

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

“Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro”

por

Eleonora d’Orsi

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de
Saúde Pública

Orientadora principal: Prof^ª Dr^a Dóra Chor
Segunda orientadora: Prof^ª Dr^a Karen Giffin

Rio de Janeiro, maio de 2003

*Às minhas filhas, Olívia e Catarina,
Aos meus pais,
Às minhas irmãs, Patricia, Cíntia e Ilona,
Ao André, companheiro amado...*

Agradecimentos

À Dóra Chor, por sua orientação exigente, meticulosa, firme, solidária e justa.

À segunda orientadora e coordenadora do projeto Karen Giffin, que montou a equipe e levantou recursos para a realização das pesquisas.

À equipe do Núcleo de Gênero e Saúde: Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis, Andréa Sousa Gama, Antônia de Jesús Angulo-Tuesta e Gisele Peixoto Barbosa, amigas e companheiras.

Aos diretores e diretoras das maternidades que nos acolheram para realização das pesquisas.

Às mulheres e médicos entrevistados.

À equipe da Secretaria Acadêmica da ENSP e da secretaria do Departamento de Epidemiologia.

À Tizuko Shiraiwa, pelo incentivo e valiosas contribuições.

Ao Paulo Fontoura Freitas cujo pioneirismo e afinidade com o tema me inspiraram a chegar até aqui.

À Rosane Harter Griep, pela amizade e companheirismo durante o curso.

À Fundação Ford, que financiou as pesquisas, CAPES, CNPQ e FAPERJ, que apoiaram financeiramente o curso.

À Déa e Ruy, que sempre me apoiaram com carinho especial.

Às amigas do Departamento de Epidemiologia, Maria de Jesus, Célia Regina e Márcia Lázaro.

À Marília Sá Carvalho, por tudo que me ensinou.

A todos os professores que tive durante o curso, especialmente a Zulmira Hartz, Evandro Coutinho, Luís Camacho, Eduardo Faerstein, Sérgio Koifman, Carlos Klein, Célia Landman, Lenira Zancan e Fermin Roland Schramm, cujos ensinamentos me trouxeram até aqui.

À querida Lory, Vitor e Tatiana, Branca e Paulo, que nos acolheram em Santa Catarina.

Aos amigos em Santa Catarina Jô, Gilberto, Mônica e Ricardo, Fabiana e Frank.

Às minhas professoras de natação Andréa e Aluiza, que me propiciaram condições físicas para realização desse trabalho.

Resumo

INTRODUÇÃO: A proporção de cesáreas no Brasil é uma das maiores do mundo: 38% dos nascidos vivos em 2000. Contribuem para isto características das mulheres, da forma de organização da prática obstétrica e também dos próprios obstetras. Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), deve haver sempre uma razão válida para interferir no processo fisiológico do parto. O modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-se por altos índices de intervenção sem evidências de seus benefícios. Esta tese tem como objetivo estudar os fatores associados à realização de cesáreas e a qualidade da atenção ao parto. **MÉTODOS:** Foram pesquisadas três maternidades do Município do Rio de Janeiro. Os resultados são apresentados em três artigos. O primeiro artigo trata da análise dos fatores associados à chance de parto vaginal após cesárea, em estudo caso controle, realizado em maternidade pública ligada à instituição de ensino e pesquisa, utilizando dados registrados em prontuários médicos. O segundo e terceiro artigos são produtos de outro estudo caso controle, realizado em duas maternidades, uma pública e outra conveniada com o Sistema Único de Saúde, cujos dados foram obtidos por meio de entrevistas com as mulheres, revisão de seus prontuários médicos e entrevistas com obstetras. O segundo artigo identifica os fatores associados à chance de cesárea por meio de modelo conceitual que agrupa os fatores de influência sobre o tipo de parto em sete níveis hierárquicos, utilizando regressão logística como método de análise multivariada. O terceiro artigo avalia a qualidade da atenção ao parto, utilizando, como padrão, as práticas recomendadas pela OMS. **RESULTADOS:** o número de cesáreas anteriores, o último parto ter sido cirúrgico, e a dilatação cervical na admissão foram os preditores mais importantes de cesárea e também de parto vaginal após cesárea. Foi constatada baixa frequência de algumas práticas que devem ser encorajadas como a presença de acompanhante, deambulação durante o trabalho de parto e aleitamento na sala de parto. Alta frequência de práticas comprovadamente danosas também foi identificada: uso indiscriminado de enema, tricotomia, hidratação venosa de rotina, uso rotineiro de ocitocina e restrição ao leito durante o trabalho de parto. **CONCLUSÃO:** A maior parte dos fatores associados à realização de cesárea são modificáveis. A reorganização da prática obstétrica que deve incentivar o trabalho de parto após cesárea, evitar cesáreas em primíparas, reduzir as internações precoces, e reforçar o trabalho em equipe podem contribuir para a redução da proporção de cesáreas e melhoria na qualidade da atenção ao parto em nosso meio.

Palavras chave: cesárea; parto vaginal após cesárea; qualidade da atenção ao parto

Abstract

INTRODUCTION: Brazil has one of the highest caesarean section rates in the world with 38% of the babies delivered by caesarean in 2000. Factors related with women's characteristics, obstetrician's style and the way obstetrics is performed and organized has been postulated as contributory factors. According to recommendations of the World Health Organization (WHO), reasons to interfere with the physiological process of birth would only be justified to safeguard mother's and infant's health . The pattern of delivery care in Brazil points to a highly interventionist environment without clear benefits to mother and child. The main objective of this thesis is to identify factors associated with cesarean section and to investigate its relation with quality of care during birth. **METHODS:** Field work was carried out in three maternities in Rio de Janeiro, Brazil. Results are presented in three articles. The first article is a case control study of factors associated with vaginal birth after cesarean and was based on medical records. The second and third articles used data from another case control study carried out in two maternities: one public and the other with funds provided by the National Health System in Brazil (*Sistema Único de Saúde*). Data was collected through interviews with women and obstetricians, and medical records review. The second article identifies factors associated with cesarean, using a hierarchical model of logistic regression analysis. The third article evaluates quality of care during birth based on WHO guidelines. **RESULTS:** Number of previous cesareans, last birth as cesarean and cervical dilatation at admission were found to be the main predictors of cesarean, and were also associated with vaginal birth after cesarean. A low level of incentive towards practices such as presence and support from family and friends in the delivery room, freedom to move and walk and incentive to breast-feed inside the delivery room, were reported. On the other hand, some harmful practices appeared as routine practice, among them: use of enema; pubic shaving; intravenous infusion, use of oxytocin and supine position during labor. **CONCLUSIONS:** Most of the factors found to be associated with cesarean births can be influenced by measures directed to both reduce caesarean section rates, and improve quality of care during birth. Among these measures, re-organization of the obstetric practice inside maternities, aiming to encourage vaginal birth after caesarean; reduction of early admissions; changes in labor management with regard to its physiologic duration, and improvement of the team work can contribute to achieve these goals.

Key words: cesarean; vaginal birth after cesarean; quality of birth care

Resumo	
Abstract	
Índice	
Lista de Tabelas e Figuras	
Capítulo I – Introdução, objetivos e metodologia	1
1.1 – Introdução	1
1.1.1 - A epidemia de cesáreas	1
1.1.2 - Indicações de cesárea	1
1.1.3 - Morbi-mortalidade associada à cesárea	2
1.1.4 - Cesárea e indicadores socioeconômicos	3
1.1.5 - Altas proporções de cesárea: possíveis explicações	5
1.1.6 - Estratégias para redução da frequência de cesáreas	6
1.1.7 - Parto vaginal após cesárea	7
1.2 – Objetivos	10
1.2.1 – Objetivo Geral	10
1.2.2 – Objetivos Específicos	10
1.3 – Metodologia	11
Capítulo II – 1º Artigo: “Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro”	16
Capítulo III – 2º Artigo: “Fatores associados à realização de cesáreas em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro”	30
Capítulo IV – 3º Artigo: “Qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro”	55
Capítulo V – Discussão final	75
Referências bibliográficas	79
Anexos	90

Lista de Tabelas e Figuras

Capítulo I	Pág.
Tabela 1 - Proporção de cesáreas em países selecionados, 1970 a 2000.	9
Capítulo II	
Table 1 – Social and demographic characteristics, odds ratio and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.	25
Table 2 – Pregnancy Complications, odds ratios and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996	26
Table 3 – Indications for cesarean for women with repeated cesareans, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996 .	27
Table 4 – Obstetric history and variables related to the present birth, odds ratios and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.	28
Table 5 – Factors associated with vaginal birth after cesarean, crude and adjusted odds ratios, 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.	29
Capítulo III	
Figura 1 - Modelo conceitual dos fatores determinantes do tipo de parto em níveis hierárquicos	50
Tabela 1 – Características sociodemográficas; do pré-natal; intercorrências durante a gestação e decisões da mulher segundo tipo de parto, maternidade pública e conveniada, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.	51
Tabela 2 - Características relacionadas às decisões da mulher, às condições na admissão, à condução do trabalho de parto e à hora do parto segundo tipo de parto, maternidade pública e conveniada, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.	52
Tabela 3 – Fatores associados à realização de cesárea (odds ratio e intervalos de 95% de confiança), MATERNIDADE PÚBLICA, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999	53
Tabela 4 – Fatores associados à realização de cesárea (odds ratio e intervalos de 95% de confiança), MATERNIDADE CONVENIADA, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999	54
Capítulo IV	
Tabela 1 - Algumas práticas comprovadamente úteis na atenção ao parto que devem ser encorajadas. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.	72
Tabela 2 – Práticas comprovadamente danosas ou inefetivas na atenção ao parto que devem ser eliminadas e práticas com evidência insuficiente que devem ser utilizadas com cautela. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.	73
Tabela 3- Algumas práticas freqüentemente utilizadas de forma inadequada. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.	74

1.1 - Introdução

1.1.1 - A epidemia de cesáreas

A segunda metade do séc XX foi marcada por lutas e conquistas femininas. Nos últimos 25 anos, houve transformações profundas na forma de parir, com a ocorrência de uma verdadeira “epidemia” mundial de cesáreas (Tabela 1). Tanto na Europa, onde as proporções de cesárea se situam entre 10 e 12% do total de partos, como nos Estados Unidos, cujos valores situam-se ao redor de 25% ou no México, onde 33% dos partos são cirúrgicos, uma série de estudos a esse respeito tem sido realizada (Barros, 1991; Rattner, 1996^a).

No Brasil, a proporção de cesáreas aumentou de 15% em 1970 para 31% em 1980 (Faundes & Cecatti, 1991), e atingiu 38% dos nascidos vivos em 2000 (DATASUS, 2000). É possível afirmar que estamos diante de um fenômeno sem precedentes, uma vez que, até onde foi possível investigar, apenas no Chile, onde a proporção de cesáreas atingiu 42% em 1999 (Murray & Serani, 2002), esse indicador superou a magnitude encontrada no Brasil.

Recentemente, observa-se tendência ao declínio na proporção de cesáreas do setor público (partos realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS), de 32% no período de 1994 a 1997, para 28% em 1998, 25% em 1999, 24% em 2000 e 25% em 2001 (Cecatti & Serruya, 2002).

1.1.2 - Indicações de cesárea

De acordo com as indicações da literatura, a proporção de cesáreas deveria se situar em torno de 7% (Francome et al, 1993; Enkin et al, 1996), sendo recomendado, pela OMS, que não ultrapasse 10% a 15% (OMS, 1999). Suas indicações são precisas nos livros-texto de obstetrícia. Boisselier (1987) classifica as indicações de cesárea em três grupos: **absolutas** (desproporção céfalo-pélvica, placenta prévia ou obstáculo prévio e apresentações distócicas tais como transversa, frente, ombros); **de prudência** (apresentação pélvica, cicatriz uterina e sofrimento fetal); e **de necessidade** (distócias dinâmicas, toxemia gravídica e patologia materna). As situações do primeiro grupo (indicações absolutas) impossibilitam o parto por via baixa; no segundo grupo (indicações de prudência), o parto por via baixa é possível, mas pode implicar em um risco materno-fetal aumentado; e no terceiro grupo (indicações eventualmente necessárias), o parto vaginal também é possível, a depender do tratamento e correção da condição prévia que levou à indicação.

Rattner (1996b) demonstrou que, na prática, as indicações citadas acima correspondem apenas a uma parte do total de cesáreas realizadas, o restante corresponde a cesáreas realizadas sem indicação médica. De fato, em estudo realizado com 1024 funcionárias de Banco Estatal no Rio de Janeiro, apenas 37% das razões de cesáreas relatadas pelas mulheres entrevistadas puderam ser classificadas como indicações médicas: sofrimento fetal (11%), posição do bebê (13%), indicação médica por doença (8%), emergência com complicações (4%) e parto gemelar (1%). Os restantes 63% podem ser considerados alegações vagas de difícil avaliação objetiva e incluíam “falta de passagem”, “trabalho longo”, “passou da data”, “idade”, “médico achou melhor”, “medo da dor”, “não queria cortar o períneo” e “o médico só fazia cesarianas” (Chor et al, 1999).

1.1.3 - Morbi-mortalidade associada à cesárea

A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante o trabalho de parto (Barros, 1986; Gabert, 1988; Enkin, 1996). Trata-se, portanto, de um recurso para ser utilizado quando o desenvolvimento normal do parto implica em algum tipo de risco para a mãe, para o feto ou para ambos. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos e está associada à maior morbi-mortalidade materna e infantil (Petitti, 1982; Miller, 1988; Hales et al, 1993, Shearer, 1993).

No Brasil, em 2001, o risco de morte materna foi 3,9 vezes maior nos partos operatórios do que nos partos vaginais (Campbell, 2002). Faundes & Cecatti (1991), em Campinas, relataram risco de mortalidade materna 2,4 vezes maior em partos operatórios comparados aos partos vaginais. No Reino Unido, entre 1997 e 1999, o risco de morte materna associada à cesárea foi 4,9 vezes maior para o total de cesáreas, variando entre 0,8 para as cesáreas agendadas (sendo que todas tinham indicação médica para cesárea) e 12 vezes para as cesáreas de emergência, com risco imediato de vida para mãe ou feto (Campbell, 2002).

É importante ressaltar que o risco de morte materna associada à cesárea pode ser influenciado pela indicação da cesárea, por condições agudas pré-existentes, pelas circunstâncias de realização da cesárea (emergência, urgência, eletiva etc.), pelo contexto médico-hospitalar de recursos no qual a cesárea é realizada, e também pela técnica cirúrgica. Seria necessário, portanto, melhorar a qualidade de numeradores e denominadores desse indicador para estimar de maneira fidedigna o risco de morte materna associado à cesárea. O ideal seria comparar, por exemplo, cesáreas com indicações relativas e partos vaginais com indicações relativas (por exemplo, cesárea

prévia, distócia, sofrimento fetal, hipertensão). Ou, então, cesáreas sem nenhuma indicação e partos vaginais também sem indicação (aqueles nos quais não foi identificada nenhuma condição que pudesse ser classificada como indicação relativa de cesárea, como cesárea prévia distócia, sofrimento fetal, hipertensão) ou ainda cesáreas eletivas após início do trabalho de parto com partos vaginais espontâneos (Campbell, 2002).

A morbidade materna por complicações da cesárea inclui laceração acidental, hemorragia, infecção puerperal, embolia pulmonar, íleo paralítico e reações indesejáveis à anestesia (Guldholt and Espersen, 1987). Para o recém-nascido, as cesáreas eletivas realizadas antes da maturidade fetal completa, por erro de cálculo da idade gestacional, podem acarretar maior frequência de síndrome de angústia respiratória e prematuridade iatrogênica (Bowers et al, 1982; White et al, 1985; Miller, 1988; Morrison et al, 1995). Além disso, a cesárea implica em período mais longo de recuperação para a puérpera, interferindo no vínculo mãe-filho no pós-parto e também no início precoce e sucesso da amamentação (Shearer, 1993). Uma das conseqüências mais freqüentes e importantes da cesárea é o comprometimento da vida reprodutiva futura da mulher, devido à prática médica de repetir cesáreas após o primeiro parto cirúrgico, muitas vezes acompanhadas de laqueadura tubária (Barros et al, 1986; Alencar e Andrade, 1993; Barros, 1996; Berquó, 2000). Além disso, as cesáreas de repetição acarretam risco 6,5 vezes maior de ocorrência de placenta prévia após a terceira cesárea, e cerca de 45 vezes maior após a quarta cesárea (Ananth et al, 1997).

Em termos institucionais, as cesáreas implicam em maior consumo de recursos hospitalares como centro cirúrgico, leitos/dia, medicamentos, cuidados de enfermagem e outros, implicando em maior custo financeiro, além daquele derivado da maior morbimortalidade.

1.1.4 - Cesárea e indicadores socioeconômicos

De acordo com Francome et al (1993), “a cesárea parece ter se tornado um bem de consumo, relacionada ao poder aquisitivo da população”. Isso tem sido demonstrado em inúmeros estudos que relacionam a realização de cesárea ao padrão socioeconômico. Faúndes & Cecatti (1991) demonstraram aumento da proporção de cesáreas conforme o aumento do poder aquisitivo das mulheres grávidas, medido com base no salário familiar mensal, para todo o Brasil e grandes regiões. No Estado de São Paulo, Rattner (1996^a) demonstrou associação entre a proporção de cesáreas e dois indicadores sócio-

econômicos: número de bancos por 100000 habitantes e potencial de consumo por 1000000 habitantes ¹.

