

Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final

Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth

Decisión del tipo de parto en Brasil: de la preferéncia inicial de las mujeres, al parto final

Rosa Maria Soares Madeira Domingues ¹

Marcos Augusto Bastos Dias ²

Marcos Nakamura-Pereira ³

Jacqueline Alves Torres ⁴

Eleonora d'Orsi ⁵

Ana Paula Esteves Pereira ³

Arthur Orlando Correa Schilithz ³

Maria do Carmo Leal ³

Abstract

The purpose of this article is to describe the factors cited for the preference for type of birth in early pregnancy and reconstruct the decision process by type of birth in Brazil. Data from a national hospital-based cohort with 23,940 postpartum women, held in 2011-2012, were analyzed according to source of funding for birth and parity, using the χ^2 test. The initial preference for cesarean delivery was 27.6%, ranging from 15.4% (primiparous public sector) to 73.2% (multiparous women with previous cesarean private sector). The main reason for the choice of vaginal delivery was the best recovery of this type of birth (68.5%) and for the choice of cesarean, the fear of pain (46.6%). Positive experience with vaginal delivery (28.7%), cesarean delivery (24.5%) and perform female sterilization (32.3%) were cited by multiparous. Women from private sector presented 87.5% cesarean, with increased decision for cesarean birth in end of gestation, independent of diagnosis of complications. In both sectors, the proportion of cesarean section was much higher than desired by women.

Parturition; Maternal and Child Health; Patient Preference; Cesarean Section

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever os fatores referidos para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação e reconstruir o processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil. Dados de uma coorte de base hospitalar nacional com 23.940 puérperas, realizada em 2011-2012, foram analisados, segundo fonte de pagamento do parto e paridade, com utilização do teste χ^2 . A preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto (68,5%) e para a cesariana o medo da dor do parto (46,6%). Experiência positiva com parto vaginal (28,7%), parto cesáreo (24,5%) e realização de laqueadura tubária (32,3%) foram citadas por múltiparas. Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres.

Parto; Saúde Materno-Infantil; Preferência do Paciente; Cesárea

¹ Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência

R. M. S. M. Domingues
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4.365, Rio de Janeiro, RJ 21040-360, Brasil.
rosa.domingues@ipecc.fiocruz.br

Introdução

A frequência de cesarianas no Brasil tem apresentado um aumento contínuo desde meados da década de 1990. Em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a proporção de partos normais no país, alcançando o valor de 52% em 2010 (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 18/Mar/2013), cifra muito superior ao limite máximo de 15% proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹.

A proporção de cesariana apresenta distribuição desigual no país, sendo maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste ², sendo determinada, em muitos casos, por fatores não clínicos ^{3,4}.

A cesariana como forma de terminar a gravidez, mesmo em situações em que não existe risco materno ou fetal, é mais frequente em mulheres de melhor condição econômica, tendo sido associada ao que seria um bom padrão de atendimento ^{5,6}.

Uma das razões apontadas para o aumento das cesarianas, tanto no Brasil como em outros países ⁷, tem sido a escolha das mulheres por esse tipo de parto. Entretanto, revisão sistemática recente sobre o tema ⁸ encontrou uma proporção de preferência pelo parto cesáreo de 15,6%, com valores mais elevados observados em mulheres com cesariana anterior (29,4%) e naquelas que residem em países menos desenvolvidos (22,1% vs. 11,8%).

No Brasil, estudos realizados nos anos 1990 demonstraram que cerca de 20% das mulheres preferiam uma cesariana no início da gravidez ^{9,10}, sendo esse valor próximo a 40% em mulheres com cesarianas anteriores ⁹. Contudo, essa proporção aumentava ao longo da gravidez, resultando em proporções de cesárea próximas a 90% nos serviços privados, com grande número de cesarianas eletivas e com indicações pouco claras ^{3,11}.

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto. No Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado financia a assistência que será ofertada em serviços públicos ou privados contratados, os chamados serviços mistos. No SUS, as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão. De modo geral, a indicação de uma cesariana é feita mediante o diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de parto, havendo possi-

bilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher. Além do SUS, há a oferta de serviços privados no Brasil, com parto financiado por pagamento direto ou por meio de planos de saúde. Nesse sistema, o atendimento ao pré-natal e ao parto é realizado geralmente por um médico de escolha da mulher, com maternidades trabalhando com corpo clínico aberto, nos quais os médicos utilizam apenas a estrutura hospitalar, mas não mantêm vínculo empregatício com o serviço. No setor privado, existe a possibilidade de agendamento de uma cesariana, conforme desejo da mulher e/ou indicação do obstetra.

O pressuposto deste estudo é de que a decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento do parto, pelo subsistema de saúde privado ou público.

O objetivo deste estudo é reconstituir o processo de decisão pelo tipo de parto e descrever os fatores referidos pelas mulheres para a preferência do tipo de parto no início da gestação, segundo forma de pagamento do parto e paridade.

Metodologia

Nascer no Brasil é um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. A amostra foi selecionada em três estágios. O primeiro, composto por hospitais com 500 ou mais partos/ano estratificado pelas cinco macrorregiões do país, localização (capital ou não capital), e tipo de hospital (privado, público e misto). O segundo foi composto por dias (mínimo de sete dias em cada hospital) e o terceiro composto pelas puérperas. Em cada um dos 266 hospitais amostrados foram entrevistadas 90 puérperas, totalizando 23.940 sujeitos. Mais informações sobre o desenho amostral encontram-se detalhadas em Vasconcellos et al. ¹². Na primeira fase do estudo foram realizadas entrevistas face a face com as puérperas durante a internação hospitalar, extraídos dados do prontuário da puérpera e do recém-nato e fotografados os cartões de pré-natal da puérpera. Entrevistas telefônicas foram realizadas antes dos seis meses e aos 12 meses após o parto para a coleta de dados sobre desfechos maternos e neonatais. Informação detalhada sobre a coleta de dados é relatada em do Carmo Leal et al. ¹³.

Foram consideradas elegíveis todas as puérperas com parto hospitalar, tendo como desfecho um nascido vivo, independentemente de peso ou idade gestacional, ou um nascido morto, com peso maior que 500g ou idade gestacional maior que 22 semanas.

Neste estudo, a análise dos dados foi realizada comparando-se as mulheres segundo paridade e fonte de pagamento do parto. Mulheres sem parto anterior foram consideradas primíparas e aquelas com um ou mais partos anteriores, múltiparas. Mulheres com parto em unidades públicas e mulheres com parto em unidades mistas que não foram pagas por plano de saúde foram classificadas como tendo “fonte de pagamento pública”. Mulheres com parto pago por plano de saúde, tendo o parto ocorrido em unidades mistas ou privadas, e mulheres com parto em unidades privadas, independente do parto ter sido pago ou não por plano de saúde, foram classificadas como tendo “fonte de pagamento privada”. Foram consideradas apenas as mulheres com gestação única.

