivos.....	16
1.2.1 Objetivo Geral.....	16
1.3 Justificativa	16
1.4 Hipótese.....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 Saúde Materno-Infantil.....	19
2.2 Institucionalização do Parto	20
2.3 Tipos de Parto – Vantagens e Desvantagens.....	21
2.4 A Epidemia das Cesarianas.....	23
2.5 Consequências das Altas Taxas de Cesarianas.....	25
2.5.1 Riscos das Altas Taxas de Cesarianas	25
2.5.2 Risco para Recém Nascidos	27
2.6 Fatores Condicionantes para o Aumento das Cesarianas.....	31
2.7 Políticas Públicas.....	33
2.7.1 Rede Cegonha / Mãe Paranaense	35
2.7.2 Nascer em Umuarama	37
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 Tipo de Pesquisa	39
3.2 Local do Estudo	39
3.3 Sujeitos e Fontes de Informações.....	40
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	40
3.4.1 Coleta de Dados.....	41
3.4.2 Processamento e Análise dos Dados.....	41
3.4.3 Considerações Éticas.....	42
4 RESULTADOS	43
4.1 Prevalência de Cesariana e Parto Normal em Relação a Nascidos Vivos	43
4.2 Características Demográficas e Socioeconômicas.....	44

4.3 Características do Parto e Aspectos Socioculturais.....	45
4.4 Perfil, Percepção, Formação e Experiência Profissional dos Obstetras	48
5 DISCUSSÃO	51
5.1 Prevalência de Cesariana e Parto Normal de Acordo com os Nascidos Vivos	51
5.2 Características Demográficas e Socioeconômicas	53
5.3 Características do Parto e Aspectos Socioculturais.....	54
5.4 Perfil e Percepção dos médicos Obstetras responsáveis pela indicação e realização de cesarianas	61
6 CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Prevalência de partos cesariana e parto normal de acordo com os nascidos vivos residentes no Município de Umuarama - PR, no período de 2009 a outubro de 2013.	43
Tabela 2-	Distribuição de frequências das características sociodemográficas	44
Tabela 3-	Características da história reprodutiva	46
Tabela 4-	Influência na escolha do procedimento.....	47
Tabela 5-	Qual opção de parto você acha que oferece maior risco para o bebê e por quê?	47
Tabela 6-	Qual opção de parto você pensa que oferece mais risco para a mãe e por quê?	48
Tabela 7-	Relatório Analítico do SIGTAP-WEB.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

ANS= Agência Nacional de Vigilância Sanitária

COMSUS= Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde

DATASUS= Departamento de Tecnologia do Sistema Único de Saúde

ENSP= Escola Saúde Pública

HOSP= Hospital

MAC= Média e Alta Complexidade

NOROSPAR= Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná

NV= Nascidos vivos

O1a O6= Obstetra número 01 a 06

OMS= Organização Mundial de Saúde

P1 a P60= Puérpera 01 a 60

PHPN= Programa Humanização Pré-natal e Nascimento

RMM= Razão Mortalidade Materna

SESA= Secretaria Estadual de Saúde

SH= Serviço Hospitalar

SIH= Sistema de Informação Hospitalar

SINASC= Sistema de Informação Nacional de Nascidos Vivos

SMS= Secretaria Municipal de Saúde

SP= Serviço Profissional

SVE= Setor de Vigilância Epidemiológica

TA= Termo de Assentimento

TTRN= Taquipneia Transitória em Recém- Nascido

RESUMO

NASCER EM UMUARAMA: A EPIDEMIA DAS CESARIANAS SOB A ÓPTICA DE SEUS ATORES PRINCIPAIS

Nos últimos anos, houve uma crescente escolha por partos cesarianos, principalmente no Brasil, fazendo o país apresentar as taxas mais elevadas de cesarianas realizadas nos últimos anos no mundo. A nível local não tem sido diferente. Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de cesariana e parto normal; os fatores relacionados ao médico obstetra e os relacionados às puerperas, e as políticas públicas de remuneração do parto normal na determinação das taxas de cesarianas em uma maternidade municipal localizada em Umuarama – PR. Realizou-se uma pesquisa descritiva, documental, transversal, com abordagem quantitativa aplicando dois questionários: um direcionado a cinco médicos obstetra e outro à 60 puérperas, no período de julho a agosto de 2013 em duas etapas. A primeira etapa foi entrevistas com os médicos e puérperas. A segunda etapas se deu através da coleta dos dados de prevalência no SINASC-WEB-SVE/SMS; levantamento dos números de nascidos vivos nos últimos cinco anos; número de partos normais; número de cesarianas, nas instituições que realizam partos no município. Posteriormente, no SIH-WEB/MAC/SIGTAP-Umuarama: análise da política de pagamento do parto normal e cesariana com emissão do Relatório analítico de procedimentos - Cesariana; partos normal e analgesia obstétrica para parto normal. Foi respeitados todos os princípios ético com pesquisa envolvendo seres humanos e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICESUMAR-Maringá parecer 228.032/2013. Os principais resultados do estudo: a prevalência de cesarianas e parto normal foi de 79,24% e 20,76% respectivamente nos últimos 5 anos; na instituição pública 402 (64, 42%) de cesarianas e 222 (35,6%), de parto normal, ao passo que nas duas instituições privadas existentes no município, 493 (98,4%) foram cesarianas e 8 (1,6%) parto normal, demonstrando claramente, a generalização da prática de cesárea na amostra estudada para além das necessidades clínicas específicas de sua indicação. O medo da dor, a influência cultural e familiar, a influência do médico e o desejo em realizar a laqueadura tubária são fatores determinantes na escolha da cesárea; de grande relevância, que a política de remuneração atual do parto normal é tida pelos médicos obstetras como o principal fator que dificulta a realização do mesmo, por não levar em conta o tempo de duração do trabalho de parto e comprometendo assim, a sua renda e a vida pessoal; mostrou o despreparo dos médicos obstetras no atendimento ao parto normal, e que o profissional tem uma grande parcela de responsabilidade na preferência pela cesárea. Ficou evidente a necessidade da ação educativa a ser realizada durante o pré-natal a fim de resgatar o papel de protagonista da mulher no processo de parturição, uma vez que aproximadamente um quarto (26,67%) das mães recebeu algum tipo de informação sobre os diferentes tipos de parto no período pré-natal.

Palavras-chave: Gestação; Parto normal; Puérpera; Maternidade; Neonatal

ABSTRACT

BORN IN UMUARAMA: THE CAESAREAN SECTION EPIDEMICS FROM THE VIEWPOINT OF ITS MAIN ACTORS.

During the last years there has been an increasing option for caesarean section birth, mainly in Brazil, making it the country with the highest c section rate in the world in the past few years. Locally it has not been different. Thus, the aim of the present study was to identify the prevalence of caesarians and natural births; the factors related to the obstetrician and the ones related to the parturient, as well as the public policies concerning the payment for natural births role on the determination of the caesarian birth rates in a city maternity in Umuarama-PR. It was made a descriptive, documental, transversal research, with quantitative approach, applying questionnaires: one directed to the obstetrician and another to the mothers. The main results of the study were the following: a directed five obstetrician and other doctors to 60 postpartum, the period from July to August 2013 in two stages. The first step was interviews with doctors and postpartum. The second step was made through the collection of data on prevalence in SINASC-WEB-SVE/SMS; survey of the numbers of live births in the last five years; number of normal deliveries; number of caesarean sections in institutions that perform deliveries in the city. Later in SIH-WEB/MAC/SIGTAP-Umuarama: analysis of payment policy vaginal delivery and cesarean issue with the analytical procedures Report - Caesarian section; Normal deliveries and obstetric analgesia for vaginal delivery. All ethical principles for research involving human subjects and approval from the Maringa-UNICESUMAR Research Ethics Committee opinion was respected 228.032/2013. The Prevalence of caesarian section and natural birth was of 79.24% and 20.76% respectively during the past 5 years; in the studied institution, 402 (64.42%) of the births were by caesarean sections and 222 (35.6%) were natural births, while in the two private institutions in the city, 493 (98.4%) were by caesarean section, and 8 (1.6%) were natural births, clearly showing a generalization of the caesarian birth practice, far beyond the clinical needs inherent to its prescription. The fear of pain, the cultural and family influence, the influence of the physician and the desire for tubal ligation are major factors for choosing the caesarian birth; importantly, the payment policy by the public sector is considered by the obstetricians as the main reason for not performing a natural birth, once it does not consider the length of labor, compromising income and personal life; it was shown the unpreparedness of obstetricians on attending natural birth labor, and it also shows that the health professional has a great deal of responsibility on the preference for caesarian. It was evident the need for educative actions to be made during the pre-natal period to retrieve the role of the woman as protagonist on the birth process, once approximately one quarter (26.67%) of the mothers had some kind of information about the different types of birth during the pre-natal period.

Key-words: Gestation; Natural birth; Puerperal; Maternity; Neonatal.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do Problema

A saúde e o bem estar da gestante são assuntos de ampla discussão. O parto é um ponto em debate devido aos altos índices de cesárias ocorridos nos últimos anos.

As pesquisas sobre as características fisiológicas e patológicas das gestantes, parto e do recém-nascido avançaram muito nos últimos tempos, com a busca da melhoria das condições de saúde materno-infantil numa perspectiva higienista e de controle dos corpos, no entanto o avanço da ciência nesse contexto criou atualmente, um grande problema de saúde, como o aumento incontrolável das práticas cesarianas, situando-se o Brasil como um dos países com a maior ocorrência dessa prática no mundo (CAMPANA, 2007).

Esse aumento de práticas cesarianas entra em contradição com a pseudo autonomia sobre o corpo que a mulher moderna acredita ter conquistado, uma vez que a decisão pela cesariana é influenciada pelo discurso biomédico, por motivos socioculturais, estéticos entre outros fatores (SANTOS NETO, 2008).

Embora a cesariana seja indicada e necessária em alguns casos, como em fetos muito grandes, ou quando está em posição desfavorável, em casos que a mãe não pode se submeter aos esforços do parto normal ou ainda quando são portadores de doenças virais, tal prática tem sido adotada indiscriminadamente. Em contrapartida, a cesariana torna-se um problema de saúde pública, pois, além de tirar a autonomia da mulher, colocar em risco sua própria saúde e a de seu filho, ainda altera um processo natural da vida com procedimentos invasivos que, segundo o Ministério da Saúde, é uma tragédia evitável em 92% dos casos (BRASIL, 2012a; FREITAS; SAVI, 2011).

A cesariana pode trazer complicações, como lacerações em artérias, bexiga e veias, além do risco de hemorragias, infecção e embolia pulmonar. A mortalidade materna, conforme a região, é de 4 a 20 vezes a mais do que em parto normal, além da possibilidade da cicatriz acarretar má implantação da placenta na próxima

gravidez (PÉCORA, 2008). Fora as complicações para as mães, o uso indiscriminado de cesariana pode acarretar problemas ao bebê, como problemas respiratórios e risco de prematuridade, pois é, ao passar pelo canal de parto, que a criança libera o líquido amniótico do pulmão. Todas essas complicações podem aumentar o tempo de internação (no mínimo, o dobro que seria necessário em parto natural) e o custo institucional do parto cirúrgico.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), a taxa de cesariana no Brasil chegou ao alarmante índice de 52% do total de partos realizados em 2010, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008) recomenda uma taxa não superior a 15%. Na rede privada, atualmente a média de cesarianas atinge 82%. No estado do Paraná, segundo reportagem publicada pela Gazeta do Povo em 13 de julho de 2012, a taxa de cesariana é de 58% na pública.

Em Umuarama, em relação a todos os nascidos vivos, residentes no município esse número é ainda mais alarmante: 78,40% em 2009; 77,94% em 2010; em 2011 79,38%; já, em 2012, atingiu 80,95%, o que a fez ocupar o primeiro lugar no *ranking*, ficando a frente inclusive da cidade de Maringá com 75,4% de cesarianas realizadas no mesmo período, caracterizando-se como a região que menos realiza partos normais no estado; em 2013, não houve redução significativa da taxa, permanecendo 79,46%. (PARANÁ, 2013).

De acordo com a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA), em 2011, mais da metade das mulheres ou mais precisamente 50,4% fizeram cesariana. Foi a primeira vez, em quatro anos, que o procedimento cirúrgico superou o de partos normais. Em 2008, os partos normais representavam 59,9% do total de partos, em 2010 tal taxa reduziu a 50,8%. (SESA, 2012).

Neste sentido, o presente trabalho procura responder ao seguinte problema de pesquisa: quais fatores determinam as taxas de cesarianas na Maternidade Municipal NOROSPAR localizada em Umuarama-PR?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores relacionados às informações prestadas pelo médico obstetra, às condições socioculturais da gestante e às políticas públicas na determinação das taxas de cesarianas em uma Maternidade Municipal localizada no Município de Umuarama – PR.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Verificar a prevalência de cesariana e parto normal em relação aos (NV) de residentes de Umuarama nas instituições que realizam partos em Umuarama, de janeiro de 2009 a outubro de 2013.
- b) Identificar as características demográficas e socioeconômicas e culturais das puérperas que fizeram seus partos na Maternidade Municipal NOROSPAR no segundo trimestre de 2013;
- c) Verificar se a escolha inicial pelo tipo de parto foi mantida até o nascimento e se houve influência dos familiares e médicos obstetras na decisão;
- d) Descrever perfil e percepção dos médicos obstetras responsáveis pela indicação e realização de cesarianas;
- e) Investigar se as políticas públicas, especificamente o pagamento pelo serviço de parto prestado pelo médico obstetra, podem fazê-lo induzir a gestante a optar pela cesariana.

1.3 Justificativa

Ao longo de décadas, têm-se notícias da ascensão das taxas de cesarianas. A crescente escolha por partos cesarianos vem tornando o país um dos que apresentam as taxas mais elevadas de cesarianas realizadas nos últimos anos no mundo. Diversos são os meios de comunicação, instituições, pesquisas nacionais, internacionais que descrevem as cesarianas como uma epidemia desnecessária e de grandes proporções, principalmente no que diz respeito às implicações descritas para o binômio mãe-filho.

Aproximadamente três décadas atrás, a maioria dos partos ocorria por via vaginal, e a cesariana era vista como um procedimento com potencial risco de intercorrências. No que diz respeito ao parto cesárea, segundo Machado Junior *et al.* (2009), afirma que, na atual medicina contemporânea, trata-se de um procedimento indispensável, principalmente no que diz respeito à manutenção da vida do binômio mãe-filho. Porém, não se pode deixar de lado as indicações clínicas específicas e também e também a necessidade de conhecer profundamente seus riscos segundo Cardoso *et al.* (2010).

Afirma-se que a cesariana é um procedimento cirúrgico e como tal, esta sujeita aos riscos próprios de um ato cirúrgico, com agravante de contribuir para aumento da taxa de morbimortalidade, mortalidade materna e neonatal, uma vez que a possibilidade de óbito materno na cesariana é seis vezes maior que no parto normal, principalmente, se levar em conta os riscos de infecção e hemorragia que, na cesariana é superior ao do parto normal (BRASIL, 2011). Para a mãe pode ocorrer, dificuldades simples, como por exemplo andar, até maiores riscos de intercorrências, como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas lacerações de órgãos, inclusive mortalidade materna (BRASIL, 2012). Outras complicações associadas ao procedimento incluem a infecção do trato urinário, o tromboembolismo, a infecção urinária e, nos caso das repetidas cesáreas, a retenção da placenta. Existe ainda uma maior preocupação com o alto risco decorrente das transfusões de sangue e de seus derivados diretamente relacionados á cesárea; nesse caso, pelo fato da maior probabilidade de transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana. (BRASIL, 2001).

Para o recém-nascido, não é diferente, pode decorrer também o rompimento do vínculo mãe- filho, que pode comprometer o aleitamento materno e complicações respiratórias, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, mortalidade neonatal precoce ou tardia entre outros, como por exemplo o aumento dos gastos com saúde, que eleva o custo do financiamento, decorrente do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade serviços médicos e de enfermagem, maior consumo de medicamentos, além de estudos demonstrarem que o parto cesárea, atrasa o aleitamento materno; aumentando o risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (ANS, 2008).

Outro problema desta são os gastos públicos. Estima-se que, em média, realizam-se anualmente, no Brasil, em torno de 560.000 cesarianas, consideradas desnecessárias, provocando um desperdício de quase R\$ 84.000.000,00 e a ocupação de leitos hospitalares sem necessidade (DANTAS, 2011).

Assim, mesmo frente a tantas evidências negativas para realização de cesariana sem indicação específica, vive-se uma situação de epidemia mundial, em que mais da metade dos nascimentos são por cesarianas (BRASIL, 2012). O preconizado é que no máximo, 15% do total de partos sejam cesarianas, em tal percentual se tem verificado a real necessidade de intervenção cirúrgica (OMS, 2008).

Parece evidente a existência de que outros fatores distintos de fatores clínicos estão exercendo influência para o tipo de parto adotado maciçamente no país (MACEDO; ARRAES, 2013). Afinal, como explicar a opção por um procedimento cirúrgico, recomendado apenas em casos obstétricos específicos e excepcionais, que acarreta inúmeros riscos para binômio mãe- filho?

Assim, expostas as possibilidades de complicações para o binômio mãe filho , entre outros, associadas às cesarianas sem indicações clínicas obstétricas específicas, decidiu-se pela realização deste estudo, que tem sua relevância na possibilidade de poder intervir, minimizar, essa tendência, a partir do momento em que se conhecem os fatores que envolvem os “atores principais” e que podem estar contribuindo para taxas de cesarianas ou determinando-as na Maternidade Municipal em Umuarama- PR.

1.4 Hipótese

Os fatores relacionados ao profissional médico obstetra, os fatores socioculturais da gestante, bem como a política pública, de pagamento do parto normal, influenciam na escolha final da via de parto e contribuem para as altas taxas de cesariana.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Parto

Por milênios, o parto foi considerado como atividade estritamente das mulheres e, por tradição, realizado pelas parteiras, que também tinham cuidado tanto com a mãe quanto com os recém-nascidos (BRASIL, 2010).

Antigamente, as parteiras que possuíam o saber popular introduziam, na população, lendas e crendices sobre a gravidez (BRENES, 2005). Nesse contexto, o que se pode notar é que, durante muito tempo, a atividade de parteira e de ajudar a dar à luz eram atividades estritamente femininas, exercidas geralmente por mulheres mais próximas; como parentes, vizinhas e amigas, ou então mulheres reconhecidas pela sua experiência, ou competência para tanto.

A assistência para atividade de dar à luz, além de vista como assunto feminino, revelava a concepção de que as parteiras criavam um clima emocional favorável com suas orações, receitas mágicas e rituais para minimizar as dores da contração, enquanto os homens tinham a função de prestar auxílio ao parto dos animais. Ainda, na idade média, essa dominada pela Igreja, teve início a atuação do parteiro-sacerdote, cuja colaboração era solicitada pela parteira nos casos complicados. Nesse processo, as parteiras realizavam atividades de benzedoras, além de auxiliar no processo de parir, realizavam também abortos, o que levou o descrédito à profissão. Tal ambiguidade levou a uma interferência do Estado e da Igreja com o objetivo de impedir abortos, que coincidiu com as perseguições às feiticeiras, muitas eram também parteiras e foram queimadas na Inquisição, que transformou a prática em uma atividade suspeita conforme Seibert *et al.* (2005).