Em Belo Horizonte, Chacham (1996) demonstrou relação direta entre cesárea e escolaridade materna. No município do Rio de Janeiro, o mesmo tipo de associação foi identificado entre proporção de cesáreas e escolaridade da mãe, assim como aumento da proporção de cesáreas conforme melhoria no padrão socioeconômico dos bairros, medido com base na renda, proporção de favelas e saneamento básico (d'Orsi & Carvalho, 1998). O mesmo foi verificado entre funcionárias de Banco Estatal no Rio de Janeiro, com alto padrão de escolaridade, onde 77% das mulheres que tiveram filhos referiram pelo menos uma cesárea e 64% relataram cesárea já no seu primeiro parto (Chor et al, 1999).

A proporção de cesáreas está intimamente relacionada também ao tipo de hospital, estimando-se proporções consistentemente mais elevadas nos hospitais privados, nos quais a clientela atendida apresenta maior poder aquisitivo do que nos públicos (Chacham, 1996; Campos & Carvalho, 2000). No Município do Rio de Janeiro em 1995, 46% dos partos foram cirúrgicos. Esta proporção variou entre 10% e 98% segundo o hospital onde ocorreu o parto (Campos & Carvalho, 2000). Belo Horizonte apresentou perfil semelhante, com 43% de cesáreas em 1994, variando entre 23% e 79% de acordo com o hospital (Chacham, 1996).

Esses resultados demonstram a incoerência de se encontrar maior proporção de partos operatórios justamente na população com melhor padrão sócio-econômico e nutricional, que, teoricamente apresenta menor risco gestacional, tem maior acesso aos serviços de saúde e, portanto, deveria necessitar desta intervenção com menor frequência. Assim, como foi demonstrado por Belizan (2002), as altas proporções de cesárea não são explicadas pelo alto risco da população submetida a esta intervenção. Este autor identificou ainda a existência de padrões que confirmam a ausência de relação entre a prática de partos operatórios e o perfil de saúde da população: quanto maior a proporção total de cesáreas, maior a proporção de cesáreas realizadas em mulheres de baixo risco, além de ausência de relação entre a proporção de mulheres de alto risco e a proporção total de cesáreas. A comparação entre diferentes populações permite afirmar o caráter distorcido dessa situação já que essa relação é observada principalmente nos países da América Latina. Na Europa, o oposto acontece: quanto maior o poder aquisitivo da população (e, portanto, menor a proporção de mulheres consideradas de alto risco), menor a proporção de cesáreas (Belizan, 2002).

¹ indicador do campo da mercadologia construído a partir de três componentes: população do município, volume de vendas a varejo e posse de utilidades domésticas como geladeira, televisão, telefone, automóvel etc.

Aspecto adicional do perfil distorcido da utilização de cesáreas no Brasil diz respeito à dificuldade de acesso à assistência hospitalar nas regiões mais pobres do país (Barros et al, 1986). Até mesmo em regiões metropolitanas desenvolvidas, como no Rio de Janeiro, a realização excessiva de parto cesáreo coexiste com a ausência de cirurgia em situações em que esta estaria claramente indicada (Carvalho, 1993).

1.1.5 Altas proporções de cesárea: possíveis explicações

Entre os fatores que influenciam a opção pela cesárea, a conveniência, para os obstetras, de uma intervenção programada tem sido enfatizada (Faúndes & Cecatti, 1991; Porreco et al, 1996). A insegurança do médico, devido ao treinamento insuficiente diante da gama de variações que podem ocorrer durante o trabalho de parto constitui também condição que contribui para a decisão de cirurgia, aliada ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica e anestésica, que tornou o procedimento cada vez mais “seguro” (Berkowitz et al, 1989).

É possível supor que os mecanismos pelos quais a organização da prática obstétrica e a educação médica contribuem para o excesso de partos operatórios variem segundo o tipo de pagamento do serviço – privado ou público (financiado pelo Sistema Único de Saúde-SUS). No sistema público, a desvinculação entre o pré-natal e o parto é considerada fator contribuinte para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e anteriores. O sistema de plantões, que não permite o estabelecimento do vínculo médico-paciente, também estimularia o parto cirúrgico. Além disso, em alguns hospitais não se permite que parturientes permaneçam em evolução de trabalho de parto entre um turno de plantão e outro, prevalecendo a conduta de que todos os casos devem “ser resolvidos” no próprio plantão (Freitas, 1999).

Fatores institucionais ligados à forma de pagamento como a ausência de remuneração, pelo SUS, de anestesia peridural nos partos vaginais, além da realização de esterilização cirúrgica, constituem outra série de circunstâncias relacionadas à forma de organização da prática obstétrica, em nosso país, que contribuem para a alta proporção de partos operatórios (Janowitz et al, 1984). Na clínica privada, é freqüente o acompanhamento minucioso do pré-natal pelo médico que vai realizar o parto. Entretanto, a sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, que inclui atividades em consultório particular, plantão em hospitais públicos, atendimento ao parto em hospitais privados e às vezes, atividades de ensino e pesquisa dificulta ou até inviabiliza o acompanhamento do trabalho de parto.

Segundo a opinião de um grupo de obstetras e outros especialistas brasileiros, entre as principais razões que levariam as mulheres a preferirem o parto cirúrgico estariam: o medo da dor no parto vaginal, o mito da perda da elasticidade vaginal que comprometeria o desempenho sexual, e a crença de que a cesárea seria mais segura para o bebê do que o parto vaginal (Faúndes & Cecatti, 1991, Rattner, 1996^a). No entanto, em estudos brasileiros, a perda da função sexual não se confirmou entre as razões que poderiam levar à preferência por cesárea, nem tampouco a crença da maior segurança da cesárea para o bebê (Hopkins, 2000; Ramos et al, 2002).

Estudos recentes sugerem que a preferência por cesárea é, na realidade, principalmente uma decisão dos médicos, e não das mulheres, que revelam justamente o contrário. No Estudo latino-americano sobre cesárea (ELAC), realizado em aproximadamente 40 hospitais no Brasil e América Latina, 69% das mulheres na Argentina, 72% das mulheres no Brasil (nas cidades de São Paulo, Campinas, Taubaté, Botucatu e Recife), 64% em Cuba, 89% na Guatemala e 79% no México, quando interrogadas no pós-parto, referiram preferir parto vaginal (Osis et al, 2001; Ramos et al, 2002). Estudo prospectivo, realizado em Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal e São Paulo, revelou preferência por parto vaginal em 77% das mulheres atendidas no setor público e 70% das mulheres atendidas no setor privado (Potter et al, 2001). Em Pelotas, Béhague et al (2002) encontraram preferência por parto vaginal em 60% das entrevistadas e, em Porto Alegre e Natal, Hopkins (2000) estimou que mais de 70% das mulheres no setor privado, e mais de 80% das mulheres no setor público declararam preferência por parto vaginal.

1.1.6 - Estratégias para redução da frequência de cesáreas

Recentemente, no Brasil, diversos segmentos sociais têm se envolvido na reorientação da prática obstétrica, incluindo o Ministério da Saúde, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e organizações não governamentais como a Rede de Humanização do Nascimento, além de iniciativas das maternidades. A redução recente da proporção de cesáreas no setor público brasileiro (reembolsado pelo SUS) se deve, provavelmente, às medidas de contenção da proporção de cesáreas implementadas pelo Ministério da Saúde a partir de 1998. Essas medidas incluem o estabelecimento de uma cota de cesáreas por hospital e restrição ao pagamento de cesáreas acima desse percentual, definido em 30% para o segundo semestre de 2000 (MS, 1999), com meta de redução, até 2008, para 25% (MS, 2000).

Como reduzir proporções tão elevadas? Para definir estratégias de intervenção, é necessária uma clara percepção dos fatores contribuintes deste fenômeno. A primeira

separação importante refere-se à cesárea em primíparas vis a vis a cesárea de repetição. Nos Estados Unidos, em 1992, aproximadamente 86% de todas as cesáreas foram realizadas segundo as seguintes indicações: cesárea prévia 35%, distócia 30%, apresentação pélvica 12% e sofrimento fetal 9% (Paul & Miller, 1995). Assim, segundo esses autores, o fator mais comum para a realização de cesárea foi cicatriz decorrente de uma incisão uterina prévia e distócia. Em relação às primíparas, a principal justificativa de cesárea foi a distócia, definida como progressão anormal do trabalho de parto (Paul & Miller, 1995). De acordo com esses resultados, nos EUA, as estratégias preconizadas para redução de cesáreas em primíparas incluem o acompanhamento ativo do trabalho de parto e o uso adequado de ocitócicos, amniotomia e analgesia. Para redução da proporção de cesáreas de repetição é preconizada a tentativa de trabalho de parto para pacientes com cicatriz uterina transversa na ausência de nova indicação de cesárea, com a expectativa de uma proporção de sucesso (percentual de partos vaginais após cesárea) em torno de 70% (Scott, 1999). Porreco & Thorp (1996) preconizam, além disso, aumento da divulgação de informações atualizadas sobre os fatores contribuintes para o excesso de cesáreas, manejo ativo do trabalho de parto com correção das distócias, precisão no diagnóstico de sofrimento fetal, e reorganização da prática obstétrica incluindo-se o incentivo à participação de obstetrias no acompanhamento do trabalho de parto.

1.1.7 - Parto vaginal após cesárea

Apesar da vasta literatura acerca da viabilidade e segurança de partos vaginais pós-cesárea, esta prática ainda é rara, especialmente no Brasil (Phelan et al, 1987; Martin et al, 1988; Rosen et al, 1991; Goldman et al, 1993; Granovsky-Grisaru et al, 1994). Assim, cesáreas realizadas em primíparas quase sempre implicam na repetição deste procedimento nos partos subseqüentes, e freqüentemente, essas mulheres encerram sua vida reprodutiva com laqueaduras tubárias ainda muito jovens (Berquó, 2000).

Pires et al (1999) estudaram a história reprodutiva de uma coorte de mulheres em Campinas, através de entrevistas domiciliares, estimando proporção total de cesáreas para o primeiro parto de 49%. Entre aquelas cujo primeiro parto foi cesáreo, 89% foram novamente submetidas à cesárea no parto seguinte. A maior parte destas cesáreas de repetição foi eletiva, uma vez que somente em 23% dos casos foi realizada tentativa de trabalho de parto, com proporção de sucesso de parto vaginal pós-cesárea de 45%. Os fatores associados à tentativa de trabalho de parto e com o parto por via baixa na segunda gravidez foram: idade materna inferior a 20 anos, não ser casada, raça negra,

escolaridade até primeiro grau, atendimento ao parto em hospital público, renda familiar mensal até 5 salários mínimos, e indicação da primeira cesárea por apresentação pélvica, gemelar ou situação transversa. Estes resultados corroboram a hipótese de que, entre gestantes atendidas no sistema público, com situação socioeconômica precária, é mais freqüente o parto vaginal pós-cesárea. A ocorrência de parto vaginal após cesárea está relacionada a um contexto de assistência de baixa qualidade, para mulheres marginalizadas, estimulado pelas desigualdades sociais, especialmente no acesso aos serviços de saúde.

Tabela 1 – Proporção de cesáreas em países selecionados, 1970 a 2000.

País	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	referência
Chile				27,7	30,0	37,2	42,0	6, 18
Brasil	14,6	23,1	31,0	32,0		36,4	38,0	1,2,3
Porto Rico				29,0				5
México					20,4	28,6		19
Itália			11,2	15,7	21,2	22,4		9,10,11
Estados Unidos	6,0	10,4	16,5	24,1	23,5	20,8	24,4	4,5,6,12,17
Turquia						18,0		16
Inglaterra	4,9	5,0	10,0	10,5	11,3	15,5	21,0	4,7,8
Escócia	5,9	8,1	10,7	12,8	14,6	14,0		4,5,7,8
França	6,1	8,5	11,0			14,0		13,14,15
Canadá	5,7	9,0	16,1	19,0	19,6			4,5
Holanda	5,3	5,9	8,9	7,0	5,0			4,5
Rep. Tcheca	2,0	3,0	4,0	7,0				15
Japão		7,0	8,0	7,0				15

Fontes: (1) Barros et al, 1991; (2) Bemfam, 1997; (3) DATASUS, 2000; (4) Francome e Savage, 1993; (5) Notzon et al, 1987; (6) Murray e Pradenas, 1997 (7) Macfarlane e Chamberlain, 1993; (8) Macfarlane, 1998; (9) Signorelli et al, 1991; (10) Parazzini et al, 1992; (11) Evans, 1995; (12) MMWR, 1993; (13) Boisselier et al, 1987; (14) Naiditch et al, 1997; (15) Sakala, 1993; (16) Turan e Kutlay, 1995; (17) MacDorman et al, 2002; (18) Muray & Serrani, 2002; (19) Ocana et al, 1999; (20) Dobson, 2001

Adaptado de Freitas (1999).

1.2 - Objetivos

1.2.1 - Objetivo geral:

Identificar fatores associados à via de parto e discutir aspectos da qualidade da assistência ao parto.

1.2.2 - Objetivos específicos:

1. Estimar a chance de parto vaginal após cesárea entre mulheres com cesárea prévia,
2. Identificar indicações de cesárea para mulheres com cesárea prévia,
3. Estudar a associação da realização de cesárea com características sócio-demográficas das mulheres,
4. Estudar a associação da realização de cesárea com a história obstétrica das mulheres,
5. Estudar a associação da realização de cesárea com características do pré-natal e intercorrências na gestação,
6. Estudar a associação da realização de cesárea com características da assistência obstétrica prestada no pré-natal, durante o trabalho de parto e durante o parto,
7. Estudar a associação da realização de cesárea com preferências das mulheres em relação ao tipo de parto,
8. Estudar a associação de cesáreas com características dos médicos que assistiram ao parto e,
9. Discutir a qualidade da assistência ao parto, enfatizando os procedimentos obstétricos realizados durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

1.3 - Metodologia

Essa tese é composta por três artigos realizados em um processo cooperativo pela equipe do Núcleo de Gênero e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

O primeiro artigo, intitulado “*Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro*”, busca identificar os fatores associados à chance de parto vaginal após cesárea, para mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores, assim como descrever as indicações de cesárea. Realizou-se estudo caso controle em uma maternidade pública, filiada a instituição de ensino e pesquisa, localizada no Município do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio da revisão de prontuários médicos de mulheres com cesárea prévia. Como métodos de análise, foram utilizadas análises bivariadas e multivariada por meio de regressão logística, estimando-se razões de chance brutas e ajustadas. Esse artigo, publicado na revista *European Journal of Obstetrics & Gynecology* (vol. 97, nº 2, pág. 152-157, ano 2001), está reproduzido no Capítulo II.

Os dados analisados no segundo e terceiro artigos provêm de outro estudo caso controle realizado em duas maternidades, uma pública e outra conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), também localizadas no Município do Rio de Janeiro. Os objetivos desse estudo eram identificar fatores associados à realização de cesáreas, avaliar a qualidade da atenção ao parto e ainda comparar três modelos assistenciais diferentes: privado, público e conveniado.

No modelo privado, predominante nos hospitais particulares, a decisão sobre o tipo de parto depende do obstetra e da mulher, sofrendo pouca ou nenhuma influência do hospital, que não estabelece normas ou rotinas a serem seguidas, fornecendo apenas a estrutura na qual médicos trazem suas pacientes particulares para serem atendidas durante o parto. Existe um obstetra de plantão, mas a maioria dos partos é realizada por obstetras externos que vem ao hospital somente para acompanhar o parto de suas pacientes particulares. O atendimento é pago pela mulher, seja diretamente ou através de seguros-saúde aceitos pelo hospital. Nas principais maternidades particulares do Rio de Janeiro, a proporção de cesáreas se situa acima de 80% (Campos e Carvalho, 2000).

No modelo público, nas unidades próprias do Município, existe uma proposta de melhoria da qualidade e humanização da assistência, normas nesse sentido e uma coordenação ou gerência que busca regular a prática obstétrica de acordo com as diretrizes propostas. O atendimento é gratuito, obedecendo a normas do Sistema Único de Saúde (SUS).

No modelo conveniado, o hospital é particular, mas apresenta um setor financiado pelo SUS, no qual as mulheres são atendidas gratuitamente. São hospitais que funcionam de forma semelhante aos públicos (sistema de plantões, atendimento universal e gratuito), mas não estão sob influência de um setor de gerência que estabeleça normas e fiscalize a prática obstétrica, como ocorre nos hospitais municipais.

Como não tivemos sucesso no contato com as maternidades particulares, que não permitiram a realização da pesquisa, com a justificativa de que “os médicos não autorizariam consulta aos prontuários de suas pacientes particulares” e “que a pesquisa iria trazer constrangimento para médicos e mulheres”; a pesquisa foi realizada apenas em duas maternidades: uma pública e outra conveniada com o SUS, ambas de atendimento gratuito e clientela homogênea do ponto de vista socioeconômico.

O segundo artigo, intitulado “*Fatores associados à realização de cesáreas em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro*”, busca identificar os fatores associados à realização de cesárea, incluindo-se primíparas e múltiparas (com e sem cesárea anterior). Na metodologia, modelo teórico que articula e hierarquiza vários níveis de influência sobre o tipo de parto foi adaptado de Freitas (1999), que o aplicou em maternidade de Santa Catarina. Após análise bivariada, razões de chance foram estimadas através de regressão logística em níveis hierárquicos de influência sobre o tipo de parto. As variáveis foram incluídas manualmente e um modelo foi testado para cada nível segundo a ordem estabelecida no modelo conceitual. Assim, foi possível avaliar o efeito das variáveis intermediárias na complexa rede de relações diretas e indiretas envolvidas em um desfecho onde grande variedade de fatores sociais, demográficos, biológicos e de organização da atenção médica está envolvida. Esse artigo encontra-se no Capítulo III.