Análise das características demográficas, socioeconômicas, obstétricas e da assistência pré-natal e ao parto das mulheres foi realizada, sendo utilizado o teste qui-quadrado para verificar diferenças entre proporções.

Foram analisadas as variáveis: idade (< 20 anos, 20-34 anos, 35 ou mais); escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo, Ensino Superior completo); cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela, indígena); situação conjugal (vive ou não com o companheiro); trabalho remunerado (sim, não); antecedente de parto cesáreo (em mulheres com parto anterior); realização do pré-natal (sim, não); local de realização do pré-natal (público ou privado); adequação do pré-natal (adequado, inadequado); intercorrências na gestação (sim, não); profissional que acompanhou o parto (mesmo profissional do pré-natal ou não); preferência inicial da mulher pelo tipo de parto (parto vaginal, cesariana ou sem preferência); aconselhamento recebido no pré-natal (parto normal é mais seguro, parto cesáreo é mais seguro, ambos são seguros); decisão da via de parto no final da gestação (por tipo de parto e por quem tomou a decisão); via de parto final (vaginal, fórceps, cesariana); cesariana segundo intercorrências (proporção de parto cesáreo segundo presença de intercorrências na gravidez); cesarianas segundo trabalho de parto (cesariana com ou sem trabalho de parto espontâneo ou tentativa de indução, conforme dados do prontuário hospitalar).

Para avaliação da adequação da assistência pré-natal, foram adotados os critérios definidos pelo Ministério da Saúde¹⁴ (início do pré-natal antes da 16ª semana gestacional e número mínimo de consultas de pré-natal para idade gestacional no momento do parto, considerando uma consulta no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo e três no terceiro). Para definição de

intercorrências na gestação, considerou-se qualquer registro, no cartão de pré-natal ou no prontuário hospitalar, de alguma das seguintes situações que poderiam estar associadas à indicação de uma cesariana: doenças clínicas pré-existent, síndromes hipertensivas, diabetes (gestacional ou não), infecção pelo HIV, apresentação não cefálica do recém-nato, crescimento intrauterino restrito, oligodramnia, polidramnia, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, pós-maturidade, macrossomia, má-formação congênita grave, iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores), falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto (desproporção cefalopélvica, discinesia, distocia, ruptura uterina, período expulsivo prolongado e atonia uterina).

O processo de decisão pelo tipo de parto, da preferência inicial da gestante até a via de parto final, foi reconstituído segundo paridade e fonte de pagamento do parto.

As razões referidas pelas mulheres para sua preferência inicial pelo tipo de parto foram analisadas, sendo utilizado o teste estatístico qui-quadrado para verificar diferenças entre proporções.

Utilizou-se análise para amostras complexas, objetivando incorporar o efeito de desenho do estudo, e ponderação dos dados segundo plano amostral. Toda análise foi realizada por meio do *software* IBM SPSS versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), parecer nº 92/2010. Antes da realização da entrevista, foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo obtido consentimento digital. Todos os cuidados foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados. Informações detalhadas sobre a metodologia deste estudo estão publicadas em do Carmo Leal et al.¹³.

Resultados

Das puérperas selecionadas para participar do estudo, 5,7% não foram entrevistadas por recusa (85%) ou alta precoce (15%). Essas mulheres não apresentavam diferenças em relação às entrevistadas para as variáveis “idade” e “tipo de parto”, sendo verificada uma proporção maior de mulheres com fonte de pagamento privado de assistência ao parto entre as perdas (33,6% vs. 19,5%). Dentre as entrevistadas, 1,4% apresentou gestação múltipla; tal parcela foi excluída das análises que serão apresentadas.

As gestantes entrevistadas apresentavam média de idade de 25,6 anos, com variação de 12-46 anos, sendo 19,2% menores de 20 anos. Um terço das mulheres referia ter cor da pele branca e 64,7% se autodeclararam pardas ou pretas. Um quarto das entrevistadas apresentava escolaridade inferior ao Ensino Fundamental e 8,8% apresentavam ensino superior. Cerca de 80% das mulheres referiam viver com o companheiro, 40% apresentavam trabalho remunerado e 46,9% eram primíparas. Entre aquelas com partos anteriores, 40,4% tinham realizado pelo menos uma cesariana. Aproximadamente 48% das gestantes apresentaram alguma intercorrência clínica e/ou obstétrica durante a gestação.

Apenas 1,4% das mulheres referiu não ter tido assistência pré-natal e um terço foi acompanhada em serviços privados. A assistência pré-natal foi considerada adequada em 65,5% das mulheres. Cerca de um quarto das gestantes foram assistidas pelo mesmo profissional durante o pré-natal e o parto.

Aproximadamente 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 27,6% referiam preferência pelo parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência bem definida.

Após o aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, 63,2% das mulheres acreditavam que, para uma gestação sem complicações, o parto vaginal era o mais seguro, 6,3% que o parto cesáreo era o mais seguro, 21,5% que ambos eram seguros e 9% não se sentiam esclarecidas.

No final da gestação, já havia decisão pela realização de uma cesariana em um terço das mulheres e para um quarto ainda não havia decisão quanto ao tipo de parto; 51,5% das mulheres apresentaram uma cesariana como via de parto final, sendo 65,7% delas cesarianas sem trabalho de parto. As maiores proporções de cesarianas foram observadas em gestantes com alguma intercorrência na gravidez (71,9% vs. 32,9%). Um quinto do total das mulheres apresentou fonte de pagamento privado da assistência ao parto.

As primíparas com fonte de pagamento privado do parto eram em maior proporção de cor branca, tinham situação conjugal mais estável e apresentavam maior idade, maior escolaridade, maior inserção no mercado de trabalho, assistência pré-natal realizada em quase sua totalidade em serviços privados e com maior proporção de assistência adequada, sendo todas essas diferenças significativas (Tabela 1).

Tabela 1

Características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e da assistência pré-natal e ao parto das primíparas entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012*.