No fim do século XVI, as atividades das parteiras começa ser realizadas em menor frequência, pois essa foi a época em que se iniciou a utilização do fórceps obstétrico, que trouxe mudanças profundas à assistência obstétrica, modificou, aos poucos, a embriotomia e “desafiou a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana” (LITOFF, 1982 *apud* BRASIL, 2010, p. 25).

Até o século XVI ainda havia muita resistência ao ingresso dos homens na atividade de auxiliar os partos, salvo casos extremos, quando havia necessidade de assistência cirúrgica.

2.2 Institucionalização do Parto

O nascimento da obstetrícia como disciplina científica ocorreu nos séculos XVII e XVIII, na França, como uma especialidade da medicina. Isso veio descredenciar as parteiras do direito de suas atividades de ofício e negar a validade de seu saber, sendo consolidada, portanto, a atuação dos homens no cenário do parto (BRASIL, 2010).

Relata-se o nascimento da medicina moderna no século XVIII, que olhava para a medicina como o saber científico único, que, em uma sociedade capitalista, na verdade, constituía-se como o projeto de medicalização dos corpos. Tal cenário contribuiu para que houvesse a medicalização do corpo feminino. A medicina tinha e tem poder de transformar eventos simplesmente fisiológicos, (menstruação, a gravidez e a menopausa) em doenças e o parto (fisiológico também) em evento cirúrgico Tanaka (1995). O autor ainda afirma que até o fim do século XIX, os partos ocorriam, geralmente, nas casas e eram assistidos pelas parteiras, pois as maternidades ainda não eram tidas como locais seguros para as mulheres darem à luz. Em 1878, na Inglaterra, já se avaliava que as mulheres tinham seis vezes menos risco de morrer ao darem entrada nas maternidades, devido às infecções puerperais.

Também Wolff *et al.* (2004), descrevem sobre esse processo de transição, dizendo que, sobretudo, após a Segunda Guerra Mundial, em meados século XX, a mudança favoreceu a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia. O processo de dar à luz, antes uma experiência vivenciada nas profundezas do ambiente domiciliar para a mulher e sua família, no âmbito hospitalar, transformou-se em experiências, campos para o aprendizado prático de acadêmicos e residentes de medicina e obstetizes. O nascimento passou a ser considerado um ato exclusivamente de propriedade do médico, mesmo com parteiras à frente do cuidado com o parto normal. Assim os profissionais, como parteiras, enfermeiras obstetras passaram a realizar partos, muitas vezes para suprir a falta de médicos.

Nessa mesma óptica, Carneiro e Vilela, (2003), intitulam o parto como sendo “parto tecnocrático”, por se basear em soluções simplesmente técnicas/rationais sem consideração aos aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, com base na ideia de que o corpo feminino seria uma máquina simplesmente, que é incompleta e precisa de ajustes e intervenções. A mulher, para dar à luz, é colocada em postura passiva e age agora temerosa em relação ao momento do parto, esse visto como um “ato médico” e de domínio exclusivo de instituições de saúde, e destitui da mulher seu papel de protagonista. Os autores ainda afirmam que, em tal contexto, toma forma o olhar contaminado de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto.

Com o fim da feminização do parto a entrada em cena dos médicos e as tecnologias fizeram com que as parteiras fossem ao poucos deixadas de lado, quando antes eram agentes protagonistas do processo de nascimento (OSAVA, 1997). Salienta-se também o fato de que essa mudança na assistência ao parto veio acompanhada de vantagens e desvantagens. A parte vantajosa trata-se do fato de ter trazido consigo uma maior segurança à saúde do binômio mãe-filho e a parte negativa ter acarretado também uma assistência obstétrica fragmentada, intervencionista e hegemônica, evidenciada até os dias de hoje. (TANAKA, 1995 *apud* BRASIL, 2011).

Agrega-se a esse contexto o maior manejo da medicina em suas técnicas cirúrgicas, que tem, como resultado progressivo, uso de tecnologias, inclusive desnecessárias e que têm resultado em aumento dos riscos para a saúde do binômio mãe- filho e, como conseqüência, a elevação de custos para o sistema de saúde (TANAKA, 1995). De maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso. Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2011).

2.3 Tipos de Parto – Vantagens e Desvantagens

Todos sabem que os benefícios que o parto natural oferece são inúmeros, tanto para a mãe quanto para a criança. Além da recuperação materna mais rápida e eficaz, reduz-se também os riscos com infecção hospitalar e, inclusive, há incidência menor de desconforto respiratório do bebê. Estudos comprovam também

que a cesariana interfere no vínculo estabelecido entre a mãe e o filho durante o parto. Se, logo após o parto, o neonato é acolhido e abraçado pela mãe, estabelece-se o vínculo entre eles nesse momento (BRASIL, 2011).

No procedimento da cesariana, é mais provável ocorrer infecções e hemorragias, além da “possível laceração acidental de algum órgão como bexiga, uretra e artérias, ou até mesmo do bebê, durante o corte do útero. A gestante pode ter problemas de cicatrização capazes inclusive de afetar a próxima gravidez” (BRASIL, s/d, p. 1), além do dado interessante de que frequentemente essa cirurgia “limita a possibilidade de opção pelo número de filhos. Nenhum médico deixaria uma mãe chegar a realizar seis cesarianas; geralmente as mães são esterilizadas após a terceira cirurgia” (BRASIL, s/d, p. 1).

As vantagens do parto natural podem ser vistas ainda pela perspectiva financeira. Pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde o método normal tem pouca diferença em relação a cirurgia cesariana (BRASIL, s/d).

Finalmente, é importante deixar que a natureza comande o processo de parir e de nascer, respeite sua forma natural. “*O corpo da mulher tem um conhecimento intuitivo de como ter filhos, e a forma natural de parir pode ser muito gratificante para a mãe e seu bebê*” (BRASIL, s/d, p. 01).

Aguiar (2012) defende que realmente a cesariana é uma importante tecnologia em casos de complicações obstétricas específicas, é essencial este manejo nos casos que requerem a interrupção da gestação para a preservação tanto da saúde materna como a fetal. O Ministério da Saúde recentemente complementou com outra indicação específica para a cesariana, no caso de gestantes portadoras do vírus HIV. Nesses casos, é importante tal procedimento, pois se descobriu que no momento do parto ocorre a maior troca sanguínea entre mãe e bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus (BRASIL, s/d).

A autora supracitada aponta também os riscos desse tipo de procedimento, além do impacto sobre o vínculo com o bebê, em função da recuperação mais lenta da mãe e os riscos para o neonato, que são iminentes como: “nascimento pré-termo, a síndrome da angústia respiratória, e diversas outras intercorrências como hipoglicemia e sepse neonatal, desencadeadas em função de maior necessidade de internação do recém-nascido”. Para a mãe, o risco são entre outras as as infecções

pós-operatórias que sucedem a cesariana em pelo menos uma em cada cinco mulheres.

2.4 A Epidemia das Cesarianas

Nas últimas décadas, ocorreu um grande aumento nas taxas de cesarianas no mundo. Países que antes apresentavam reduzidas taxas desse procedimento, como a Turquia e a Itália, alcançaram, nos anos 2000, a média de 30% e 33% respectivamente, ao passo que na, América Latina, o Chile chegou a 45%. Outro índice alarmante foi o dos Estados Unidos, que em 1937 mantinha 3%, mas em 2003, atingiu quase 28% (FERRARI, 2009).

Bertran *et al.* (2007) estimaram a proporção de cesarianas, regional e global, descrevendo os padrões regionais, sub-regionais e correlacionando as taxas com outros indicadores de saúde reprodutiva. Embora esse dado seja muito desigualmente distribuído, 15% dos nascimentos em todo o mundo ocorrem por cesariana. A América Latina e Caribe apresentam cerca de 29,2%, a África, 3,5%. Nos países desenvolvidos, a proporção de cesariana é de 21,1% e, nos países menos desenvolvidos, apenas 2%. A análise sugere que os índices de cesariana podem responder principalmente aos determinantes econômicos.

No artigo intitulado “*Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil,*” publicado no *The Lancet em 2011*, o autor fala sobre o avanço da população com acesso aos serviços de saúde, principalmente ao SUS, que vem aumentando significativamente sua cobertura em áreas antes não alcançadas, e os impactos gerados por tal aumento, principalmente pelo fato das mulheres grávidas terem mais acesso aos direitos reprodutivos, como o direito de escolha dos tipos de parto, o que possivelmente está relacionado ao aumento de cesarianas. De três milhões de nascimentos ocorridos no Brasil em 2007, 89% dos partos foram feitos por médicos e apenas 8%, por enfermeiras obstétricas. Desses, quase metade (47%) ocorreu por operações cesarianas, sendo 35% pelo SUS (BARRETO *et al.*, 2011).

A taxa de cesariana no Brasil chegou ao alarmante índice de 52% do total de partos realizados em 2010, porém a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que essa taxa não ultrapasse 15%. Há evidências de que, quanto mais as taxas se distanciam dos 15% preconizados, seja para mais ou para menos, mais forte fica sua associação com a mortalidade materna e neonatal. Configuram-se duas situações: a primeira no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são atendidos mais de 70% dos partos, com as taxas de 30,1% em 2006 e 31,8% em 2007; e a segunda no setor de saúde suplementar, cuja taxa foi de cerca de 82,3% em 2008 (BRASIL, 2009b).

Atualmente, as taxas de cesariana no sistema privado atingem proporções em torno de 80%. Já no sistema de Saúde Pública, as taxas de cesariana são menores, chegam em média a 35%. Nessa perspectiva, estudiosos do tema questionam essa contradição dos sistemas de saúde, e suas pesquisas também apontam que se observa, no país, grande diferença, inclusive regional, das taxas de cesariana, pois, em regiões onde a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesariana são igualmente maiores. Observa-se que, mesmo com realidades diversas, os dois modelos assistenciais revelam altas taxas do procedimento cirúrgico, com o Brasil em posição de destaque mundial. Patah e Malink (2011).

Um estudo iniciado em 2006, em parceria com a ANS e Escola Nacional de saúde pública (ENSP) gerou um projeto de pesquisa sobre as causas, consequências e estratégias de redução de cesarianas. Em uma das abordagens O objetivo foi conhecer por meio de entrevistas com as mulheres o histórico de suas escolhas e contribuir para compreensão dos determinantes do aumento das taxas de cesarianas desnecessárias. Foi possível constatar que cerca de 70% das mulheres tinham por preferência inicial o partonormal, o que, em muitos casos, seja por decisão individual, médica ou conjunta mudaram sua opção para cesariana no fim do pré-natal. A preferência inicial pelo parto normal é transformada pelos discursos biomédicos durante o processo e alcançam no fim, um maior número de cesarianas realizadas. Outro importante fator é a dominação de trabalhos no âmbito clínico (obstetrícia e anestesia) em oposição a poucos trabalhos de estratégias que evidenciam a medicalização dos cuidados com o parto, assim, mesmo quando existem procedimentos para diminuição das cesáreas, não há um envolvimento direto de profissionais de saúde. Os autores apontam benefícios associados às

medidas estudadas, como o aumento do nível de conhecimento das mulheres, da percepção dos riscos, diminuição da ansiedade, entre outros, sugerindo que tais estratégias não sejam descuidadas (LEAL *et al.*, 2009).

2.5 Riscos das Altas Taxas de Cesarianas

As consequências dos elevados índices de cesarianas desnecessárias á muito vêm sendo citadas e documentadas como passíveis de sérias complicações ao binômio mãe-filho entre outras. Deve-se considerar que parte das cesarianas eletivas é clinicamente indicada e necessária, e que parte das cesarianas de emergência é realizada como solução dos problemas decorrentes das complicações de partos vaginais; nesses casos, é de extrema importância para a saúde da mãe e do bebê (KILSZTAJN *et al.*, 2007).

2.5.1 Riscos para a Mãe

A cesariana acabou aumentando, nesse contexto, o risco de morte materna quando é comparados ao parto normal “Este risco aumentado foi associado a tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas e óbito” (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011, p. 145). Para Machado Junior *et al.* (2009), a cesariana oferece um risco maior de complicações, quando é comparada ao parto normal.

Nomura e Zugaib (2004), também afirmam que as altas taxas de incidência de complicações maternas estão relacionadas à cesariana. Para os autores, quando a via de parto foi cesariana (como a amostra composta de 988 - 56,5%) e o por via vaginal (760 casos - 43,5%), as complicações hemorrágicas ocorreram em 1,2% dos casos de cesariana e em 0,8% dos casos de parto via vaginal, e a endometrite ocorreu em 0,4% dos casos de cesariana e em 0,1% dos partos por via vaginal.

Na cesariana, também é mais frequente a ocorrência de infecção e hemorragias, além da possibilidade de laceração acidental de algum órgão, como bexiga, uretra e artérias, ou até mesmo do bebê, durante o corte do útero. A gestante pode, ainda, ter problemas de cicatrização capazes de afetar a próxima gravidez. A frequência dessa cirurgia limita a possibilidade de opção pelo número de

filhos. Também é destacada a incidência de morte materna obstétrica direta associada à cesariana que é de 3,5 vezes maiores do que no método natural. Os riscos são inerentes à própria cirurgia, a começar pela anestesia, em que a possibilidade de uma reação é imprevisível (BRASIL, 2013).

Para melhor entendimento, faz-se necessário conceituar “Morte Materna Obstétrica Direta”, entendida como decorrente de causas obstétricas diretas e aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério, relacionadas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas (BRASIL, 2007; LAURENTI; MELLO-JORGE; GOTLIEB, 2000).

Em estudo de caso-controle realizado por Leite *et al.* (2011), objetivando investigar fatores de risco para mortalidade materna obstétrica, as causas obstétricas diretas responderam por 54,7% das mortes maternas. A proporção de cesarianas foi mais elevada entre os casos do que entre os controles, após o ajuste pelas demais covariáveis, com risco mais elevado para as mulheres que tiveram a via de nascimento por cesariana.

Ainda que o estudo não tivesse como objetivo analisar a presença de morbidade obstétrica e a indicação do procedimento, os achados do estudo sugerem que a realização de cesariana pode contribuir para elevar o risco de morte materna. Também citam outros estudos que investigaram a relação do tipo de parto com o risco de morte materna evidenciando igual associação mesmo quando da ausência de morbidade obstétrica (ALMEIDA, 2007; FERRER-ARREOLA, 2005; VALONGUEIRO, 2007).

Em 1987, após a Conferência Internacional de Nairóbi e com base nos dados observados em 1985, a prevenção da mortalidade materna passou a ser compromisso para todos os países em desenvolvimento, objetivando a redução de 50% dessas mortes até o ano 2000, segundo os autores Galvão e Díaz (1999) e Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2000).

Há mais de uma década, foi estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), prazo para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e estudiosos da área dizem que possivelmente o Brasil não conseguirá diminuir as taxas de morte materna aos níveis pactuados, cuja redução é de $\frac{3}{4}$ da mortalidade materna entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2007).

Entre 1990 e 2010, houve uma redução (de 141 óbitos por 100 mil nascidos vivos para 68 mortes maternas por grupo de 100 mil nascidos vivos), o que representa uma queda de 52%. No entanto, a velocidade de queda da Razão Mortalidade Materna (RMM) diminuiu a partir de 2001 (BRASIL, 2012b).

Atualmente, o Brasil registra 68 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Assim, a queda precisa ser de aproximadamente 48% em quatro anos. Em quase duas décadas, mais precisamente em 18 anos, de 1990 a 2007, o país registrou uma redução da taxa em 56%, passando de 140 a cada 100 mil crianças nascidas vivas para 75 por 100 mil (AGÊNCIA BRASIL, 2011).

Para os estudiosos, a redução é significativa, mas ainda não pode ser ignorada ao contrário, é significativa, principalmente, se levar em conta que o Brasil está entre os *países* com altos índices de mortes durante o período da gravidez e parto – que é cinco a dez vezes maiores que o dos países desenvolvidos. Para a pesquisadora em saúde pública Estela Aquino, a grande quantidade de cesarianas desnecessárias está entre os fatores que retardam a queda do indicador de mortalidade materna (ECOD, 2011).

De acordo com a OMS, a incidência de morte materna relacionada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no parto normal. O número de internações em Unidades de Terapia Intensiva é ainda mais alarmante: 20 vezes mais frequentes para as mulheres que fazem a opção por tal via de nascimento (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna também é um dos assuntos discutidos pela The Lancet sobre a saúde no Brasil, intitulado Saúde no Brasil 2. Saúde de Mães e Crianças no Brasil: progressos e desafios, o segundo de uma série de seis fascículos. No estudo, concluem que desafios importantes ainda persistem, bem como a existência da medicalização abusiva, que contribui com quase 50% dos nascimentos por cesariana e a alta frequência de nascimentos pré-termo. Victora *et al*, (2011),

2.5.2 Riscos para recém Nascido

O coeficiente de mortalidade infantil, é outro indicador de saúde que foi substancialmente reduzido nas últimas décadas, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período 2000-2008, atingindo 20 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2008. As mortes neonatais foram responsáveis

por 68% das mortes infantis. O estudo cita ainda a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006, na qual quase metade (46%) de todas as cesarianas foi agendada com antecedência, de acordo com as mães entrevistadas, o que pode ter relação com a alta frequência de nascimentos pré-termo citado pelo mesmo estudo (VICTORA *et al.*, 2011a).

A Organização Mundial da Saúde, ao discorrer sobre os riscos associados à cesariana, classifica-os além dos riscos maternos já discutidos, também cita os riscos neonatais e atualmente a frequência maior de prematuridade iatrogênica. Esta conceituada como sendo quando se agenda uma cesariana por acreditar que o bebê está pronto para nascer, mas ele nasce prematuro, fato que atualmente é uma das grandes preocupações do Ministério da Saúde. No setor privado os índices são assustadores, pois as cesarianas são agendadas por conveniência (BRASIL, 2009).

Epidemiologicamente, os nascimentos de prematuros têm sido descritos em três categorias, porém o destaque será para o grupo dos eletivos iatrogênicos, cuja frequência tem variado de 6% a 23% de um agravo evitável (LAUGHON, 2010; KOMINIAREK, 2009).

Vários fatores são citados como contribuintes no aumento da prematuridade, mas um deles tem chamado à atenção, que são as mudanças na prática obstétrica (RUGOLO, 2011). As graves consequências não são poucas e entre elas estão a crescente tendência ao nascimento eletivo em idade gestacional mais precoce, o aumento nas taxas de cesarianas primárias com consequente, maior chance de cesariana de repetição, a preocupação com a cesariana eletiva e de data marcada, uma vez que a estimativa da idade gestacional pela regra de Naegle e pelo ultrassom, no segundo trimestre, apresenta margem de erro de 1-2 semanas. Assim, a cesariana eletiva é uma importante causa de prematuridade iatrogênica (KOMINIAREK, 2009; SHAPIRO-MENDOZA, 2009).