O terceiro artigo, intitulado “*Qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro*”, busca discutir aspectos da qualidade da atenção ao parto. As normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para atendimento ao parto foram consideradas o padrão. De acordo com essas normas, as práticas adotadas durante o trabalho de parto e o parto são classificadas como aquelas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas; práticas comprovadamente danosas que devem ser eliminadas; práticas com evidências insuficientes, que devem ser utilizadas com cautela; e práticas que são frequentemente utilizadas de forma inadequada. Foram consideradas três fases do processo de assistência ao parto: assistência prestada no pré-parto, durante o parto e no pós-parto imediato. A dimensão avaliada foi a técnico-científica, incluindo-se procedimentos realizados, qualidade do

preenchimento do prontuário, e acesso da mulher a informações sobre alguns aspectos do cuidado. Foram calculadas proporções para variáveis categóricas e médias para variáveis contínuas, segundo tipo de parto, para cada maternidade. Diferenças entre proporções foram testadas através do teste qui-quadrado de Pearson e as diferenças entre médias, através do teste t de Student e da análise de variância. Esse artigo está reproduzido no Capítulo IV.

A análise foi realizada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 8.0

O Projeto “Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil: Parto Cesáreo, HIV e Assistência ao Parto” e sua Equipe

As pesquisas que originaram os artigos apresentados nesta tese fizeram parte do projeto “Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil: Parto Cesáreo, HIV e Assistência ao Parto” realizado pelo Núcleo de Gênero e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, com apoio financeiro da Fundação Ford (Nº. Projeto: 950-0546-1) e contaram com a participação da equipe:

- Karen Giffin (coordenadora)
- Antonia de Jesús Angulo-Tuesta (coordenadora executiva e pesquisadora)
- Eleonora d’Orsi (pesquisadora)
- Gisele Peixoto Barbosa (pesquisadora)
- Andréa Sousa Gama (pesquisadora)
- Ana Cristina Reis (pesquisadora)
- Dóra Chor (consultora)
- Tizuko Shiraiwa (consultora)
- Luis Guilherme Pessoa (consultor)

Fizeram parte do projeto “Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil: Parto Cesáreo, HIV e Assistência ao Parto” as seguintes pesquisas:

1. Fatores associados ao parto vaginal após cesárea no Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Os objetivos dessa pesquisa foram identificar fatores associados à chance de parto vaginal após cesárea e analisar as principais indicações de cesárea para mulheres com cesárea prévia. A metodologia utilizada foi estudo tipo caso controle realizado em uma maternidade pública, filiada a instituição de ensino e pesquisa, localizada no

Município do Rio de Janeiro. Como fonte de dados foram revisados prontuários médicos de mulheres com cesárea prévia. Essa pesquisa deu origem ao artigo:

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; BARBOSA, G.P.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; PESSOA, L.G.; SHIRAIWA, T. & FONSECA, M.J.M., 2001. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Health* 97(2): 152-157. (primeiro artigo apresentado nesta tese)

2. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro

Os objetivos desta pesquisa foram identificar fatores associados à realização de cesáreas e avaliar a qualidade da atenção ao parto. A metodologia utilizada foi estudo tipo caso controle realizado em duas maternidades, uma pública e outra conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), também localizadas no Município do Rio de Janeiro. Nesse estudo, os dados foram coletados por meio de entrevistas com as puérperas, revisão de seus prontuários, e entrevistas com os obstetras. Esta pesquisa deu origem aos artigos:

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; GAMA, A.S. & REIS, A.C.G.V. Fatores associados à realização de cesáreas em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro. (segundo artigo apresentado nesta tese)

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; & REIS, A.C.G.V. Qualidade da atenção ao parto em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro (terceiro artigo apresentado nesta tese).

BARBOSA, G.P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; CHOR, D.; D'ORSI, E. & REIS, A.C.G.V., 2003. Parto Cesárea: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).

3. Assistência Obstétrica: a Delimitação de Espaços e Saberes entre Profissionais. Contribuições da Perspectiva de Gênero

Essa pesquisa teve como objetivos analisar as representações dos profissionais de saúde acerca de seu próprio papel na atenção obstétrica; do trabalho multidisciplinar e seu impacto sobre a qualidade da atenção obstétrica; as dimensões de negociação e conflito permeadas pelas diferenças de gênero, classe, autonomia do trabalho e poder; e de que forma a definição de papéis dos profissionais de saúde na atenção obstétrica influencia sua relação com as mulheres atendidas. Foi utilizada metodologia qualitativa

com realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde (médicos e enfermeiras obstétricas). Esta pesquisa deu origem ao artigo:

ANGULO-TUESTA, A.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S.; D'ORSI, E. & BARBOSA, G.P., 2003. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).

4. Mulheres e Formas de Parir: Um estudo das Representações e Experiências quanto ao Parto Vaginal e Cesáreo.

Os objetivos desta pesquisa foram: analisar as representações e experiências femininas quanto ao parto vaginal e cesáreo e, em especial, abordando as dimensões implicadas na “escolha” do parto cesáreo (incluindo percepções das mulheres quanto ao parto cirúrgico; elementos da qualidade da assistência obstétrica; natureza do cuidado recebido quanto à possibilidade de escolha/autonomia da mulher; nível de informação dado à mulher no pré-natal e na hora do parto; a relação médico-paciente; expectativas e experiências afetivas e emocionais ligadas ao parto; representações sobre o corpo e sua relação com o parto) e identificar alguns efeitos psicossociais do parto para a mulher, para a relação mãe-filho e para a relação do casal no que se refere às influências futuras quanto à capacidade sexual e reprodutiva. Foi utilizada metodologia qualitativa com realização de entrevistas semi-estruturadas com 24 puérperas nas mesmas maternidades da pesquisa “*Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da assistência ao parto em duas maternidades no Município do Rio de Janeiro*” Também foram entrevistadas sete puérperas em uma maternidade particular, a fim de permitir análise comparativa de classe social. Foram selecionadas para as entrevistas mulheres com experiências nos dois tipos de parto (vaginal e cesárea), a fim de possibilitar comparações entre suas diferentes experiências. Esta pesquisa deu origem ao relatório de pesquisa:

GAMA, A.S.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; D'ORSI, E.; BARBOSA, G.P. & REIS, A.C.G.V., 2000. Mulheres e formas de parir: um estudo das representações e experiências quanto ao parto vaginal e cesáreo. Relatório de pesquisa, Rio de Janeiro, Fundação Ford.

PRIMEIRO ARTIGO

FACTORS ASSOCIATED WITH VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN IN A MATERNITY HOSPITAL OF RIO DE JANEIRO.

D'ORSI E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; BARBOSA, G.P.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; PESSOA, L.G.; SHIRAIWA, T. & FONSECA, M.J.M.

Resumo:

Objetivos: identificar fatores associados à chance de parto vaginal após cesárea

Desenho de estudo: estudo caso controle baseado em registros médicos em prontuário.

População de estudo: mulheres com cesarea prévia que deram à luz em uma maternidade pública, ligada à instituição de ensino e pesquisa, situada no Município do Rio de Janeiro, entre 1992 e 1996. Amostra: 141 casos (partos vaginais após cesárea) e 304 controles (repetição da cesárea). Análise: análise multivariada com regressão logística.

Resultados: As seguintes características se associaram com maior probabilidade de parto vaginal após cesárea: apenas uma cesárea anterior (OR=19.05; IC95%: 6.88–52.76); dilatação cervical na admissão acima de 3 cm (OR=8.86; IC95%: 4.93–15.94); idade gestacional inferior a 37 semanas (OR=3.01; IC95%: 1.40–6.46); história de pelo menos um parto vaginal anterior (OR=2.12; IC95%: 1.18–3.82); escolaridade até 1º Grau Incompleto (OR=1.94; IC95%: 1.02–3.69). A presença de hipertensão crônica reduziu a chance de parto vaginal (OR=0.44; IC95%: 0.22 – 0.88).

Conclusões: Entre os fatores que podem ser modificados para reduzir a frequência de cesáreas de repetição estão: incentivo à tentativa de trabalho de parto, redução de internações em estágio precoce de trabalho de parto e adequado manejo da hipertensão durante a gestação.

Abstract:

Objectives: identifying characteristics associated with vaginal birth after cesarean.

Study Design: case-control study based on medical records. Study population: women with previous cesarean who had delivered in a public Rio de Janeiro maternity hospital between 1992 and 1996. Sample: 141 cases (vaginal births after cesarean) and 304 controls (a new cesarean after other(s)). Multivariate analysis with logistic regression was carried out.

Results: The following characteristics were associated with great probability of vaginal birth: only one previous cesarean (OR=19.05; IC95%: 6.88–52.76); cervical dilatation at admission above 3 cm (OR=8.86; IC95%: 4.93–15.94); gestational age below 37 weeks (OR=3.01; IC95%: 1.40– 6.46); history of at least one previous vaginal birth (OR=2.12; IC95%: 1.18–3.82); level of education below high school (OR=1.94; IC95%: 1.02–3.69). Chronic hypertension reduced the chances of vaginal birth (OR=0.44; IC95%: 0.22 – 0.88).

Conclusions: Among the factors that can be modified to reduce the number of repeated cesareans are: trial of labor promotion, reducing admission of women at early stages of labor and adequate hypertension management during pregnancy.

Key words: vaginal birth after cesarean, case control study, maternity, cesarean, medical records

Introduction

Cesarean section is a surgical procedure originally developed to save the life of the mother and/or child, when problems arise during pregnancy or birth. It is, therefore, a useful resource when certain types of risk arise for the mother, the baby or both, during the evolution of pregnancy and/or birth. As in the case of all surgical procedures, cesarean section is not exempt from risks, and is associated with higher maternal and infantile morbidity and mortality rates, when compared to vaginal birth in Brazil, as in other countries (Miller, 1988; Faúndes & Cecatti, 1991). From an ethical perspective, the choice of any medical intervention should be based on the balance between risks and benefits. However, Brazil is one of the countries where cesarean section has been used abusively, without any benefits for women and newborns (Shearer, 1993).

In the last thirty years, a progressive increase of cesarean rates has been observed in almost all countries, although not in a homogeneous way. The magnitude of this tendency has been greater in the United States, Canada, Puerto Rico and Brazil (Sakala, 1993). In the 80's these countries exceeded the 15% level, considered by the World Health Organization as the acceptable maximum rate of cesarean sections for any area (WHO, 1996). At the same time, most of the European countries presented rates between 10% and 14%, and Holland, where there is a system of home birth assistance which includes the effective participation of midwives, the rate was close to 7% (Sakala, 1993).

It is also important to emphasize that cesarean rates may vary within the same country. In Brazil, recent national data confirm the growing trend of this type of birth, which has now reached 36%, with the highest rates in São Paulo (52%) and in the Western-Central area of the country (49%) and the lowest rates in the Northeastern (20%) and Northern (25%) areas. It has also been demonstrated that cesarean birth is more frequent in the urban areas (42%) than in the rural areas (20%), and that cesarean birth is strongly associated with the woman's level of education, increasing progressively with the number of years of study (BEMFAM, 1997). There is, therefore, great variability in the cesarean rates, according to the different units analyzed: states, municipalities, neighborhoods or hospitals (d'Orsi, 1998). In 1995, in the municipality of Rio de Janeiro, for instance, the cesarean rate was 46%, varying between 10% and 98%, according to the hospital where the birth had taken place (Campos, 1996).

In modern Obstetrics, the criteria for carrying out a cesarean have increased, often with no appropriate justifications. During 1991 and 1992, in the United States, repeat cesareans represented more than one third of the total of cesarean birth

indications (Paul & Miller, 1995). In that country, as well as in Brazil, vaginal birth after cesarean is still not a frequent practice, in spite of the countless studies that prove its feasibility and safety (McClain, 1990; Rosen & Dickinson, 1990; McMahon et al, 1996).

In 1990 a prospective study carried out in various centers was started in the United States and 7229 women with a previous cesarean were followed-up. Among them, 70% (5022) underwent trial of labor, and 75% of these (3746) had vaginal birth. The frequency of uterine rupture was lower than 1% without any history of maternal death associated with that event. The length of the woman's stay in the hospital, the incidence of blood transfusion after delivery and of fever was higher in the elective cesarean group than in the trial of labor group. The authors note that neither elective cesareans, nor labor trial is exempt from risk, however trial of labor presented better results for the woman and the child than another cesarean (Flam et al, 1994). Other authors also state that about 80% of the women with a previous uterine scar can undergo trial of labor with a high probability of success (Rosen & Dickinson, 1990).

In light of such results, the American College of Obstetricians and Gynecologists published, in 1988, a birth assistance guide for women with uterine scar. This publication states that a previous cesarean is no longer an indication for another cesarean, thus stimulating vaginal birth after cesarean (Santerre, 1996; Scott, 1999).

In Brazil, there are few studies regarding the frequency and the consequences of vaginal birth after cesarean. A retrospective cohort study took place in Campinas (São Paulo) in which all the women that had delivered their first child in 1983 were interviewed ten years later. Among the women that had had a previous cesarean, only 25% had undergone trial of labor and, among these, 45% had vaginal birth. No significant differences were found in the conditions of the new-borns, when compared to those born from cesarean births (Besteti, 1996).

Given the need for research on the frequency and the effects of vaginal birth after cesarean in Brazil, this study was aimed at identifying factors associated with the chances of women having a vaginal birth once they had previously undergone at least one cesarean.

Methods

Site and Population Studied

This study was carried out in Rio de Janeiro at a public maternity hospital which is linked to a teaching and research institution. This hospital is a reference for high-risk

pregnancy, with women coming from all areas of the city and from neighboring municipal districts.

This is a case-control study based on secondary data, in which we have defined as cases vaginal births after cesarean and as controls cesarean birth after cesarean. Our data source was the medical records of women who had delivered at least once in this hospital between 1992 and 1996, and who had undergone a previous cesarean at any hospital. The following inclusion criteria, related to the last birth, were used: gestational age above 28 weeks; single pregnancy, live birth; cephalic presentation; no previous microsection cesarean; no cephalopelvic disproportion (CPD); no fetal malformation; no premature separation of placenta; no placenta previa; no cord prolapse; no active sexually transmissible disease; no fetal distress.

These criteria were applied in order to include only those women who hypothetically had some chance of undergoing a vaginal birth, since they presented a lower frequency of pregnancy complications that could strongly justify another cesarean.

The medical records that were incorrectly included in the file where the sample was selected from were considered as lost. Thus, we have found medical records of women who had not undergone a previous cesarean and of women who had not been assisted at the Obstetrics Service.

Sampling

One thousand and sixty three (1063) women who had undergone at least one previous cesarean were identified as having delivered at the studied hospital between 1992 and 1996. Among them, 211 (19.7%) had undergone vaginal birth and 854 (80.3%) had undergone cesarean birth. All women who had undergone vaginal birth were included as cases and a control sample was selected from the cesarean births.

We had estimated a need of 140 cases and 280 controls to detect the minimum odds ratio of 1.8, with an α error equal to 5%, power ($1 - \beta$) equal to 80% and the case-control relationship of 1:2 (Fleiss, 1981).

Of the 211 vaginal births, 141 (66.8%) were included, 51 (24.2%) were excluded, in accordance with the criteria described and 19 (9.1%) were considered as lost. Among the 575 investigated cesarean births, 304 (52.9%) were selected as a systematic sample, 248 (43.1%) were excluded and 23 (4.0%) were lost.

The data bank was constructed using the EPI-INFO program (version 6.04). Univariate, bivariate, stratified and multivariate analyses were carried out (logistic regression), using the SPSS software package (version 8.0) for Windows.

Results:

This study was carried out with 141 cases (vaginal births after cesarean) and 304 controls (cesarean after cesarean).

Social and demographic information was available in 90% of the medical records included in the study: 82.4% of the women were married (formally or informally), 47.6% were white, 39% were mulatto and 13.4% were black. Average age was 29 years. There were 5% of adolescents (up to 19 years old), 59% between 20 and 34 years and 21% with 35 years and over. There was no significant statistical difference between the cases and the controls, as far as marital status and skin color are concerned. Nevertheless, cases were somewhat younger.

Most women (97.3%) had had their prenatal care at the study hospital (78.8%), or in other institutions, and no differences were found between the two groups studied.

In spite of the fact of being considered a risk reference hospital, more than half of the women studied did not fit into this category. Thus, the results of this study do not refer exclusively to a risk population.

The adolescents were 3 times more likely to have a vaginal birth when compared with the women who were 35 years old and over. A higher frequency of women with a low education level (no education or incomplete elementary school) was observed among those who had vaginal birth and there was a higher rate of women with a high education level (high school or above) among those who had undergone a cesarean. The chances of having a vaginal birth were practically twice as high for low education level women (Table 1).

Women who had undergone vaginal birth had lower chances of presenting any type of pregnancy complication (OR=0.67), although presenting a borderline statistic significance (CI 95%: 0.44 – 1.02). Out of all pregnancy complications, only chronic hypertension diagnosis reduced the chances of vaginal birth (OR = 0.46) (Table 2). Even so, 23.5% of the women who had hypertensive syndromes – chronic hypertension or pregnancy-induced hypertension - had a vaginal birth. This fact confirms that these syndromes are occasional indications for cesarean birth, in accordance with what is advocated by Boisselier et al (1987).

