

Alexandre Faisal-Cury^I

Paulo Rossi Menezes^{II}

Fatores associados à preferência por cesareana

Factors associated with preference for cesarean delivery

RESUMO

OBJETIVO: Estudar os fatores relacionados à preferência por cesariana, em gestantes sem intercorrências.

MÉTODOS: Estudo transversal com 156 gestantes, de clínica privada na cidade de Osasco, Estado de São Paulo, no período de outubro de 2000 a dezembro de 2001. As gestantes estavam em idade gestacional de 28 semanas ou mais, sem contra-indicação formal para parto vaginal, no momento da entrevista. Foi aplicado questionário sobre informações sociodemográficas, história obstétrica passada e atual. Perguntou-se à gestante questão específica sobre preferência para o parto. Realizou-se teste do qui-quadrado de Pearson e regressão logística para análise multivariada, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS: Sessenta e sete (42,9%) gestantes se diziam pouco motivadas para parto vaginal. Na análise multivariada foram estatisticamente significativas as seguintes variáveis: parto vaginal prévio ($p < 0,001$; ORaj=0,04; IC 95%=0,01-0,12); a renda do marido superior a 750 Reais mensais ($p = 0,006$; ORaj=3,44; IC 95%=1,38-8,33). As mulheres com parto vaginal prévio apresentaram chance 25 vezes menor de optarem por cesariana. O fato de a gestante não ter considerado satisfatória a experiência do parto prévio esteve marginalmente associado ao desfecho ($p = 0,06$; ORaj=0,42; IC 95%=0,16-1,05).

CONCLUSÕES: A motivação para parto cesariano está associada a influências como tipo e grau de satisfação com o parto prévio e renda.

DESCRIPTORIOS: Parto obstétrico. Parto normal. Satisfação do paciente. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To study factors related to preference for cesarean delivery, among pregnant women without medical complications.

METHODS: A cross-sectional study was carried out among 156 pregnant women, in a private clinic in the city of Osasco, State of São Paulo, from October 2000 to December 2001. The pregnant women were at 28 weeks of pregnancy or more, with no formal contraindication for vaginal delivery at the time of the interview. Sociodemographic data and past and present obstetric history were assessed by applying a questionnaire. The pregnant women were specifically asked what their current preference for delivery was. Pearson's Chi-square test and logistic regression for multivariate analysis were performed with a 5% significance level.

RESULTS: Sixty-seven pregnant women (42.9%) said they had little motivation to undergo vaginal delivery. In the multivariate analysis, the following variables were statistically significant: previous vaginal birth ($p = 0.001$; ORadj=0.04; 95% CI=0.01-

^I Núcleo de Epidemiologia. Hospital Universitário. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Alexandre Faisal Cury
Rua Dr. Mário Ferraz, 135/32 Jd Europa
01453-010 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: faisal@ip2.com.br

Recebido: 25/2/2005. Revisado: 22/8/2005.
Aprovado: 4/10/2005.

0.12); husband's monthly income greater than 750 reais ($p=0.006$, $OR_{adj}=3.44$; 95% $CI=1.38-8.33$). The women with a previous vaginal delivery presented 25-fold lower chance of choosing cesarean delivery. The opinion that the previous delivery experience was unsatisfactory was marginally associated with the main outcome ($p=0.06$; $OR_{adj}=0.42$; 95% $CI=0.16-1.05$).

CONCLUSIONS: Motivation for cesarean delivery is associated with influences such as the type and degree of satisfaction with previous delivery and income.

KEYWORDS: Delivery obstetrics. Natural childbirth. Patient satisfaction. Health knowledge, attitudes & practice.

INTRODUÇÃO

A escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico. A “cesariana a pedido” tem sido implicada como uma das causas do crescente aumento de partos cesarianas. Os índices de cesarianas aumentaram em diversos países, atingindo 26%, nos Estados Unidos; 21,3%, na Inglaterra; 23,9%, na Irlanda do Norte e 19%, no Canadá.¹² Na América do Sul, estudo ecológico mostra que em 12 países, que juntos representam 81% dos partos da região, os índices de cesariana são muito superiores aos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. O Brasil apresenta índice superior a 35%.² Autores nacionais e internacionais têm divergido sobre o problema, priorizando, na maior parte das vezes, os aspectos éticos.^{3,22} Tal discussão está, em geral, fundamentada nesse aumento progressivo do número de cesarianas.² Nos Estados Unidos, por exemplo, houve declínio progressivo do parto vaginal após cesariana nos últimos anos.¹⁷ Atualmente, parece haver consenso de que o incremento das cesarianas não se deve apenas as questões médicas, sendo influenciado por diversos fatores psicossociais.²⁰ Isto parece ser mais evidente em países em desenvolvimento. Vários fatores não médicos estão envolvidos: aspectos socioeconômicos, preocupações ético-legais e mesmo características psicológicas e culturais das pacientes e dos médicos.⁶ A participação do médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada, em estudo nacional,¹³ realizado com puérperas, de clínica privada e pública. Segundo esse estudo, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em 10 do setor público que tiveram cesarianas, gostariam de ter tido partos vaginais. Foi observado que o obstetra promove os medos da parturiente associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.