Dados recentes representativos da população americana mostraram que cada semana adicional de 34 a 38 semanas de gestação reduz significativamente o risco de doenças respiratórias, o uso de surfactante e de ventilação mecânica (ALMEIDA *et al.*, 2007).

O nascer de cesariana indicada fora de trabalho de parto priva o feto do preparo fisiológico do pulmão para a transição neonatal. A combinação desses três fatores: nascimento antecipado, cesariana e ausência de trabalho de parto, aumentam o risco de distúrbios respiratórios agudos e contribui para a ocorrência de

Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) iatrogênico, trabalho de parto prematuro e mesmo em recém-nascido de termo precoce (37-38 semanas de gestação). Na SDR iatrogênica, dois aspectos importantes devem ser considerados: essa doença é evitável e pode ser grave (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010).

Com objetivo de avaliar em curto prazo problemas respiratórios em nascimentos prematuros entre 37/38 semanas, em comparação com nascidos a termo, foi realizado um estudo retrospectivo de dados eletrônicos de 12 instituições (19 hospitais) nos Estados Unidos com 233.844 coletas entre 2002 e 2008. O referido estudo analisou todos os recém-nascidos com comprometimento respiratório internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nascimentos prematuros tardios e foram comparados com nascidos a termo em relação à reanimação, suporte respiratório e diagnóstico respiratório, por meio de regressão logística multivariada e comparação de bebês em cada semana de gestação, controle de fatores que influenciam os resultados respiratórios. Os resultados encontrados refletem uma tragédia evitável em relação à prematuridade iatrogênica de cesarianas interativas se é levada em conta a margem de erro de 1-2 semanas que, quando se realiza o cálculo de idade gestacional pela regra de Naegle e pelo ultrassom no segundo trimestre, a gestação ficaria abaixo do recomendado que é de 39 semanas no mínimo. (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010). Tal situação pode levar ao nascimento de uma criança prematura com todos os agravantes da prematuridade como a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR).

A (SDR), Doença de Membrana Hialina, foi a principal doença respiratória nos partos prematuros, presente em 10,5% dos recém-nascidos com 34 semanas, 6% com 35 semanas e 2,8% com 36 semanas, seguida pela Taquipnéia Transitória (TTRN) do recém-nascido, cuja prevalência foi 6,4%, 4,6% e 2,5% nessas três semanas, respectivamente. Tanto a SDR como a TT/RN acometeram 1% dos recém-nascidos com 37 semanas e 0,3% a partir de 38 semanas (HIBBARD *et al.*, 2010).

A prematuridade traz consigo inúmeros outros agravantes, como necessidade de manobras de reanimação neonatal, valores de $\dot{V}O_2$ mais baixo, quando é comparada aos recém-nascidos à termo (MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2007; JAMA, 2010), morbidade neonatal 4-7 vezes mais frequente (ENGLE; KOMINIAREK, 2008; DIMITRIOU *et al.*, 2010), hipotermia e

hipoglicemia (TAPTOOK; JACKSON, 2006; MALLY; BAILEY; HENDRICKS-MUÑOZ, 2010; ADAMKIM, 2011), imaturidade motora gástrica e intestinal (BUTHANI; JOHNSON, 2006), prematuridade e SDR (MACEDO; ARRAES, 2013).

Não se pode deixar de mencionar a importância do aleitamento materno, que geralmente não é bem sucedido, e, nessa circunstância vários outros problemas podem ocorrer, incluindo: hipoglicemia, perda excessiva peso, desidratação, inadequado ganho de peso, agravamento da icterícia, problemas esses que podem prolongar a internação ou motivar a reinternação (NEU, 2006 *apud* RUGOLLO, 2011), Hiperbilirrubinemia (MAISELS *et al.*, 2009), infecção, imaturidade cerebral e regulação autonômica (HUNT, 2006).

Diante do exposto, o prognóstico para o recém-nascido de parto prematuro apresenta risco aumentado de mortalidade perinatal, neonatal e também mortalidade infantil (KHASHU *et al.*, 2009; SHAPIRO-MENDOZA, 2009). A mortalidade neonatal é 4,6 vezes maior, e a mortalidade infantil é 3 vezes maior nos prematuros do que nos recém-nascidos de termo.

Há também maior morbidade, problemas no crescimento e desenvolvimento que já estão bem documentados no curto prazo. Em longo prazo, os estudos ainda são escassos.

Outra consequência da prematuridade são os problemas que podem aparecer após a alta e ocasionar reinternação, apresentando risco aumentado de morbidade nos primeiros anos de vida. Além disso, há risco de apneia e bradicardia após a alta até 43 semanas de idade pós-menstrual (ENGLE; KOMINIAREK, 2008). As taxas de Síndrome da Morte Súbita são maiores, comparadas às de recém-nascidos a termo, com valores de 1,37/1000 nascidos vivos *versus* 0,69/1000, respectivamente (SANTOS, 2009).

Para o Ministério da Saúde, as altas taxas de cesarianas são fatores sabidamente determinantes para a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). Os resultados maternos e perinatais brasileiros nas últimas duas décadas, vêm apresentando melhoras constantes, contudo a mortalidade e a morbidade ainda são inaceitavelmente elevadas (ROCHA; NOVAES, 2010).

2.6 Fatores Condicionantes para o Aumento das Cesarianas

Nos últimos tempos, muito se tem questionado em relação à assistência ao parto. Diversificadas análises foram realizadas, que revelaram a complexidade de fatores que envolvem o parto e sua assistência, o que tem aberto muitos questionamentos que envolvem a qualidade da atenção obstétrica, como também a constituição do significado da experiência do nascimento para as mulheres envolvidas como responsáveis pela gestação (BARBOSA *et al.*, 2003). Para esse autor, os motivos para a alta prevalência de cesarianas se relacionam com fatores que interferem na escolha da via do parto, bem como a cultura em que a mulher está envolvida e os acompanhamentos profissionais durante o pré-natal e parto.

Nassiri e Rochaix (2006) analisaram se médicos de cuidado primário reagem estrategicamente a incentivos financeiros. Utilizou-se de dados mensais sobre os procedimentos mais prescritos pelos médicos em uma área metropolitana de Montreal entre 1977 e 1983. O estudo aponta que médicos são compassivos com as considerações financeiras e indica um número maior de prescrições, como procedimentos com maior tecnologia, o que, geralmente, têm remuneração mais elevada com a cesariana.

Santos (2011) investiga a existência de indução de demanda pela oferta, à cesariana, comparada ao parto normal, entre os anos de 2004 a 2009. Para a pesquisadora, um caso específico da demanda induzida pela oferta é sim a indução na via de parto. A mesma cita que a proporção de cesarianas, no total de partos, que era de apenas 5% nos países desenvolvidos, no início da década de 1970, passou a ser mais de 50% em algumas regiões, no mundo, na década de 1990. Uma estimativa do percentual de cesarianas desnecessárias no Brasil foi feita no trabalho de Leal *et al.* (2009), em que 91,8% das cesarianas foram consideradas inadequadas por especialistas.

Martins *et al.* (2011), em sua pesquisa, analisaram os tipo de parto segundo características maternas e neonatais em Belo Horizonte, no ano de 2008. A fonte dos dados foi o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), com as seguintes variáveis: referentes à mãe (idade, raça, estado civil e escolaridade) e ao recém-nascido (idade gestacional e peso ao nascer). Obtiveram como resultado que a proporção de nascimentos cesarianos comparada ao parto normal foi de 51,8%.

Observaram ainda que, em relação aos nascidos prematuros e com baixo peso, a maioria foi por cesariana.

Entre as influências pela via de nascimento por cesariana, relataram-se: (a) a organização da atenção obstétrica; (b) fatores institucionais (c) a esterilização cirúrgica, realizada frequentemente durante cesarianas eletivas; e (d) fatores socioculturais (FAUNDES; CECATTI, 1991; RATTNER, 1996).

Estudo da revista inglesa *The Lancet* revelou que uma significativa parcela de mulheres possui predileção pelo parto normal no início da gestação, no entanto, no transcorrer da gestação, uma preferência bastante ampla pela cesariana aparece (VICTORA, *et al*, 2011a).

De acordo com Dias (2008), em dois hospitais privados do Rio de Janeiro, 70% de 437 mulheres estudadas no início da gestação mostravam preferência por parto vaginal; entretanto somente 30% das mulheres mantiveram a preferência durante o trabalho de parto, e apenas 10% tiveram seus filhos por parto normal.

Por outro lado, em estudo de Barreto *et al.* (2011), o horário em que é realizado maior número de cesarianas é o diurno e em dias úteis, o que pode estar relacionado à conveniência proporcionada por esse tipo de procedimento ao profissional médico.

Aguiar (2012), em seu estudo, considera uma das causas do aumento das cesarianas os serviços de saúde que se relacionam à conveniência médica, à falta de capacitação profissional para realização dos partos normais e à própria gestante querer dar à luz precocemente. Além disso, os próprios fatores institucionais, o avanço das técnicas obstétricas e as próprias características demográficas e reprodutivas, como idade materna e cesariana prévia. Das cesarianas desnecessárias, o autor observou que quase metade foi agendada antecipadamente, o que caracteriza escolha eletiva em pré-natal e não uma necessidade de procedimento.

Mazzoni *et al.* (2011), ao discutirem a influência de fatores socioculturais sobre a incidência de cesarianas, explicam que as mulheres, ao preferirem a cesariana, procuram poupar as dores do parto normal apesar da inconveniência estética da cicatriz abdominal. Existem fatores culturais fundamentais relacionados a essa preferência, como os que levam a acreditar que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesariana, além do medo exagerado do parto a fórceps.

Afirmam, ainda, que a conveniência do médico é decisiva para a realização de cesarianas eletivas.

2.7 Políticas Públicas

Durante a evolução da história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil foi e continua sendo uma estratégia prioritária. No Brasil, a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, ampliou o elenco de ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal (LOPES *et al.*, 2003).

Segundo Victora *et al.* (2011b), tendo em vista um aumento significativo da cesariana, algumas políticas governamentais foram desenvolvidas como tentativa para reduzir o índice de partos cirúrgicos; em 1998, o SUS constituiu um limite de 40% para a proporção de cesarianas, que seriam pagas aos hospitais, e esse limite foi gradualmente reduzido até 30% em 2000. A medida adotada teve um efeito palpável, pois o percentual de cesarianas pagas pelo SUS diminuiu de 32,0% em 1997 para 23,9% em 2000.

Por mais que a criação e implantação do PAISM fossem revolucionárias e permitissem que a atenção a mulher se apresentasse de forma a considerá-las como sujeitos plenos de direitos, tais conceitos precisavam estar inseridos no contexto do parto e nascimento. Por tal motivo, foi desenvolvido o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em 2000, o Ministério da Saúde desenvolveu e implementou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pela Portaria N.º 569, de 1º de junho de 2000, com o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania (POLIDO, 2010).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é um *software* computacional desenvolvido para ser utilizado pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde brasileiro (DATASUS), com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN, por meio de um número/código do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, s.d.; ALMEIDA; RÉGIS;

COSTA, 2010). Tal *software* armazena informações que permite o acompanhamento das gestantes inseridas no programa desde o início da gestação até a última consulta do puerpério, assim como auxilia na definição do elenco mínimo de procedimentos a ser realizados pelo SUS, para a realização de uma assistência de pré-natal de qualidade (ALMEIDA; RÉGIS; COSTA, 2010).

De modo geral, a criação do SISPRENATAL baseou-se em conceitos de humanização do cuidado e padronização de medidas que, em conjunto, proporcionariam atendimento mais adequado às gestantes, nos moldes do PAISM (POLIDO, 2010).

Diversos municípios brasileiros aderiram ao programa de alimentação dos dados do SISPRENATAL, executando o registro diário de consultas e de solicitações de exame à gestantes, contudo o cumprimento das propostas pelo PAISM e pelo PHPN ainda não se concretizaram de forma completa (BRASIL, s.d.; POLIDO, 2010).

Atualmente, com mais de uma década de existência, o SISPRENATAL ainda possui um baixo impacto na área de saúde pública, devido ao baixo cumprimento de suas metas e propostas, cujas taxas de conclusão não ultrapassam o máximo de 20% em todo o Brasil, com grandes variações por região (POLIDO, 2010).

No Estado do Paraná, avaliações preliminares realizadas no ano de 2004 sobre esse sistema de informação evidenciaram que, com Santa Catarina, São Paulo e Rondônia, o Paraná é um dos quatro estados brasileiros em que o SISPRENATAL é utilizado de modo mais expressivo para evidenciar informações sobre o acompanhamento de gestantes com base no índice cadastrado, no programa de humanização do parto, número de exames para detecção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) realizados, reforço da vacina antitetânica e *Venereal Disease Research Laboratory* (testes VDRL) para diagnóstico de doenças venéreas, em especial, sífilis (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Têm-se vários trabalhos voltados para as políticas de atenção à saúde materna e infantil. A Rede Cegonha é uma delas, uma iniciativa no âmbito do Sistema Único de Saúde. É uma rede de cuidados com a mãe e com o bebê de forma geral, que ainda se encontra em processo de elaboração pelo Ministério da Saúde.

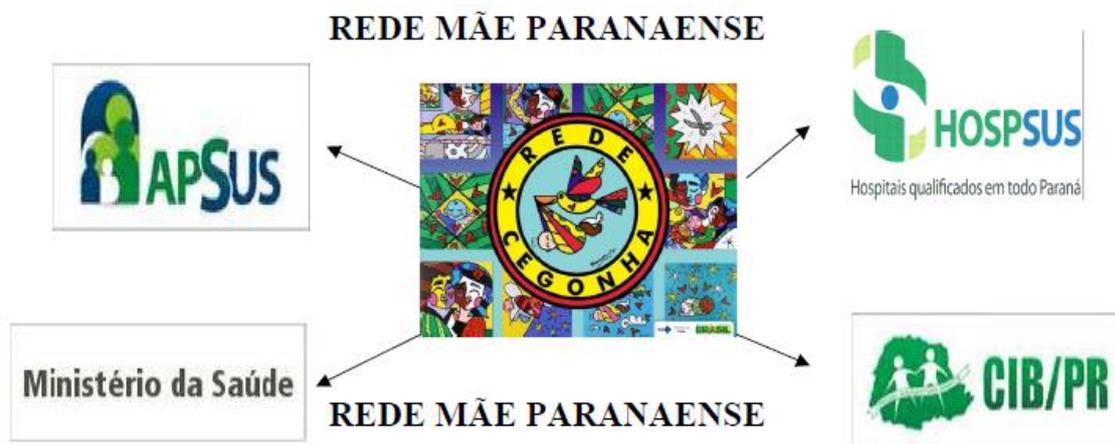
2.7.1 Rede Cegonha / Mãe Paranaense

Nas últimas três décadas, no Brasil, muitos foram os avanços no que diz respeito à melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de esforços conjuntos entre governo e sociedade. Embora o pré-natal seja uma das estratégias de cuidado com o binômio mãe-filho, que já se apresenta praticamente efetivada, ainda não é satisfatória o acesso de forma universal, e principalmente a qualidade da assistência. Outro problema são as ações de educação em saúde, que, mesmo fazendo parte fundamental do contexto do pré-natal, muitas vezes, não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens. Para o Ministério da Saúde, as ações de educação não abrangem também os adolescentes, público para o qual a educação em saúde contribui para uma vida sexual e reprodutiva mais saudável. Cita também que existe fragilidade no acompanhamento do binômio mãe-filho após o parto, bem como no acompanhamento do desenvolvimento da criança. Muitos são os fatores que contribuem para essa problemática, que vai desde ações e serviços de saúde fragmentados, passando pela organização dos serviços de saúde principiante no que diz respeito a cuidados progressivos, mecanismos de aquisição dos recursos que visam a produzir ações de saúde, conservadoras práticas de gestão e de atenção à saúde não participativa e curativas, intervencionistas, desnecessárias e com potencial iatrogênico. Uma consequência dessa situação são as altas taxas de cesarianas, de episiotomias, de uso de ocitocina sintética e outras intervenções. (BRASIL, 2012). Ocorre, ainda, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2012).

Com objetivo de mudar esse panorama, em 2011, foi lançada, no Brasil, a Rede Cegonha, programa federal que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha utiliza a experiência de vários profissionais e organizações para estruturar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90 (BRASIL, 2011e). No seu formato reafirma os direitos a:

- ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal;
- transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto;
- vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto;
- realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção;
- acompanhante no parto, de livre escolha da gestante;
- atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2013e).

Figura1: Implantação da Rede Cegonha/Mãe Paranaense no Paraná



Fonte: SESA, 2012.

Como não podia ser diferente, o programa contempla o monitoramento e a avaliação, procedimento necessário para implementação. As avaliações pautam-se em indicadores de acompanhamento e resultados, de forma que a gestão e metas do programa ou projeto possam ser revistas e adequadas em seu transcurso. (IPARDES, 2012).

Na mesma óptica da Rede Cegonha, em 2012, a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Materno- infantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014.

Com base na análise de nascimentos e óbitos que ocorreram nos últimos cinco anos (2006 a 2010), no Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde pautou-se por ações para a Rede Mãe Paranaense, visando reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto. O público-

alvo desse programa são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, o que, segundo dados do IBGE (2010), representa uma população 177.557 mulheres e, de acordo com dados do SINASC (2012) (Sistema Nacional de Nascidos Vivos), 152.350 nascidos vivos no estado do Paraná no ano de 2011. Embora a Rede Mãe Paranaense tenha como público-alvo as mulheres e crianças, é importante destacar que ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a Família Paranaense. A missão da Rede Mãe Paranaense é garantir o acesso à atenção materno-infantil, de forma a promover o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade, por meio de uma rede de atenção organizada em todo o estado do Paraná. Apresenta como estratégia: o apoio dos municípios para melhoria da estrutura dos serviços de Atenção Primária à Saúde; o estabelecimento de incentivos financeiros aos municípios para custeio das equipes de saúde, qualificação de profissionais que atuam à frente dos pré-natais por meio de programas de educação permanente, garantia de pré-natal de qualidade, garantia de hospital de referência para gestantes e crianças de risco, além de ampliar as ações de incentivo ao aleitamento materno e garantir o leite humano para crianças de risco. Desde 2011, a SESA constituiu os alicerces para a organização dessa rede por meio dos programas estruturantes: o APSUS (Programa de Qualificação da Atenção Primária), o COMSUS (Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde) e o HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos) (Figura 1, PARANÁ, 2012).