The indications for a cesarean section in the medical records of the 304 control women are on Table 3. There was a predominance of previous cesarean as indication for repeated cesarean, as shown in about 50% of the medical records, as well as previous cesarean combined with other indications. The most frequent diagnosis associated with

previous cesarean was hypertension (18.7%), be it chronic hypertension, pregnancy-induced hypertension, or both.

When we analyzed the past obstetric history and the present birth characteristics (Table 4), we observed that most cases (96.5%) had only one previous cesarean. These women were 21 times more likely to have a vaginal birth than those women who had undergone two to four previous cesareans. The women who had undergone at least one previous vaginal birth (in addition to the previous cesarean) were 3.5% times more likely to have a vaginal birth in the birth studied. Therefore, it seems that the fact of presenting one or more previous vaginal births and of having only one cesarean in their obstetric history has influenced in an important way the medical conduct towards these women, thus allowing the choice of vaginal birth more frequently.

The time gap between the last cesarean and the studied birth also had some influence on the type of birth. Thus, women with a time gap of two years or more had a slightly higher chance of having a vaginal birth than those whose last cesarean had taken place less than two years previously (OR = 1.64).

The degree of cervical dilatation at the time of admission to the hospital, plus the fact of admission with labor usually in progress, was one of the factors more strongly linked to vaginal birth. Women admitted with a dilatation superior or equal to 3cm were 8.4 times more likely to have vaginal birth, when compared to those admitted with less than 3 cm of dilatation. It is interesting to note that in the vaginal birth group, most women were admitted with a dilatation between 3 and 5 cm, that is, in the active phase of labor, yet far from the expulsion phase. This suggests that they were assisted for a few hours during their labor, and that the doctor who assisted them allowed the progression of labor until the birth.

Women who at the time of admission in the hospital had spontaneous rupture of membranes at least 12 hours previously were twice more likely to have vaginal birth than those admitted with intact membranes. This fact, which is linked also to cervical dilatation above 3 cm, shows that most women of the vaginal birth group were already in labor when they were admitted.

Preterm birth was also associated with the type of delivery, as women who were less than 37 weeks of gestation were twice as likely to have vaginal birth.

Tubal ligation was also shown to be associated with lower chances of having a vaginal birth. In the period studied, tubal ligation was commonly carried out during surgical births, which procedure has since been forbidden by legislation. In spite of the

fact that tubal ligation could be carried out through laparoscopy after a vaginal birth in the hospital studied, tubal ligation was more frequent in the cesarean group.

Table 5 presents the results of the multivariate analysis of the variables included in the final model. The variable that had the strongest association with vaginal birth was the number of previous cesareans. Thus, women who had undergone only one previous cesarean were 19 times more likely to have a vaginal birth than those who had undergone more than one previous cesarean. The following variables were: cervical dilatation above 3 cm at the time of admission (adjusted OR = 8.86), gestational age below 37 weeks (adjusted OR = 3.01), history of at least one previous vaginal birth (adjusted OR = 2.12) and level of education below high school (adjusted OR = 1.94)

On the other hand, chronic hypertension reduced the chances of vaginal birth (adjusted OR = 0.44)

Discussion

The axiom “once cesarean, always cesarean” stated by Cragin (1916) should be replaced by “once cesarean, always trial of labor” (Rosen et al, 1991). Present-day reality is different from that of the beginning of the century, when cesarean section was a procedure that frequently brought adverse consequences, and that was always carried out through a vertical incision in the uterus body. Thus it represented a risk for subsequent labor, due to the high probability of uterine rupture. Currently, a lower horizontal uterine segment section is performed, which reduces the risk of uterine rupture in future pregnancies.

These data allow us to reframe the question: if vaginal birth was possible for 141 women, why did the same not occur with the 304 women of the control group?

Reviewing some of the results of our study, we realized that pregnancy complications did not always hinder vaginal birth, except for women with chronic hypertension. In these cases, there was less likelihood of having a vaginal birth. The issue of hypertension management during pregnancy must be better researched, because it was a factor which, together with previous cesareans, showed it to be a frequent indication of a new cesarean. It is worth noting that the adequate control and follow-up of the pregnant women with hypertensive syndromes during prenatal care and birth probably allowed 23.5% of them to have vaginal delivery.

In the cesarean group, 171 women (56.3%) had undergone only one previous cesarean, which by itself would not be an indication for another cesarean. Of these 171 women, 66 (38.6%) had a new indication for a cesarean based exclusively on the fact that they had had one before. Among the other most frequent indications there also

appeared previous cesareans associated to chronic hypertension (8.8%), previous cesarean associated with prelabor rupture of the membranes (6.4%) and previous cesarean associated with cervical dilatation below 3 cm, which reduced even more the chances of vaginal birth.

The moment of arrival and admission to the hospital was shown to be one of the most influential factors as to the mode of delivery, and even more so if we observe that the women of the cesarean group were mostly admitted with zero or one of dilatation, that is, they were not yet in labor. This suggests that when they were admitted, the medical decision to perform cesarean section had already been made.

It is possible to infer from our results that, among the 205 women who had trial of labor (46.2% of the sample studied, 100.0% of the vaginal birth group and 21.1% of the cesarean group), 141 evolved to vaginal birth (68.8%). Thus, it is clearly important to have women undergo trial of labor as a way to increase the occurrence of vaginal birth after cesarean.

As a matter of fact, our results indicate that promoting trial of labor for women with previous cesarean could increase the rate of vaginal birth after cesarean in the institution studied, thus reducing the number of repeated cesareans. One of the strategies to make this happen is to reduce admission of those women still at early stages of labor or those not yet in labor. For those who should be admitted at early stages, it is important to review the management of labor, in order to enable them bide their time thus prioritizing the chances of a vaginal birth.

Table 1 – Social and demographic characteristics, odds ratio and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.

	CASES		CONTROLS		<i>OR</i>	95% CI
	(vaginal births)		(cesareans)			
	N	%	N	%		
Civil Status						
Single	16	14.5	39	14.8	0.96	0.51 - 1.79
Widow/divorced	1	0.9	8	3.0	0.29	0.04 - 2.36
Married	93	84.5	217	82.2	1.00	-
Skin color						
White	56	45.5	132	48.5	0.90	0.47 – 1.73
mulatto	50	40.7	104	38.2	1.02	0.52 – 1.99
black	17	13.8	36	13.2	1.00	-
Age group						
15 to 19	10	7.1	8	2.6	3.01	1.11 – 8.49
20 to 34	99	70.7	220	72.4	1.11	0.58 – 1.78
35 and above	31	22.1	76	25.0	1.00	-
Education						
None/incomplete elementary school	58	49.2	124	42.6	1.94	1.13 – 3.35
complete elementary school	36	30.5	67	23.0	2.24	1.23 – 4.09
high school/college	24	20.3	100	34.4	1.00	-

Table 2 – Pregnancy Complications, odds ratios and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996

PROBLEMS	CASES		CONTROLS		OR	95% CI
	(Vaginal births)		(Cesareans)			
	N	%	N	%		
Chronic Hypertension	23	16.4	90	29.9	0.46	0.27 - 0.77
Pregnancy-induced Hypertension	24	17.1	63	20.9	0.78	0.46 - 1.32
Infection of Genitourinary Tract	6	4.3	22	7.3	0.56	0.22 - 1.43
Rhesus isoimmunization	5	3.6	21	7.0	0.49	0.18 - 1.34
Use of antibiotics	8	5.7	20	6.6	0.85	0.36 - 1.98
Diabetes mellitus	6	4.3	18	6.0	0.71	0.27 - 1.82
Sexually transmitted disease	2	1.4	16	5.3	0.25	0.05 - 1.14
Cardiopathy	3	2.1	4	1.3	1.63	0.35 - 7.36
First-trimester bleeding	2	1.4	4	1.3	1.07	0.20 - 5.95
Oligohydramnios	5	3.6	4	1.3	2.75	0.73-10.40
Any problem in pregnancy	84	60.0	207	69.0	0.67	0.44 - 1.02

Table 3 – Indications for cesarean for women with repeated cesareans, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996 .

INDICATIONS	N	%
Previous cesarean	150	49.34
Previous cesarean & chronic hypertension	31	10.20
Previous cesarean & prelabor rupture of the membranes	20	6.58
Previous cesarean & pregnancy-induced hypertension	17	5.59
Previous cesarean & pregnancy-induced hypertension & chronic hypertension	9	2.96
Prelabor rupture of the membranes	8	2.63
Pregnancy-induced hypertension	7	2.30
Rhesus isoimmunization	7	2.30
Failure to progress	6	1.97
Previous cesarean & macrosomia	6	1.97
Previous cesarean & Rhesus isoimmunization	6	1.97
Pregnancy-induced hypertension & chronic hypertension	6	1.97
Chronic hypertension	4	1.32
Others*	27	8.88
TOTAL	304	100.00

* Other includes combinations of indications with less than 1%.

Table 4 – Obstetric history and variables related to the present birth, odds ratios and 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.

	CASES (vaginal births)		CONTROLS (cesareans)		OR	95% CI
	N	%	N	%		
<i>Number of previous cesareans</i>						
2 to 4	5	3.5	133	43.8	1.00	-
1	136	96.5	171	56.3	21.15	8.4 - 53.1
<i>Number of previous vaginal births</i>						
none	70	49.6	236	77.6	1.00	-
1 to 8	71	50.4	68	22.4	3.52	2.30 - 5.39
<i>time gap between the last cesarean and the studied birth.</i>						
up to 2 years	31	28.2	98	39.2	1.00	-
more than 2 years	79	71.8	152	60.8	1.64	1.09 - 2.67
<i>cervical dilatation at the time of admission</i>						
less than 3 cm	47	33.6	242	80.9	1.00	-
more than or equal to 3 cm	93	66.4	57	19.1	8.40	5.33 - 13.23
<i>gestational age</i>						
37 weeks or more	106	77.9	267	88.1	1.00	-
less than 37 weeks	30	22.1	36	11.9	2.10	1.23 - 3.58
<i>time of the rupture of the membranes</i>						
intact membranes	97	71.9	249	84.1	1.00	-
rupture before a 12 hour period	25	18.5	30	10.1	2.14	1.20 - 3.82
rupture 12 h before or longer	13	9.6	17	5.7	1.96	0.92 - 4.19
<i>Tubal Ligation</i>						
no	128	90.8	209	68.8	1.00	-
yes	13	9.2	95	31.3	0.23	0.12 - 0.41
<i>History of stillbirth/premature/abortion</i>						
no	95	67.4	193	65.9	1.00	-
yes	46	32.6	100	34.1	0.93	0.61- 1.43
<i>admitted to the hospital already in labor</i>						
no	72	51.1	253	83.2	1.00	-
yes	69	48.9	51	16.8	4.75	3.04 – 7.43

Table 5 – Factors associated with vaginal birth after cesarean, crude and adjusted odds ratios, 95% confidence intervals, public maternity hospital in Rio de Janeiro State, 1992 to 1996.

	<i>crude OR</i>	<i>adjusted OR</i>	<i>95% CI</i>	<i>ρ</i>
number of previous cesarean births				
2 to 4	1.00			
1	21.15	19.05	6.88 – 52.76	< 0.001
cervical dilatation at the time of admission				
less than 3 cm	1.00			
more than or equal to 3 cm	8.40	8.86	4.93 – 15.94	< 0.001
number of previous vaginal births				
none	1.00			
1 to 8	3.52	2.12	1.18 – 3.82	0.011
Education				
High school or college	1.00			
Below high school	2.39	1.94	1.02 – 3.69	0.041
Gestational age				
37 weeks or more	1.00			
less than 37 weeks	2.10	3.01	1.40 – 6.46	0.005
Chronic hypertension				
no	1.00			
yes	0.46	0.44	0.22 – 0.88	0.020

SEGUNDO ARTIGO
FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESÁREAS EM DUAS
MATERNIDADES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.;
GAMA, A.S. & REIS, A.C.G.V.

Resumo:

JUSTIFICATIVA: A proporção de cesáreas no Brasil é uma das maiores do mundo: 38% dos nascidos vivos em 2000. Contribuem para isso fatores relacionados à três dimensões: forma de organização da prática obstétrica, características das mulheres, e dos médicos.

OBJETIVOS: Identificar fatores associados à realização de cesáreas em duas maternidades: pública e conveniada com o Sistema Único de Saúde, ambas situadas no Município do Rio de Janeiro.

MÉTODOS: Estudo caso controle (casos: cesáreas, controles: partos vaginais) Amostra: 461 mulheres na maternidade pública (231 cesáreas e 231 partos vaginais) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 cesáreas e 224 partos vaginais). Período de estudo: outubro/1998 a março/1999. Fontes de dados: entrevistas com puérperas e obstetras; e revisão de seus prontuários médicos. Técnica de análise multivariada: regressão logística em níveis hierárquicos.

RESULTADOS: Em ambas as maternidades, a mais forte associação com cesárea foi encontrada para mulheres cujo último parto foi cirúrgico (Pública: OR=16,7; IC 95%: 4,9-56,6; Conveniada: OR=10,7; IC 95%: 4,7-24,3) e para mulheres internadas com menos de 3 cm de dilatação cervical (Pública: OR=12,0; IC 95%: 5,1-28,3; Conveniada: OR=4,5; IC 95%: 2,6-7,7). Na maternidade pública, as características associadas à maior chance de cesárea foram: idade entre 20 e 34 anos; primiparidade; último parto por cesárea; gestante desejar cesárea; dilatação cervical inferior a 3 cm na admissão; idade gestacional superior a 41 semanas; parto realizado por obstetra do sexo masculino, por obstetra que trabalha em regime de plantão por mais de 24 h semanais, ou que tem consultório particular; e, parto no horário diurno de plantão. As características associadas à menor chance de cesárea foram: sair de casa com sinais de trabalho de parto; idade gestacional inferior a 37 semanas; uso de ocitocina e amniotomia. Na maternidade conveniada, as características associadas à maior chance de cesárea foram: primiparidade; último parto por cesárea; hipertensão na gestação; dilatação cervical na admissão inferior a 3 cm; apresentação fetal não cefálica e parto no horário diurno de plantão ou no início da noite. As características associadas à menor

chance de cesárea foram: gestante ter solicitado parto cirúrgico; sair de casa com sinais de trabalho de parto; e uso de ocitocina.

CONCLUSÕES: Nas maternidades estudadas, a maior parte dos fatores associados à realização de cesárea são passíveis de modificação. A reorganização da prática obstétrica incentivando-se a tentativa de trabalho de parto após cesárea, evitando-se cesáreas em primíparas, reduzindo-se as internações precoces, e reforçando-se o trabalho em equipe podem contribuir para a redução da proporção de cesáreas.

Abstract

INTRODUCTION: The caesarean section rate in Brazil is one of the largest in the world: 38% of the live born in 2000. Factors associated with an increased risk of caesarean section pertain to three dimensions: the women's characteristics, the obstetrician's characteristics and the way obstetric practice is organized.

OBJECTIVES: To identify factors associated with caesarean sections in two maternities: a public one and a private one financed by the Unique Health System (*Sistema Único de Saúde*), both placed in Rio de Janeiro city.

METHODS: Case control study (cases: caesareans, controls: vaginal births). Sample: 461 women from the public maternity (231 caesareans and 231 vaginal births) and 448 women in the private (224 caesareans and 224 vaginal births). Study period: october/1998 to march/1999. Data source: women's interviews, medical records review and obstetrician's interviews. Hierarchical logistic regression analysis was carried out.

RESULTS: In the public maternity, factors associated with an increased chance of caesarean section were: women in the 20 -34 age group; primiparity; last birth as caesarean; wanting a caesarean; cervical dilatation at admission below 3 cm; gestational age above 41 weeks; being assisted by a male obstetrician, or by an obstetrician working more than 24 hours per week on duty, or by an obstetrician working on private clinics; and having birth between 9 a.m. and 3 p.m. Variables associated with a significantly decreased chance of caesarean were: leaving home with signs of labor; gestational age below 37 weeks; use of oxytocyn and amniotomy. In the private maternity, factors associated with a significantly increased chance of caesarean section, in the final model, were: primiparity; last birth as caesarean; gestational hypertension; cervical dilatation at admission below 3 cm; non cephalic presentation and having birth between 9 a.m. and 3 p.m. or between 3 p.m. and 12 p.m. Variables associated with a significantly decreased chance of caesarean were: caesarean request; leaving home with signs of labor and use of oxytocyn. The strongest associations were found for last birth as caesarean (public maternity: OR=16,7; IC 95%:4,9-56,6; private maternity: OR=10,7; IC 95%: 4,7-24,3) and cervical dilatation at admission below 3 cm (public maternity: OR=12,0; IC 95%:5,1-28,3; private maternity: OR=4,5; IC 95%: 2,6-7,7).

CONCLUSIONS: The reorganization of the obstetric practice inside maternities, with support for vaginal birth after caesarean, reduction of early admissions, changes in labor management with regard to its physiologic duration and improvement in team work can contribute to caesarean section's reduction in the studied maternities.

INTRODUÇÃO

A proporção de cesáreas no Brasil é uma das maiores do mundo: 38% dos nascidos vivos em 2000 (DATASUS, 2000), sendo superada apenas pelo Chile, onde esse indicador atingiu 42% em 1999 (Murray & Serani, 2002). Recentemente, observou-se tendência ao declínio na proporção de cesáreas realizadas no setor público brasileiro (hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS), de 32% no período de 1994 a 1997, para 25% em 2001 (Cecatti & Serruya, 2002).