Características maternas	Total	Pagamento público	Pagamento privado	Valor de p
	(N = 11.074)	(n = 8.487)	(n = 2.587)	
	%	%	%	
Idade (anos)				
< 20	33,4	41,1	8,1	
20-34	62,2	56,5	80,9	< 0,001
35 ou mais	4,4	2,4	11,0	
Cor da pele				
Branca	36,1	29,9	56,4	
Preta	8,1	9,6	3,0	
Parada	54,3	59,0	39,0	< 0,001
Amarela	1,1	1,1	1,4	
Indígena	0,4	0,4	0,2	
Escolaridade				
Ensino Fundamental incompleto	17,8	22,8	1,4	
Ensino Fundamental completo	25,2	30,0	9,6	
Ensino Médio	45,7	43,6	52,5	< 0,001
Ensino Superior ou mais	11,3	3,6	36,4	
Situação conjugal				
Não vive com companheiro	23,3	26,0	14,2	
Vive com companheiro	76,7	74,0	85,8	< 0,001

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Características maternas	Total (N = 11.074) %	Pagamento público (n = 8.487) %	Pagamento privado (n = 2.587) %	Valor de p
Tem trabalho remunerado	40,7	30,5	74,3	< 0,001
Fez pré-natal	99,4	99,2	99,8	< 0,05
Local do pré-natal				
Apenas serviço público	66,2	85,3	4,2	< 0,001
Serviço privado ou ambos	33,8	14,7	95,8	
Adequação do pré-natal				
Adequado	71,2	66,9	85,3	< 0,001
Inadequado	28,8	33,1	14,7	
Intercorrências na gravidez	48,6	48,5	49,1	0,772
Pré-natal e parto com mesmo profissional	25,1	9,1	77,6	< 0,001
Preferência inicial				
Vaginal	72,3	77,4	55,5	
Cesariana	20,2	15,4	36,1	< 0,001
Sem preferência	7,5	7,2	8,5	
Aconselhamento recebido no pré-natal				
Parto normal é mais seguro	59,6	66,3	38,1	
Parto cesáreo é mais seguro	6,3	4,7	11,3	< 0,001
Ambos são seguros	24,2	17,6	45,5	
Não ficou esclarecida	9,9	11,4	5,0	
Decisão no final da gestação **				
Sem decisão	30,4	35,5	13,8	
Parto vaginal decisão mulher	20,9	24,1	10,6	
Parto vaginal decisão profissional	9,9	12,5	1,5	
Parto vaginal decisão ambos	11,4	12,9	6,5	< 0,001
Parto cesáreo decisão mulher	9,9	4,7	27,1	
Parto cesáreo decisão profissional	9,3	7,3	15,9	
Parto cesáreo decisão ambos	8,1	3,1	24,6	
Via de parto final				
Vaginal	42,7	53,0	9,0	
Fórceps	1,9	2,2	1,0	< 0,001
Cesariana	55,4	44,8	89,9	
Cesariana segundo intercorrências ***				
gestantes com intercorrências	76,1	70,5	94,3	< 0,001
gestantes sem intercorrências	35,8	20,7	85,7	< 0,001
Cesariana segundo trabalho de parto #				
Sem trabalho de parto	62,3	52,5	78,3	< 0,001
Com trabalho de parto	37,7	47,5	21,7	< 0,001

* Valores ponderados segundo plano amostral;

** Excluídos 64 casos em que a decisão pela via de parto foi feita por outra pessoa (43 para parto vaginal e 21 para parto cesáreo);

*** Números apresentados representam a proporção de partos cesáreos em cada categoria (gestantes com ou sem intercorrências na gestação), segundo fonte de pagamento do parto (público ou privado);

Apenas gestantes com parto cesáreo (n = 6.258).

Não se verificaram diferenças na ocorrência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas, que poderiam estar associadas à maior proporção de parto cesáreo na gestação atual, comparando

fonte de pagamento público com privado (Tabela 1). Mulheres com intercorrências na gravidez, e que tiveram parto financiado pelo setor público, apresentaram proporção de parto cesáreo três

vezes maior do que as que não tiveram intercorrências, enquanto nos partos com fonte de pagamento privado, a proporção de cesarianas foi muito semelhante, superior a 80%, independentemente do diagnóstico de complicações durante a gestação e/ou trabalho de parto (Tabela 1).

Verificou-se maior proporção de mulheres com preferência inicial pela cesariana na fonte de pagamento privado. Também nesse setor, observou-se percentual maior de mulheres que acreditavam que o parto cesáreo era o parto mais seguro, ou que ambos os tipos de parto eram seguros para a mulher, enquanto no setor público cerca de 70% consideravam o parto vaginal o mais seguro. No final da gestação, a proporção de mulheres que referiam decisão pela cesariana se manteve constante no setor público, alcançando valores superiores a 70% no setor privado. Nesse setor, a cesariana foi decidida na maioria

das vezes pela própria mulher ou em conjunto com o profissional pré-natalista (Tabela 1). Em ambas as fontes de pagamento, a proporção de partos vaginais decididos pelo profissional pré-natalista no final da gestação foi baixa, sendo de apenas 1,5% dentre as mulheres do setor privado. A proporção de cesarianas foi significativamente maior no setor privado; aproximadamente 80% desses partos realizados sem que a gestante tivesse entrado em trabalho de parto (Tabela 1).

Resultados semelhantes foram observados entre as múltiparas (Tabela 2), sendo identificadas as mesmas diferenças segundo fonte de pagamento do parto. Ressalta-se uma proporção mais elevada de mulheres com mais de 35 anos de idade em ambos os setores, bem como de preferência inicial e decisão final pela cesariana, além de maior proporção de cesarianas anteriores em mulheres do setor privado.

Tabela 2

Características demográficas, socioeconômicas, reprodutivas e da assistência pré-natal e ao parto das múltiparas entrevistadas, segundo fonte de pagamento da assistência ao parto. Brasil, 2011-2012*.

Características maternas	Total (N = 12.533)	Pagamento público (n = 10.435)	Pagamento privado (n = 2.098)	Valor de p
	%	%	%	
Idade (anos)				< 0,001
< 20	6,7	7,7	1,7	
20-34	77,6	78,9	71,1	
35 ou mais	15,7	13,4	27,3	
Cor da pele				< 0,001
Branca	31,7	27,7	51,6	
Parda	9,1	10,1	4,0	
Preta	57,7	60,6	43,2	
Amarela	1,0	1,1	1,0	
Indígena	0,4	0,5	0,2	
Escolaridade				< 0,001
Ensino Fundamental incompleto	34,4	40,1	6,2	
Ensino Fundamental completo	26,0	28,9	11,4	
Ensino Médio	32,9	28,7	53,8	
Ensino Superior ou mais	6,7	2,3	28,5	
Situação conjugal				< 0,001
Vive com companheiro	85,5	83,8	93,9	
Não vive com companheiro	14,5	16,2	6,1	
Tem trabalho remunerado	39,8	34,1	68,2	< 0,001
Fez pré-natal	97,9	97,5	99,9	< 0,001
Local do pré-natal				< 0,001
Apenas serviço público	75,2	89,9	3,6	
Serviço privado ou ambos	24,8	10,1	96,4	

* (continuação)