2.7.2 Nascer em Umuarama

Seguindo o mesmo marco dos programas supracitados para atenção materna infantil, O município de Umuarama, por meio do Programa Municipal Nascer em Umuarama aderiu às duas estratégia supracitadas. O Programa Municipal Nascer em Umuarama, foi instituído no ano de 2000, para dar complementaridade ao Programa Humanização Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ao qual o município aderiu no mesmo ano e da necessidade do programa de reduzir o coeficiente de mortalidade infantil. Além de desenvolver ações com qualidade no pré-natal, parto e puerpério, inclui rotinas específicas para as situações de baixo, médio e alto risco, e é dividido em quatro fases: pré-parto, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.

Atualmente, além de aprofundar as ações do programa, o município incorporou as práticas e procedimentos do Programa Mãe Paranaense e firmou parcerias com entidades, como a Pastoral da Criança, da Igreja Católica. Recentemente em fevereiro de 2013, criou o Centro de Referência em Saúde Materno-Infantil, que conta com médicos obstetras e pediatras que dão suporte às equipes da Atenção Primária à Saúde (UMUARAMA, 2013). As Redes de Atenção Saúde vem sendo construídas em todas as esferas públicas. Para Lago, (2013), isso pode ser considerado um grande avanço na estruturação da assistência a saúde, pois desperta os atores para as mudanças, quebra de paradigmas e integração dos pontos de atenção.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, documental e transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa transversal é um tipo de estudo epidemiológico, no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico e, atualmente, tem sido o mais empregado (ROUQUAYROL, 1994 *apud* BORDALO, 2006). O estudo descritivo busca descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes, procurando descrevê-los, classificá-los, compará-los, interpretá-los e avaliá-los com objetivo de esclarecer situações para idealizar futuros planos e decisões (MARTINS, 2011).

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – NOROSPAR, mantenedora do Hospital São Paulo, onde funciona a Maternidade Municipal de Umuarama. Trata-se de uma instituição filantrópica (OSCIP) conveniada com o SUS, que atende 21 municípios pertencentes a 12ª Regional da Saúde de Umuarama, em casos de gestação de alto risco e demais atendimentos a partos (CNES, 2009).

Esse hospital atende, aproximadamente, 60% dos partos realizados no município. A NOROSPAR também atua no ensino, pesquisa e extensão, ao abrir espaço estágios curriculares para alunos de vários cursos de graduação e escolas técnicas. Possui registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para oferecer serviços no módulo básico de atendimento em nível de atenção média e de alta complexidade. São prestados serviços de atendimento ambulatorial, apoio diagnóstico, urgência, emergência, internações e fluxo de clientela com atendimento à demanda espontânea e referenciada.

3.3 Sujeitos e Fontes de Informações

A amostra do presente estudo foi composta por 60 mulheres submetidas à cesariana na Maternidade Municipal, durante o segundo trimestre de 2013 e cinco profissionais médicos obstetras que atuam nesse mesmo hospital. Todos os entrevistados consentiram em participar do estudo.

Em relação às parturientes, foram utilizado, como critério de inclusão para fazer parte da amostra, os seguintes critérios: (I) que o parto tenha sido realizado no hospital selecionado; (II) terem sido submetidas à cesariana pelo SUS.

Foram excluídas da amostra mulheres que apresentaram pelo menos uma das seguintes condições clínicas: desproporção céfalo-pélvica; hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe, específicas da gravidez; bebê transverso e sofrimento fetal, bem como as indicações relativas, como ocorrência de diabetes gestacional, ruptura prematura das membranas e trabalho de parto prolongado. Mulheres com diagnóstico de HIV, transtornos mentais e as que tiveram complicações no parto e pós-parto imediato também foram excluídas da amostra. Como critério de inclusão dos profissionais médicos, foi considerado o fato de ser médicos obstetras atuantes na referida instituição.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Como instrumentos para coleta de dados, foram utilizados dois questionários estruturados, aplicados pela pesquisadora, elaborados especificamente para este estudo (Apêndices I e II). No questionário I, as perguntas foram direcionadas às puérperas e têm como intuito verificar os fatores socioculturais que determinaram o tipo de parto. Já o questionário II foi direcionado aos profissionais médicos obstetras e teve como objetivo identificar do ponto de vista deles quais os fatores que dificultam a ocorrência do parto normal (formação profissional, agenda médica, conveniência, política de assistência ao parto, entre outros).

Para detecção de possíveis falhas operacionais, aperfeiçoamento do questionário e minimização de possível viés metodológico, os dois instrumentos de coleta de dados (parturientes e obstetras) foram avaliados por três profissionais da área e testados por meio de um estudo piloto em duas etapas: (i) coleta de informações das puérperas na instituição Maternidade Municipal NOROSPAR,

durante 15 dias; (ii) coleta de informações dos médicos obstetras na instituição Maternidade Municipal NOROSPAR após uma semana.

3.4.1 Coleta de Dados

A coleta de informações foi realizada em duas etapas: A primeira referente aos aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais das puérperas, bem como questões relacionadas à dados demográficos, socioeconômicos; a formação e experiência profissional dos obstetras foi realizada por entrevistas pessoais (*in loco*) no período de 01 de julho a 31 agosto de 2013.

As entrevistas foram realizadas no período da manhã e tarde, antes da prescrição das altas hospitalares. Dessa forma, foi possível contemplar todas as mulheres internadas na maternidade durante o período de estudo.

A segunda etapa da pesquisa se deu na seguinte sequência: Inicialmente, no SINASC-WEB-SVE/SMS, coleta dos dados de prevalências instituições que realizam partos no município de Umuarama:

- levantamento dos números de nascidos vivos nos últimos cinco anos;
- número de partos normais;
- número de cesarianas.

Posteriormente, no SIH-WEB/MAC/SIGTAP-Umuarama, análise da política de pagamento do parto normal e cesariana:

- emissão do Relatório analítico de procedimentos - Cesariana;
- emissão do Relatório analítico de procedimentos-partos normal;
- emissão do Relatório analítico de procedimentos- analgesia obstétrica para parto normal.

3.4.2 Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram tabulados em planilhas Microsoft Excel 2010 e, posteriormente, importados para o software SAS, versão 9.3. Foi realizada uma análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência simples e cruzadas. Para estudar as possíveis associações entre algumas variáveis de interesse e a ocorrência de partos por cesariana.

3.4.3 Considerações Éticas

O estudo respeitou os preceitos recomendados quanto aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2009a) e foi aprovada sob parecer consubstanciado do CEP nº 228.032 de 22/03/2013. Foi enviada à Associação Beneficente de Saúde do Noroeste do Paraná – NOROSPAR e para a Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama, setor de Média e Alta Complexidade (MAC) e Departamento de Vigilância em Saúde, Núcleo de Epidemiologia, um ofício requisitando a autorização para a realização do estudo. Somente após o consentimento dos mesmos, foi realizado o estudo. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CESUMAR – Maringá.

As informações obtidas a partir dos dados coletados na NOROSPAR possuem caráter sigiloso, dessa forma, as gestantes foram identificadas apenas pelas notações P 01 a 60, e os médicos obstetras identificados por MO 01 à 06, o que não possibilita relacionar os dados obtidos com o sujeito de pesquisa. Os dados de identificação P e MO constaram no cabeçalho dos instrumentos de coleta, visando aos aspectos organizacionais e para garantir o anonimato dos participantes.

A obtenção dos dados somente teve início após apresentação dos objetivos do estudo aos sujeitos, mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). A abordagem às puérperas se deu no período puerperal, respeitando sua rotina hospitalar e normas do alojamento conjunto. Foi responsável pelo TCLE a própria pesquisadora. Às puérperas e aos médicos obstetras foram informados o objetivo do estudo e esclarecidas suas dúvidas, no caso de concordância, os mesmos foram orientados a assinar o TCLE.

No caso de puérperas menores de idade, foi obtida a assinatura do responsável legal. No entanto, quando tratava de adolescentes menores de 16 anos que não estavam acompanhadas de representantes legais foi solicitada sua adesão à pesquisa desde que a mesma compreendesse o contido no Termo de Assentimento (TA), elaborado de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2013, que dispõe, entre outros, sobre a participação de adolescentes em pesquisas.

4 RESULTADOS

4.1 Prevalências de Cesariana e Parto Normal em Relação aos Nascidos Vivos

No período entre 2009 e 2013, no município de Umuarama – PR, ocorreram no total, 6.532 nascimentos. A prevalência de cesarianas e parto normal foi de 79,24% e 20,76%, respectivamente, nos últimos cinco anos. No geral, em 2013, a prevalência para cesariana foi de 79,47% e 20,53% conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Prevalência de cesariana e parto normal de acordo com os nascidos vivos residentes no Município de Umuarama - PR, no período de 2009 a outubro de 2013.

Nascimentos	Período										Total	%
	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%		
(NV)	1227	100,00	1387	100,00	1421	100,00	1372	100,00	1125	100,00	6532	100,00
Cesarianas	962	78,40	1081	77,94	1128	79,38	1111	80,98	894	79,47	5176	79,24
Vaginais	265	21,60	306	22,06	293	20,62	261	19,02	231	20,53	1356	20,76

Nota: Os dados para o ano de 2013 correspondem ao período de 01/01/2013 a 10/10/2013.

Fonte: SINASC-WEB- SVE SMS Umuarama, 2013.

Em 2013, foram 1125 nascidos vivos residentes em Umuarama. Desses, 624 (55,47%) nasceram na instituição pública, com 402 (64,42%) partos cesáreos e 222 (35,6%), partos normais. (SINASC-WEB- SVE SMS UMUARAMA, 2013).

Em levantamento no de banco de dados do SINASC-WEB- SVE SMS, Umuarama, entre as duas instituições privadas existentes no município, foram, no total, 501 nascidos vivos, juntas foram responsáveis por 493 partos cesarianos e 08 partos normais. Uma prevalência de 98,4 % para o parto via cesariana e 1,6 % para os partos por via vaginal. A prevalência é calculada utilizando a porcentagem de nascidos vivos por cesárea, multiplicando por 100, em relação ao total de nascidos vivos em determinado período de tempo e local.

No contexto geral, considerando todos os nascimentos no ano de 2013 em Umuarama, entre residentes e não residentes no município, em todas as

instituições, privadas e públicas, ou seja, o número total de nascidos vivos foi de 1.957. Desses, 80,1% nasceram via cesariana, ao passo que apenas 489, (19,99%) nasceram de parto normal. (SINASC-WB- SVE SMS UMUARAMA, 2013).

4.2 Características Demográficas e Socioeconômicas

Em relação às características sóciodemográficas, a população do estudo caracterizou-se por mulheres jovens. A faixa etária predominante (45%) concentrou-se entre 18 e 27 anos. É bastante elevada (20%) a proporção de gravidez na adolescência; 12 a 17 anos, e de mulheres com gestação em idade mais avançada (35%) entre 28 a 38 ou mais (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequências das características sociodemográficas de puérperas atendidas na Maternidade Municipal de Umuarama no período de julho a agosto de 2013.

Faixa etária	n°	%
12 a 17 anos	12	20,00
18 a 27 anos	27	45,00
28 a 37 anos	12	20,00
38 anos ou mais	9	15,00
Total	60	100,00
Escolaridade	n°	%
Fundamental incompleto	13	21,67
Fundamental completo	9	15,00
Ensino médio incompleto	21	35,00
Ensino médio completo ou mais	17	28,33
Total	60	100,00
Estado civil	n°	%
Solteira	13	21,67
Casada	24	40,00
Divorciada	2	3,33
União estável	21	35,00
Total	60	100,00
Ocupação	n°	%
Atividade não remunerada	27	45,00
Atividade remunerada	33	55,00
Total	60	100,00
Renda familiar (salário mensal)	n°	%
Menos de um	7	11,86

De um a três	43	72,88
De quatro a seis	9	15,25
Total	59	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pela autora.

Foi característica da população estudada a baixa escolaridade formal, verificando que a maioria (71,67%) tem no máximo o ensino médio incompleto, menos de oito anos de estudo. Aproximadamente 1/3 (35%) das mães cursaram, no mínimo, o ensino médio completo.

O predomínio de puérperas (75%) que são casadas ou vivem em união estável foi destaque. Apesar da elevada proporção (20,67%) de mães se declararam solteiras.

Em relação à ocupação das mães entrevistadas, prevaleceu o trabalho remunerado, com 55% e não remunerado 45% distribuindo-se da seguinte forma: auxiliar de costura 14,04%; diarista (8,77%); auxiliar de produção industrial 7,2%; secretária 5,26%; costureira e cozinheira com 3,51% cada; professor e comerciante 1,75% cada e outros 7,02%.

Trata-se de uma população de mães pertencentes à classe média baixa, a maioria (72,88%) tem renda familiar entre um e três salários mínimos. Os valores referentes às variáveis sóciodemográficas em estudo podem ser analisados na Tabela 2.

4.3 Características do Parto e Aspectos Socioculturais

A história reprodutiva anterior das mães entrevistadas mostra que a maioria delas (60%) tinha entre dois e quatro filhos. A cada dois partos, um foi operatório, conforme é demonstrado na Tabela 3. Quando questionadas sobre qual tipo de parto pensavam em ter, 86,67% optaram pelo parto normal.

As justificativas das mães que optaram pela cesariana são as mais diversas possíveis. Salvo as mães, que optaram por aproveitar o operatório para realizar também a laqueadura tubária (5,41%), as demais justificativas não caracterizam fatores de risco. É grande a proporção (40,54%) de puérperas que alegaram “ter medo de sentir dor”. A segunda maior proporção (16,22%) foi de parturientes que alegaram o fato de ter realizado cesariana anteriormente. Chama atenção a

proporção de parturientes (13,39%) que afirmaram ter tido “experiência obstétrica anterior ruim” e “medo da alteração da anatomia e fisiologia vaginal” (13,51%), que de acordo com a literatura, são fatores sócios culturais importantes.

Em quase 11,71% dos casos, a justificativa apresentada foi a conveniência de horário. Com certeza, essa não é uma razão médica, e nada deve justificar essa tal conduta.

Tabela 3 – Características da história reprodutiva das puérperas atendidas na Maternidade Municipal de Umuarama no período de julho a agosto de 2013.

Nº de filhos	n	%
Não tem filhos	0	0,00
Um	23	38,33
Dois a quatro e mais	36	60,00
Total	60	100,00
Tipo de parto dos filhos anteriores	n	%
Natural	29	48,33
Cesariana	31	51,67
Total	60	100,00
Quando soube da gravidez que tipo de parto pensou em ter?	n	%
Natural	52	86,67
Cesariana	6	10,00
Total	60	100,00
O que a levou a optar pela cesariana?¹	n	%
Medo de dor	45	40,54
Cesariana anterior	18	16,22
Experiência obstétrica anterior ruim	15	13,51
Medo de alteração da fisiologia vaginal	14	12,61
Conveniência de data e horário	13	11,71
Laqueadura tubária	6	5,41
Total	111	100,00

Nota:¹ Percentuais calculados a partir do número total de respostas.

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pela autora.

Embora, inicialmente, quase 90% das mães tenham manifestado o desejo de realizar o parto normal, 88,33% alegaram que alguém influenciou a decisão final (Tabela 4).

A grande maioria (72,88%) das mães afirmou que a escolha pelo tipo de parto realizado sofreu influência dos familiares e, num segundo momento, dos médicos (27,12%).

Tabela 4 – influência na escolha das vias de partos pelas puérperas atendidas na Maternidade Municipal de Umuarama no período de julho a agosto de 2013.

Características		
Alguém influenciou na escolha da via do parto?	n	%
Sim	53	88,33
Não	7	11,67
Total	60	100,00
Quem influenciou em sua escolha	n	%
Médico	16	27,12
Familiares	43	72,88
Total	59	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborada pela autora.

Das 45 mães que responderam a questão “Qual a opção de parto que oferece maior risco para o bebê”, a maioria (75,68%) acredita que o parto normal é o que oferece mais risco para o bebê. Mas, somente 24,32% parturientes apresentam uma justificativa, qual seja: a de que “pode passar da hora do bebê nascer” (Tabela 5).

Das 57 mães que responderam a questão “Qual a opção de parto que oferece mais risco para o bebê”, a maioria (75,68%) acredita acreditam que o parto normal é o que oferece mais risco para o bebê. Entretanto apenas 24,32% das parturientes apresentaram uma justificativa, qual seja: a de que “pode passar da hora do bebê nascer” (Tabela 5).

Tabela 5 – Percepção das puérperas em relação ao risco para o RN, quanto aos tipos de parto realizados na Maternidade Municipal de Umuarama no período de julho a agosto de 2013.

Risco para o bebê	Cesariana		Parto normal	
	n	%	n	%
Não soube informar	20	100,00	28	75,68
Passar a hora de nascer	0	0,00	9	24,32
Total	20	100	37	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborados pela autora.

Em relação ao tipo de parto que oferece mais risco para a parturiente, 96,67% (n=58) das mães foram categóricas em afirmar que é a cesariana. As justificativas para tal risco são as mais diversas possíveis (Tabela 6).

Para 10,34% das parturientes o maior risco refere-se às infecções, 5,17% ao risco de hemorragia e 5,17% a reações à anestesia. A maioria (79,31%) das mães não soube dar uma justificativa.

Tabela 6- Percepção das puérperas em relação ao risco, quanto aos tipos de parto para mãe, realizados na Maternidade Municipal de Umuarama no período de julho a agosto de 2013.

Risco para a mãe	Cesariana		Parto normal	
	n	%	n	%
Hemorragia	3	5,17	0	0,00
Infecção	6	10,34	0	0,00
Reação a anestesia	3	5,17	0	0,00
Não Soube informar	46	79,31	2	100,00
Total	58	100,00	2	100,00

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborados pela autora.

Somente um quarto (26,67%) das mães recebeu algum tipo de informação sobre os diferentes tipos de parto no período pré-natal.

4.4 Perfil, Percepção, Formação e Experiência Profissional dos Obstetras

A seguir, apresentam-se o perfil e a percepção dos médicos obstetras responsáveis pela indicação e realização dos partos cesarianos neste estudo.

Trata-se de cinco obstetras todos do sexo masculino, a partir de agora nominados Obstetra 1 (O_1), Obstetra 2 (O_2), Obstetra 3 (O_3), Obstetra 4 (O_4) e Obstetra 5 (O_5).

Os Obstetras O_1 e O_2 têm a mesma faixa etária, mais de 51 anos de idade. O_3 é mais novo e tem entre 30 e 40 anos de idade. Os outros dois obstetras, O_4 e O_5 têm entre 41 e 51 anos de idade.

Salvo O_3 , o mais jovem que tem entre 11 e 15 anos de experiência profissional, os demais obstetras têm mais de 15 anos.

Todos os obstetras trabalham mais de 40 horas semanais e dão plantão de 24/48 horas na maternidade. Entre sua horas trabalhadas todos realizam plantão 24/48 horas, atendem em UBS e consultório particular e a planos de saúde.

Salvo O_1 , um dos médicos com mais, de 51 anos de idade, que realizam no último mês de um a cinco partos normais, os demais profissionais realizaram entre seis e dez partos normais no mês.