No Brasil, quanto melhor o padrão socioeconômico, maior a probabilidade de cesárea, tanto em nível agregado como em nível individual. Assim, a proporção de cesáreas é maior nas regiões mais desenvolvidas, como Sudeste (45%), Sul (40%) e Centro-Oeste (43%), do que nas regiões menos desenvolvidas do país, como Norte (27%) e Nordeste (25%) (Duarte et al, 2002). Também é mais elevada nos hospitais privados (70%) do que nos públicos (32%) (Chacham & Perpétuo, 1996; IBGE, 1999; Campos & Carvalho, 2000; Yazzle et al, 2001; Potter et al, 2001), e entre as mulheres com maior nível de escolaridade e poder aquisitivo (Faúndes & Cecatti, 1991; Rattner, 1996 ; Chacham & Perpétuo, 1996; d'Orsi & Carvalho, 1998; Chor et al, 1999).

Aspecto adicional do perfil distorcido da utilização de cesáreas no Brasil diz respeito à dificuldade de acesso à assistência hospitalar nas regiões mais pobres do país (Barros et al, 1986). Até mesmo em regiões metropolitanas desenvolvidas, como no Rio de Janeiro, a realização excessiva de parto cesáreo coexiste com a ausência de cirurgia em situações em que esta estaria claramente indicada (Carvalho, 1993).

Entre os fatores que influenciam a decisão pela cesárea, a conveniência, para os obstetras, de uma intervenção programada tem sido enfatizada (Faúndes & Cecatti, 1991; Porreco & Thorp, 1996). A insegurança do médico, devido ao treinamento insuficiente diante de situações inesperadas que podem ocorrer durante o trabalho de parto também contribui para decisão de cirurgia (Berkowitz et al, 1989). No sistema público, a desvinculação entre o pré-natal e o parto é considerada fator contribuinte, em função da ausência de informações sobre a gestação atual e também sobre as anteriores, no momento do parto, assim como o sistema de plantões, que não permite o estabelecimento do vínculo médico-paciente. Além disso, em alguns hospitais, prevalece a conduta de não permitir que parturientes permaneçam em evolução de trabalho de parto entre um turno de plantão e outro (Freitas, 1999; Dias, 2001).

Ao contrário do que alegam alguns obstetras (Faúndes & Cecatti, 1991), estudos recentes mostram declarada preferência das mulheres pelo parto vaginal (em torno de 70%), conforme demonstrado pelo Estudo Latino-Americano sobre Cesárea (ELAC)

(Osis et al, 2001; Ramos, 2002) e outros estudos (Hopkins, 2000; Potter et al, 2001; Béhague et al, 2002). A recuperação mais rápida e o pós-parto menos doloroso aparecem como as principais razões da preferência pelo parto vaginal, apesar da ausência de contrações ser apontada como a principal vantagem da cesárea. De um modo geral, as mulheres consideram que a cesárea deve ser realizada apenas quando não há alternativa, devido à enfermidade grave da mulher ou risco para o bebê (Osis et al, 2001; Ramos, 2002).

A investigação aqui apresentada foi planejada com o intuito de estudar a associação de cesárea com fatores relacionados às características das mulheres, características dos médicos, e forma de organização da prática obstétrica, em duas maternidades localizadas no Município do Rio de Janeiro, uma pública e outra conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Raros estudos epidemiológicos no Brasil abordaram estas três dimensões (Faúndes & Cecatti, 1991; Freitas, 1999). Buscamos, dessa forma, contribuir para o conhecimento mais detalhado dos mecanismos que levam à realização de cesáreas nas maternidades selecionadas.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Foi realizado estudo caso-controle, no qual foram considerados como casos os partos por cesárea e como controles os partos vaginais ocorridos em duas maternidades situadas no Município do Rio de Janeiro, entre outubro de 1998 e março de 1999.

A amostra foi calculada em 225 casos e 225 controles em cada maternidade. Esse número foi considerado suficiente para detectar, com 80% de poder e a um nível de 95% de significância, um *odds ratio* de pelo menos 2,0, para variações entre 15% e 70% na proporção de expostos entre controles (já que estudamos grande variedade de potenciais fatores de exposições) (Fleiss, 1981). Foram selecionados para inclusão no estudo todos os partos por cesárea ocorridos no dia anterior ao dia da entrevista e uma amostra sistemática de aproximadamente 50% dos partos vaginais. Foram excluídos do estudo os partos de mulheres com menos de 16 anos de idade, gestação com menos de 28 semanas de duração, e fetos nascidos mortos. Também foram excluídos os partos realizados por enfermeiras obstétricas, o que ocorreu somente na maternidade pública.

Maternidades selecionadas

A maternidade pública tem administração da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), sendo equipada com unidade de terapia intensiva neonatal. Funciona como unidade de referência para gestação de médio e alto risco obstétrico, recebendo mulheres encaminhadas devido à hipertensão ou prematuridade. Recebeu os

certificados de “Maternidade Segura” e “Maternidade Amiga da Criança”, que atestam seu bom padrão de atendimento. Oferece programa de treinamento de Residência Médica em Obstetrícia, mas não recebe alunos de graduação em Medicina (acadêmicos).

A maternidade particular é conveniada com o SUS, e a pesquisa foi realizada somente no setor de atendimento gratuito (reembolsado pelo SUS). Atende clientela de baixo risco gestacional, encaminhando para outras unidades os casos que possam necessitar de unidade intermediária ou intensiva, pois não dispõe de tais recursos. Funciona como campo de estágio em Obstetrícia para acadêmicos e internos de Medicina, além de oferecer programa de treinamento de Residência Médica em Obstetrícia.

Fontes de dados

Os dados foram coletados por meio de formulário com perguntas fechadas e abertas, em entrevistas realizadas com puérperas (na enfermaria, entre 24 e 48 h após o parto), e médicos (na sala de plantão, após o término da coleta com as mulheres), e também através da revisão de prontuários.

Por meio da entrevista com as mulheres, foram coletadas informações sobre características socioeconômicas (renda, escolaridade, trabalho remunerado, raça); demográficas (idade, situação marital); história reprodutiva (paridade, características do último parto); número de consultas, trimestre de início e local de realização do pré-natal; relato de intercorrências durante a gestação (hipertensão, hemorragia no terceiro trimestre, perda de líquido); preferência por cesárea, pedido de cesárea, sinais de trabalho de parto quando saiu de casa em busca do hospital e laqueadura tubária.

Na revisão de prontuário, foram coletadas as características da admissão (hora da admissão, dilatação cervical, características da bolsa d'água, idade gestacional, apresentação fetal); da condução do trabalho de parto (uso de ocitocina e amniotomia) e a hora do parto.

Nas entrevistas com obstetras, registrou-se o sexo do obstetra e coletaram-se informações sobre sua idade, tempo de formado, atendimento em consultório particular, e número de horas semanais de plantão. Estas entrevistas foram realizadas somente na maternidade pública já que, na maternidade conveniada, a maioria dos partos vaginais foi realizada por acadêmicos, ficando as cesáreas a cargo dos médicos do staff ou acadêmicos do 6º ano.

Variáveis

A hora da admissão foi subdividida em três grupos, que emergiram como períodos de tempo distintos em estudo qualitativo realizado por Freitas (1999), na Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis-SC). Eles representam o período noturno do plantão (22:00 às 05:59 h), o período diurno (06:00 às 17:59 h) e o período do início da noite (18:00 às 21:59 h), que corresponde à troca entre os plantões diurno e noturno. A hora do parto foi categorizada em quatro períodos: 00:00 às 05:59 h (madrugada), 06:00 às 08:59 h (manhã), 09:00 às 14:59 h (dia) e 15:00 às 23:59 h (tarde/noite). Essa divisão foi utilizada por Freitas (1999), que considerou o período de 06:00 às 08:59 h e 15:00 às 23:59 h “cruciais” em termos de tomada de decisão sobre o tipo de parto.

O ponto de corte de 3 cm foi utilizado para classificar as mulheres que foram internadas em trabalho de parto (dilatação cervical igual ou superior a 3 cm) ou não (dilatação cervical inferior a 3 cm), de acordo com critério proposto por Enkin (1996).

Para classificação da presença de sinais de trabalho de parto antes da admissão, questionou-se o que a mulher “estava sentindo quando saiu de casa em busca do hospital”. Depois de apresentada uma lista de sinais e sintomas, aquelas que relataram dor ou contrações ou perda de líquido ou do tampão foram classificadas como positivas.

As informações sobre intercorrências durante a gestação originaram-se da pergunta: “A Sra. teve algum problema de saúde durante a gestação?”, seguida por uma lista de problemas (pressão alta, sangramento, perda de líquido etc.) que, caso confirmados, indicaram classificação positiva.

O tempo decorrido entre a admissão e o parto foi calculado pela diferença entre a hora do parto e a hora de admissão da mulher ao hospital. A idade gestacional foi subdividida em menos de 37 semanas (pré-termos), 37 a 40 semanas (a termo) e 41 a 43 semanas (pós-termos) (Enkin, 1996).

Análise de dados

Segundo modelo conceitual criado por Freitas (1999) e testado na Maternidade Carmela Dutra (Florianópolis-SC), os fatores que influenciam o tipo de parto podem ser agrupados em níveis hierárquicos de influência, numerados de 1 até 7 (Figura 1).

Inicialmente foi realizada análise bivariada para identificar associações significativas entre tipo de parto (cesárea vs. vaginal) e uma série de variáveis independentes. Foram calculados *odds ratios* como medida de associação entre características de casos e controles, sendo selecionadas para análise multivariada somente as variáveis que apresentaram associação significativa ($p < 0,05$) em pelo menos uma maternidade.

Em seguida foi realizada análise multivariada com regressão logística no programa SPSS versão 8.0 (1997). As variáveis foram incluídas manualmente no modelo, segundo a ordem hierárquica estabelecida pelos níveis de influência (Freitas, 1999). Um modelo para cada nível foi construído. No primeiro modelo, foram incluídas a escolaridade, faixa etária e história reprodutiva (variáveis do primeiro nível que foram significativas à análise bivariada). A escolaridade foi incluída no modelo, apesar de não apresentar significância estatística na análise bivariada, porque consideramos importante realizar o ajuste por pelo menos uma variável socioeconômica. No segundo modelo, somente as variáveis do primeiro nível que conservaram nível de significância inferior a 0,10 (medida pelo teste de Wald) permaneceram, acrescentando-se as variáveis significativas, na análise bivariada, do segundo nível. Esse procedimento foi repetido até o último nível. Nesse tipo de modelagem, as variáveis consideradas como menos influenciáveis por outras (idade e paridade, por exemplo), são colocadas em nível hierárquico distal. Posteriormente, as variáveis de cada nível são incluídas segundo a ordem definida no modelo conceitual. Os *odds ratios* ajustados para todas as variáveis incluídas em cada nível são apresentados nas tabelas da análise multivariada. O aumento do poder explicativo do modelo a cada nível foi avaliado por meio do incremento no valor de $-2 \log \text{likelihood}$ (-2LL), medida com o χ^2 do modelo. De posse dessas estatísticas, é possível avaliar o efeito das variáveis intermediárias na complexa rede de relações diretas e indiretas envolvidas em um desfecho onde grande variedade de fatores sociais, demográficos, biológicos e de organização da atenção médica está envolvida (Victora et al, 1994; Victora et al, 1997; Freitas, 1999; Estebanez et al, 2000; Barros et al, 2001; Béhague et al, 2002).

RESULTADOS

Foram estudadas 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas). As duas maternidades apresentaram a mesma proporção de cesáreas no período de estudo (aproximadamente 30%).

Maternidade pública - Análise bivariada

Nas Tabelas 1 e 2 encontram-se os resultados da análise bivariada. Na maternidade pública, a mediana de idade foi 24 anos entre casos (cesáreas) e 22 anos entre controles (partos vaginais). Houve chance significativamente maior de cesárea para as mulheres com 20 anos de idade ou mais, comparadas às adolescentes. Apenas 1/6 das mulheres apresentaram segundo ou terceiro grau completo. Assim, a chance 1,6 vezes maior de cesárea entre aquelas com maior nível de escolaridade (comparadas às

de menor escolaridade) não alcançou significância estatística. Houve forte associação entre paridade/história obstétrica e tipo de parto (nível 1). As primíparas e múltiparas cujo último parto foi cesárea tiveram chance significativamente maior de cesárea do que as múltiparas cujo último parto foi vaginal.

Entre as características do pré-natal (nível 2), a chance de cesárea foi significativamente maior para as mulheres com mais de seis consultas de pré-natal, com início precoce (ainda no primeiro trimestre) ou que realizaram pré-natal e parto no mesmo hospital. Em relação às intercorrências durante a gestação (nível 3), associação significativa foi observada entre hipertensão ou hemorragia do terceiro trimestre e cesárea.

Quanto às decisões da mulher (Tabela 1-nível 4), a maioria das participantes declararam que não desejavam parto cesáreo. Houve associação direta entre querer cesárea, ter solicitado a realização de cesárea e parto cirúrgico, embora apenas a primeira associação tenha sido estatisticamente significativa. A realização de laqueadura tubária durante o parto em estudo também aumentou a chance de cesárea e ter saído de casa para o hospital com sinais de trabalho de parto implicou em chance significativamente menor de cesárea. Diversas características da admissão (Tabela 2 -nível 5) apresentaram associação significativa com cesárea. As associações mais fortes foram observadas com a dilatação cervical (inferior a 3 cm: OR = 10,0) e com a apresentação fetal (não cefálica: OR = 13,4). Na condução do trabalho de parto (nível 6), o uso de ocitocina e a realização de amniotomia acarretaram chance significativamente menor de cesárea. Por outro lado, diversas características do obstetra aumentaram a chance de cesárea: ser do sexo masculino, ter sete anos ou mais de formado, atender em consultório particular, e trabalhar mais de 24 horas por semana, em regime de plantão. No nível mais próximo do modelo teórico apresentado (nível 7), houve associação significativa entre a hora de realização e tipo de parto: cesáreas mais freqüentes entre 09:00 e 14:59h (Tabela 2)

Maternidade pública - Análise Multivariada

Os resultados da análise multivariada para a maternidade pública são apresentados na Tabela 3. As primeiras características incluídas no modelo foram a idade e o grau de escolaridade da mulher. Com o ajuste para a paridade/história obstétrica, o efeito da idade sobre o tipo de parto tornou-se ainda maior: as mulheres com mais de 35 anos apresentaram chance 7,3 vezes maior (IC 95%: 2,9-18,5) de cesárea. Além disso, manteve-se a forte influência tanto da primiparidade quanto da cesárea prévia sobre a chance de cesárea: as primíparas apresentaram chance 6,7 vezes

maior de cesárea (IC 95%: 3,8-11,9), e as múltiparas, cujo último parto foi cesárea, apresentaram chance 19,3 vezes maior de cesárea (IC 95%: 10,2-36,5), quando comparadas às múltiparas cujo último parto foi vaginal. No nível 2, a associação positiva entre o número de consultas de pré-natal e a chance de cesárea observada na análise bivariada desapareceu, quando as variáveis do pré-natal (trimestre de início e local de realização do pré-natal), faixa etária e história obstétrica, foram incluídos no modelo. No entanto, o início do pré-natal no primeiro trimestre e o fato de ter realizado pré-natal e parto no mesmo hospital permaneceram com forte influência sobre a chance de cesárea, após ajuste para as variáveis deste e do nível anterior. No nível 3, hipertensão e hemorragia no terceiro trimestre mantiveram-se associadas à cesárea mesmo quando ajustadas para as variáveis dos níveis anteriores. Já que a estimativa de associação com hemorragia apresentou precisão muito pequena, foi excluída do modelo. No nível 4, o fato da mulher desejar a realização de parto cirúrgico implicou em chance de cesárea quase duas vezes maior (IC 95%: 1,1-3,4) mesmo após ajuste para a idade, paridade/história obstétrica, pré-natal e parto no mesmo hospital, e hipertensão na gestação. As mulheres que saíram de casa com sinais de trabalho de parto tiveram chance de cesárea cinco vezes menor (OR=0,2; IC 95%: 0-0,3) após ajuste para as variáveis estatisticamente significativas dos níveis anteriores. Ainda nesse nível, a realização de laqueadura tubária perdeu seu efeito. No nível 5, foram incluídas as características da admissão. A hora da admissão e as características da bolsa perderam o efeito apresentado anteriormente. O grau de dilatação cervical na internação manteve-se como uma das variáveis mais fortemente associadas ao tipo de parto: as mulheres internadas com dilatação inferior a 3 cm apresentaram chance 8,5 vezes maior de cesárea (IC 95%: 4,3-16,6). A idade gestacional também permaneceu no modelo: gestações com mais de 41 semanas de duração apresentaram maior chance de cesárea. A apresentação fetal foi excluída do modelo devido a pouca precisão da estimativa de associação. A inclusão da dilatação cervical no modelo provocou diminuição da magnitude da associação entre faixa etária, pré-natal e parto no mesmo hospital, e hipertensão com o tipo de parto, sugerindo que parte do efeito dessas variáveis pode ser explicado pelo grau de dilatação com que a mulher chega ao hospital. No nível 6, as fortes associações inversas entre o uso de ocitocina e também da realização de amniotomia com a chance de cesárea foram mantidas: as mulheres que usaram ocitocina tiveram chance dez vezes menor de cesárea (OR=0,1; IC 95%: 0-0,3), e aquelas submetidas à amniotomia tiveram chance 2,5 vezes menor de cesárea (OR=0,4; IC 95%: 0,2-1,0). A inclusão do uso de ocitocina e amniotomia no modelo provocou redução do

efeito da idade e da paridade/cesárea anterior, sugerindo que parte do efeito dessas variáveis ocorreu através da forma de condução do trabalho de parto. Entre as características dos médicos, a associação verificada, na análise bivariada, entre o fato do obstetra ser do sexo masculino e a maior chance de cesárea apresentou significância limítrofe (OR=2,1; IC 95%:0,9-4,7), após ajuste pelas outras características dos médicos e por aquelas dos níveis anteriores. O tempo semanal de plantão e atender em consultório particular se mantiveram no modelo, com chance quatro vezes (IC95%: 1,5-9,2) e três vezes (IC95%: 1,1-10,2) maior de cesárea, respectivamente. A inclusão destas variáveis no modelo não alterou as medidas de associação das variáveis situadas nos níveis anteriores.