Tabela 2

Características maternas	Total (N = 12.533) %	Pagamento público (n = 10.435) %	Pagamento privado (n = 2.098) %	Valor de p
Adequação do pré-natal				< 0,001
Adequado	60,5	56,2	81,9	
Inadequado	39,5	43,8	18,1	
Intercorrências na gravidez	46,8	46,6	47,6	0,567
Pré-natal e parto com mesmo profissional	20,7	9,4	76,8	< 0,001
Cesariana anterior	40,4	34,9	67,7	< 0,001
Preferência inicial				< 0,001
Vaginal	61,0	66,1	36,0	
Cesariana	34,2	29,2	58,8	
Sem preferência	4,8	4,7	5,2	
Aconselhamento recebido no pré-natal				< 0,001
Parto normal é mais seguro	66,4	71,1	43,4	
Parto cesáreo é mais seguro	6,4	5,2	12,2	
Ambos são seguros	19,0	14,7	39,9	
Não ficou esclarecida	8,2	9,0	4,4	
Decisão no final da gestação **				< 0,001
Sem decisão	21,9	24,7	7,9	
Parto vaginal decisão mulher	22,6	25,2	9,7	
Parto vaginal decisão profissional	9,2	10,7	1,7	
Parto vaginal decisão ambos	10,8	11,9	5,3	
Parto cesáreo decisão mulher	12,4	8,6	31,3	
Parto cesáreo decisão profissional	11,9	11,8	12,9	
Parto cesáreo decisão ambos	11,2	7,2	31,2	
Via de parto final				< 0,001
Vaginal	50,9	58,1	15,0	
Fórceps	1,1	1,2	0,5	
Cesariana	48,0	40,7	84,5	
Cesariana segundo intercorrências ***				
Gestantes com intercorrências	68,0	63,6	89,5	< 0,001
Gestantes sem intercorrências	30,5	20,7	80,0	< 0,001
Cesariana segundo trabalho de parto #				
Sem trabalho de parto	69,2	64,4	80,8	< 0,001
Com trabalho de parto	30,8	35,6	19,2	

* Valores ponderados segundo plano amostral;

** Excluídos 98 casos em que a decisão pela via de parto foi feita por outra pessoa (56 para parto vaginal e 42 para parto cesáreo);

*** Números apresentados representam a proporção de partos cesáreos em cada categoria (gestantes com ou sem intercorrências na gestação), segundo fonte de pagamento do parto (público ou privado);

Apenas em mulheres com parto cesáreo (n = 6.138).

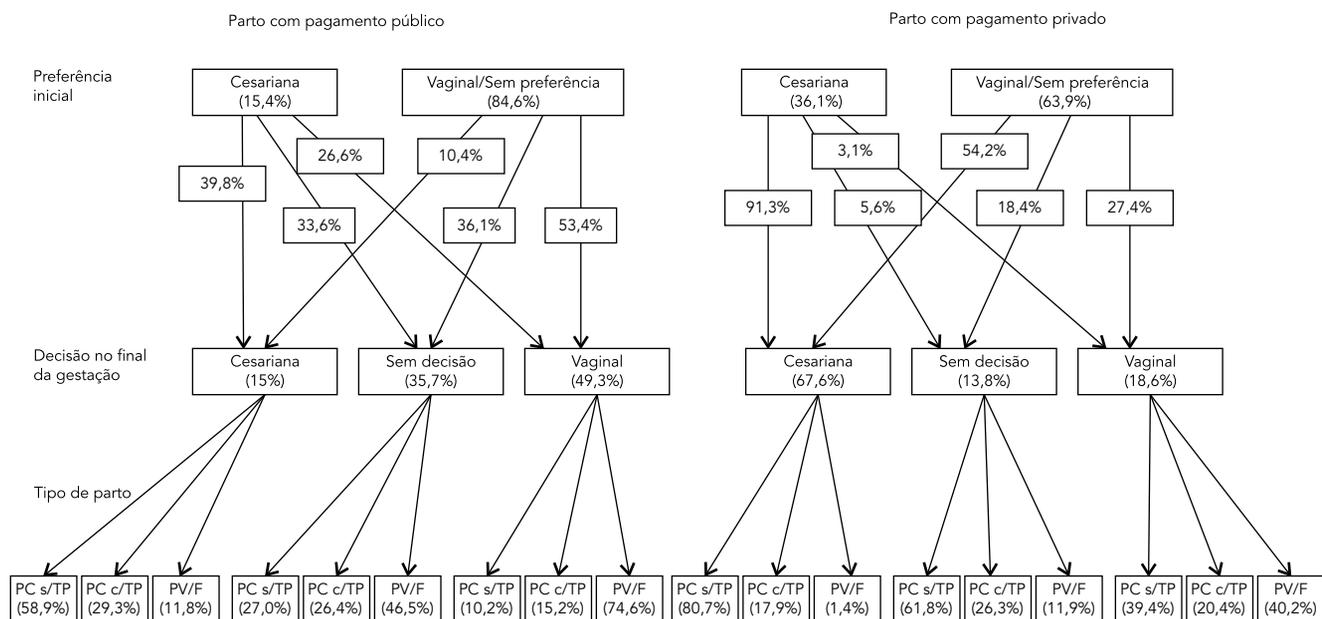
As Figuras 1 e 2 apresentam o processo de decisão pela via de parto ao longo da gestação. Em razão da baixa proporção de mulheres sem preferência inicial, elas foram agrupadas com as mulheres com preferência pelo parto vaginal.

Na Figura 1, verifica-se uma proporção elevada de primíparas com opção pelo parto vaginal, particularmente entre aquelas do setor

público. A decisão pelo parto vaginal apresentou redução no final da gestação nesse setor, em decorrência, sobretudo, do elevado número de mulheres que referiam não haver uma decisão pelo tipo de parto, enquanto a opção pela cesariana foi semelhante no início e no final da gestação. Já no setor privado, a decisão pela cesariana quase dobrou em relação à preferência inicial.

Figura 1

Trajetória pelo tipo de parto em primíparas, segundo fonte de pagamento do parto. Brasil, 2011-2012.



PC s/ TP: parto cesáreo sem trabalho de parto; PC c/ TP: parto cesáreo com trabalho de parto; PV/F: parto vaginal ou fórceps.

A proporção de cesariana como via de parto foi muito maior do que o desejado pelas mulheres, aproximadamente três vezes maior do que a preferência inicial referida, em ambos os setores. No setor privado, 14,6% das primíparas com preferência inicial pelo parto vaginal apresentaram esse tipo de parto, ao passo que no setor público esse valor foi de 57,1% (dado não mostrado na figura).

Na Figura 2, verifica-se que a preferência pelo parto vaginal foi referida pela maioria das múltiparas com parto financiado pelo setor público. Nesse grupo, a preferência pela cesariana manteve-se praticamente inalterada no final da gestação, próxima a 30%, sendo observada uma proporção de cesarianas de 40,7%, com 71,2% das mulheres que desejavam um parto vaginal no início da gestação apresentando esse tipo de parto. Entre as mulheres com fonte de pagamento privado, encontrou-se inversão desses valores, com 58,8% das mulheres referindo preferência pela cesariana desde o início da gestação. Entre tais mulheres, houve aumento de 30% na decisão pela cesariana no final da gestação, com uma proporção de 84,5% de partos cesáreos. Das mulheres com preferência inicial pelo parto vaginal,

36% tiveram o parto desejado (dado não mostrado na Figura).