Em relação aos partos operatórios, O_1 e O_2 , os dois médicos com mais de 51 anos de idade, realizaram entre seis e dez cesarianas no último mês. Os demais obstetras afirmaram que realizaram 20 ou mais cesarianas no último mês.

Sobre a formação teórico-prática para realizar partos normais, O₁ declarou que sua formação foi pouco suficiente (até 25%). O₄ afirmou que sua formação foi altamente suficientes (até 100%), e os demais (3) afirmaram que sua formação foi “mais ou menos suficientes” (até 50%).

Todos os profissionais afirmaram que “*acreditam que existem deficiências na formação do médico obstetra em relação à assistência ao parto normal*”.

Segundo esses profissionais, o que favoreceria a realização do parto normal seria por ordem de percentuais :

- a)** política de pagamento do parto diferenciada (levar em conta tempo de duração do parto normal);
- b)** pagamento de analgesia do parto normal, levar em conta tempo do trabalho de parto;
- c)** mudança no modelo de assistência pré-natal. (preparo psicológico da mulher para o parto);
- d)** ter um obstetra devidamente remunerado por plantão no hospital.

Por outro lado, segundo esses profissionais, atualmente os fatores que mais dificultam a realização do parto normal são primeiramente:

a) as políticas de pagamento do parto normal, que não levam em conta o tempo de duração do parto normal e o desconforto em não poder programar as atividades pessoais sem comprometer a renda e vida pessoal;

b) em segundo lugar, os obstetras alegam que há incertezas quanto à possibilidade de hipóxia, traumas fetais, distócia, etc. E, por último, um profissional alegou que é desconfortável não poder programar;

c) com exceção de indicações clínicas, os principais fatores que fazem com que os obstetras optem pela cesariana são, segundo os médicos O₁, O₃, O₄ e O₅ a política de pagamento dos partos, que não leva em conta o tempo de duração do parto normal. O restante afirma que a motivação principal é a “cesariana previacatriz uterina”.

Em relação à experiência prática para realizar cesarianas, O₄ não se manifestou. Os demais profissionais afirmaram serem “altamente suficientes” (até 100%) capazes de realizar uma cesariana.

Quanto á experiência para realizar parto normal, novamente, O₄, não se manifestou, todavia os demais profissionais afirmaram que são “muito suficientes” (até 75%), capazes de realizá-los.

A partir do contexto, buscou-se contextualizar os resultados obtidos, organizando-os em quatro unidades temáticas:

5 DISCUSSÃO

5.1 Prevalência de Cesariana e Parto Normal de acordo com os nascidos vivos

As elevadas taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, porém, no Brasil, chega a ser considerada epidêmica, pois seus índices são superiores ao nível máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A elevação das taxas de cesárea nas últimas duas décadas, bem como as diferenças observadas entre os países, deve ser contextualizada em função das características socioculturais e o modelo de saúde praticado, os quais poderiam influenciar na escolha pelo tipo de parto (PATAH, 2011).

Em 2005, a Holanda foi um dos poucos países a apresentar uma proporção de parto cesáreo abaixo do valor recomendado pela OMS, outros, como Suécia e Dinamarca, mantiveram essa proporção em até 20%. Valores superiores a 20% foram encontrados em diferentes países, como na Itália e Chile, onde chegou a níveis superiores a 30% (COUTINHO, 2007). Em 2009, a taxa nos Estados Unidos chegou a 32,9% (MARTIN *et al*, 2011).

No Brasil, observa-se um aumento da prevalência de parto cesárea, especialmente, a partir da década de 1970 (VILAR, 2006). Uma análise dos nascimentos no Brasil em 2004 mostra aumento no número de partos por cesariana na maioria dos estados, representando 41,8% dos partos realizados (BRASIL, 2004). Esse aumento é maior nos hospitais privados que nos públicos. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (ANS), no ano de 2004, as cesarianas representaram 79,7% dos partos atendidos no setor de saúde suplementar, enquanto, no Sistema Único de Saúde (SUS), essa proporção foi de 27,5% (BRASIL, 2006). Dados do DATASUS indicam uma taxa de 50,1% de partos cesáreos (DATASUS, 2011); Brasil, (2012).

Para a coordenação do Programa “Nascer em Umuarama”, a realização de cesarianas de forma indiscriminada possui consequências muito amplas, e algumas

são de difícil mensuração. Uma ocorrência, que pode ser agravada pela cesariana, são as mortes neonatais até 27 dias, que, em 2010, dados estatísticos revelaram 11 óbitos, e que, em 2011, esse número duplicou para 23. De acordo com a coordenadora do programa, o aumento nas taxas de óbitos neonatal até 27 dias pode estar relacionado às cesarianas iterativas, ou seja, cesariana pré-agendada, sem que a mulher esteja em trabalho de parto, propriamente dito, podendo levar ao nascimento de um recém-nascido prematuro, o que geralmente vem acompanhado de imaturidade pulmonar e conseqüente problemas respiratórios, necessidade de longas internações em UTIs neonatal, possível aquisição de infecção hospitalar, sepsis e óbitos. (UMUARAMA, 2013).

Ramachandrap e Jain, (2008), afirmam que a prematuridade iatrogênica diminui o processo benéfico pulmonar do trabalho de parto normal. Portanto aumenta a morbimortalidade perinatal. Os autores apontam, ainda, possíveis problemas que podem ser evitados com a não realização de cesarianas desnecessárias, como complicações infecciosas, separação mãe-filho, atraso no aleitamento, menor satisfação do nascimento, depressão, aumento do tempo de internação, aumento de custos, riscos de placenta prévia, rotura uterina em futura gestação. O nascimento de prematuros devido à indução eletiva de cesarianas aumentou nos últimos 20 anos de 10% para 18,5% entre 1985 e 2003 (BARROS; VÉLEZ, 2006). Não menos importante, ao contrário, outro grave problema das altas taxas cesarianas é o impacto sobre o processo de aleitamento materno.

Uma recente revisão sistemática com metanálise, publicada no "The American Journal of Clinical Nutrition" sobre os efeitos da cesariana ao aleitamento materno, demonstrou que as taxas de amamentação precoce foram mais baixas depois da cesariana em comparação com o parto vaginal (uma redução em torno de 43%), redução essa que foi estatisticamente significativa para as cesarianas eletivas (PRIOR et al, 2012). Números esses considerados alarmantes, tendo em vista a estatística nacional em relação aos demais países e, principalmente, levando em consideração a recomendação da Organização Mundial de Saúde (SINASC-WEB, 2013).

5.2 Características demográficas e socioeconômicas

A influência de fatores individuais podem interferir na qualidade da atenção ao parto. Estudo realizado no município de Maringá apontou que ter 35 anos de idade ou mais, ser multigesta, ter baixa escolaridade e antecedentes de cesariana constituíram possíveis fatores predisponentes a iniquidades na assistência ao parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008b). Contrapondo-se ao estudo, pesquisadores dizem que quanto maior for a renda familiar, menor será a motivação para parto normal (FAISAL-CURY, MENEZES, 2006; MENEZES, BONFANTE *et al.* 2009; MANDARINO *et al.* 2009).

Especificamente sobre a faixa etária, um único estudo foi encontrado, em que a faixa etária variou de 18 a 35 anos e média de 27 anos (BITTENCOURT; VIEIRA; ALMEIDA, 2013). Nos demais, encontraram-se algumas diferenças que contradizem o que vem sendo apresentado em estudos recentes, como o estudo realizado por Cardoso e Barbosa, (2012), em que a faixa etária das entrevistadas variou entre 25 e 38 anos, sendo a média de 32 anos. O adiamento da maternidade tem sido um dos fatores a influenciar essa escolha. Mulheres com idade mais avançada tendem a optar mais pela cesariana, especialmente, quando a gestação é tardia (acima dos 35 anos), por considerar esse procedimento cirúrgico mais seguro que o parto normal. Os autores afirmam que a gestação tardia é mais frequentemente acompanhada de complicações médicas e obstétricas do que a gestação em outras faixas etárias. (MAIA *et al.*, 2004). Da mesma forma, estudos de Pádua *et al.* (2010), realizados com 15.379 mulheres que tiveram parto em 19 hospitais dos estados de São Paulo, Pernambuco e do Distrito Federal, demonstraram uma razão de prevalência duas vezes maior entre mulheres de 35 anos ou mais, optaram por cesárea que entre menores de 20 anos de idade. A maior prevalência de cesáreas, à medida que aumenta a idade da mulher, deve estar relacionada tanto com maior frequência de complicações, como hipertensão e outras doenças crônicas, quanto ao incremento na percentagem das que já não desejam ter mais filhos e solicitam a laqueadura. Embora a Lei de Planejamento Familiar seja bastante restritiva quanto à realização da esterilização durante cesariana, já há estudos que apontam que essa prática não foi abandonada, principalmente, quando a mulher já teve uma cesariana anterior (CARVALHO, 2007; POTTER, 2003).

Também, especificamente, sobre a escolaridade das entrevistadas, novamente encontramos divergências com a literatura e fontes nacionais. As entrevistadas apresentaram baixo nível de escolaridade, predominaram aquelas que não haviam completado o ensino médio. Porém os dados oficiais mais recentes apontam que as taxas de parto cesáreo na rede privada são de 82% (PORTAL DA SAÚDE, 2012) e que têm relação com o grau de instrução da mãe. Verifica-se que o percentual de partos cesáreos é maior entre as mulheres com mais anos de estudo “chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade” (IBGE, 2009). Padilha *et al.* (2012) descrevem que, ao relacionar o tipo de parto com o nível de instrução, percebe-se um importante e gradativo declínio do número de partos vaginais e um aumento significativo de partos cesáreo, que se perpetua com o aumento do grau de instrução da gestante. É notável que quanto maior o grau de escolaridade a mãe possui, maior é o índice de parto cesáreo, em contra partida, quanto menor o grau de instrução, o índice de parto vaginal é maior que o cesáreo. Quanto ao estado civil 12 (60%) eram casadas, 7 (35%) amasiadas (união estável), situação que corrobora com os dados encontrados (BITTENCOURT; VIEIRA; ALMEIDA, 2013).

Quanto às condições socioeconômicas das entrevistadas, percebe-se uma grande diferença com o que vem sendo apresentado em referências nacionais e internacionais. A maior parte das mulheres apresentou uma renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, já em um estudo retrospectivo realizado por Murray (2000) no Chile com 540 puérperas, constatou-se que as mulheres que dispunham de assistência particular, ou seja, de maior nível socioeconômico, tinham mais chance de ser submetidas à cesariana do que as mulheres atendidas em serviços públicos.

Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul demonstrou que mulheres com maior renda solicitam e facilmente conseguem se submeter à cesariana, o que passa a simbolizar qualidade de atendimento em oposição aos partos normais, que são descritos como demorados ou difíceis (FREITAS, 2005).

Com base no estudo, pode-se dizer então que essa tendência pode estar mudando, uma vez que muito mais da metade (72,88%) das puérperas pesquisadas foram consideradas de baixo poder aquisitivo e, no entanto, optaram por cesariana. Vale destacar que segundo Iorra, *et al.* (2011), oito anos de estudo representa Ensino Fundamental completo, o que não é garantia atualmente de estabilidade profissional e aporte financeiro.

5.3 Características dos partos e aspectos socioculturais

No que tange ao perfil obstétrico, merece destaque a observação de que 51% das mulheres que apresentaram resolução de gestação atual via cesariana, já tinham tido o filho anterior por tal via, dessa forma, reafirma-se o que se observado em outros estudos: que a cesariana iterativa tem sido uma das indicações obstétricas primárias mais frequentes. Corroborando com o ditado popular de que “uma vez cesariana sempre cesariana” e que a cesariana prévia está entre as principais indicações médicas para partos cirúrgicos subsequentes, isso já foi descrito por Greenhil, Friedman em 1976, *apud Sanches et al. (2012)*. Fabri *et al. (2002)* concluíram que a cesariana iterativa foi a principal indicação de cesariana tanto em um hospital escola (27%) quanto em outro estabelecimento (36%) de Uberlândia (MG). Outro estudo, realizado no estado de São Paulo, descreveu que 95% de 234 mulheres com dois ou mais filhos e que tiveram o primeiro parto por cesariana também passaram pela mesma experiência no segundo parto (MORAES *et al.*, 2001). Um dado relevante encontrado no estudo de Nagahama, Santiago, (2011), refere-se a alta taxa de cesárea (48%) registrada no grupo das primíparas (227 mulheres - 39,9% da amostra). Os autores enfatizam que a alta taxa de cesárea traduz o uso abusivo de tecnologia para o nascimento (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008). Ambos os resultados confirmam o que foi identificado no município de Umuarama, porém, com uma amplitude reduzida.

Quando foram indagadas sobre o tipo de parto preferido no início da gestação, a maioria das mulheres respondeu preferir realizar o parto natural, fato esse que corrobora com os achados na literatura. Um estudo observacional, transversal e descritivo, em que foram abordadas 456 puérperas consecutivas, entrevistadas nas primeiras 24 horas após o nascimento em um Hospital Universitário em 2010 e cujo objetivo era identificar a via de parto de preferência de mulheres e verificar fatores que influenciam na escolha, encontrou resultados semelhante a este Estudo de Iorra, *et al. (2011)*. Sobre a preferência pelo tipo de parto, verificou que a grande maioria das mulheres (83,8%) apresentava preferência inicial pelo parto normal, e não por cesariana. Na Itália, entrevista realizada até o quinto dia do puerpério, mostrou que 9% das mulheres com partos vaginais e 27% das mulheres com cesariana prévia preferiam parto vaginal (FAISAL-CURY, 2006).

Um importante estudo iniciado em 2006 em parceria com a ANS e Escola Nacional de saúde pública (ENSP) gerou um projeto de pesquisa sobre as causas, consequências e estratégias de redução de cesarianas. Foi dividido em três subprojetos que objetivaram pesquisar tais assuntos em três abordagens diferentes. Uma das abordagens constatou que cerca de 70% das mulheres tinham por preferência inicial o parto normal, o que em muitos casos, seja por decisão individual, médica ou seja conjunta mudaram sua opção para cesariana no fim do pré-natal (LEAL *et al.*, 2009). Também estudo de (Dias *et al.* 2008) indicaram que 30% das entrevistadas relataram preferência inicial pela cesariana, mas ao final, 90% delas a realizaram. Fato esse, semelhante ao que vem acontecendo no município de Umuarama, tendo, como possíveis explicações para esse problema, seu contexto sociocultural, suas experiências reprodutivas anteriores e as informações sobre os tipos de parto.

Quanto aos fatores que levaram a gestante a optar pela cesariana, identificaram-se situações bastante referenciadas no meio científico, como: medo de sentir dor, experiências obstétricas anteriores ruins e medo das alterações fisiológicas, cesariana anterior, conveniência (data, horário), laqueadura tubária.

Entre os fatores que podem afetar a decisão da mulher quanto à escolha da via de parto, sobressaem o medo da dor na hora do trabalho de parto e parto, o que leva gestantes a optar pela cesárea eletiva, na busca de um parto menos doloroso, que segundo estudo realizado por Melchiori *et al.*, (2009), foi o principal motivo da escolha da primípara pela cesariana em seu estudo, o que pode justificar o fato de termos encontrado no estudo 48% de mulheres que realizaram a primeira cesaria sem ter tido cesariana prévia. Behague *et al.*, (2002) ao investigar o que gera ansiedade e medo em primigestas, os mesmos verificaram que os motivos envolvem tanto o sentimento de dor física quanto o sentimento de cuidado e preocupação com o bem-estar pessoal e do bebê. Tem-se relatado que, muitas vezes, o medo ou o temor ao parto normal funcionam como principais fatores socioculturais que levam ao parto cesáreo (COSTA, 2006). Em suas pesquisas, Faúndes *et al.*, (2004) ressaltam a preferência pela cesárea e vinculam a sua prática à questão da dor na sua grande maioria. Ainda, dentre os fatores citados, a cesárea prévia foi um dos importantes fatores de risco para realização de cesárea no presente estudo e tem sido a principal causa de cesariana em muitos serviços. Aparentemente, a prática de cesáreas eletivas repetidas, tendo como indicação “uma cicatriz uterina”, foi um dos

fatores que mais contribuiu para o aumento do número de cesáreas nas últimas décadas (ROHAS, 2002).

Em outro estudo, realizado por Wax *et al.*, (2004) com mulheres que já tinham dado à luz, a solicitação de cesárea ocorreu, em particular, devido a experiências anteriores ruins com o parto vaginal.

Buscando entender a influência que histórias passadas, familiar e cultural, podem exercer sobre a via de parto pesquisadores constataram que ter passado por um parto com situações ruins anteriormente, ou mesmos colegas, ou familiares (mãe, irmã etc.) podem determinar a via de parto futura (GONÇALVES; MISSIO, 2009).

Para Bittencourt; Vieira; Almeida, (2013), é fato a influência, o poder que a família exerce sobre a determinação da via de parto da mulher. Para os pesquisadores, a escolha final está intimamente relacionada às experiências obstétricas anteriores ruins de acordo com a fala das entrevistadas. Ou seja, encontraram, no estudo, que mulheres com experiência de parto normal de sucesso no âmbito familiar, tendem a escolher tal via para o parto atual. Em contrapartida, as que relataram trabalho de parto normal malsucedido, exaustivo, demorado e com contexto de dor são taxativas na opção pela cesariana.

Outro problema cultural é a preocupação das puérperas com comprometimento do futuro desempenho sexual com o parceiro em caso de parto normal que, á primeira vista, é explicada pela crença no mito de que o parto normal alteraria a fisiologia do canal vaginal ao torná-lo mais largo (MALDONADO, 2002).

Especificamente sobre o item influência dos familiares, encontrou-se um alto percentual de influência de familiares 72,88% da influência que esta muito próxima, uns intimamente ligados à mulher. Conforme já foi discutidos acima, com relação a possíveis influências de terceiros a respeito das vias de parto, de acordo com Figueiredo, (2010), pessoas mais próximas, como os familiares e colegas, são protagonista no papel de exercer influências sobre as gestantes. Para ele essa influência ao passar de uma mulher para outra, acaba disseminando-se mantendo-se na sociedade. Na concepção de Câmara, Medeiros, Barbosa, (2000), Miranda *et al* (2008), os fatores sociais, econômico e culturais, esses transmitidos na sociedade, tendem a sofrer alterações de acordo com o meio e período de tempo, podem vir a

interferir, como também determinar a visão da mulher em relação às vias de nascer, seja por parto normal seja por cesariana.

O fato de o próprio médico exercer influência no pré-natal não difere de outros estudos publicados, como o realizado por Freitas *et al.*, (2005) também na região sul do Brasil. Os autores descreveram o aumento do número de cesarianas entre mulheres com sete ou mais consultas pré-natal, levantando a hipótese de que o maior contato com o obstetra pode influenciar a decisão pela cesariana. Recentes estudos têm indicado que apenas uma parte das cirurgias está sendo realizadas por indicação clínica. A outra, geralmente, está associada à conduta médica intervencionista. No estudo de Sakae, Freitas, D'orsi, (2009), o perfil intervencionista do obstetra se manteve associado ao risco de cesariana.