Finalmente, no nível 7 foi incluída a hora de realização do parto, que apresentou associação limítrofe com o tipo de parto: no horário diurno (9:00 às 14:59 h), a chance de cesárea foi 2,7 vezes maior (IC 95%: 0,9-8,4) do que no horário da madrugada (00:00 às 05:59 h). De acordo com o declínio significativo do valor do $-2\log likelihood$ (-2LL), as variáveis acrescentadas em cada nível, melhoraram sucessivamente a explicação do desfecho em estudo.

Maternidade conveniada - Análise bivariada

Na maternidade conveniada, a mediana de idade foi 23 anos entre casos e controles, e a maioria das mulheres também apresentou nível baixo de escolaridade (1º grau incompleto ou menos). Não houve associação significativa entre idade ou escolaridade da mulher e tipo de parto, embora a chance de cesáreas tenha sido 40% maior entre as mulheres com 2º ou 3º Grau comparadas àquelas de menor escolaridade (Tabela 1). Quanto à paridade/história reprodutiva, foram observadas associações semelhantes àquelas encontradas na maternidade pública: maior chance de cesárea associada à primiparidade e também ao último parto ter sido cirúrgico, comparados ao último parto ter sido vaginal. Nenhuma variável relativa ao pré-natal (nível 2) apresentou associação com o tipo de parto. Entre as intercorrências durante a gestação (nível 3), foi observada maior chance de cesárea para as mulheres que relataram hipertensão, perda de líquido, ou hemorragia (sem significância estatística). Quanto às decisões da mulher (Tabela 1-nível 4), foram encontradas associações semelhantes ao padrão da maternidade pública para o fato da mulher desejar a realização de parto cirúrgico e ter saído de casa para o hospital com sinais de trabalho de parto. Entretanto, a magnitude de associação entre laqueadura e cesárea foi maior e foi observada associação inversa e significativa entre pedido de cesárea e parto por cesárea. O pedido por cesárea durante o pré-parto aparece, no relato das mulheres da maternidade

conveniada, relacionado à dor que sentiam durante o trabalho de parto. Em relação às características da admissão (Tabela 2 - nível 5), da condução do trabalho de parto (nível 6) e da hora do parto (nível 7) o padrão foi semelhante ao encontrado na maternidade pública. Conforme descrito anteriormente, as características dos obstetras não foram analisadas na maternidade conveniada.

Maternidade conveniada - Análise multivariada

Os resultados da análise multivariada para a maternidade conveniada são apresentados na Tabela 4. As primeiras variáveis incluídas, no nível 1, foram idade, escolaridade e paridade/história obstétrica. As primíparas apresentaram chance 4,5 vezes maior de cesárea (IC 95%: 2,6-7,7) e as múltiparas cujo último parto foi cesárea apresentaram chance 14,6 vezes maior de cesárea (IC95% 7,5-28,5), quando comparadas às múltiparas cujo último parto foi vaginal. Nenhuma característica relativa ao padrão de utilização do pré-natal (nível 2) foi incluída no modelo. Entre as intercorrências durante a gestação (nível 3), as variáveis hipertensão e perda de líquido na gestação permaneceram no modelo após ajuste para as variáveis do nível 1. No nível 4 (decisões da mulher), todas as variáveis foram incluídas e o fato de querer cesárea perdeu seu efeito após ajuste. O pedido de cesárea permaneceu no modelo apresentando associação inversa com a chance de cesárea. A laqueadura foi excluída devido à baixa precisão e ter saído de casa com sinais de trabalho de parto continuou diminuindo significativamente a chance de cesárea.

No nível 5 (características da admissão) foram incluídas a dilatação cervical e a apresentação fetal. A dilatação também se manteve fortemente associada com tipo de parto após o ajuste para as variáveis desse nível e dos níveis acima. O mesmo ocorreu com a apresentação fetal, apesar de pouca precisão da medida de associação. Com a inclusão da dilatação e apresentação fetal no modelo, o efeito da perda de líquido desapareceu, sugerindo que seu efeito sobre o tipo de parto foi inteiramente explicado pelas condições na admissão. No nível 6 (condução do trabalho de parto), a realização de amniotomia perdeu o efeito quando ajustada para as variáveis desse nível e níveis anteriores, e o uso de ocitocina permaneceu inversamente associado à chance de cesárea (OR=0,4; IC 95%: 0,2-0,7). Houve pequena redução no efeito da cesárea anterior, indicando que, também nessa maternidade, parte do efeito dessa variável ocorreu através da forma de condução do trabalho de parto. Finalmente, no nível 7, foi incluída a hora do parto, que permaneceu no modelo após ajuste, com maior chance de cesárea em horários semelhantes aos descritos na maternidade pública.

No caso da maternidade conveniada, também ocorreu declínio significativo do valor do *-2log likelihood* (-2LL) a cada modelo, indicando que as variáveis acrescentadas em cada nível melhoraram sucessivamente a explicação do desfecho em estudo.

DISCUSSÃO

Esse estudo identificou, de forma detalhada, características da mulher, do médico e da assistência obstétrica que estão potencialmente relacionadas ao tipo de parto, em duas maternidades do Rio de Janeiro. Dentre os fatores associados à maior chance de parto cirúrgico, alguns podem ser modificados. Outros podem guiar condutas e práticas que favoreçam o parto vaginal.

Considerando-se ambas as maternidades, os preditores mais fortes de cesárea foram o fato do último parto ter sido cesárea (maternidade pública: OR=16,7; IC 95%: 4,9-56,6; maternidade conveniada: OR=10,7; IC 95%: 4,7-24,3); e internação com dilatação cervical menor do que 3 cm (maternidade pública: OR=12,0; IC 95%: 5,1-28,3; maternidade conveniada: OR=4,5; IC 95%: 2,6-7,7).

Na maternidade pública, ter entre 20 e 34 anos de idade; ser primípara; ter tido o último parto por cesárea; querer cesárea; apresentar, na admissão, dilatação cervical inferior a 3 cm; feto pós-termo; ter sido atendida por obstetra do sexo masculino; por obstetra que trabalhe mais de 24 horas semanais de plantão ou que tenha consultório particular; e parto no horário diurno (entre 09:00 h e 15:00 h) foram preditores independentes de parto cesáreo. Ao contrário, ter saído de casa com sinais de trabalho de parto; feto pré-termo; uso de ocitocina e amniotomia, associaram-se à menor chance de cesárea.

Na maternidade conveniada, ser primípara; ter tido o último parto por cesárea; hipertensão gestacional; apresentar, na admissão, dilatação cervical inferior a 3 cm; apresentação fetal não cefálica e parto no horário diurno de plantão (entre 09:00 h e 15:00 h) ou no início da noite (15:00 h às 24:00 h) foram preditores independentes de parto cesáreo. Ao contrário, ter pedido cesárea; ter saído de casa com sinais de trabalho de parto e uso de ocitocina, associaram-se com menor chance de cesárea.

Algumas limitações desse estudo devem ser consideradas. As entrevistadoras participaram de todas as etapas da pesquisa, desde a formulação de objetivos até as entrevistas e análise de dados. Estavam, portanto, a par das idéias e hipóteses que justificaram a realização do estudo, relacionadas ao alto índice de cesáreas em nosso meio. Isso pode ter influenciado a coleta de dados, especialmente nas perguntas sobre preferência por cesárea e pedido de cesárea, no sentido de obter resposta favorecendo

parto vaginal. Já que as mulheres foram entrevistadas somente uma vez, no pós-parto, a forma com que as perguntas foram formuladas pelas entrevistadoras pode ter exercido alguma influência além das possíveis alterações físicas e emocionais freqüentes neste período. Assim, é possível que partes do questionário, como aquela relacionada à preferência por cesárea e pedido de cesárea, tivessem que ser aplicadas repetidamente em diferentes momentos da gestação, conforme realizado em Potter et al (2001). Dessa maneira, mudanças eventuais de opinião relacionadas à intercorrências orgânicas e emocionais bem como a aproximação do parto poderiam ser exploradas. As informações originadas nas entrevistas com as mulheres foram comparadas com as informações registradas em prontuário, especialmente aquelas referentes à história obstétrica e intercorrências durante a gestação a fim de verificar sua consistência e validade. Em geral, as respostas foram válidas, sendo a freqüência de respostas positivas sempre maior nas entrevistas com as mulheres do que na revisão de prontuários, provavelmente por subregistro. Outro fato, não previsto no início do estudo, importante a considerar refere-se aos partos realizados por enfermeiras obstétricas, iniciados na segunda metade do trabalho de campo, somente na maternidade pública. Isto pode ter influenciado os resultados, especialmente em relação à freqüência de intervenções durante o trabalho de parto, que tende a ser menor. Entretanto, como a proporção de partos realizados por enfermeiras obstétricas foi pequena (cerca de 10%), consideramos que isso não alterou substancialmente nossos resultados.

De acordo com o que era esperado, diversas características das participantes implicaram em maior chance de cesárea. Somente na maternidade pública, a chance de parto cirúrgico entre as adultas jovens foi maior do que a chance das adolescentes, fazendo da idade um preditor independente do tipo de parto. Esse resultado está de acordo com Freitas (1999) e outros autores nacionais (Janowitz et al, 1982; Rocha et al, 1986; Barros et al, 1991; Cunha et al, 2002) que relataram associação semelhante. Esta relação também está presente nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (DATASUS, 2000), referente a todos os partos do país, no qual também é possível estimar aumento na chance de cesárea conforme aumenta a idade. Em nosso estudo, parte do efeito de idade foi explicado pela dilatação cervical na admissão e pelo uso de ocitocina, mostrando que a fase de trabalho de parto assim como a forma de condução deste podem diminuir o efeito de idade sobre a chance de cesárea. Entretanto, mesmo após ajuste para as variáveis em todos os níveis, o efeito da idade permaneceu. É possível que esse achado se deva ao serviço de pré-natal especializado

em adolescentes, em atividade na maternidade pública, que tem estratégia específica de incentivo ao parto vaginal para essa faixa etária.

Embora na maternidade pública, as mulheres com segundo ou terceiro grau de instrução tenham apresentado chance 1,6 vezes maior de cesárea comparadas àquelas de menor escolaridade (análise bivariada), pode-se afirmar que, não se encontrou associação entre marcadores de posição socioeconômica e tipo de parto em nenhuma das duas maternidades. Esse resultado, contraditório com a forte associação entre melhor posição socioeconômica e maior chance de cesárea citado anteriormente (vide introdução), pode ser explicado pela homogeneidade socioeconômica da clientela, sendo também encontrado por Freitas (1999). Por outro lado, a história obstétrica influenciou fortemente o tipo de parto. Em ambas as maternidades, tanto as primíparas como as múltiparas cujo último parto foi cesárea, tiveram maior chance de cesárea do que as múltiparas cujo último parto foi vaginal. A paridade foi considerada em conjunto com o último parto porque se verificou, em nosso estudo e em Freitas (1999), que os obstetras dão muita importância às características do último parto, para tomada de decisão sobre o tipo de parto. A associação entre primiparidade e cesárea também foi encontrada no Brasil por Janowitz et al (1984), Barros et al (1996) e Freitas (1999). De acordo com o estudo de Freitas (1999), a maioria dos obstetras “*considerou as primíparas menos capazes de enfrentar o trabalho de parto*”.

A forte influência da cesárea prévia sobre a chance de repetir a cesárea também foi observada em Freitas (1999) e Cunha et al (2002), que estudou 835 parturientes de um hospital universitário no Município do Rio de Janeiro. O antecedente de cesárea encontra-se entre as três principais indicações de cesárea entre diversos estudos brasileiros baseados em registros hospitalares (Souto et al, 1993, d’Orsi et al, 2001). Nas duas maternidades de nosso estudo, este foi o fator que apresentou associação mais forte com o tipo de parto, reduzido apenas quando o uso de ocitocina foi incluído no modelo. Esse resultado sugere que a forma de condução do trabalho de parto pode reduzir a chance de realização de cesáreas de repetição. Apesar da vasta literatura sobre os excelentes resultados de tentativa de parto vaginal após cesárea, essa prática ainda não foi incorporada à obstetrícia brasileira (Pires et al, 1999). Segundo Freitas (1999), os obstetras descrevem as mulheres com cesárea prévia chegando ao hospital com “*a idéia pré-concebida de que uma nova cesárea seria a única alternativa possível, e solicitando que isso seja realizado sem demora, o que reforça a crença do obstetra de que o trabalho de parto não vai progredir*”. Essa conduta não está de acordo com a

literatura mais atualizada que refere a possibilidade e benefícios do parto vaginal após cesárea (Rosen et al, 1991; Calderon et al, 2002; Harer, 2002).

Quanto às características do pré-natal, verificou-se, em nosso estudo, que as mulheres que fizeram pré-natal e parto na maternidade pública apresentaram maior chance de cesárea, mesmo após ajuste para idade, história obstétrica e intercorrências durante a gestação. Assim, esta associação não pôde ser inteiramente explicada pelo maior risco gestacional da clientela, cabendo especular sobre o tipo de informações e sugestões transmitidas pelos serviços de saúde durante o pré-natal. Segundo resultados encontrados por Barros et al (1991), Freitas (1999) e Cunha et al (2002) haveria um favorecimento à realização da cesárea. De acordo com LoCicero (1993), a qualidade da interação entre a mulher e o obstetra durante toda a gravidez e o parto contribui para o uso excessivo de intervenções. Essa associação perdeu efeito quando incluímos dilatação cervical na admissão no modelo, sugerindo que esse resultado foi inteiramente explicado pela fase de trabalho de parto na qual a mulher foi admitida.

Em relação às intercorrências durante a gestação, o relato das mulheres foi bem mais freqüente na maternidade pública do que na maternidade conveniada, confirmando as diferenças relativas ao risco gestacional entre as duas maternidades. Freitas (1999) encontrou associação entre cesárea e eventos adversos durante o trabalho de parto, entre eles hipertensão e hemorragia. No estudo de Cunha et al (2002) também foi estimada maior chance de cesárea para mulheres com hemorragia e diversos graus de hipertensão, que permaneceu significativa após ajuste por inúmeras variáveis. Em nosso estudo, o efeito das intercorrências durante a gestação diminuiu, perdendo significância estatística, quando ajustado para dilatação cervical na admissão. Isso sugere que a hipertensão não deveria ser motivo para não tentar o trabalho de parto, já que, mesmo na presença de hipertensão gestacional, a chance de cesárea diminui se a mulher for admitida com boa dilatação.

Quanto às decisões da mulher, a preferência declarada da maioria das participantes pelo parto vaginal, em nosso estudo, está de acordo com Freitas (1999) e outras investigações nacionais (Hopkins, 2000; Osis et al, 2001; Potter et al, 2001; Ramos, 2002; Béhague et al 2002; Hotimsky et al, 2002). Em nosso estudo, assim como em Freitas (1999), houve associação entre querer cesárea e parto por cesárea. Isto ocorreu apenas na maternidade pública, indicando que, nessa maternidade, possivelmente existe maior influência da opinião das mulheres sobre o tipo de parto. Por outro lado, ter pedido cesárea teve efeito diferente em nosso estudo, comparado ao de Freitas (1999). Neste, o pedido por cesárea aumentou a chance de sua realização,

enquanto em nosso estudo, o pedido por cesárea não apresentou associação com o tipo de parto na maternidade pública. Na conveniada, essa solicitação apresentou forte associação com menor chance de cesárea, mesmo após ajuste para todas as outras variáveis. Esse resultado, aparentemente contraditório, pode ser explicado pelas circunstâncias em que ocorreu o pedido. Na maternidade conveniada, a maioria das mulheres solicitou a intervenção durante o trabalho de parto, e justificou o pedido pela dor que estavam sentindo (Barbosa et al, 2003). Então, parece se tratar de um pedido de ajuda, relacionada, de acordo com Dias (2001), à situação de abandono e sofrimento vivenciada durante o trabalho de parto.