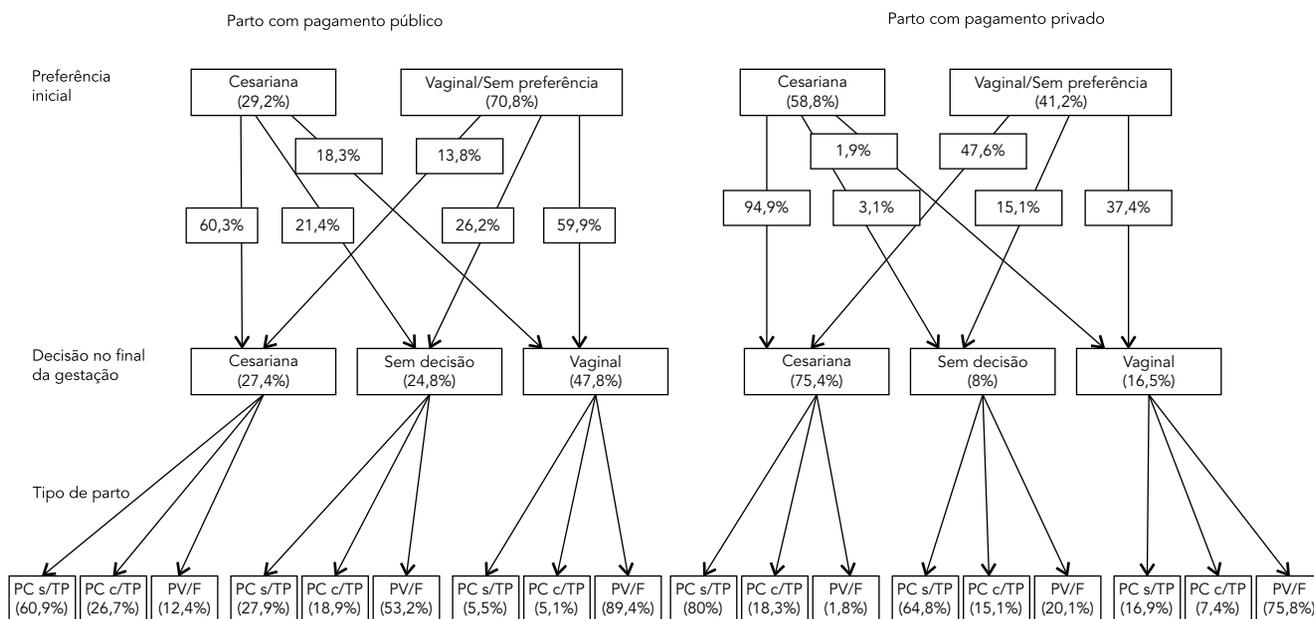
Independentemente da paridade e da fonte de pagamento, mulheres que mantiveram a decisão pelo parto vaginal no final da gestação foram as que apresentaram maior proporção desse tipo de parto, enquanto aquelas com decisão pela cesariana apresentaram o percentual mais elevado de parto cesáreo sem trabalho de parto. Mulheres sem decisão pelo tipo de parto apresentaram proporção elevada de cesarianas, sobretudo no setor privado (Figuras 1 e 2).

Múltiparas com cesariana anterior apresentaram preferência inicial pela cesariana mais elevada, tanto no setor público (51,2%), quanto no setor privado (73,2%). No setor privado, 90,6% dessas mulheres mantiveram a decisão por uma cesariana no final da gestação e 98,2% apresentaram esse tipo de parto. No setor público, esses valores foram de 55,1% e 80,1%, respectivamente (dados não mostrados na figura).

Na Tabela 3, são apresentadas as principais razões referidas pelas mulheres para suas preferências iniciais pelo tipo de parto. Verifica-se que as percepções positivas acerca do parto vaginal – tais como ele ser o parto mais natural, mais fisio-

Figura 2

Trajetória pelo tipo de parto em multiparas, segundo fonte de pagamento do parto. Brasil, 2011-2012.



PC s/ TP: parto cesáreo sem trabalho de parto; PC c/ TP: parto cesáreo com trabalho de parto; PV/F: parto vaginal ou fórceps.

lógico e, principalmente, com recuperação mais rápida (68,5%) – representaram os principais motivos para a preferência por esse tipo de parto, independentemente da fonte de pagamento do parto ou paridade. Entre as multiparas, a experiência anterior positiva com o parto vaginal foi citada por cerca de um terço das mulheres para justificar a preferência por um novo parto vaginal. As demais razões referidas apresentaram frequência reduzida. A informação sobre tipos de parto, recebida em diversos meios, inclusive nos serviços de saúde, foi referida por menos de 3% das mulheres, mas foi mais frequente em multiparas atendidas no setor privado. Também entre essas mulheres, encontrou-se maior vontade/desejo de ter um parto vaginal. O medo da cesariana, seja pelo medo de cirurgia e/ou da anestesia, foi mais frequente entre multiparas do setor público.

Entre as mulheres com preferência pela cesariana, as percepções negativas sobre o parto vaginal, relacionadas principalmente ao medo da dor do parto (46,6%), mas também a questões como o medo de não conseguir ter o parto, críticas à forma “desumana” como o parto é conduzido e medo de não conseguir atendimento, foram os

aspectos mais citados para justificar a preferência pela cesariana. O medo da dor do parto vaginal foi referido por uma proporção significativamente maior de primíparas atendidas pelo SUS.

Entre as multiparas, a escolha da cesariana para realização de laqueadura tubária foi referida por quase 40% das mulheres com parto financiado pelo SUS, o dobro do valor observado nas mulheres com parto financiado pelo setor privado. Experiência anterior positiva com o parto cesáreo foi citada por um terço das mulheres do setor privado, à medida que esse valor foi de 20,9% nas mulheres com fonte de pagamento público do parto, sendo tal diferença significativa.

Problemas de saúde; a comodidade da cesariana para a mulher, pela possibilidade de planejar e agendar a data do parto; ter o mesmo profissional de saúde; preferência do marido; e a maior segurança do parto cesáreo para o bebê foram relatados por menos de 10% das mulheres, porém foram mais referidos por mulheres com parto pago com recursos privados, particularmente as primíparas. Histórias de familiares e amigas e experiências negativas com o parto vaginal foram pouco citadas, mas em maior proporção por multiparas desse setor. O medo de que o parto

Tabela 3

Razões referidas pelas mulheres para a preferência pelo tipo de parto no início da gestação, segundo paridade e fonte de pagamento. Brasil, 2011-2012*.