Existem poucos trabalhos avaliando a real dimensão e importância de “cesariana a pedido”.^{8,11} Não se sabe também se este tipo de demanda varia em diferentes

países e culturas. A alegação de que muitas pacientes preferem a operação cesariana foi contestada num importante estudo¹⁹ prospectivo brasileiro, com 1.136 gestantes. Nesse trabalho, 70 a 80% das gestantes, de serviços públicos e privados, desejavam parto vaginal. No entanto, essa cifra era muito menor nas mulheres com cesariana prévia (42%), mostrando que a motivação para parto vaginal diminui significativamente nas mulheres que se submetem a cesariana prévia. Isso seria ainda mais evidente nos casos que cursaram sem intercorrências e naqueles partos classificados como satisfatórios pelas próprias mulheres.

O objetivo do presente trabalho foi estudar a preferência por cesariana ou parto vaginal em gestantes de clínica privada e identificar as variáveis associadas à escolha do tipo de parto.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal com 156 gestantes de clínica privada, no período de outubro de 2000 a dezembro de 2001, na cidade de Osasco, São Paulo. Todas as gestantes foram atendidas por apenas um pesquisador. A população atendida era composta basicamente por mulheres da classe média, residentes no município e cidades adjacentes, que possuem planos de saúde.

Adotou-se como critério de inclusão: gestantes com idade gestacional de pelo menos 28 semanas, sem contra-indicação formal para parto vaginal (apresentação pélvica, gemelaridade, duas ou mais cesarianas prévias consecutivas ou outras intercorrências clínicas graves). Foram excluídas as gestantes primíparas.

Um questionário abordou informações sociodemográficas da mulher e do marido (idade, raça, escolaridade, profissão, tipo de união e tempo de casamento, renda); antecedentes obstétricos (número de gestações prévias e paridade, número de abortos, filhos vivos, tipo de parto prévio – normal, fórceps ou cesa-

riana, peso ao nascer do último filho, encaminhamento para UTI neonatal e tipo de assistência médica utilizada no último parto – pública ou privada).

Próximo à 28ª semana (ou após esta data, nos casos de pré-natais iniciados tardiamente), discutiu-se com a gestante a questão da motivação para parto vaginal ou cesariana, como parte integrante da assistência obstétrica. Nessa ocasião lhes era proposto que participassem do projeto de estudo, assinando consentimento informado e respondendo ao questionário e às seguintes questões: “A senhora ficou satisfeita com seu último parto (vaginal ou cesariana)?” e “Qual tipo de parto a senhora deseja ter nesta gestação?”. Na primeira pergunta solicitou-se à gestante que classificasse sua resposta (satisfação) em “Sim” ou “Não”. Na segunda, que ela expressasse sua motivação, naquele momento, para “parto vaginal” ou “cesariana”.

Todas variáveis explicativas foram categorizadas. Adotou-se como classificação para a variável estresse no trabalho, a seguinte classificação: 1) doméstica, 2) empregada, 3) autônoma ou gerente. A análise univariada foi realizada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson ou qui-quadrado para tendência linear, quando indicado. Na análise multivariada, foi utilizada a regressão logística, considerando candidatas as variáveis com $p=0,20$. Adotou-se nível de significância estatística de 5%.

RESULTADOS

A média de idade das gestantes foi de 28 anos e renda média do casal de R\$1.750,00 mensais. Nenhuma gestante se recusou a responder às questões propostas, possivelmente por se tratar de questão pertinente ao acompanhamento do pré-natal. A grande maioria

Tabela 1 - Características e proporção de gestantes com preferência para cesariana e respectivos *odds ratio*, intervalo de confiança 95%, valor de p e ordem de entrada no modelo multivariado para cada variável explicativa. Osasco, São Paulo, 2000-2001.