Um resultado original de nosso estudo, ausente das referências consultadas, diz respeito à fase do trabalho de parto em que a mulher sai de casa e procura a maternidade. De acordo com nossos resultados, quando isso aconteceu na presença de sinais de trabalho de parto, a chance de cesárea diminuiu de maneira acentuada nas duas maternidades. O efeito sobre o tipo de parto foi direto, não sendo explicado por nenhuma das outras variáveis. De maneira consistente, a internação precoce (com dilatação cervical menor do que 3 cm) foi um dos fatores que mais influenciou o tipo de parto, aumentando a chance de cesárea, resultado também encontrado por Freitas (1999) que destacou a influência do estado psicológico em que as mulheres chegam à maternidade sobre o modo como elas enfrentam o trabalho de parto e as decisões dos obstetras. Clement (1991) concorda com a observação de que “ir muito cedo para a maternidade pode afetar a progressão do trabalho de parto”. Em nosso estudo, muitas mulheres foram admitidas sem estarem em trabalho de parto o que também foi observado por Freitas (1999). De acordo com esse autor, os obstetras justificaram as admissões precoces pela insistência das mulheres, ou porque algumas moravam muito longe para voltarem para casa. A admissão precoce foi considerada, pelos obstetras, como fator de aumento de cesáreas porque a hora da admissão e não a hora do início do trabalho de parto é utilizada na decisão sobre o tipo de parto. Ainda de acordo com os obstetras, as mulheres admitidas antes do início do trabalho de parto ficam submetidas aos efeitos do ambiente no pré-parto, incluindo a ansiedade das outras mulheres, durante maior período de tempo. Segundo Faundes & Cecatti (1991), a ansiedade das mulheres, devido à falta de preparação durante o pré-natal, leva-as a procurarem o hospital antes do início do trabalho de parto. Nossos resultados, bem como aqueles discutidos pelos autores citados, indicam a importância da orientação sobre os sinais do trabalho de parto, durante o pré-natal, para que as mulheres os reconheçam de forma

adequada e não procurem a maternidade cedo demais, o que pode evitar grande número de internações precoces.

Em relação à condução do trabalho de parto, foi encontrada associação entre uso de ocitocina e menor chance de cesárea nas duas maternidades estudadas. Esta se manteve após ajuste para todas as outras variáveis. Provavelmente, a menor chance de uso de ocitocina entre as mulheres submetidas à cesárea se deve ao fato de que a decisão por cesárea já havia sido tomada e o uso de ocitocina era, portanto, dispensável. Essa associação também foi encontrada em Freitas (1999).

Quanto às características dos obstetras, sua influência sobre o tipo de parto parece ocorrer devido à variabilidade sobre a percepção individual das indicações de cesárea (Dias, 2001). Em nosso estudo, foi observada maior chance de cesárea para as mulheres atendidas por obstetras do sexo masculino, ou por obstetras que trabalham mais de 24 horas semanais de plantão, ou que atendem em consultório particular. É possível que essas variáveis indiquem um perfil mais intervencionista para os obstetras com jornada de trabalho mais sobrecarregada. Isso está de acordo com Dias (2001), que apontou a forma de organização da prática obstétrica, centrada no médico e com pouco trabalho em equipe, bem como a sobrecarga de trabalho como fatores relacionados à realização de cesáreas. Quanto à associação entre o sexo do obstetra e o tipo de parto, cabe especular que as mulheres obstetras, na maternidade pública, sejam mais sensíveis à influência da política de redução de cesáreas e humanização do atendimento, conduzida pela gerência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Esse resultado deve ser melhor estudado por meio de metodologia qualitativa que aprofunde as razões da diferença encontrada. Diversos estudos apontaram o efeito das características do obstetra sobre o tipo de parto (Berkowitz, 1989; Goyert et al, 1989; Signorelli et al, 1995; Hueston, 1995; Freitas, 1999; Poma, 1999), mas apenas dois (Tussing & Wojtowycz, 1993; Mitler et al, 2000) reportaram associação independente entre atendimento por obstetra do sexo masculino e maior chance de cesárea.

Em relação ao horário do parto, encontramos, em nosso estudo, maior probabilidade de cesárea no período da tarde ou início da noite, quando comparados ao período da madrugada, nas duas maternidades. Esse resultado, que em princípio não apresenta nenhuma justificativa técnica, sugere que a conveniência da equipe de plantão é um dos fatores que influencia o tipo de parto, resultado idêntico ao de Freitas (1999). A prática de “apressar”, durante o dia, os casos considerados como potencialmente mais demorados ou que poderiam complicar, para evitar que isso ocorra no meio da noite, também foi observada por Dias (2001).

Considerações finais

Nossos resultados indicam a importância da cesárea prévia como fator de risco para nova cesárea, devido à prática pouco comum, em nosso meio, de parto vaginal após cesárea. Políticas de incentivo à tentativa de trabalho de parto para mulheres com cesárea prévia seriam de grande importância para reduzir a proporção de cesáreas nas maternidades estudadas. Para isso, seria importante incrementar o treinamento médico em relação a essa prática e fornecer informações para mulheres com cesárea prévia, desde o pré-natal, sobre a possibilidade real do parto vaginal. Também seria importante evitar cesáreas em primíparas, devido ao comprometimento acarretado na vida reprodutiva futura. De um modo geral, mudanças na educação médica, no sentido de encarar o parto como um evento fisiológico, e não patológico, podem reduzir a distorção observada na prática obstétrica relacionada ao receio de ocorrência de situações inesperadas durante o trabalho de parto, em oposição à relativa segurança oferecida pelo procedimento cirúrgico.

Nossos dados trazem a discussão sobre a importância de se evitar internação em estágio precoce (com menos de 3 cm de dilatação cervical), o que pode levar a um diagnóstico errôneo de parada de progressão após algumas horas. Para isso, seria importante um trabalho de reorganização da atenção desde o pré-natal, com acompanhamento mais freqüente no final da gravidez, divulgação de informações adequadas para que a mulher reconheça os sinais do início do trabalho de parto e ainda a garantia de vaga na maternidade no momento necessário. O treinamento médico no uso do partograma, com correto diagnóstico do início do trabalho de parto e sua progressão, pode auxiliar a diminuir a ansiedade de médicos e mulheres e levar a uma conduta mais expectante. Para isso seria importante a criação de instância intermediária de atendimento entre os ambulatórios de pré-natal, que funcionam apenas com hora marcada, e as maternidades, que são poucas e distantes, para realizar o acompanhamento no final da gravidez. Uma opção, também sugerida por Freitas (1999), seria incrementar, a nível local, o trabalho em equipe para atenção no final da gravidez, integrando-o ao nível central (hospitalar). Entre as estratégias para isso, inclui-se disponibilizar profissional de saúde (médico ou de enfermagem) durante 24h nos centros de saúde próximos às residências das mulheres, a fim de avaliá-las e encaminhá-las para a maternidade somente quando estiverem em fase ativa do trabalho de parto.

Os resultados sugerem que a conveniência da equipe parece ter um papel importante em relação ao horário do parto, devendo ser revista a forma como a equipe

de obstetras se organiza para evitar cesáreas realizadas devido à troca de plantão. Nesse sentido, o trabalho em equipe, incluindo o papel das enfermeiras obstétricas no acompanhamento do trabalho de parto, pode ser de grande ajuda.

Existem poucos estudos brasileiros sobre parto vaginal após cesárea (Pires et al, 1999; Calderon et al, 2002) seria importante demonstrar sua viabilidade e segurança em maternidades brasileiras a exemplo de outros países, assim como avaliar a efetividade de programas de incentivo ao parto vaginal após cesárea. Poucos estudos incluem a perspectiva da mulher sobre o tipo de parto, e os efeitos, em longo prazo, de cesáreas repetidas. Essas seriam algumas linhas de investigação importantes para se alcançar melhorias na qualidade da atenção ao parto e diminuição na proporção de cesáreas.

Figura 1- Modelo conceitual dos fatores determinantes do tipo de parto em níveis hierárquicos.

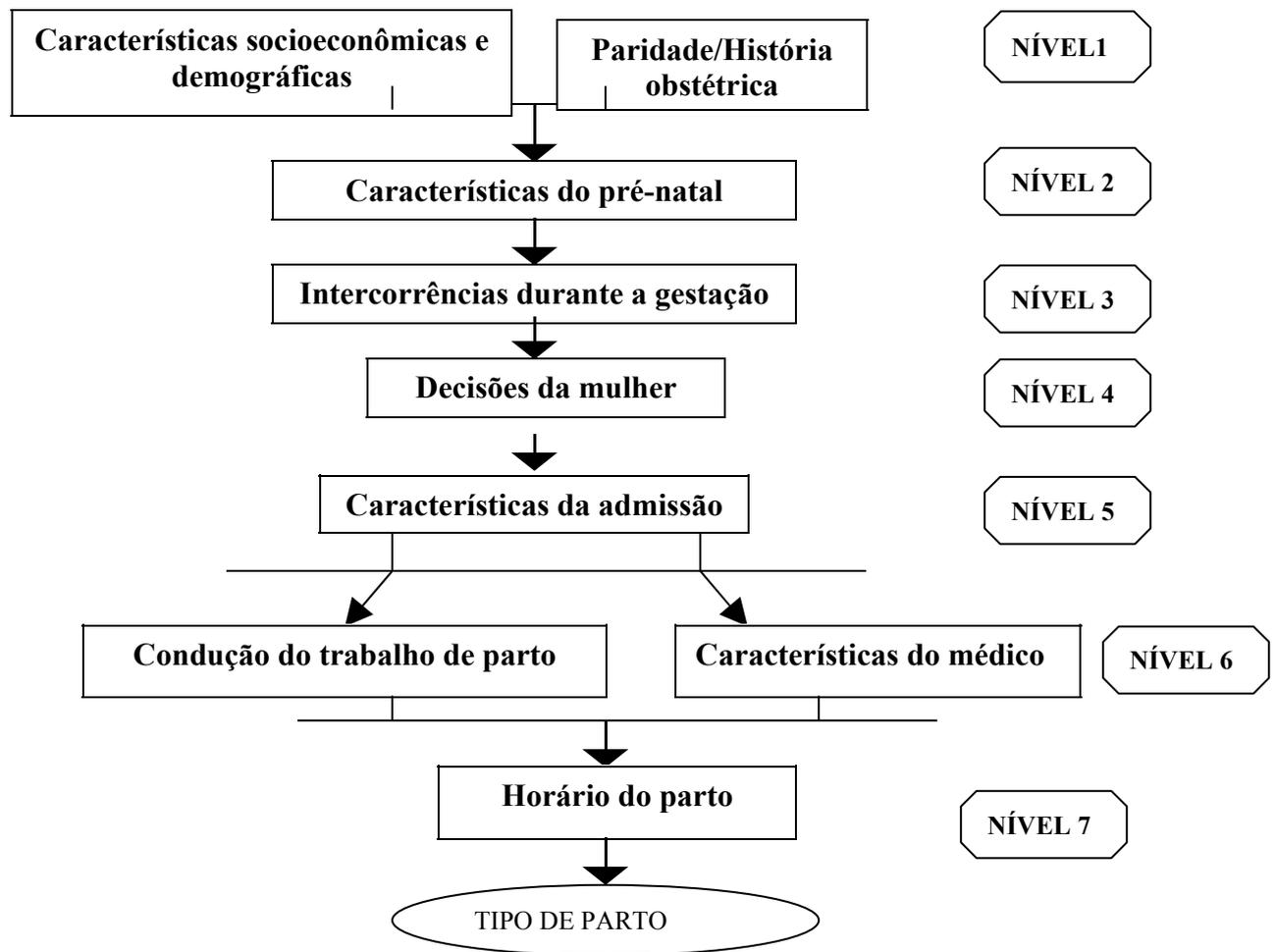


Tabela 1 – Características sociodemográficas; do pré-natal; intercorrências durante a gestação e decisões da mulher segundo tipo de parto, maternidade pública e conveniada, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade Pública						Maternidade conveniada					
	Cesárea		Vaginal		OR*	IC95%	Cesárea		Vaginal		OR*	IC95%
	N	%	N	%			N	%	N	%		
NÍVEL 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS												
Faixa etária												
16 a 19	39	17,2	69	30,3	1,0		57	25,4	52	23,2	1,0	
20 a 34	158	69,6	141	61,8	2,0	1,3-3,1	152	67,9	157	70,1	0,9	0,6-1,4
35 e mais	30	13,2	18	7,9	3,0	1,5-6,0	15	6,7	15	6,7	0,9	0,4-2,1
Total	227	100,0	228	100,0			224	100,0	224	100,0		
Escolaridade												
1º Grau incompleto	133	57,6	145	63,0	1,0		118	52,7	125	55,8	1,0	
1º Grau completo	53	22,9	54	23,5	1,0	0,7-1,7	63	28,1	66	29,5	1,0	0,6-1,5
2º Grau/Superior	45	19,5	31	13,5	1,6	0,9-2,6	43	19,2	33	14,7	1,4	0,8-2,3
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Paridade/Último parto												
Múltipara Vaginal	37	16,0	124	53,9	1,0		29	12,9	105	46,9	1,0	
Primípara	97	42,0	85	37,0	3,8	2,4-6,1	124	55,4	101	45,1	4,4	2,7-7,3
Múltipara Cesárea	97	42,0	21	9,1	15,5	8,5-28,1	71	31,7	18	8,0	14,3	7,4-27,6
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
NÍVEL 2 – PRÉ-NATAL												
Número de consultas de Pré-natal												
0 a 5	100	43,3	127	55,2	1,0		46	20,5	62	27,7	1,0	
6 ou mais	131	56,7	103	44,8	1,6	1,1-2,3	178	79,5	162	72,3	1,5	0,9-2,3
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Trimestre de início do Pré-natal												
2º ou 3º trimestre	83	35,9	100	43,5	1,0		60	26,8	69	30,8	1,0	
1º trimestre	137	59,3	105	45,7	1,6	1,1-2,3	160	71,4	150	67,0	1,2	0,8-1,8
Não fez Pré-natal	11	4,8	25	10,9	0,5	0,2-1,1	4	1,8	5	2,2	0,9	0,2-3,6
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Pré-natal e parto no mesmo hospital												
Não	169	73,2	184	80,0	1,0		133	59,4	146	65,2	1,0	
Sim	51	22,1	22	9,6	2,5	1,5-4,3	87	38,8	73	32,6	1,3	0,8-1,9
Não fez Pré-Natal	11	4,8	24	10,4	0,5	0,2-1,1	4	1,8	5	2,2	0,9	0,2-3,3
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
NÍVEL 3 – INTERCORRÊNCIAS DURANTE A GESTAÇÃO												
Hipertensão												
Não	114	49,4	189	82,2	1,0		194	86,6	213	95,1	1,0	
Sim	117	50,6	41	17,8	4,7	3,1-7,2	30	13,4	11	4,9	3,0	1,4-6,1
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Hemorragia 3º trimestre												
Não	217	93,9	227	98,7	1,0		218	97,3	223	99,6	1,0	
Sim	14	6,1	3	1,3	4,9	1,4-17,2	6	2,7	1	0,4	6,1	0,7-51,3
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Perda de líquido												
Não	210	90,9	215	93,5	1,0		208	92,9	219	97,8	1,0	
Sim	21	9,1	15	6,5	1,4	0,7-2,8	16	7,1	5	2,2	3,4	1,2-9,3
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Sofrimento fetal												
Não	217	95,6	225	98,7	1,0		221	98,7	224	100,0	-	-
Sim	10	4,4	3	1,3	3,4	0,9-12,6	3	1,3	0	-	-	-
Total	227	100,0	228	100,0			224	100,0	224	100,0		
NÍVEL 4 – DECISÕES DA MULHER												
Querida cesárea												
Não	141	61,0	185	80,4	1,0		158	70,5	186	83,0	1,0	
Sim	83	35,9	42	18,3	2,6	1,7-4,0	55	24,6	36	16,1	1,8	1,1-2,9
Não sabe	7	3,0	3	1,3	3,1	0,8-12,1	11	4,9	2	0,9	6,5	1,4-29,6
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Pediu cesárea												
Não	193	83,5	202	87,8	1,0		192	85,7	167	74,6	1,0	
Sim	38	16,5	28	12,2	1,4	0,8-2,4	32	14,3	57	25,4	0,5	0,3-0,8
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Ligou as trompas												
Não	208	90,4	223	97,0	1,0		209	93,3	223	99,6	1,0	
Sim	22	9,6	7	3,0	3,4	1,4-8,1	15	6,7	1	0,4	16,0	2,1-122,1
Total	230	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		
Saiu de casa com sinais de trabalho de parto												
Não	63	27,3	12	5,2	1,0		35	15,6	9	4,0	1,0	
Sim	168	72,7	218	94,8	0,1	0-0,3	189	84,4	215	96,0	0,2	0,1-0,5
Total	231	100,0	230	100,0			224	100,0	224	100,0		