Razões referidas pelas mulheres	Primíparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Pagamento público (n = 6.568) %	Pagamento privado (n = 1.435) %	Valor de p	Pagamento público (n = 1.308) %	Pagamento privado (n = 933) %	Valor de p
Recuperação parto normal é melhor	72,8	76,8	0,086			
Parto normal é melhor	34,0	33,0	0,715			
Histórias familiares/amigas	11,8	8,9	0,086	6,0	7,4	0,390
Medo da cesariana	6,3	4,2	0,063			
Informação sobre parto	2,7	3,3	0,365	0,5	1,4	0,021
Desejo pelo parto vaginal	0,6	0,8	0,594			
Preferência do marido	0,3	0,5	0,381	0,1	0,9	0,001
Ter profissional conhecido	0,1	0,2	0,396	0,2	0,8	0,074
Comodidade para a mulher				2,4	7,9	< 0,001
Medo da dor do parto				82,7	69,0	< 0,001
Problemas de saúde				4,9	9,9	0,001
Maior segurança cesariana para o recém-nascido				2,0	6,4	< 0,001
Aspectos negativos do parto vaginal				1,7	2,7	0,308
Parto vaginal alterar vida sexual				1,9	2,7	0,205
Desejo pelo parto cesáreo				1,8	1,7	0,991

(continua)

normal possa alterar a vida sexual das mulheres e o desejo por uma cesariana, sem uma razão específica, foram citados por uma proporção muito pequena de mulheres em ambas as fontes de pagamento.

Discussão

A preferência pela cesariana aumentou no Brasil, quando comparada a estudos anteriores, sendo verificada em quase um terço das mulheres. Esse valor apresenta diferenças marcantes segundo história reprodutiva das mulheres e fonte de pagamento do parto, sendo menor em primíparas com parto financiado pelo setor público (15,4%) e maior entre múltiparas com cesariana anterior no setor privado (73,2%). Diferenças na preferência pelo tipo de parto, em mulheres atendidas em serviços públicos e privados, não haviam sido encontradas em estudo realizado na década de 1990, quando a preferência pela cesariana no início da gestação foi inferior a 20%⁹. A preferência mais elevada pelo

parto cesáreo em mulheres com cesariana anterior, já havia sido verificada em outros estudos^{8,9,15,16}.

Uma das explicações apresentadas para o aumento da ocorrência de cesarianas em todo mundo tem sido o desejo das mulheres por esse tipo de parto. No entanto, autores salientam que essa preferência frequentemente oculta questões subjacentes, que determinam a sua decisão¹⁷. Neste estudo, uma proporção muito pequena de mulheres, inferior a 2%, justificou a decisão pelo tipo de parto por um “desejo” ou “vontade” de ter determinado tipo de parto.

O parto vaginal foi o tipo de parto que apresentou maior preferência das mulheres. As razões referidas foram semelhantes às encontradas em outros estudos^{3,4,9,10,15}, predominando as vantagens do parto vaginal, especialmente sua recuperação mais rápida e fácil, e experiências anteriores positivas com esse tipo de parto.

As razões para a preferência das mulheres pela cesariana foram mais variadas e diferiram conforme a paridade e a fonte de pagamento do parto.

Tabela 3 (continuação)

Razões referidas pelas mulheres	Múltiparas					
	Preferência por parto vaginal			Preferência por parto cesáreo		
	Pagamento público	Pagamento privado	Valor de p	Pagamento público	Pagamento privado	Valor de p
	(n = 6.894) %	(n = 755) %		(n = 3.047) %	(n = 1.233) %	
Recuperação parto normal é melhor	63,2	65,1	0,488			
Parto normal é melhor	32,3	30,6	0,637			
Histórias familiares/amigas	4,5	5,0	0,602	1,6	3,6	0,003
Medo da cesariana	8,0	3,8	< 0,001			
Informação sobre parto	0,5	2,0	< 0,001	0,2	0,8	0,012
Desejo pelo parto vaginal	0,3	1,2	< 0,001			
Preferência do marido	0,2	0,1	0,614	0,2	0,4	0,193
Ter profissional conhecido	0,1	--	0,512	0,1	0,5	0,008
Comodidade para a mulher				0,9	4,9	< 0,001
Medo da dor do parto				30,7	30,8	0,971
Problemas de saúde				6,9	7,3	0,645
Maior segurança cesariana para o recém-nascido				1,5	2,4	0,147
Aspectos negativos do parto vaginal				0,8	0,9	0,742
Parto vaginal alterar vida sexual				1,3	1,3	0,990
Desejo pelo parto cesáreo				1,1	1,7	0,106
Cesariana anterior				3,2	4,7	0,269
Realização de laqueadura tubária				37,4	19,5	< 0,001
Experiência anterior positiva com parto vaginal	28,4	31,7	0,219			
Experiência anterior negativa com parto vaginal				5,1	7,6	0,006
Experiência anterior positiva com parto cesáreo				20,9	33,4	< 0,001
Experiência anterior negativa com parto cesáreo	2,2	2,5	0,601			

* Valores ponderados segundo plano amostral.

O medo do parto vaginal foi o fator mais citado, sobretudo entre as primíparas, sendo uma razão muito referida pelas mulheres para preferir uma cesariana^{3,9}, não só no Brasil^{7,16,17,18,19}.

Experiências prévias positivas com o parto cesáreo foram referidas por cerca de um terço das múltiparas atendidas no setor privado^{9,15,18}, sendo essa proporção significativamente menor no setor público, sugerindo que nesse setor a cesariana nem sempre está associada a uma experiência positiva, provavelmente por sua indicação estar mais relacionada à ocorrência de complicações durante a gestação e o trabalho de parto. A recuperação mais lenta do parto cesáreo e o menor apoio para a realização das ta-

refas domésticas seria outra explicação possível para a menor satisfação com esse tipo de parto em mulheres de classes econômicas menos favorecidas.

Experiências anteriores negativas com o parto vaginal foram citadas e têm sido apontadas como fator fortemente associado à demanda por cesariana^{4,16}. No presente estudo, menos de 5% das mulheres utilizaram práticas benéficas recomendadas pela OMS para uma assistência adequada ao trabalho de parto (dado não mostrado em tabela), indicando a necessidade de mudanças no modelo de atenção ao parto, tornando-o uma experiência menos dolorosa e mais gratificante^{15,18}.

Entre as múltiparas com pagamento público, foi verificada maior proporção do motivo “para realização de laqueadura tubária”^{9,10}. Dificuldades no acesso a serviços para planejamento reprodutivo podem resultar na maior escolha por laqueadura tubária, sendo a cesariana o meio de obtê-la. Em estudo anterior, um quarto das mulheres atendidas no setor público referia que a cesariana era a única forma de realizar uma laqueadura tubária, sendo esse valor muito inferior em mulheres atendidas no setor privado⁴.