Dentre os fatores que favorecem a influência exercida pelo médico nesse processo de escolha da modalidade de parto, lista-se a remuneração idêntica para os tipos de parto que favorece a comodidade do médico em realizar partos com horário certo; o despreparo profissional na arte do parto normal consubstanciado na desumanização do atendimento médico e, ainda, o uso excessivo de tecnologia pelo temor dos processos judiciais (ZUGAIB, 2012).

Na perspectiva dos hospitais e planos de saúde, os seus interesses econômicos concorrem para a opção pelo tipo de parto. O parto cirúrgico é mais lucrativo na esfera de atendimento privada por envolver: anestesia, equipe de enfermagem, mais material hospitalar, medicamentos, mais tempo de internação e, em algumas circunstâncias, necessidade de internação em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Neonatal (MACEDO; ARRAES, 2013).

Em suma, de acordo com Macedo e Arraes, (2013), todo esse contexto necessita de intensa reflexão sobre que principais fatores têm determinado a via de nascimento e se estão pautados na bioética. Os autores também citam que a modalidade pelo nascer via cesariana possui fatores específicos:

- 1) o medo que as mulheres têm de sentir dor;
- 2) a influência do médico que indica o parto cirúrgico como o que apresenta menos riscos;
- 3) a conveniência de se poder escolher a data e a hora do parto;
- 4) o receio de que um parto normal afete seu desempenho sexual e conseqüente necessidade de cirurgia de períneo;
- 5) a comodidade de não ter que ser responsável por escolher, numa postura de passividade, em que todas as responsabilidades serão do profissional médico;
- 6) o aproveitamento da cirurgia para fazer laqueadura;
- 7) o *status* de se optar por uma cesariana que é “parto de rico”. (pág. 7).

Portanto aspectos sociais, tais como nível econômico, educação, acesso à informação, aos serviços de saúde, e juntando-se a esses, fatores culturais, como os implexos dos padrões de comportamento, dos valores transmitidos nas comunidades que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferem na decisão que a mulher terá em relação ao parto normal e à cesariana (DANTAS, *et al.*, 2011).

Quanto à percepção sobre os riscos existentes no método de parto utilizado tanto para a criança como para si própria, não se encontrou resultados semelhantes a outras fontes. Assim se acredita em que o agente transformador desse cenário é, sem dúvidas a educação em saúde específica para esse período, visando em curto, médio e longo prazo, à mudança desse cenário.

Fato curioso e, de certa forma preocupante, do cenário que vem sendo delineado no estudo é que dentre as gestantes pesquisadas aproximadamente um quarto (26,67%) das mães recebeu algum tipo de informação sobre os diferentes tipos de parto no período pré-natal. Esse dado associado à baixa escolaridade pode ter refletido na menor percepção de risco em relação aos tipos de parto, quando 96,67% (n=58) das mães foram categóricas em afirmar que é o parto operatório que pode levar a infecções, hemorragia e complicações anestésicas, todavia todas o realizaram; em informações errôneas, dadas pelas puérperas, ao responderem que o parto normal é o que oferece mais risco para o recém-nascido e que isso se deve ao fato de que no parto normal, a criança pode “passar do horário de nascer” e no elevado percentual de mulheres que referem temer a dor e o sofrimento durante o parto vaginal (75,5%). Tais dados podem ser considerados surpreendentes, visto que a medicina atual dispõe de métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor (DIAS, *et al.*, 2008), como técnicas de relaxamento, não restrição ao leite, presença de um acompanhante de confiança, entre outros (BARBOSA *et al.*, 2003). Porém o que parece ser a base do medo relacionado ao parto vaginal não é simplesmente uma falta de informação sobre como se preparar para esse tipo de parto, mas os problemas reais enfrentados por mulheres de diferentes classes sociais no que diz respeito à qualidade do atendimento fornecido (BÉHAGUE, VICTORA, BARROS, 2002 *apud* IORRA, *et al.*, 2011).

O fator atenuante que pode minimizar essa problemática, segundo Soares *et al.* (2009), é o pré-natal, que tem por objetivo prestar assistência às gestantes

desde a confirmação da gravidez até parto e puerpério, visando ao acompanhamento sistemático, contínuo, de forma a prevenir promover saúde e prevenir complicações ao binômio mãe-filho. Contudo, para que a assistência pré-natal seja prestada, faz-se necessária autoconsciência por parte das mulheres, para que procurem a assistência assim que tiverem o diagnóstico de gravidez confirmado. Para melhor entendimento do que é pré-natal, os autores o conceituam como:

“Um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (pág. 350).”

Na teoria, o pré-natal é o período em que os profissionais de saúde formam grupos para educação em saúde de forma democrática, também é o melhor período para estabelecer vínculo visando à troca de experiências, trocar informações sobre as vias de parto, bem como as vantagens e desvantagens do nascimento via vaginal ou via cesariana (FABRI; MURTA, 1999). Sem intenção de diminuir a importância de outros profissionais na assistência pré-natal, mas sabendo que, na sua grande maioria o pré-natal é acompanhado por médico, pode-se dizer que esse profissional possui grande responsabilidade na educação em saúde no pré-natal e na influência que tem no desfecho desse quanto à via de parto. Corrobora-se com DIAS, *et al.*, (2008); MELCHIORI *et al.*, (2009); SODRÉ *et al.*, (2010), para a mulher poder escolher melhor qual o tipo de parto que se adapta à sua situação de saúde, às suas crenças e aos seus valores pessoais, é fundamental que se sinta plenamente informada sobre benefícios e desvantagens do parto normal, bem como do parto cesáreo, pelo profissional que a acompanha já que o profissional médico é peça fundamental nesse processo de escolha. Assim, a influência do próprio médico no pré-natal (27,12%) não difere de outros estudos publicados, como o realizado por FREITAS *et al* (2005) também na região sul do Brasil. Os autores descreveram o aumento do número de cesarianas entre mulheres com sete ou mais consultas pré-natal, levantando a hipótese de que o maior contato com o obstetra pode influenciar a decisão pela cesariana. Recentes estudos têm indicado que apenas uma parte das cirurgias está sendo realizadas por indicação clínica. A outra, geralmente, está associada a conduta médica intervencionista. No estudo de Sakae, Freitas, D'orsi (2009), o perfil intervencionista do obstetra se manteve associado ao risco de

cesariana. Por esse raciocínio, parece que existe uma hierarquia na relação médico-paciente, ou seja, a mulher é tirada do seu papel de protagonista e fica à mercê da opinião e da conduta de seu médico, tido por ela como superior, não ocorrendo dessa forma um diálogo recíproco. Assim não se sentem à vontade para esclarecer suas dúvidas e nem para expor opiniões (GAMA, *et al.*, 2009).

Dentre os fatores que favorece a influência exercida pelo médico nesse processo de escolha da modalidade de parto, lista-se a remuneração praticamente idêntica para os tipos de parto que favorece a comodidade do médico em realizar partos com horário certo; o despreparo profissional na arte do parto normal, consubstanciado na desumanização do atendimento médico e, ainda, o uso excessivo de tecnologia pelo temor dos processos judiciais (ZUGAIB, 2012). Outros atores têm composto a rede de fatores que envolve a opção pela via de parto. Na perspectiva dos hospitais e planos de saúde, os seus interesses econômicos concorrem para a opção pelo tipo de parto. O parto cirúrgico é mais lucrativo na esfera de atendimento privada por envolver: anestesia, equipe de enfermagem, mais material hospitalar, medicamentos, mais tempo de internação e, em algumas circunstâncias, necessidade de internação em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI Neonatal (MACEDO; ARRAES, 2013).

5.4 Perfil e percepção dos médicos obstetras responsáveis pela indicação e realização de cesarianas

Mesmo com mais de dez anos de experiência, a maioria disse ser mais ou menos suficientes (até 50%) para realização do parto normal e foi mais longe, ao afirmar por unanimidade que “*existem deficiências na formação do médico obstetra em relação à assistência ao parto normal.*” A questão altas taxas de cesarianas, vantagens e desvantagens e a formação dos futuros obstetras já vem sendo motivo de debate a longa data. Um estudo de Moraes e Goldenberg (2001), cujo objetivo era identificar a disposição dos profissionais de saúde frente à prática generalizada das cesáreas e, em particular, a postura dos docentes em relação a essa questão, trouxe uma entrevista em que se discutiam os motivos das altas taxas de cesariana. O Estudo entrevistou inicialmente Oscar Doria, fundador do primeiro serviço de obstetrícia do município São Jose do Rio Preto, que na época atribuiu as causas das altas taxas de cesarianas a “*formação dos obstetras, que não tinham*

consciência nem paciência". Ainda de acordo com ele, a responsabilidade era, em grande parte, das escolas médicas, *"que não formavam adequadamente seus alunos..."*. Lembrou também que, em 1945, o parto era visto como um processo natural, não havia o estigma sobre a dor do parto normal, e completa dizendo que os *médicos é que são os responsáveis pela opção da mulheres por cesariana, quando não as prepara para o parto normal. Sobre esse contexto, os autores, ao analisar a entrevista, disseram que, em primeira instância, o entrevistado direciona e responsabiliza o ensino por difundir a prática da cesárea rotineiramente. Em segundo momento, relaciona as más condições organizacionais do profissional médico e coloca a atuação médica, concomitantemente, ao desejo das pacientes. O mesmo estudo descreve ainda entrevistas com docentes de medicina que ao serem questionados sobre as taxas de cesarianas, por unanimidade, afirmaram que "para o médico é mais fácil e mais rápido fazer cesárea, além de não apresentar risco maior em relação ao parto normal". Um dos entrevistados disse que médicos e paciente já se acostumaram com a cesariana: "a paciente não quer sentir dor, e o médico não quer perder tempo". Da mesma forma, quando foram questionados, os alunos e residentes apresentaram as mesmas convicções. Ou seja, a teoria é uma, mas a realidade é outra, e também, segundo eles, o sistema não proporciona condições para realização do parto normal. Sass e Hwang mencionaram que a centralização do ensino médico em hospitais de maior complexidade poderia limitar o acesso dos médicos em formação à assistência obstétrica fisiológica, o que torna o profissional capacitado para o enfrentamento de situações complexas, porém limitado para acompanhar e investir em partos vaginais (Sass; Hwang, 2009). Para outros autores, essa certa deficiência na formação obstétrica acaba servindo como justificativa para indicações de cesarianas: apesar de os profissionais capacitados se referirem a ser de grande importância o conhecimento de manobras obstétricas de assistência ao parto, nem todos se sentem capacitados e confiantes para realizá-las (DIAS; DESLANDES, 2004, *apud* IORRA *et al.*, 2011). De acordo com o estudo, esse contexto pode justificar o fato que no estudo os obstetras alegaram como fator dificultador em segundo lugar em termos de percentuais que há incertezas quanto à possibilidade de hipóxia, traumas fetais, distócia, etc.*

Ainda em relação aos fatores facilitadores e/ou dificultadores para realização do parto normal, o principal fator, com exceção de indicações clínicas na opinião dos obstetras, a política de pagamento do parto diferenciada (levar ou não levar em

conta o tempo de duração do parto) emergiu o mesmo fator e em primeiro lugar nas três questões. A forma de pagamento dos partos, pode ser entendida pela análise do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Ortese e Prótese (OPM) do SUS (SIGTAP), que é utilizada para consulta e pagamento de todos os procedimentos que podem ser realizados no âmbito ambulatorial e hospitalar. É uma ferramenta de gestão direcionada às três esferas de governo, aos prestadores, aos fornecedores públicos, aos filantrópicos, aos privados e demais usuários ligados direta ou indiretamente à Rede SUS.

Diante dos inúmeros relatórios emitidos pelo SIGTAP- WEB, optou-se pelo Relatório Analítico de Procedimentos (Anexo VI), que descreve os valores pagos, forma de pagamento da assistência obstétrica em relação parto normal x cesariana e procedimentos complementares que dizem respeito á analgesia obstétrica para parto normal.

Pode-se perceber, mediante análise do relatório, que o parto é pago como procedimento e realmente não leva em conta o tempo de evolução do parto normal, que pode perdurar por de 8 a 12 horas, enquanto uma cesariana, dependendo da habilidade do obstetra, dura entre 45 minutos e no máximo 2 horas. O pagamento por procedimento apresentado pode contribuir para estimular os índices descritos no estudo da Tabela 7.

De acordo com o Relatório Analítico do SIGTAP-WE, apresentado na Tabela 7, o valor pago pelo parto normal e parto cesariano é distribuído da seguinte forma:

Tabela 7 - Relatório Analítico do SIGTAP-WEB

Tipo Financiamento	Parto Normal	Parto Cesariano	Cesariana, Gestação Alto Risco	Analgesia Parto Normal
Valor Hospitalar S.P.	R\$175,80	R\$150,05	R\$230,15	48,30
Valor Hospitalar S.H	R\$267,60	R\$395,68	R\$660,15	-
Valor Hospitalar total:	R\$443,40	R\$545,73	R\$890,94	-

Fonte: SIGTAP-WEB/SMS Umuarama

É possível observar também que os valores direcionados aos profissionais médicos obstetras, seja para o parto normal, seja para cesariana, são pouco estimulativos, ao considerar-se o grau de importância do procedimento que traz ao mundo uma vida, e envolve no processo de nascer, seja meio do parto normal, seja

por meio das cesarianas, os atores principais, mãe, filho e o profissional médico obstetra.

No tocante ao procedimento analgesia obstétrica do Parto normal, o valor pago pelo SUS é ainda mais gritante 48,30 (quarente e oito reais e trinta centavos), para administrar e monitorar um processo que pode perdurar por até 12 horas. Assim é fácil entender o motivo que tem levado os obstetras a optar pela cesariana em detrimento do parto normal. A importância do acesso à analgesia para o parto normal constitui certamente motivo justificável para a solicitação de cesáreas por parte das parturientes (MORAES; GOLDENBERG, 2001). Nos parece que o Estado deveria tentar nivelar, no país, o índice de partos cesarianos preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mediante o atendimento dado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, o parto normal é menos dispendioso (PORTAL DA SAÚDE, 2013). Verifica-se, portanto, a escolha da modalidade de parto sofrer a influência de vários interesses, por vezes, não legítimos, que a tornam um problema muito complexo.

Outros fatores citados como facilitadores e/ou dificultadores respectivamente discutir mudança no modelo de assistência pré-natal (preparo psicológico da mulher para o parto), que para Fabri; Murta, (1999) existe uma imprescindibilidade do aporte psicológico na assistência pré-natal, que contribui para diminuir a ansiedade, deixando-a mais segura e assim minimizar o medo da dor do parto. Quanto a ter um obstetra devidamente remunerado por plantão no hospital

Outro fator citado como um dos principais com exceção das indicações clínicas foi a “cesariana previa-cicatriz uterina

6 CONCLUSÕES

O estudo demonstrou, claramente, a generalização da prática de cesárea na amostra estudada, fazendo jus à liderança da proporção de ocorrência no Município de Umuarama-PR, destacando, certamente, para além das necessidades clínicas específicas de sua indicação, a dimensão social de sua incidência.

A alta prevalência de cesarianas nas instituições pesquisadas tanto na pública quanto na privada nos últimos cinco anos estão distante da taxa de 35% estabelecida para o Estado do Paraná.

Resultados diferentes dos encontrados na literatura, como a faixa etária, a escolaridade e as condições sócioeconômica das mulheres, permitem refletir acerca do problema, levando a um entendimento dos fatores que envolvem tal epidemia.

Tal tendência pode estar mudando, uma vez que muito mais da metade (72,88%) das puérperas pesquisadas foram consideradas de baixo poder aquisitivo e baixo grau de escolaridade e, no entanto, optaram por cesariana.

Constatou-se que o medo, e a dor, a influência cultural e familiar, a influência do médico, e o desejo em realizar a laqueadura tubária são fatores determinantes na escolha da cesárea.

De grande relevância, a política de remuneração atual do parto normal é tida pelos médicos obstetras como o principal fator que dificulta a realização do mesmo, por não levar em conta o tempo de duração do trabalho de parto comprometendo assim, a sua renda e a sua vida pessoal, demonstrando também, uma grande influência financeira para a realização da cesárea, em que o tempo para a realização do procedimento se torna muito menor (cerca 40 minutos), quando é comparado ao parto Normal (até 12 horas). Ainda sobre a política de pagamento do parto, faz-se necessário enfatizar que o pagamento dos profissionais por procedimento em nada colabora para redução dos índices supracitados, uma vez que pode induzir ao pensamento de quanto mais se faz, mais se recebe financeiramente. Entende-se que o mais coerente seria que os profissionais obstetras fossem devidamente remunerados por plantão.

Ao mostrar a falta de preparo e treinamento dos médicos obstetras no atendimento ao parto normal, reconhece-se que o profissional que realiza o parto tem uma grande parcela de responsabilidade na preferência pela cesárea como via de parto.

Constata-se que há pouca ou nenhuma informação e/ou orientação durante o pré-natal sobre as verdadeiras indicações da cesariana, e os benefícios e desvantagens de cada tipo de parto, isso, associado ao avanço tecnológico, no que se refere às técnicas cirúrgicas, caracteriza um modelo assistencial médico determinante para a ascensão do parto cirúrgico.

A escassez de informações à gestante colabora para a escolha errônea do parto cesáreo. Ficou evidente a necessidade da ação educativa a ser realizada durante o pré-natal a fim de resgatar o papel de protagonista da mulher no processo de parturição, para que essa não seja induzida direta e indiretamente na escolha do tipo de parto, bem como ser ouvida e esclarecida em suas dúvidas e temores. É fundamental que os profissionais possam disponibilizar informações claras, atualizadas e contínuas às gestantes, desde o pré-natal, parto e puerpério e atividades educativas em grupo ou em cursos para gestantes nos serviços de atendimento básico, assim como maior incentivo na busca desses serviços também na rede privada. Tais medidas poderiam proporcionar sentimentos de segurança e confiança às mulheres, principalmente, as que estão na primeira gestação.