Variável	Total (N)	Casos (%)	OR	IC 95%	p	Ordem de entrada
Tipo de parto prévio					0,000	1
Cesariana	95	61 (64,2)	1			
Vaginal	61	6 (9,8)	0,06	0,01-0,18		
Estresse					0,98	
1	71	28 (39,4)	1			
2	68	29 (42,6)	1,14	0,58-2,27		
3	15	8 (53,3)	1,78	0,56-5,55		
Etnia					0,08	7
Branca	120	56 (46,6)	1			
Parda / Negra	36	11 (30,5)	0,50	0,22-1,13		
Renda da gestante (R\$)					0,35	
Zero	96	44 (45,8)	1			
150-3.000	60	23 (38,3)	0,73	0,38-1,42		
Renda do marido (R\$)					0,04	5
0-700	43	13 (30,2)	1			
750-9.900	112	54 (48,2)	2,17	1,01-4,76		
Renda do casal (R\$)					0,03	2
0-800	41	12 (29,2)	1			
850-9.900	115	55 (47,8)	2,22	1,02-5,00		
Instrução da gestante					0,05	4
1º / 2º grau	139	56 (40,2)	1			
Superior	17	11 (64,7)	2,77	0,94-8,33		
Instrução do marido					0,07	6
1º / 2º grau	120	48 (40,0)	1			
Superior	33	19 (57,8)	2,04	0,92-4,54		
Gestações					0,04	3
2	108	52 (48,1)	1			
3-5	48	15 (31,2)	0,49	0,23-1,02		
Abortos					0,89	
0	125	54 (43,2)	1			
1-3	31	13 (41,9)	0,95	0,42-2,12		
Data último parto (anos)					0,90	
1-2	38	16 (42,1)	1			
3-13	118	51 (43,2)	1,05	0,50-2,22		
Época da escolha do tipo de parto (semanas)					0,09	8
24-34	73	26 (35,6)	1			
35-39	82	40 (48,7)	1,72	0,90-3,33		
Recém-nascido ficou berçário no último parto (após alta)					0,49	
Não	136	57 (41,9)	1			
Sim	20	10 (50,0)	1,38	0,54-3,57		
Considerou experiência prévia boa					0,17	9
Sim	116	53 (45,6)	1			
Não	39	13 (33,3)	0,72	0,78-3,70		
Tipo de hospital (parto prévio)					0,30	
Privado	117	53 (45,3)	1			
Público	39	14 (35,9)	0,68	0,31-1,44		
Médico (parto prévio)					0,27	
Privado	119	54 (45,3)	1			
Público	37	37 (35,1)	0,65	0,30-1,42		

OR: *odds ratio*

das mulheres era de etnia branca (76,9%), com escolaridade até segundo grau completo (78,4%) e que exerciam apenas atividades domésticas (46,1%), sem nenhuma remuneração (61,5%). Cerca de 70% estavam na segunda gestação, sendo que das 156 mulheres, 95 (60,9%) e 61 (39,1%) haviam tido cesariana e parto vaginal, prévios, respectivamente. No total, 67 (42,9%) gestantes referiam preferir cesariana, enquanto as demais 89 (57,1%) desejavam tentar parto normal. Quanto à classificação da experiência de parturição prévia 39 mulheres a classificaram como ruim enquanto 116 mulheres a consideraram satisfatória. Dentre elas, 69 (59,5%) tinham tido cesariana e 47 (40,5%) tinham tido parto vaginal. Apenas nessa análise, uma mulher considerou indiferente e foi excluída. Não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à classificação da experiência de parto prévia ($p=0,61$).

Na análise univariada, as seguintes variáveis se mostraram associadas à preferência por cesariana: parto vaginal prévio ($p<0,001$; OR=0,06; IC 95% =0,18-0,01), renda do casal superior a R\$850,00 mensais ($p=0,03$; OR=2,77; IC 95%=1,02-5,0), mais do que três gestações ($p=0,04$; OR=0,49; IC 95%=0,23-1,02); instrução da universitária da gestante ($p=0,05$; OR=2,04; IC 95%=0,92-4,54); renda mensal do marido superior a R\$750,00 ($p=0,04$; OR=2,17; IC 95%=1,01-4,76) (Tabela 1).