A informação sobre os tipos de parto apresentou baixa proporção de relato, seja para a preferência pelo parto vaginal ou pela cesariana, evidenciando a pouca importância da informação para o processo de decisão das mulheres brasileiras, diferentemente de estudos internacionais que mostram a informação como fator de grande relevância para a participação das gestantes nos processos decisórios e na satisfação com o parto²⁰.

Entre as mulheres do setor privado, houve maior percepção de que a cesariana é o parto mais seguro para o bebê, resultado também encontrado em outros estudos^{4,17,18}. Os riscos da cesariana para a mulher foram pouco valorizados, observando-se menor proporção de mulheres no setor privado que referiram aspectos negativos da cesariana como razão para preferir o parto normal. O maior relato de problemas de saúde no grupo atendido no setor privado, muitos deles sem qualquer relação com indicações reais de cesariana, não seria esperado, tendo em vista o melhor perfil socioeconômico dessa população, sugerindo uma banalização das indicações de cesariana.

A possibilidade de agendar a data do parto e ter um profissional conhecido foram aspectos pouco citados, porém mais referidos por mulheres com parto com pagamento privado. A forma de organização da assistência nesse setor, que permite o agendamento das cesarianas a pedido, aliada a uma percepção elevada de segurança da cesariana, são explicações possíveis para tal achado. Em outros países, a conveniência do agendamento do parto é um aspecto menos valorizado, quando comparado à segurança do bebê e à segurança e recuperação da mulher²⁰.

Diferindo de estudos internacionais²⁰, nenhuma mulher referiu a escolha da cesariana como forma de prevenção de lesões perineais. As consequências negativas do parto vaginal para a sua vida sexual foram citadas por menos de 2% das mulheres, reiterando resultados de estudos anteriores^{3,4,9,10} de que essa não é uma questão relevante para a decisão por uma cesariana.

Num cenário de elevada proporção de mulheres com percepções positivas em relação ao parto vaginal, seria esperado que um trabalho

de educação perinatal realizado com a gestante, seu parceiro e demais familiares, que apoiasse e incentivasse essa preferência ao longo da gestação, resultasse no aumento da decisão pelo parto vaginal. Esses são os resultados observados em países que promovem o parto vaginal, em que a preferência por esse tipo de parto permanece elevada²¹, ou até mesmo aumenta ao longo da gestação, alcançando valores superiores a 80%²⁰.

Entretanto, os dados apresentados revelaram que, independentemente da fonte de pagamento do parto e da paridade, a preferência das mulheres pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais. No setor público, a proporção de mulheres que preferia um parto cesáreo no final da gestação não se modificou, ficando próxima a 30%, mas o número de gestantes com decisão pelo parto vaginal diminuiu em decorrência do aumento de gestantes sem decisão pelo tipo de parto. No setor privado, houve aumento da decisão pela cesariana no final da gestação, referida por cerca de 70% das mulheres.

O acompanhamento de aproximadamente 80% das gestantes do setor privado pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto sugere um aconselhamento favorável à cesariana^{3,11,18}, já que a decisão pela cesariana não foi definida apenas por intercorrências na gestação. Ressalta-se que entre as mulheres desse setor, após o aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, predominou a percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto, o que pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal. É reconhecido que a atitude do profissional de saúde em relação ao parto cesáreo é influenciada por diversos aspectos, dentre elas a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras^{6,7,18}, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado.

A gravidez é um momento único na vida de uma mulher. Como um rito de passagem para a maternidade, é carregado de mitos e simbolismos. O papel dos profissionais no cuidado à saúde durante a gestação tem especial importância, uma vez que suas opiniões vão influenciar a percepção das mulheres durante todo o processo, especialmente na decisão da via de parto^{15,20}.

Orientações sobre o melhor momento para a internação no trabalho de parto, evitando a hospitalização precoce, e sobre práticas benéficas a serem adotadas durante o trabalho de parto, são ações que devem ser desenvolvidas durante a assistência pré-natal e que podem fortalecer as mulheres na decisão pelo parto vaginal, aumentando sua confiança em sua capacidade de parir e de lidar com o processo da parturição^{18,22}. Neste estudo, as mulheres que mantiveram a decisão

pelo parto vaginal no final da gestação foram as que apresentaram menor proporção de cesariana, mostrando a importância de apoiar e estimular as mulheres na sua opção pelo parto vaginal.

Para mulheres que manifestam preferência pela cesariana, cabe aos profissionais que atuam na assistência pré-natal avaliar as razões específicas por trás dessa demanda, discutindo os riscos e benefícios da cesariana em relação ao parto vaginal. Apesar do aumento da segurança da cesariana, suas consequências negativas para a saúde das mulheres e bebês são bem conhecidas^{7,23}, inclusive com comprometimento da saúde reprodutiva em gestações subsequentes^{7,24}, e devem ser informadas e discutidas com as gestantes. Para aquelas com medos relacionados ao parto vaginal e/ou com experiências anteriores negativas, é recomendada a oferta de apoio psicológico para ajudá-las a lidar com suas ansiedades^{17,22}. Orientações sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor, bem como sobre formas para favorecer o parto vaginal, são particularmente importantes para essas mulheres^{7,18,19,21,22}.

Além de propiciar acesso às informações sobre os tipos de parto, o aconselhamento das gestantes deve respeitar suas necessidades pessoais, valores culturais, sociais e seu planejamento reprodutivo^{7,20}, envolvendo-as no processo de decisão¹⁵. Compreender e responder às atitudes e crenças das mulheres durante o período de gestação é um foco importante de políticas internacionais de cuidado à saúde materna. Os termos “cuidado centrado na mulher” e “escolha informada” indicam que além dos aspectos fisiológicos da gravidez e parto, outras questões, ligadas às esferas sociais, sexuais e psicológicas são importantes para vivência individual de cada mulher e devem ser valorizados, objetivando melhores desfechos e experiência. O bem-estar psicossocial das mulheres é atualmente visto como tão importante quanto o seu bem-estar físico²⁵.

A proporção de partos cesáreos verificada foi muito elevada, sobretudo no setor privado em que alcançou valor seis vezes superior ao proposto pela OMS¹. Do total de mulheres que desejava um parto vaginal no início da gestação, apenas 58,4% apresentaram esse tipo de parto, sendo esse valor de 22% nos partos com pagamento privado. A preferência das mulheres pela cesariana foi preservada e incentivada no transcorrer da gestação, particularmente no sistema privado de atenção, no qual 96,5% das mulheres que desejavam uma cesariana realizaram esse tipo de parto.

Pode-se alegar que intercorrências surgidas durante a gestação, ou até mesmo durante o trabalho de parto, poderiam explicar a menor ocorrência de partos vaginais do que o desejado

pelas mulheres. Essa seria uma explicação possível para as mulheres com pagamento público da assistência ao parto, que apresentaram uma proporção três vezes maior de cesarianas, quando da ocorrência de intercorrências na gravidez. Porém, nos partos com pagamento privado, a proporção de cesarianas foi elevada, independentemente do diagnóstico de complicações.