Com base nos resultados, acredita-se que são muitos os fatores que compreendem uma rede complexa que contribuem para as altas taxas de cesarianas no município sejam direta e indiretamente à mulher, mas o que mais prevaleceu neste estudo foi: a política de pagamento dos partos, e analgesia para o parto normal, e os fatores sócio-culturais da puérperas

Sugere-se:

Estratégia para implementação de ações e de mudanças na política assistencial loco- regional:

- mudança na organização da assistência obstétrica do município, mediante a criação e implantação de Fluxo Técnico Assistencial e Protocolo específico para a assistência pré-natal, parto e puerpério, com posterior treinamento para os profissionais médicos e enfermeiros;

- educação continuada na Rede de Atenção Básica (RAB), visando às gestantes, principalmente em grupos de gestantes, de forma que os conteúdos a ser desenvolvidos nos grupos sejam em ordem cronológica, conforme processo evolutivo do pré-natal, parto e puerpério;
- educação continuada na Rede de Atenção Básica (RAB) específica em que impreterivelmente sejam inseridos os mitos, vantagens e desvantagens do parto normal e cesariana;
- intervenções socioculturais, que o prazer sexual independe do tipo de parto; que parto normal é mais seguro para o binômio mãe- filho e que as complicações da cesariana para o binômio mãe-filho trazem graves consequência e riscos aumentados em dez vezes; que o parto normal pode acontecer com pouca ou sem nenhuma dor; que marcar cesariana sem sinais de trabalho de parto efetivo pode fazer com o bebê nasça prematuro, entre outros;
- mudança na política de pagamento dos partos e analgesia para o parto normal, uma vez que não se leva em conta a duração do parto normal (até 12 horas), é um processo depende do outro.;
- Contratação dos obstetras por plantão, por valores dignos, com equipe multiprofissional, o que poderia contribuir para eliminar vieses de formação em detrimento de outros com mais “experiência”;
- por fim, mas sem a pretensão de esgotar o assunto, sugere-se a construção de um modelo de assistência obstétrica lóco-regional que leve em conta todos os atores envolvidos no processo do nascer, mas que o binômio mãe -filho e obstetras sejam sempre os protagonistas.

REFERÊNCIAS

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília, 2013e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

Acesso em: 17 jan. 2013

_____.Ministério da Saúde. **Rede Cegonha dará atendimento à mulher da gravidez até o segundo ano do bebê**. Blog do Planalto, 28 de março de 2011e. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-dara-atendimento-a-mulher-da-gravidez-ate-o-segundo-ano-do-bebe/>>. Acesso em: 24 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília, 2013e¹.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816>. Acesso em: 18 fev. 2013.

ADAMKIM, D. H. Committee on Fetus and Newborn. Clinical report – Postnatal glucose homeostasis in late preterm and term infants. **Pediatrics**, v. 127, p. 575-9, 2011.

AGENCIA BRASIL. Empresa Brasil de Comunicações. **Brasil precisa avançar na redução da mortalidade materna, dizem especialistas**. 2011. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-11/>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

ANS. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas** / Agencia Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008.158 p.

AGUIAR, C A. **Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-15032012-104625/>>. Acesso em: 09 Jul 2013.

ALMEIDA, M. F. B. et al. Resuscitativeprocedures at birth in late preterm infants. **J Perinatol.**, v. 27, p. 761-5, 2007.

AMARAL, T. Apenas 17% das crianças nascem de parto normal em Maringá. Notícia online, **O Diário do Norte do Paraná**, 21 fev. 2012. Disponível em: <<http://maringa.odiario.com/maringa/noticia/544978/apenas-17-das-criancas-nascem-de-parto-normal-em-maringa/>>. Acesso em: 12 Mai 2012.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**; v. 38, n. 8, Agosto. 2010. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ZpUspkdbE0J:scholar.google.com/+indica%C3%A7oes+de+cesariana+baseadas+em+evidenci+meli+maria&hl=pt-BR&as_sdt=0,5.>> Acesso em: 13 de fev de 2013.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: Quem o deseja? Em que circunstâncias? **Caderno de Saúde Pública**, n. 19, v. 6, p. 1611-1620, 2003.

BARRETO, M. L. et al. **Saúde no Brasil 3**. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

BARROS, F. C.; VÉLEZ, M. P. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. **Obstet Gynecol.**, v. 107, n. 5, p. 1035-41, 2006.

BÉHAGUE, D.P., VICTORA, C.G., BARROS, F.C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, vol 324 abril, 2002.

BETRAN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr Perinat Epidemiol**, v. 21, p. 98-113, 2007. Disponível em: <<http://rabn.org/pdf/CsectionRates.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

BITTENCOURT, F.; VIEIRA, J. B.; ALMEIDA, A. C. C. H. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enferm.** v.18, n.3, p.515-20, 2013.

BONFANTE, T. M. et al. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 26-32, 2009.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 4, dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto.** (s/d). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto.** 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=2011>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do SISPreNatal.** 2011. Versão 2.16. SISPréNatal. Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Datasus - 2011b. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Propostas da Rede Cegonha.** Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2012a. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/rede_cegonha/manual_projetos_rede_abril_2012.pdf>. Acesso em: 29 Jun 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto normal: mais segurança para a mãe e o bebê.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC - DATASUS.** Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/upload/tiny_mce/cesareas.pdf> Acesso em: 25 out.2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais:** o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006** – relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na Saúde Suplementar.** 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp> Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento** / coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde, DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2009a.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm?saúde.>> Acesso em: 15 Jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília, 2009b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Mortalidade materna no Brasil.** 2012a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 43 p

BRENES, A. C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses.** Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96p.

BUTHANI, V. K.; JOHNSON, L. Kernicterus in preterm infants cared for as healthy term infants. **Semin Perinatol**, v. 30, p. 89-97, 2006.

CAMARA, M.F.B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M.A. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.1, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 17 abr 2012.

CAMPANA, H. C. R. S. M. P. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] v. 9, n. 1, p. 51-63, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2012.

CARDOSO, P. O. et al. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15, n.2, pp. 427-435, 2010.

CARDOSO, J.E., BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Jan, n. 22, p. 35-52, 2012.

CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 32, 2003. Livro de resumos I.

CARVALHO, L.E.C., et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad Saude Publica**; 23:2906-2922. 2007.

CHOUDHURY, A.P., DAWSON, A.J. Trends in indications for caesarean sections over 7 years in a Welsh district general hospital. **J Obstet Gynaecol** ; n. 29 p.714-721. 2009.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 15 out. 2012.

COSTA, N. D., et al. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 28: 388-396. 2006;

COUTINHO, R. G. M. **Posição socioeconômica de origem e contemporânea e parto cesáreo em primíparas no estudo pró-saúde**. Rio de Janeiro: 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2007.

DANTAS, et al. **Incidência e características de partos cesáreos e normais na maternidade do divino amor em parnamirim/rn: uma reflexão.** VIII congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal. I congresso internacional de enfermagem obstétrica e neonatal. 2011. Disponível em: <http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0364.pdf>. Acesso em: 30 Jan, 2013.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Nascidos vivos – Região Sul.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> Acesso em: Jan de 2013.

DIAS, M. A. B. **Cesariana:** considerações sobre a trajetória dessa cirurgia ao longo do último século. In: O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158p.

DIMITRIOU, G. et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. **Early Hum Dev.**, v. 86, p. 587-91, 2010.

DINAS, K., et al. Current caesarean delivery rates and indications in a major public hospital in northern Greece. **Aust N Z J Obstet Gynaecol.** n. 48, p.142-148. 2008.

DODD J.M., et al. Birth after caesarean study: planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean for women at term with a single previous caesarean birth: protocol for a patient preference study and randomised trial. **BMC Pregnancy and Childbirth.** v. 7, n. 7, 2007. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/17>>.doi:10.1186/1471-2393-7-17> Acesso em: 10 mai 2012.

ECOD. Vida e Saúde. **Brasil não deve alcançar ODM sobre redução da mortalidade materna.** 2011. Disponível em: <<http://www.ecodesenvolvimento.org/posts/2011/maio/brasil-nao-deve-alcancar-odm-sobre-reducao-da#ixzz2D4Om9JdY>>. Acesso em: nov. 2012.

ENGLE, W. A., KOMINIAREK, M. A. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. **Clin Perinatol.**, v. 35, p. 325-341, 2008.

FABRI, R.H., et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um privado. **Rev Bras Saude Mater Infant.** v.2. p. 29-35. 2002.

FABRI, R.H.; MURTA, E.F.C. Tipos de Parto e Formas de Assistência Médica em Uberaba-MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.21, n.2, p.1-5, 1999. Disponível: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203199900020000>>. Acesso em 19 abr. 2012.

FAISAL-CURY, A., MENEZES, P.R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública.** v.40, p.226-258. 2006.

FAUNDES, A., CECATTI, J. G. A. operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Out. 2012.

FAÚNDES, A., et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev Saúde Pública.** v.38, p. 488-582. 2004.

FERRARI, J. A autonomia da gestante e o direito à cesárea a pedido. **Revista Bioética**, v. 17, p. 473-85, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/512/513>. Acesso em: 02 nov. 2012.

FIGUEIREDO, N. S. V., et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **Rev. HU. [Internet]**, v. 36, n.4, 2010. Disponível em:<<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewFile/1146/460>> Acesso em: 13 Mar 2013.

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

FREITAS, P.F., et al. Social inequalities in caesarean section rates in primiparae, Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v.39, p.100-107; 2005.

GALVÃO, L., DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GAMA, A. S. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesáreo em maternidade pública e privada. **Cad Saúde Pública.** v.25, n.11, p.2840-2488, 2009.

GAZETA DO POVO. **Norma freia abertura de leitos para gestação de alto risco.** Recuperado em 04 de novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1274693&tit=Norma-freia-abertura-de-leitos-para-gestacao-de-alto-risco>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

GONÇALVES, A. K.; MISSIO, L. **Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto.** In: 7º Encontro de Iniciação Científica. [Internet] Dourados: UEMS; 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uems.br/index.php/enic/article/view/1978>> Acesso em 28 jan 2012.

HIBBARD, J. U. et al. Respiratory morbidity in late preterm births. **JAMA**, v. 28, n. 304, p. 419-25, 2010.

HUNT, C. E. Ontogeny of autonomic regulation in late preterm infants born at 34-37 weeks postmenstrual age. **Semin Perinatol**, v. 30, p. 73-79, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (Brasil). **Censo 2010:** resultados gerais da amostra. 2010. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/resultados_gerais_amostra.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Nascimentos no Brasil:** o que dizem as informações? Brasil: IBGE, 2009. p. 11-12. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_nasc.pdf> Acesso em: 05/12/2013.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico.** v.2, n.2, jul./dez. 2012 Disponível em: <www.ipardes.gov.br> Acesso em: 12/11/2011.

JAMA. The Consortium on Safe Labor. **Respiratory morbidity in late preterm births.** v. 304, p. 419-25, 2010.

KHASHU, M. et al. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: A population-based cohort study. **Pediatrics**, v. 123, p. 109-13, 2009.

KILSZTAJNI, S., et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/15.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

KOMINIAREK, M. Infants born late preterm: Indications and recommendations for obstetric care. **Neoreviews**, v. 10, p. 295-302, 2009.

LAGO, J. **A Rede de Atenção Mãe Paranaense no Município de Iguatu**. Anais Do I Seminário Nacional De Cuidado Em Atenção Primária Em Saúde –Senaps. Cascavel, PR. maio de 2013.

LAUGHON, S. K. et al. Precursors for late preterm birth in singleton gestations. **Obstet Gynecol**, v. 116, p. 1047-55, 2010.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade segundo causas: considerações sobre a fidedignidade dos dados. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 23, p. 349-356, 2008.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saude Publica**, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.

LEAL, M. C. et al. Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para a sua redução. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.) **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 383-415.

LEITE, R. M. B. et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1977-85, 2011.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 134-139. 2003. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/remef/ed_vol7n2.html>. Acesso em: 10 jun. 2012.

LOW, J. Cesarean section: past and present. **J Obstet Gynaecol Can**, v.31, p.1131-6, 2009.

MACEDO, J. G.; ARRAES, R. **Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar.** In: VII Jornada de Sociologia da Saúde. Saúde como Objeto do Conhecimento: história e cultura. ISSN: 1982-5544 Curitiba –08 de novembro de 2013

MACHADO JUNIOR, L. C. et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 nov. 2012.

MAIA, V.O.A., et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 26, n. 9, p. 703-7; 2004.

MAISELS, M. J., et al. Hyperbilirubinemia in the newborn infant \geq 35 weeks' gestation: An update with clarifications. **Pediatrics**. v.124, n.4, p.1193-1198, 2009.

MALDONADO, T. **Psicologia da Gravidez – Parto e Puerpério**, 16ª ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALLY, P. V., BAILEY, S., HENDRICKS-MUÑOZ, K. D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care**, v. 40, p. 218-33, 2010.

MANDARINO, N. R., et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.25, n.7, p.1537-1596, 2009.

MARTIN, J.A., et al. Births: final data for 2009. **National Vital Statistics Reports**. 60:1-104, 2011.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-2032011001100006>. Acesso em: 15 out. 2012.

MAZZONI, A. et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 118, p. 391-399, 2011.

MELCHIORI, L.E., et al. **Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano**. Interação em Psicologia- USP- São Paulo, v. 13, n. 1, p.13-23 -2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2010.

MIRANDA, D. B., et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.2, p.337-46, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>>. Acesso em: 30 jan 2014.

MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.509-519, mai-jun, 2001.

MURRAY, S.F. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. **BMJ**. 321:1501-1506. 2000.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Avaliação da assistência ao parto oferecida pelo SUS. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.4, p. 415-425 out. / dez., 2011.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Acta Paul Enf.** v.21, p. 609-15, 2008.

NASSIRI, A.; ROCHAIX, L. Revisiting physicians' financial incentives in Quebec: a panel system approach. **Health Economics, Chichester**, v. 15, n. 1, p. 49-64, 2006.

NOMURA, R. M., ZUGAIB, E. A. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 9-15, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18446.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World Health Statistics**. Genebra: WHO, 2008. p. 82–83 (a).

OSAVA, R.H. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/ USP; 1997.

PADILHA, J. F., et al. A. Caracterização da saúde materna em Santa Maria, RS. 2005-2009. UFSM. **Rev. Enferm.** v. 2, p. 79-87. 2012.

PÁDUA, K.S., et al. Fatores associados à cesariana. **Rev Saúde Pública**, v.44, p.70-79, 2010.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Modelo Lógico Programa Mãe Paranaense** / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. - Curitiba : IPARDES, 2012.15 p.

PARANÁ. Secretaria Estadual de saúde do Paraná. **Linha Guia Mãe Paranaense**. Curitiba, 2012. Disponível em: http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf. Acesso em: 10, jan 2013.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA. **Linha Guia Mãe Paranaense**. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguiamaepasranaensesitefinal.pdf>. Acesso em: 10 jan 2013.

PARANÁ. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde do Estado. **Linha Guia Mãe Paranaense: o Paraná nasce com saúde. Política/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** 1. ed. 2012. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguiamaepasranaensesitefinal.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PATAH, L. E. M.; MALINK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PATAH, L.E.M. **Por que 90% uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo**. São Paulo: 2008. Tese (Doutorado) - Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

PÉCORA. L. **Alto índice de cesáreas no País preocupa governo**. 2008. Disponível em: http://www.cursoparagestantes.com.br/artigos/Alto_indice_de_cesareas-jun08.pdf. Acesso em: 20 nov. 2012.

POLIDO, C. B. A. **O SISPRENATAL como instrumento de avaliação da assistência à gestante de São Carlos, SP**. 2010. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

PORTAL DA SAÚDE. **Fiocruz pesquisa preferência das brasileiras pela Cesariana.** Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.cfm?cod=4218&tipo=noticia>> Acesso em: 25 out.2012.

POTTER, J.E., et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. **Contraception.** v. 67, p. 385-475. 2003.

POTTER, J.E., et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **BMJ.** v. 323, p. 1155–1163, 2001.

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am J Clin Nutr.**, v. 95, n. 5, p. 1113-1135, 2012. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/95/5/1113>>. Acesso em: 23 out. 2013.

RAMACHANDRAPPA, A.; JAIN, L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. **Clin Perinatol.**, v. 35, n. 2, p. 373-93, 2008.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996.

REIS, S. et al. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.1, p. 7-10, jan-mar. 2009.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, 2010. Disponível em:<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2010/fevereiro/Femina_v38n3/Femina-v38n3_p119-26.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

RUGOLO, L. M. S. S. **Manejo do Recém nascido Pré termo Tardio:** Peculiaridades e cuidados especiais. 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

SAKAE, T.M., FREITAS, P.F., D'ORSI E. Fatores associados a taxas de cesáreas em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, vol. 43, São Paulo 2009.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Enferm**, v.21, n.2, Florianópolis Apr./Jun 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200021>>. Acesso em: 23 de jan, 2013.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.** v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, I. S. et al. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. **BMC Pediatrics**, v. 9, p. 71-8, 2009.

SANTOS, T. T. **Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil.** Belo Horizonte, MG. UFMG/Cedeplar 2011. Acesso em: 12, dez 2013. Disponível em:<http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/economia/dissertacoes/2011/Tabi_Santos.pdf>. Acesso em abril de 2013.

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

SESA. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná . Portaria Estadual nº 087 de 26 de setembro de 1995. **Regulamenta as atividades do Comitê e define a obrigatoriedade da notificação e investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil.** Diário Oficial do Estado de Pernambuco; 1995.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X Humanização: O cuidado ao parto na História. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 13, p. 245-251, 2005.

SERRUYA, S. J., CECATTI, J. G., LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out., 2004.

SHAPIRO-MENDOZA, C. K. Infants born late preterm: Epidemiology, trends and morbidity risks. **Neoreviews**, v. 10, p. 287-94, 2009.

SILVEIRA, D. S., SANTOS, I. S. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 2, p. 231-241, 2004.

SINASC/WEB/SVE/SMS Umuarama. DATASUS: **sistema de informação sobre nascidos vivos** (SINASC). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:<<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 17 set. 2012.

SOARES, D.M.D., et al. **Influência do pré-natal na escolha do tipo de parto:** avaliação de gestantes que realizaram o pré natal em uma unidade básica de saúde de um bairro no interior da cidade de Pelotas. In: 18º Congresso de Iniciação Científica. [Internet]. Pelotas: UFPEL; 2009. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CS/CS_01206.pdf>. Acesso em 12 fev 2012.

SODRÉ, T. M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto - enferm.** vol.19, n.3, pp. 452-460, 2010.

TANAKA, A. C. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995.

TAPTOOK, A.; JACKSON, G. L. Cold stress and hypoglycemia in the late preterm (“near-term”) infant: Impact on nursery of admission. **Semin Perinatol**, v. 30, p. 24:7, 2006.

UMUARAMA. Prefeitura Municipal de Umuarama. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Nascer em Umuarama.** Diretoria de Saúde. Departamento de Atenção Primária à Saúde, 2012.

VALONGUEIRO S. Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What has changed in ten years?. **Reprod Health Matters** v. 15, n. 30, p. 134–178. 2007.

VIANA, R. C.; NOVAES, M. R.; CALDERON, I. M. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, Sup. 1, p. S141-S152, 2011. Disponível em:<http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2011Vol22_16mortalidade.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Condições de saúde e inovação nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. **The Lancet**, London, p. 90-102, mai. 2011a. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, 2011b.

VILAR J., et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**. v.367, n.9525, p. 1819-29, 2006.

WAX, J.R., et al. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. **American journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 203, p. 243.251. 2010.

WHO 2005. Global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, p. 1819-29, 2006.

WHO. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. **Int J Gynaecol Obstet**, v.107, p.191-7, 2009.

WHO. World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. **Lancet** v.375, p.490-9, 2010.

WOLFF, L. R.; VASCONCELOS, M. M. A. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.8, p.279-285, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713016>>. Acesso em: 14 Fev. 2014.