Na análise multivariada, mostraram-se independentemente associadas as variáveis: tipo do parto prévio, sendo que a cesariana prévia esteve associada à preferência por cesariana ($p<0,001$; ORajustado=0,04, IC 95%=0,01-0,12) e a renda do marido superior a R\$750,00 mensais ($p=0,006$; ORaj=3,44; IC 95%=1,38-8,33). O fato de a gestante não ter considerado satisfatória a experiência do parto prévio esteve marginalmente associado ao desfecho ($p=0,06$; ORaj=0,42; IC 95%=0,16-1,05) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Na população estudada de gestantes de classe média de clínica privada, cerca de 43,0% diziam preferir

cesariana, por ocasião do término da gestação. Esse desfecho esteve fortemente associado ao tipo do parto prévio. As mulheres com parto vaginal prévio apresentaram chance muito menor (25 vezes menor) de optarem por cesariana. Por outro lado, mulheres cujos maridos tinham renda mensal superior a R\$750,00 apresentaram maior chance de optarem por cesariana. Classificar a experiência do parto prévio como insatisfatória foi fator de proteção para pedido de parto cirúrgico. As mulheres que não ficaram satisfeitas com o parto prévio apresentam maior motivação para tentar um parto vaginal, na gestação atual.

Antes de considerar os resultados, cabe destacar algumas limitações do presente estudo. Trata-se de estudo de corte transversal, o que limita considerações sobre causalidade. Um estudo prospectivo permitiria avaliar qual desfecho teria ocorrido, sendo que aqui examinou-se apenas a opção em determinado momento do pré-natal. Embora o estudo de Potter et al¹⁹ mostre que a opção pelo parto vaginal varia pouco ao longo do pré-natal, algumas gestantes podem mudar de idéia quanto ao tipo de parto, optando, por exemplo, por partos operatórios quando mais próximas do trabalho de parto. O presente estudo baseia-se numa única questão para avaliar a motivação para parto normal (ou cesariana). Pode-se imaginar que algumas gestantes se sintam pouco à vontade para expressar o que realmente desejam, considerando socialmente adequado responder que preferem parto normal. Do mesmo modo, a classificação da satisfação da experiência em relação ao parto anterior pode estar sujeita a falhas de memória (*recall bias*). Mulheres cujas experiências foram consideradas negativas (não satisfatórias) tenderiam a lembrar mais do evento. Outro fato é que o intervalo interpartal pode influenciar este tipo de registro. Quanto mais longo o intervalo, maior o risco de classificação incorreta do evento. O próprio conceito de satisfação é muito amplo para ser resumido numa única resposta. Eventualmente, algumas mulheres gostaram de determinados aspectos da assistência ao parto e não de outros, mas julgaram segundo critérios particulares o grau de importância desses aspectos para fazer uma avaliação global da experiência anterior. Os resultados encontrados para mulheres de clínica privada, sem

Tabela 2 - Estimativas do modelo final de regressão logística, obtido após a análise multivariada. Osasco, São Paulo, 2000-2001.

Variável	OR Bruto (IC 95%)	OR Ajustado* (IC 95%)	p
Tipo de parto prévio			0,000
Cesariana	1		
Vaginal	0,06 (0,01-0,18)	0,04 (0,01-0,12)	
Renda do marido (R\$)			0,006
0-700	1		
750-9.900	2,04 (4,54-0,92)	3,44 (1,38-8,33)	
Considerou a experiência do parto prévio satisfatória			
Sim	0,06		
Não	0,72 (0,78-3,70)	0,42 (0,16-1,05)	

*Ajustado para as demais variáveis do modelo

intercorrências, limitam generalizações para outras populações, como gestações de alto-risco e de serviços públicos. Não se pode excluir também que mulheres insatisfeitas com cesariana prévia estejam super-representadas na amostra, em função de características do obstetra, que não realiza cesariana sistematicamente, independentemente das indicações obstétricas. No entanto, a experiência classificada como ruim (com parto prévio) e tipo de parto (cesariana e vaginal), mostra que não houve diferenças significativas entre os grupos. Desse modo, o posicionamento do obstetra quanto à questão da cesariana a pedido não parece ter influenciado na composição da amostra.

Poucos trabalhos abordaram, especificamente, a questão da preferência das gestantes pela cesariana. A verdadeira dimensão do problema não é claramente conhecida. Admite-se que pequeno número de mulheres opte por parto cirúrgico, mas as cifras variam segundo os vários autores de diferentes países. Um dos estudos mais polêmicos sobre o tema foi realizado por Al-Mufti & McCarthy¹ (1996). Os autores enviaram questionário anônimo pelo correio para 282 obstetras, perguntando-lhes que tipo de parto eles preferiam no caso de uma gestação (própria ou da esposa), não complicada, única, em posição cefálica, no termo. Cerca de 8% dos homens e 31% das mulheres optaram por cesariana. Estudo transversal com 160 gestantes asiáticas mostrou que 3,7% das mulheres queriam ser submetidas à cesariana programada.⁴ Estudo realizado na Bélgica considera que pelo menos 2,6% das gestantes planejam ter parto cirúrgico.¹⁴

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.⁷ Obviamente, estudos realizados no puerpério impedem adequada avaliação da motivação das mulheres durante a gravidez e estão sujeitas as influências do parto efetivamente realizado.

