

saúde e sejam baseadas em auditoria e *feedback* às equipes.

Dessa forma, para a redução das taxas de cesarianas no Brasil, as mudanças que precisam ser implantadas são complexas e em várias frentes. Devem ir para além do suporte financeiro a ser dado pela gestante ao seu obstetra para a criação da disponibilidade de tempo do médico para o acompanhamento do parto vaginal, conforme sugerido no parecer da CFM, muito bem contra argumentado pelos autores desse estudo e inclusive vetado pela ANS por constituir uma ilegalidade.

Foi uma pena que os autores não puderam analisar o pagamento à parte feito pelas mulheres com planos de saúde aos seus médicos, para avaliar o efeito isolado desta variável.

O artigo de Freitas et al. mostra claramente que ter o mesmo médico no pré-natal e no parto é uma variável mediadora do tipo de parto, mas, como estamos discutindo aqui, não é o fato de ser o mesmo médico em si que representa risco para a ocorrência de uma cesariana. Essa variável é, na verdade, uma *proxy* do modelo de assistência obstétrica que temos no país, e por isto tem poder para potencializar as associações entre as variáveis independentes desse estudo e a ocorrência de cesariana.

1. Torres JA. Análise da contribuição de um programa perinatal multifacetado para a redução da prevalência de cesarianas em um hospital privado: um subprojeto da pesquisa "Nascer no Brasil" [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
2. Horton R. The power of midwifery. *Lancet* 2014; 384:1075-6.
3. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007; 34:53-64.

## Os autores respondem

The authors reply

Los autores responden

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO020915>

*Paulo Fontoura  
Freitas, Bianca  
Carvalho Moreira,  
Andre Luciano  
Manoel, Ana Clara de  
Albuquerque Botura*

As colocações de Maria do Carmo Leal contribuem de maneira importante para o debate e para a busca de soluções para a questão das altas taxas de cesariana em nosso meio. Visto que o espectro de suas colocações transcendem os objetivos do estudo, gostaríamos de enfatizar, em especial, duas das questões colocadas, visto serem elas pontos centrais que alicerçam nossas conclusões e que a oportunidade da presente réplica nos permite aprofundar.

Entendemos a surpresa do leitor ao se deparar com um estudo que, aparentemente, busca analisar o impacto de um parecer não referenciado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, da mesma maneira que a variável "mesmo médico" é uma *proxy* do modelo de assistência obstétrica no país, conforme detectado, com propriedade, por Leal, entendemos que o teor do parecer defendido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), independentemente de sua aprovação pela ANS, representa o pensamento de grande parte da comunidade obstétrica, fator central que instiga a presente análise.

A opinião do conselheiro federal e coordenador de comissão do CFM, que tratou do tema, ao postular que o incentivo à remuneração é essencial para favorecer a realização de partos normais e que "*Esse fator, a remuneração, é sem dúvida um dos elementos essenciais de um conjunto de ações coordenadas que o CFM vem discutindo para reverter a elevada proporção de cesarianas hoje no Brasil*"<sup>1</sup>, foi na verdade o ponto de partida para o nosso estudo.

Quanto à impossibilidade de acessar com exatidão "pagamento à parte", nossos resultados mostram que a quase totalidade das mulheres que tiveram o parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o mesmo médico que realizou o pré-natal declararam não ter pago pelo parto e que a totalidade daquelas que referiram ter pago haviam realizado pré-natal privado deixando em segundo plano, ao nosso ver, a importância da variável "pagamento à parte", tanto como parte do modelo multivariado, por praticamente duplicar a informação da variável "status do parto", quanto pela construção das conclusões finais. Subsidiando esse raciocínio, os resultados

informam que o “pagamento à parte” pelo parto não é condição sine-qua-non para ter o mesmo médico, apontando para o “potencial para negociação” paciente/obstetra, já referido por outros estudos.

Gamble et al. <sup>2</sup>, em uma ampla revisão de publicações relacionadas aos fatores que circundam decisões pelo tipo de parto, colocam que o contexto psicossocial dos cuidados obstétricos revela um desequilíbrio de poder em favor dos médicos. Os autores concluem que estudos acerca do processo de decisão pelo tipo de parto que não levem em conta o contexto dos cuidados oferecidos e das interações entre mulheres e profissionais devem ser interpretados com cautela.

No que pese a farta publicação de artigos que se ocupam da questão das altas taxas de cesariana no Brasil, permanecem lacunas de informação que permitam entender, de maneira mais ampla, a tão complexa interação de determinantes socioculturais da prática obstétrica, sejam eles institucionais, geográficos, financeiros ou

legais, na assim chamada “cultura da cesariana no Brasil”. Uma vez que nenhuma investigação, por si só, será suficiente para responder a todas essas questões, a janela aberta para a discussão, no presente momento, é altamente positiva. Neste sentido, a pertinência e a precisão das colocações de Maria do Carmo Leal, sustentadas por sua familiaridade e por seu profundo conhecimento sobre o assunto, contribuem em muito para a discussão da questão das altas taxas de cesariana, que permanece atual, no Brasil, já há décadas.

1. Conselho Federal de Medicina. Parecer considera ética a remuneração. Medicina Publicação Oficial do Conselho Federal de Medicina 2012; ano XXVII, nº 214. <http://www.cadastro.abneuro.org/site/jornal214CFM.pdf>.
2. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007; 34:331-40.