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

ANEXOS

ANEXO I

OFÍCIO PARA O ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA À COORDENAÇÃO DO CEP

Maringá, 14 de dezembro de 2012.

Ilmo Sr.

Prof. Dr. Joaquim Martins Junior

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Cesumar)

CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Senhor Coordenador,

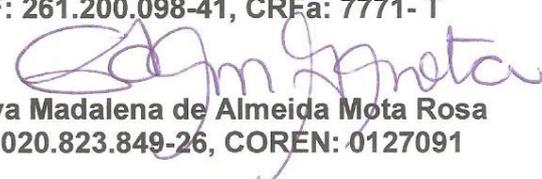
Encaminhamos a V. Sa. o projeto de pesquisa intitulado “ **O Nascer em Umuarama: A Epidemia de Cesarianas sob a Ótica de seus Atores Principais**” sob a minha responsabilidade, solicitando deste comitê a apreciação ética do mesmo. Aproveito para informá-lo que os conteúdos descritos no corpo do projeto podem ser utilizados no processo de avaliação do mesmo, e que:

- (a) Estou ciente das minhas responsabilidades frente à pesquisa, conforme a resolução 196/96 CNS-MS e, que a partir da submissão do projeto ao CEP, será estabelecido diálogo formal entre o CEP e o pesquisador;
- (b) Declaro que a coleta dos dados não foi iniciada, aguardando o parecer deste CEP para iniciar a pesquisa
- (c) Estou ciente que devo acompanhar a tramitação do meu protocolo de pesquisa, por minha própria conta, junto à Plataforma Brasil;
- (d) Estou ciente de que as avaliações, possivelmente, desfavoráveis deverão ser, por mim, retomadas para correções e alterações;
- (e) Estou ciente de que os relatores, a coordenação do CEP e eventualmente a CONEP, terão acesso a este protocolo e que este acesso será utilizado exclusivamente para a avaliação ética.

Sem mais para o momento, agradecemos.

Atentamente,


Profª Drª Cristiane Faccio Gomes
CPF: 261.200.098-41, CREFa: 7771- T


Edinalva Madalena de Almeida Mota Rosa
CPF: 020.823.849-26, COREN: 0127091

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Nascer em Umuarama: A Epidemia de Cesarianas sob a Ótica de seus Atores Principais

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pelo(s) pesquisador (es) Dr^a Cristiane Faccio Gomes e Edinalva Madalena de Almeida Mota Rosa em relação a minha participação no projeto de pesquisa intitulado “O Nascer em Umuarama: A Epidemia de Cesarianas sob a Ótica de seus Atores Principais” cujo objetivo é Caracterizar as causas e fatores que interferem nos altos índices de partos cesarianas no município de Maringá. Os dados serão coletados através de aplicação de questionários estruturados em puérperas e médicos obstetras; não haverá riscos ou custos para a realização do estudo. O participantes deverá assinar o TCLE em duas vias, uma que ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que seja mantido em sigilo informações relacionadas à minha privacidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar meu estado de saúde físico e/ou mental, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu: _____, após

Ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referente a este estudo com o professor Cristiane Faccio Gomes, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do mesmo.

Assinatura ou digital

Maringá / Pr, ____ / ____ / ____.

Eu, Cristiane Faccio Gomes declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Cristiane Faccio Gomes
Endereço: Av. Guedner, 1610
Bairro: Aclimação
Cidade: Maringá UF: PR
Fones: (44) 3027-6360 e-mail: crisgomes@cesumar.br

Nome: Edinalva Madalena de Almeida Mota Rosa
Endereço: Avenida Angelo da Fonseca
Bairro: Zona 7
Cidade: Umuarama UF: Parana
Fones: (44) 3906.1047 e-mail: Edinalva.carraro@bl.com.br

ANEXO III

TERMO DE ASSENTIMENTO

Conforme a Resolução 466/2012, II.2 - assentimento livre e esclarecido - anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Nascer em Umuarama: a epidemia das cesarianas sob a ótica de seus atores principais”. Neste estudo, pretendemos determinar das taxas de cesarianas em uma Maternidade Municipal localizada no Município de Umuarama – PR. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é (Altas taxas de cesariana, evidências científicas de que fatores distintos de fatores clínicos estão exercendo influencia para o tipo de parto adotado maciçamente no país possibilidades, de complicações para o binômio mãe filho entre outros, associadas às cesarianas sem indicações clínicas obstétricas específicas. Para este estudo adotaremos os seguinte(s) procedimentos: será realizado uma pesquisa descritiva, documental, transversal, com abordagem quantitativa aplicando dois questionários: um direcionado ao médico obstetra e outro às puérperas de cesariana na Maternidade Municipal NOROSPAR localizada em Umuarama-PR e coleta de dados secundarios do setor de epidemiologia-Sistema de Informações de nascidos Vivos (SINASC) e Setor de Média e Alta complexidade (MAC).

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo não apresenta risco. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Não há material com seu nome que indique sua. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu,, portador(a) do documento de Identidade (nº.....), fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Umuarama, 01 de julho de 2013.

Assinatura do(a) menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

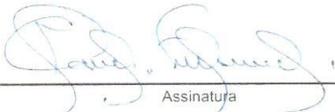
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: EDINALVA MADALENA DE ALMEIDA MOTA
ENDEREÇO: RUA MARIALVA, 57,34-RES. OURO VERDE II, BLOCO 7 ATO 31
UMUARAMA- PR - CEP:87.502.100
FONE: (44) 8444.4395/ E-MAIL: EDINALVA.CARRARO@BOL.COM.BR

ANEXO IV



MINISTERIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Nascer em Umuarama: A epidemia de cesarianas sob a ótica de seus atores principais.		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 330	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Edinalva Madalena de Almeida Mota			
6. CPF: 020.823.849-26		7. Endereço (Rua, n.º): MARIALVA ZONA III res. ouro verde 2 b07 apto 31 UMUARAMA PARANA 87502100	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (44) 8438-3242	10. Outro Telefone:
		11. Email: edinalva.carraro@bol.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>07 / 12 / 12</u>		 _____ Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR		14. CNPJ: 79.265.617/0001-99	15. Unidade/Órgão:
16. Telefone:		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: <u>026 458 329-87</u>	
Cargo/Função: _____			
Data: <u>07 / 12 / 12</u>		 _____ Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO V**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL**

Umuarama / Pr, 13 de fevereiro de 2013.

Ilmo Sr.

Prof. Dr. Joaquim Martins Junior

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- Cesumar)

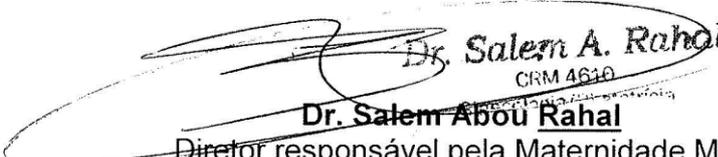
CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Prezado Coordenador,

Eu, Dr. **Salem Abou Rahal** declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Nascer em Umuarama: a epidemia das cesarianas sob a ótica de seus atores principais**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **profª Dra. Cristiane Fácio Gomes, prof. Dr. Régio Marcio Toesca e mestrandia Edinalva Madalena de Almeida Mota Rosa** na NOROSPAR- Maternidade Municipal de Umuarama onde será feita a coleta de dados, conforme **Resolução CNS/MS 196/96**, assumir a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da **Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde** e demais resoluções complementares à mesma (**240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005**), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Espero, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,


CRM 4630
Dr. Salem Abou Rahal
Diretor responsável pela Maternidade Municipal

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Umuarama / Pr, 13 de fevereiro de 2013.

Ilmo Sr.

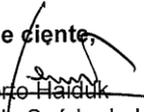
Prof. Dr. Joaquim Martins Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- Cesumar)
CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Prezado Coordenador,

Eu, Dr. **Luiz Alberto Haiduk** declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado “**Nascer em Umuarama: a epidemia das cesarianas sob a ótica de seus atores principais**”, sob a responsabilidade dos pesquisadores **profª Dra. Cristiane Fácio Gomes, prof. Dr. Régio Marcio Toesca e mestrandia Edinalva Madalena de Almeida Mota Rosa** na Secretaria Municipal de Saúde de Umuarama, realizado coleta de dados secundários nos banco de dados eletrônicos do Sistemas de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) da cidade de UMUARAMA –onde será feita a coleta de dados, conforme **Resolução CNS/MS 196/96**, assumir a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da **Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde** e demais resoluções complementares à mesma (**240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005**), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Espero, outrossim, que os resultados produzidos possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,


Dr. Luiz Alberto Haiduk
Secretário Municipal de Saúde de Umuarama-PR

ANEXO VI

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nascer em Umuarama: A epidemia de cesarianas sob a ótica de seus atores principais.

Pesquisador: Edinaiva Madalena de Almeida Mota

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11466813.8.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 228.032

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

O trabalho será desenvolvido para obter os fatores relacionados ao profissional médico obstetra, os socioculturais da gestante, bem como as políticas públicas relacionadas ao modelo de assistência pré natal vigente, trabalho de parto e parto contribuem diretamente para os altos índices de cesariana do município de Umuarama-PR.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação entre fatores relacionados ao médico obstetra, socioculturais da gestante e as políticas públicas com os índices de cesariana no Município de Umuarama - Paraná.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto não oferece riscos para os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social por abordar tema de importância para a saúde pública e para a resolução de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
apresentou todos os documentos exigidos.

Recomendações:

nada a recomendar

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 07 & Térreo
Bairro: Jardim Aclimação CEP: 75.000-000
UF: PR Município: MARINGÁ E-mail: cep@cesumar.br
Telefone: (44)3027-8380

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - CESUMAR

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto deverá ser aprovado por este CEP

MARINGÁ, 25 de Março de 2013

Assinador por:
Joaquim Martins Junior
(Coordenador)

ANEXO VII

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO PARA AS PUÉRPERAS

P 01 á P 060

I. IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO P 01

Idade: []

Escolaridade:

Não alfabetizada []

Ensino Fundamental Incompleto []

Ensino Fundamental Completo []

Ensino Médio Incompleto []

Ensino Médico Completo []

Ensino Superior Incompleto []

Ensino Superior Completo []

Profissão: _____**Ocupação:** _____**Estado civil:**

Solteira []

Casada []

Viúva []

Divorciada []

União Estável []

Número de filhos: []**Tipo de parto dos filhos anteriores:**

Normal I []: _____

Cesariana []: _____

Salário familiar (em salário mínimo):

Menos de 1 salário mínimo mensal []

1 salário mínimo mensal []

2 salários mínimos mensais []

3 salários mínimos mensais []

04 salários mínimos mensais []

5 salários mínimos mensais ou mais []

II. QUESTÕES RELACIONADAS AOS ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

1. Quando soube da gravidez que tipo de parto pensou em ter?

Parto normal [] Cesariana []

2. O que a levou optar pela cesariana?

Medo da dor [] laqueadura tubária []

Cesariana anterior [] Problemas da mãe [] Problemas do bebê []

Períneo [] perda função coito [] Experiência obstétrica anterior ruim []

Medo Alteração anatomia fisiologia vagina [] conveniência - data, horário []

Outro (s) [] Qual (is)? _____

3. Alguém influenciou na escolha da via de parto?

Sim [] Não []

Se sua resposta foi “sim”, quem influenciou sua escolha?

Seu Médico [] familiares [] amigas [] outro(s)[] Qual (is)? _____

Se médico, qual foi a indicação?-----

Qual opção de parto você acha que oferece mais risco para o bebe?

Parto normal [] Cesariana []

4. Por que?

5. Qual opção de parto você acha que oferece mais risco para a mãe?

Parto normal [] Cesariana []

6. Por que?

7. Voce recebeu durante o pré natal alguma informação sobre parto normal e parto cesariana? Sim [] Não []

QUESTIONÁRIO PARA OS MÉDICOS OBSTETRAS
MO 001 a MO 005

I. IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO: MO 001

Idade: [] _____

Sexo: []

Tempo de profissão: [] _____

Carga horária semanal de trabalho:

[] horas semanais

Realiza plantões? Sim [] não []

Se sim, qual o regime: []

[] 12/36 horas

[] 24/48 horas

outro [] qual: _____

Locais de trabalho:

[] Unidade básica de saúde

[] Maternidade

[] Consultório particular

[] Saúde suplementar

[] Universidade

Outros [] Qual (is): _____

**II. QUESTÕES RELACIONADAS À FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA
PROFISSIONAL**

1. Quantos partos normais o senhor fez no último mês? []

Quantas cesarianas o senhor fez no último mês? []

2. Em relação a sua formação, como avalia a formação teórico- prática do parto normal?

[] Nenhuma (0%)

[] Pouco suficiente (até 25%)

[] Mais ou menos suficiente (até 50%)

[] Muito suficiente (até 75%)

[] Altamente suficiente (até 100%)

3. Você acredita que existem deficiências na formação do médico obstetra em relação à assistência ao parto normal?

[] Sim [] Não

Em sua opinião, o que o senhor acha que favoreceria a realização do parto normal?

- Política de pagamento do parto diferenciada (levar em conta tempo duração do parto).
- Mudança no modelo de assistência pré natal. (preparo psicológico da mulher para o parto).
- Ter um obstetra devidamente remunerado por plantão no hospital
- Pagamento de analgesia do parto normal, levar em conta tempo do trabalho de parto.

4. Pra você, quais os principais fatores que mais dificultam a realização do parto normal atualmente?

- Políticas pagamento partos (não leva em conta o tempo de duração do parto normal).
- Incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal, distócia etc.
- Inconveniência de não pode programar agenda.
- Desconforto em não poder programar suas atividades sem comprometer sua renda e vida pessoal.

5. Qual o principal fator que o faz optar pela cesariana, com exceção de indicações clínicas?

- Incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal, distócias etc...
- Laqueadura tubária
- Conforto do médico, em programar suas atividades sem comprometer sua renda e vida pessoal.
- Cesariana previa-Cicatriz uterina
- Políticas pagamento partos (não leva em conta o tempo de duração do parto normal).

6. Como classificaria sua experiência prática com cesariana?

- Nenhuma (0%)
- Pouco suficiente (até 25%)
- Mais ou menos suficiente (até 50%)
- Muito suficiente (até 75%)
- Altamente suficiente (até 100%)

7. Como classificaria sua experiência prática com parto normal?

- Nenhuma (0%)
- Pouco suficiente (até 25%)
- Mais ou menos suficiente (até 50%)
- Muito suficiente (até 75%)
- Altamente suficiente (até 100%)

ANEXO VIII

Ministério da Saúde - MS
Secretaria de Atenção à Saúde
Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Relatório Analítico de Procedimentos

Procedimento: 04.17.01.002-8 ANALGESIA OBSTETRICA P/ PARTO NORMAL
Origem: H.95003010
Complexidade: Média Complexidade
Modalidade: 02 - Hospitalar
Instrumento de Registro: 04 - AIH (Proc. Especial)
Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
Valor Ambulatorial S.A.: R\$ 0,00
Valor Ambulatorial Total: R\$ 0,00
Valor Hospitalar S.P.: R\$ 48,30
Valor Hospitalar S.H.: R\$ 0,00
Valor Hospitalar Total: R\$ 48,30
Sexo: Feminino
Idade Mínima: 10 Ano(s)
Idade Máxima: 49 Ano(s)
Quantidade Máxima: 1
Média Permanência: 0
Pontos: 0
CBO: 225151, 225225, 225250

Ministério da Saúde - MS
 Secretaria de Atenção à Saúde
 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Relatório Analítico de Procedimentos

Procedimento: 04.11.01.003-4 PARTO CESARIANO

Origem:

H.35009012, H.35026014

Complexidade: Média Complexidade

Modalidade:

02 - Hospitalar

Instrumento de Registro:

03 - AIH (Proc. Principal)

Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)

Valor Ambulatorial S.A.: R\$ 0,00

Valor Ambulatorial Total: R\$ 0,00

Valor Hospitalar S.P.: R\$ 150,05

Valor Hospitalar S.H.: R\$ 395,68

Valor Hospitalar Total: R\$ 545,73

Atributo Complementar:

004 - Admite permanência à maior

010 - Exige VDRL na AIH

Sexo: Feminino

Idade Mínima: 10 Ano(s)

Idade Máxima: 49 Ano(s)

Quantidade Máxima: 1

Média Permanência: 2

Pontos: 600

Especialidade do Leito:

01 - Cirúrgico

02 - Obstétricos

CBO:

2231F9, 225225, 225250

CID:

O100, O101, O102, O103, O104, O109, O11, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O221, O240, O241, O243, O244, O249, O260, O262, O266, O267, O300, O301, O302, O308, O310, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O364, O365, O366, O367, O368, O369, O410, O411, O418, O419, O420, O421, O422, O429, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O450, O458, O459, O48, O610, O611, O618, O619, O620, O621, O622, O623, O624, O628, O630, O631, O632, O639, O640, O641, O642, O643, O644, O645, O648, O649, O650, O651, O652, O653, O654, O655, O658, O659, O660, O661, O662, O663, O664, O665, O668, O669, O670, O680, O681, O682, O683, O688, O689, O690, O691, O692, O693, O694, O695, O698, O699, O710, O711, O750, O755, O756, O759, O820, O821, O822, O828, O829, O833, O980, O981, O982, O983, O984, O985, O986, O988, O989, O993, O994, O995, P95, Q039, Q651, Q652, Q654

Ministério da Saúde - MS
 Secretaria de Atenção à Saúde
 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Relatório Analítico de Procedimentos

Procedimento: 03.10.01.003-9 PARTO NORMAL
 Origem: H.35001011, H.35006013, H.35007010, H.35025018, H.35080019, H.35086017, H.35087013
 Complexidade: Média Complexidade
 Modalidade: 02 - Hospitalar
 Instrumento de Registro: 03 - AIH (Proc. Principal)
 Tipo de Financiamento: 06 - Média e Alta Complexidade (MAC)
 Valor Ambulatorial S.A.: R\$ 0,00
 Valor Ambulatorial Total: R\$ 0,00
 Valor Hospitalar S.P.: R\$ 175,80
 Valor Hospitalar S.H.: R\$ 267,60
 Valor Hospitalar Total: R\$ 443,40
 Atributo Complementar: 004 - Admite permanência à maior
 010 - Exige VDRL na AIH
 Sexo: Feminino
 Idade Mínima: 10 Ano(s)
 Idade Máxima: 49 Ano(s)
 Quantidade Máxima: 0
 Média Permanência: 2
 Pontos: 600
 Especialidade do Leito: 01 - Cirúrgico
 02 - Obstétricos
 03 - Clínico
 CBO: 2231F9, 223545, 225125, 225142, 225170, 225225, 225250
 CID: O300, O301, O302, O308, O420, O421, O422, O458, O459, O631, O632, O690, O691, O757, O800, O801, O808, O809, O810, O811, O812, O813, O814, O815, O832, O840, O841, P95
 Incremento:

	S.A.	S.H.	S.P.
1404 - Hospital Amigo da Criança	0.00	8.50	8.50