Alguns estudos, no entanto, abordaram a questão prospectivamente. Na Suécia, pesquisa com mais de 3 mil mulheres, por correio, mostrou que apenas 8% das mulheres preferiam ter tido cesariana.¹³ Na Austrália, estudo avaliou 310 gestantes entre 36 e 40 semanas, observando 93% de preferência para parto vaginal.⁸ No maior estudo nacional, Potter et al,¹⁹ acompanharam, prospectivamente, 1.136 mulheres ao longo do pré-natal, encontrando de 20 a 30% de gestantes com preferência pela cesariana. Porém, para as mulheres com cesariana prévia, cerca de 58% queriam ter cesariana.

No presente estudo, cerca de 43% das mulheres se diziam desmotivadas para tentar parto normal e ma-

nifestaram desejo de serem submetidas à cesariana. Quando a opção pela cesariana é analisada de acordo com o parto prévio, observou-se que 64,2% das gestantes com cesariana prévia preferem repetir o procedimento, contra apenas 9,8% das gestantes com parto vaginal anterior. De fato, cesariana prévia é fator importante na escolha do tipo de parto subsequente. A repetição da cesariana tem sido apontada como principal fator na manutenção dos índices de cesariana em países desenvolvidos, concomitantemente com o declínio da tentativa de parto vaginal após cesariana.¹⁷

Quanto aos demais fatores associados à preferência por cesariana, observa-se também a participação do maior número de gestações, do nível socioeconômico do casal e do grau de satisfação com a experiência com parto anterior.

Mulheres com mais de três gestações apresentavam menor chance de estarem desmotivadas para parto normal. Na análise univariada, elas apresentavam 50% menos chance de pedirem cesariana. A possível explicação reside no fato de que essas mulheres terem tido partos normais satisfatórios previamente. Excluiu-se do estudo mulheres com mais de uma cesariana consecutiva prévia, mas não se limitou o número de mulheres com partos vaginais anteriores. Possivelmente, as mulheres multíparas com partos normais prévios tenham maior motivação para tentar novo parto normal. A nuliparidade, por sua vez, tem sido associada ao maior risco de cesariana.¹⁶

Sobre o nível socioeconômico, avaliado pela renda do marido, evidencia-se que quanto maior a renda, menor a motivação para parto normal. No modelo logístico final, as mulheres cujos maridos tinham maior renda tinham maior chance de optarem por cesariana. Esse dado já havia sido observado na análise univariada, em relação à variável renda do casal, que nesta amostra, foi determinada basicamente pela renda do homem. Do mesmo modo, as variáveis instrução da gestante ($p=0,05$) e instrução do marido ($p=0,07$), relacionadas ao nível socioeconômico, apresentaram associação com a opção pela cesariana. A associação entre maior nível socioeconômico e cesariana tem sido observada por muitos autores. No Chile, estudo retrospectivo¹⁸ com 540 puérperas constatou que as mulheres que dispunham de assistência particular, ou seja de maior nível socioeconômico, tinham maior chance de serem submetidas à cesariana do que as mulheres atendidas em serviços públicos. As possíveis explicações para esse fato incluem o tipo de cuidados médicos e de serviço hospitalar, bem como o modo de participação da mulher no processo decisório sobre o tipo de parto.¹⁰ No entanto, no presente trabalho, a análise univa-

riada não mostrou associação entre motivação para cesariana e hospital (ou médico privado) no parto prévio. O tamanho reduzido da mostra de pacientes de serviços públicos (37/156) pode ter dificultado o encontro desta associação.

A experiência negativa com parto anterior foi fator protetor para falta de motivação para parto vaginal. No modelo logístico final, mulheres com experiência negativa tinham cerca de 60% a mais de chance de estarem motivadas para tentar parto normal. Pode-se imaginar que essas gestantes, uma vez descontentes com o parto anterior, vejam no parto normal uma alternativa melhor ou mais segura.