As proporções observadas são alarmantes, principalmente em primíparas, pela maior probabilidade de novas cesarianas em gestações futuras. Embora estudos demonstrem a segurança do parto vaginal após cesariana, com taxas de sucesso próximas a 70%²⁶, neste estudo apenas 14,8% das mulheres com parto cesáreo anterior apresentou parto vaginal e 62% tiveram cesariana sem trabalho de parto (dado não mostrado em tabela), indicando que no Brasil, apesar das evidências científicas em contrário, ainda se segue o preceito de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

O principal limitador deste estudo foi a descrição do processo de decisão da via de parto de forma retrospectiva, após a ocorrência do parto, o que pode ter alterado o relato de sua preferência pelo tipo de parto no início da gestação. É possível que depois de ter tido uma cesariana, com desfecho favorável, a mulher tenha informado que esse era o parto que ela desejava, superestimando a preferência inicial pelo parto cesáreo.

Como o instrumento utilizado não permitiu a identificação de mulheres que tiveram parto pago por desembolso direto, é possível que algumas mulheres atendidas em unidades mistas, e que foram classificadas como tendo pagamento público da assistência, tenham pago pela assistência de seu parto. Entretanto, como essas mulheres apresentaram características socioeconômicas muito semelhantes a das mulheres atendidas em unidades públicas, é provável que esse erro de classificação tenha ocorrido em poucos casos. Como se trata de erro de classificação não-diferencial em relação aos desfechos estudados, espera-se que tenha ocorrido atenuamento da magnitude das associações observadas.

A preferência das mulheres pela cesariana aumentou no Brasil, mas a maioria das mulheres estudadas desejava ter um parto vaginal no início da gestação. Mulheres com pagamento privado do parto, que são aquelas com melhor condição socioeconômica e de acesso a serviços de pré-natal adequados, foram as que apresentaram maiores proporções de preferência pela cesariana no início da gestação, de decisão pela cesariana no final de gestação, de partos cesáreos e de cesarianas sem trabalho de parto, sem qualquer relação com a ocorrência de intercorrências na gravidez, indicando que fatores não clínicos estão influen-

ciando a decisão pelo tipo de parto, como já sinalizado por outros autores^{3,6,11}.

Os dados deste estudo mostram que a forma de organização da assistência ao parto afeta a preferência inicial das mulheres e a forma como a via de parto é decidida. Mulheres do setor privado são levadas a decidir por uma cesariana, tendo uma elevada proporção de cesarianas primárias que se tornam indicação de nova cesariana numa gestação futura. Mulheres do setor público mantêm preferência mais baixa pelo parto cesáreo, mas não são apoiadas na sua opção pelo parto vaginal no final da gestação. Em ambos os setores, as gestantes são submetidas a um modelo de atenção que torna o parto vaginal uma experiência dolorosa, sendo a dor do parto o seu

grande medo e a principal razão para a preferência por uma cesariana.

Mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro tem sido objeto de estudos e de políticas recentes. O grande desafio que persiste é o de transformar recomendações em práticas, com adoção, nos serviços públicos e privados, de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, com tratamento digno e respeitoso às mulheres. Cabe ao SUS prover melhorias nos serviços com pagamento direto e aumentar a regulação e fiscalização dos serviços privados, coibindo os excessos observados e garantindo os melhores resultados para as mulheres e seus bebês.

Resumen

El propósito de este artículo es describir los factores de preferencia en el tipo de parto durante el embarazo temprano, y estudiar el proceso de decisión en la opción de parto en Brasil. Los datos de una cohorte de base hospitalaria nacional, con 23.894 mujeres, durante el período 2011-2012, se analizaron de acuerdo a la fuente de los fondos para el parto y la paridad, mediante la prueba de χ^2 . La preferencia inicial por cesárea fue de un 27,6%, desde el 15,4% (sector público primíparas) al 73,2% (sector privado múltiparas con cesárea). La principal razón para la elección de parto vaginal era la mejor recuperación de este tipo de parto (68,5%), y para la

cesárea, el temor al dolor durante el parto (46,6%). La experiencia positiva con el parto vaginal (28,7%); parto por cesárea (24,5%) y la esterilización femenina (32,3%) fueron citados por múltiparas. Las mujeres en el sector privado tuvieron un 87,5% de cesárea con una mayor decisión hacia este tipo de parto a finales del embarazo, independientemente del diagnóstico de las complicaciones. En ambos sectores, la proporción de la cesárea fue mucho mayor de lo deseado.

Parto; Salud Materno-Infantil; Prioridad del Paciente; Cesárea

Colaboradores

R. M. S. M. Domingues e M. A. B. Dias e M. C. Leal participaram de todas as etapas da produção do artigo e foram responsáveis pela versão final. M. Nakamura-Pereira participou da concepção, análise dos dados e aprovação da versão final. J. A. Torres e A. O. C. Schilithz colaboraram na análise dos dados, na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final. E. d'Orsi e A. P. E. Pereira participou na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final.

Agradecimentos

Aos coordenadores regionais e estaduais, supervisores, entrevistadores e equipe técnica do estudo, e às mães participantes que tornaram este estudo possível.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Projeto INOVA); e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Referências

1. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2:436-7.
2. Rebelo F, Rocha CMM, Cortes TR, Dutra CL, Kac G. High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89:903-8.
3. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira AP, Fonseca SC, Gama SGN, Theme-Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1521-34.
4. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51:725-40.
5. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324:942-5.
6. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:635-43.
7. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens Sci Statements* 2006; 23:1-29.

8. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011; 118:391-9.
9. Potter EJ, Berquó E, Perpetuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323:1155-8.
10. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1611-1620.
11. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* 2008; 35:33-40.
12. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarzwald CL. Desenho da amostra *Nascer no Brasil*: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S49-58.
13. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.
14. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
15. Osís MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 75 Suppl 1:S59-66.
16. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Oian P, Kristiansen IS. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:45.e1-9.
17. Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean section for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34:32-41.
18. Gamble J, Creedy D, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007; 34:331-40.
19. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Chung TKH. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 2008; 35:121-8.
20. Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M, et al. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116:886-95.
21. Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. How does preference for natural childbirth relate to actual mode of delivery? A population-based cohort study from Norway. *Birth* 2010; 37:21-27.
22. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. NICE clinical guideline. London: Royal College of Obstetricians and Gynecologists; 2011. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57162/57162.pdf> (acessado em 19/Mar/2013).
23. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarian delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367:1819-29.
24. Miller ES, Hahn K, Grobman WA; for the Society for Maternal-Fetal Medicine Health Policy Committee. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. *Obstet Gynecol* 2013; 121:789-97.
25. Haines HM, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:55.
26. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 224-31.

Recebido em 28/05/2013

Versão final reapresentada em 24/Dez/2013

Aprovado em 06/Jan/2014