Alguns autores abordaram a questão da influência da experiência sobre a escolha do parto. Estudo²¹ com 1.050 puérperas mostrou que o nível de satisfação da mulher, ainda que em geral muito alto, é maior na cesariana eletiva do que no parto vaginal. No entanto, ele é significativamente menor na cesariana de emergência e no parto realizado com vácuo extrator. Alto nível de satisfação com a cesariana foi encontrada em estudo transversal,⁷ realizado até o quarto dia do puerpério, com 166 mulheres submetidas à cesariana. O tema, no entanto, não está isento de controvérsias, uma vez que outros trabalhos mostram os mesmos resultados com mulheres que tiveram partos normais. O que se depreende destes estudos é que, independentemente do tipo de parto, o descontentamen-

to da mulher com o parto está ligado aos resultados adversos maternos e, principalmente com o recém-nascido. Segundo alguns autores, uma experiência negativa prévia é fator importante para solicitação de cesariana.²³ Vale destacar ainda a dimensão subjetiva de toda e qualquer experiência, incluindo a gestação e o parto. A satisfação é um conceito difícil de medir e interpretar, estando muitas vezes imbricado com o tipo de atendimento recebido no pré-natal e com o resultado neonatal.

Se existem ainda muitas dúvidas acerca das motivações para parto vaginal, alguns autores procuraram também estudar a aceitação pelo obstetra do pedido de cesariana da mulher. Os números variam segundo os autores de diferentes países: 45%, em Israel,⁹ 69% na Inglaterra,⁵ e 30% na Bélgica.¹⁴ Não se dispõe de estudos nacionais sobre a atitude do obstetra brasileiro em relação à cesariana a pedido.

Finalmente, vale destacar que a questão da cesariana a pedido não é um problema apenas do âmbito médico, estando inserida dentro de complexos contextos sociais,¹⁵ que merecem ser pesquisados. Estudos qualitativos desenhados para avaliar preferências da paciente e do médico pela cesariana, e suas complexas interações são fundamentais e urgentes. Esses estudos podem fornecer as bases para intervenções obstétricas efetivas e seguras, que visem a reduzir os índices de cesariana.

REFERÊNCIAS

- Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetricians' personal choice and mode of delivery. *Lancet*. 1996;347(9000):544-5.
- Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999;319(7222):1397-400.
- Camano L, Souza E, Santos JFK, Sass N, Mattar R, Guaré SO. Segunda opinião para indicação de cesariana. *Femina*. 2001;29(6):345-50.
- Chong ES, Mongelli M. Attitudes of singapore women toward caesarean and vaginal deliveries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;80(2):189-94.
- Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk NM. Obstetricians say yes to maternal request for elective cesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;97(1):15-6.
- Cury AF, Tedesco JJA. Aspectos polêmicos na indicação da cesareana. *Femina*. 2003;31(9):809-12.
- Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*. 2003;30(2):89-93.
- Gamble JA, Creedy DK. Women's request for cesarean section: a critique of the literature. *Birth*. 2000;27(4):256-63.
- Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):577-80.
- Gould JB, Davey B, Stafford RS. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. *N Engl J Med*. 1989;321(4):233-9.
- Graham WJ, Hundley V, McCheyne AL, Hall MH, Gurney E, Milne J. An investigation of women's involvement in the decision to delivery by cesarean section. *Brit J Obstet Gynaecol*. 1999;106(3):213-20.
- Guisse JM, Hashima J, Osterweil P. Evidence-based vaginal birth after caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005;19(1):117-30.

13. Hopkins K. Are brazilian women really choosing to delivery by cesarean? *Soc Sci Med.* 2000;51(5):725-40.
14. Jacquemyn Y, Ahankour F, Martens G. Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;111(2):164-6.
15. Kirk EP, Doyle KA, Leigh J, Garrard ML. Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: medical risks or social realities? *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(6):1398-403.
16. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW, Leininger CJ. Physician contribution to a cesarean delivery risk model. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(6):1579-87.
17. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM, Sutton PD. Births: final data for 2001. *Natl Vital Stat Repr.* 2002;51(2):1-103.
18. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ.* 2000;321(7275):1501-5.
19. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IGHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ.* 2001;323(7322):1155-8.
20. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risk of lowering the cesarean-delivery rate. *N Engl J Med.* 1999;340(1):54-7.
21. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura EA, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82(9):834-40.
22. Scott JR. Putting elective cesarean into perspective. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):967-8.
23. Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, Carty V, Svigos JM, Robinson JS. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Med J Aust.* 1999;170(12):580-3.