*OR=chance de cesárea/chance de parto vaginal

Tabela 2 - Características relacionadas às decisões da mulher, às condições na admissão, à condução do trabalho de parto e à hora do parto segundo tipo de parto, maternidade pública e conveniada, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública						Maternidade conveniada					
	Cesárea		Vaginal		OR*	IC95%	Cesárea		Vaginal		OR*	IC95%
	N	%	N	%			N	%	N	%		
NÍVEL 5 – CARACTERÍSTICAS DA ADMISSÃO												
Hora da admissão												
22:00 as 05:59 h	55	25,9	80	37,0	1,0		62	27,7	74	33,0	1,0	
06:00 as 17:59	119	56,1	107	49,5	1,6	1,0-2,5	133	59,4	111	49,6	1,4	0,9-2,2
18:00 as 21:59	38	17,9	29	13,4	1,9	1,0-3,4	29	12,9	39	17,4	0,9	0,5-1,6
Total	212	100,0	216	100,0			224	100,0	224	100,0		
Internada com dilatação <3cm												
Não	54	24,3	172	76,4	1,0		100	44,8	187	83,9	1,0	
Sim	168	75,7	53	23,6	10,1	6,5-15,6	123	55,2	36	16,1	6,4	4,1-9,9
Total	222	100,0	225	100,0			223	100,0	223	100,0		
Características da bolsa d'água na admissão												
Rota	55	24,2	75	32,9	1,0		58	25,9	61	27,2	1,0	
Íntegra	172	75,8	153	67,1	1,5	1,0-2,3	166	74,1	163	72,8	1,1	0,7-1,6
Total	227	100,0	228	100,0			224	100,0	224	100,0		
Idade gestacional												
37-40 semanas	132	59,5	144	65,8	1,0		162	73,3	174	78,0	1,0	
< 37 semanas	57	52,7	61	27,9	1,0	0,7-1,6	7	3,2	7	3,1	1,1	0,4-3,1
41-43 semanas	33	14,9	14	6,4	2,6	1,3-5,0	52	23,5	42	18,8	1,3	0,8-2,1
Total	222	100,0	219	100,0			221	100,0	223	100,0		
Apresentação Fetal												
Cefálica	203	89,4	226	99,1	1,0		188	84,7	220	98,2	1,0	
Outra	24	10,6	2	0,9	13,4	3,1-57,2	34	15,3	4	1,8	9,9	3,4-28,4
Total	227	100,0	228	100,0			222	100,0	224	100,0		
NÍVEL 6 – CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E CARACTERÍSTICAS DO OBSTETRA												
Uso de ocitocina												
Não	196	86,0	136	60,7	1,0		151	67,7	79	35,6	1,0	
Sim	32	14,0	88	39,3	0,3	0,1-0,4	72	32,3	143	64,4	0,3	0,2-0,4
Total	228	100,0	224	100,0			223	100,0	222	100,0		
Amniotomia												
Não	183	85,5	139	63,8	1,0		182	81,6	130	58,8	1,0	
Sim	31	14,5	79	36,2	0,3	0,2-0,5	41	18,4	91	41,2	0,3	0,2-0,5
Total	214	100,0	218	100,0			223	100,0	221	100,0		
Sexo do obstetra												
Feminino	62	27,6	116	51,3	1,0							
Masculino	163	72,4	110	48,7	2,8	1,8-4,1						
Total	225	100,0	226	100,0								
Tempo de formado												
Até 6 anos	41	21,8	57	33,3	1,0							
7 a 19 anos	58	30,9	48	28,1	1,7	1,0-2,9						
20 ou mais	89	47,3	66	38,6	1,9	1,1-3,1						
Total	188	100,0	171	100,0								
Tem consultório particular												
Não	91	48,4	100	58,5	1,0							
Sim	97	51,6	71	41,5	1,5	1,0-2,3						
Total	188	100,0	171	100,0								
Número de horas semanais de plantão												
Até 24 horas	92	48,9	112	65,5	1,0							
Mais de 24 horas	96	51,1	59	34,5	2,0	1,3-3,1						
Total	188	100,0	171	100,0								
NÍVEL 7 – HORA DO PARTO												
Hora do parto												
00:00 às 05:59 h	31	13,7	52	22,8	1,0		29	12,9	53	23,7	1,0	
06:00 às 08:59 h	8	3,5	33	14,5	0,4	0,2-1,0	15	6,7	30	13,4	0,9	0,4-1,9
09:00 às 14:59 h	92	40,5	56	24,6	2,8	1,6-4,8	68	30,4	58	25,9	2,1	1,2-3,8
15:00 às 23:59 h	96	42,3	87	38,2	1,9	1,1-3,1	112	50,0	83	37,1	2,5	1,4-4,2
Total	227	100,0	228	100,0			224	100,0	224	100,0		

*OR=chance de cesárea/chance de parto vaginal

Tabela 3 – Fatores associados à realização de cesárea (odds ratio e intervalos de 95% de confiança), MATERNIDADE PÚBLICA, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999

	NÍVEL 1 OR (IC95%)	NÍVEL 2 OR (IC95%)	NÍVEL 3 OR (IC95%)	NÍVEL 4 OR (IC95%)	NÍVEL 5 OR (IC95%)	NÍVEL 6 OR (IC95%)	NÍVEL 7 OR (IC95%)
Escolaridade							
1º G.incompleto	1,0	-	-	-	-	-	-
1º G.completo	1,0 (0,6-1,7)	-	-	-	-	-	-
2º G./Superior	1,0 (0,5-1,9)	-	-	-	-	-	-
Faixa etária							
16 a 19	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
20 a 34	3,2 (1,8-5,5)	3,5 (2,0-6,2)	3,5 (1,9-6,4)	3,7 (2,0-6,9)	3,8 (1,8-7,9)	3,6 (1,3-9,7)	4,0 (1,4-11,1)
35 e mais	7,3 (2,9-18,5)	8,1 (3,1-21,1)	7,2 (2,5-20,2)	6,8 (2,3-19,9)	3,5 (1,01-12,5)	3,9 (0,8-19,6)	3,8 (0,8-19,3)
Último parto							
Vaginal	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Primípara	6,7 (3,8-11,9)	6,9 (3,8-12,4)	8,3 (4,3-15,8)	9,1 (4,7-17,8)	7,8 (3,5-17,5)	6,0 (2,3-15,6)	5,4 (2,1-13,6)
Cesárea	19,3 (10,2-36,5)	21,9 (11,3-42,6)	27,0 (13,1-55,4)	26,5 (12,4-56,8)	29,5 (11,7-74,4)	14,7 (4,7-46,0)	16,7 (4,9-56,6)
Número de consultas de Pré-natal							
6 ou mais vs 0 a 5		0,7 (0,4-1,2)	-	-	-	-	-
Trimestre de início do Pré-natal							
2º ou 3º trimestre		1,0					
1º trimestre		1,8 (1,1-3,1)	1,2 (0,7-2,1)	-	-	-	-
Pré-natal e parto no mesmo hospital (Sim vs Não)		3,8 (1,9-7,3)	2,9 (1,4-5,8)	1,9 (0,9-4,0)	1,4 (0,6-3,3)	-	-
Hipertensão (Sim vs Não)							
			4,0 (2,4-6,6)	3,0 (1,7-5,2)	1,9 (1,01-3,7)	2,0 (0,9-4,7)	-
Hemorragia 3º trimestre(Sim vs Não)							
			22,8 (4,0-131,8)	-	-	-	-
Querida cesárea (Sim vs Não)							
				1,9 (1,1-3,4)	2,7 (1,3-5,6)	2,8 (1,1-7,0)	3,4 (1,3-8,6)
Ligou as trompas (Sim vs Não)							
				1,5 (0,4-5,0)	-	-	-
Saiu de casa com sinais de trabalho de parto (Sim vs Não)							
				0,2 (0-0,3)	0,2 (0,1-0,5)	0,2 (0-0,6)	0,1 (0-0,4)
Hora da admissão							
22:00 as 05:59 h					1,0		
06:00 as 17:59					0,9 (0,4-1,8)	-	-
18:00 as 21:59					0,8 (0,3-2,1)	-	-
Internada com dilatação <3cm (Sim vs Não)							
					8,5 (4,3-16,6)	12,8 (5,5-29,8)	12,0 (5,1-28,3)
Características da bolsa (íntegra vs rota)							
					1,0 (0,5-1,9)	-	-
Idade gestacional:							
37-40 semanas					1,0	1,0	1,0
<37 semanas					0,6 (0,3-1,3)	0,3 (0,1-0,9)	0,4 (0,1-0,9)
41-43 semanas					4,8 (1,8-12,8)	5,0 (1,4-17,2)	4,6 (1,3-16,4)
Apresentação fetal (outra vs cefálica)							
					34,8 (5,9-204,7)	-	-
Uso de ocitocina (Sim vs Não)							
						0,1 (0-0,3)	0,1 (0-0,2)
Amniotomia (Sim vs Não)							
						0,4 (0,2-1,0)	0,4 (0,2-1,0)
Sexo do obstetra (masc.vs fem.)							
						2,1 (0,9-4,7)	2,2 (1,0-5,2)
Tempo de formado do obstetra							
Até 6 anos						1,0	
7 a 19 anos						0,9 (0,3-2,5)	-
20 ou mais						1,1 (0,3-4,3)	-
Consultório particular (Sim vs Não)							
						3,3 (1,1-10,2)	4,0 (1,7-9,5)
Nº de horas semanais de plantão (Mais de 24 horas vs Até 24 horas)							
						3,7 (1,5-9,2)	3,5 (1,4-8,7)
Hora do parto:							
00:00 às 05:59 h							1,0
06:00 às 08:59 h							0,4 (0,1-1,6)
09:00 às 14:59 h							2,7 (0,9-8,4)
15:00 às 23:59 h							1,4 (0,5-4,2)
-2LL do modelo	500	476	427	415	304	194	188
Incremento χ^2	130*	154*	203*	213*	263*	243*	249*

* diferença significativa no incremento entre o modelo a cada nível e o modelo ao nível anterior (p<0,05)

Tabela 4 – Fatores associados à realização de cesárea (odds ratio e intervalos de 95% de confiança), MATERNIDADE CONVENIADA, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999

	NÍVEL 1 OR (IC95%)	NÍVEL 3 OR (IC95%)	NÍVEL 4 OR (IC95%)	NÍVEL 5 OR (IC95%)	NÍVEL 6 OR (IC95%)	NÍVEL 7 OR (IC95%)
Escolaridade						
1º Grau incompleto	1,0	-	-	-	-	-
1º Grau completo	0,8 (0,5-1,3)	-	-	-	-	-
2º Grau/Superior	1,0 (0,6-1,9)	-	-	-	-	-
Faixa etária						
16 a 19	1,0	-	-	-	-	-
20 a 34	1,0 (0,6-1,6)	-	-	-	-	-
35 e mais	0,8 (0,3-2,3)	-	-	-	-	-
Último parto						
Múltipara Vaginal	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Primípara	4,5 (2,6-7,7)	4,3 (2,6-7,0)	5,9 (3,4-10,0)	5,6 (3,0-10,4)	6,9 (3,6-13,1)	6,7 (3,5-12,9)
Múltipara Cesárea	14,6 (7,5-28,5)	14,0 (7,1-27,2)	13,3 (6,5-27,2)	14,4 (6,6-31,4)	10,0 (4,5-22,1)	10,7 (4,7-24,3)
Hipertensão (Sim vs Não)						
		2,3 (1,1-5,1)	2,1 (0,9-4,8)	2,1 (0,9-4,9)	2,0 (0,9-4,7)	2,5 (1,1-5,9)
Perda de líquido (Sim vs Não)						
		3,7 (1,2-11,3)	3,9 (1,2-12,9)	2,7 (0,7-10,2)	-	-
Queria cesárea						
Sim vs Não			1,5 (0,8-2,8)	-	-	-
Não sabe vs Não			3,9 (0,7-22,6)	-	-	-
Pediu cesárea (Sim vs Não)						
			0,3 (0,2-0,5)	0,4 (0,2-0,7)	0,4 (0,2-0,8)	0,4 (0,2-0,8)
Ligou as trompas (Sim vs Não)						
			11,7 (1,3-105,0)	-	-	-
Saiu de casa com sinais de trabalho de parto (Sim vs Não)						
			0,3 (0,1-0,6)	0,3 (0,1-0,7)	0,3 (0,1-1,0)	0,4 (0,1-1,0)
Internada com dilatação <3cm (Sim vs Não)						
				3,9 (2,4-6,6)	3,9 (2,3-6,8)	4,5 (2,6-7,7)
Apresentação Fetal (Outra vs Cefálica)						
				20,9 (6,1-71,2)	14,7 (4,1-51,9)	17,7 (4,9-63,6)
Uso de ocitocina (Sim vs Não)						
					0,4 (0,2-0,7)	0,4 (0,2-0,6)
Amniotomia (Sim vs Não)						
					0,7 (0,4-1,2)	-
Hora do parto						
00:00 às 05:59 h						1,0
06:00 às 08:59 h						1,2 (0,4-3,2)
09:00 às 14:59 h						3,4 (1,6-7,5)
15:00 às 23:59 h						3,3 (1,6-6,7)
-2LL do modelo	538	528	483	427	412	398
Incremento χ^2	83*	93*	137*	188*	196*	214*

* diferença significativa no teste de tendência entre o modelo a cada nível e o modelo ao nível anterior ($p < 0,05$)

TERCEIRO ARTIGO

**QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO EM DUAS MATERNIDADES DO
RIO DE JANEIRO**

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S.; ANGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; & REIS, A.C.G.V.

Resumo

INTRODUÇÃO: Segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), deve haver sempre uma razão válida para interferir no processo fisiológico de trabalho de parto e do parto. O modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-se por altos índices de cesáreas e outras intervenções. Em muitos casos, não há evidências de seus benefícios para a mãe ou para o recém-nascido.

OBJETIVOS: avaliar a frequência de intervenções realizadas durante o processo de trabalho de parto e parto em duas maternidades: pública e conveniada com SUS, utilizando as normas da OMS como padrão.

MÉTODOS: estudo caso-controle (casos: partos cesáreos; controles: partos vaginais) realizado em duas maternidades: pública e conveniada com o SUS, situadas no município do Rio de Janeiro. Amostra: 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas). Período de estudo: outubro de 1998 a março de 1999. Fontes de dados: entrevistas com puérperas e revisão de prontuários.

RESULTADOS: Nas maternidades estudadas, observamos baixa frequência de algumas práticas que devem ser encorajadas, como presença de acompanhante, deambulação durante o trabalho de parto e aleitamento na sala de parto; e alta frequência de algumas práticas comprovadamente danosas que devem ser eliminadas, como uso de enema, tricotomia, hidratação venosa de rotina, uso rotineiro de ocitocina, restrição ao leito durante o trabalho de parto e posição de litotomia para parto vaginal.

CONCLUSÕES: As duas maternidades apresentam frequência elevada de intervenções durante a assistência ao parto. A maternidade pública, apesar de atender clientela com maior risco gestacional, apresenta perfil menos intervencionista que maternidade conveniada. Procedimentos realizados de maneira rotineira merecem ser discutidos à luz de evidências de seus benefícios.

Abstract

INTRODUCTION: According to recommendations of the World Health Organization (WHO), there should always be a valid reason to interfere with the physiological process of birth. The model of birth care in Brazil is characterized by high levels of interventions without evidences of their benefits.

OBJECTIVES: To evaluate the frequency of interventions in labor and birth care, based on the WHO guidelines in two maternities: a public one and a private one financed by the *Sistema Único de Saúde* (Unique Health System), both located in Rio de Janeiro city.

METHODS: Case control study (cases: caesareans, controls: vaginal births). Sample: 461 women from the public maternity (231 caesareans and 231 vaginal births) and 448 women in the private (224 caesareans and 224 vaginal births). Study period: october/1998 to march/1999. Data source: women's interviews and medical records review.

RESULTS: We verified low frequency of practices that should be encouraged, as companion's presence, freedom in position and movement throughout labor and breast-feeding in the delivery room; and high frequency of some harmful practices as use of enema; routine use of pubic shaving; routine intravenous infusion; routine use of oxytocin and routine use of supine position in labor.

CONCLUSIONS: The two maternities present high frequency of interventions during birth. The public maternity, in spite of receiving larger gestational risk women, presents less interventionist profile than the private maternity. Procedures carried on in a routine manner should be discussed in the light of evidences of their benefits.

QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO EM DUAS MATERNIDADES DO RIO DE JANEIRO

Introdução

Entre as recomendações da Organização Mundial de Saúde, inclui-se que o objetivo da assistência ao parto é ter como resultado mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção médica compatível com a segurança. Disto decorre que sempre deverá haver uma razão válida para interferir no processo de trabalho de parto e no parto propriamente dito (OMS, 1996). O modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-se por altos índices de cesáreas-38% em 2000 (DATASUS, 2000) e de outras intervenções. Em muitos casos, não há justificativa clínica nem evidências de benefícios para a mãe ou para o recém-nascido (OMS, 1996).

O grau de intervenção realizado sobre o processo do trabalho de parto e sobre o parto está intimamente relacionado com o modelo de atenção à saúde. Segundo Wagner (2001) existem atualmente três modelos de atenção ao parto: o modelo altamente medicalizado, baseado no uso de alta tecnologia, com pouca participação de obstetras, encontrado nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; o modelo humanizado com maior participação de obstetras e menor proporção de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e os modelos mistos, encontrados na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

A partir de certo ponto, o aumento do grau de intervenções obstétricas não implica em diminuição correspondente na taxa de mortalidade perinatal. A comparação entre países mostra que não existe correlação entre taxas de mortalidade perinatal e proporção de cesáreas ou partos vaginais instrumentais (com uso de fórceps, por exemplo) (Lomas & Enkin, 1989; Notzon, 1990). Até cerca de 15%, a proporção de cesáreas está associada com redução na mortalidade materna. A partir desse ponto, parece não existir mais esta correlação (Belizan, 2002). No Brasil, coexistem elevados índices de cesárea e mortalidade neonatal precoce-10,7 por 1000 nascidos vivos (DATASUS, 2000). O adequado acompanhamento do trabalho de parto e a correta indicação de cesárea podem contribuir para a redução das mortes perinatais (Carvalho, 1993).

Na Holanda, a frequência de intervenções médicas é bem menor, com excelentes resultados perinatais (Treffers & Laan, 1986; Domingues, 1996). Além disso, a maioria dos partos de baixo risco é domiciliar, a taxa estimada de mortalidade perinatal é de 1,3 por 1000 nascimentos, a média de transferência para hospital é de apenas 16% dos

partos, e as indicações mais comuns de transferência são condições de risco, como parada de progressão, distócia de apresentação e parto prematuro. No Japão, existem cerca de trezentas casas de parto dirigidas por obstetrias, que fornecem atenção continuada, suporte físico e emocional durante pré-natal, parto e puerpério. Em uma delas, cerca de mil partos ocorreram desde 1974, sem nenhum óbito materno ou fetal, com 14% de transferências, em média, para hospitais e grau elevado de satisfação das usuárias (Misago, 2000).

O grau de intervenção sobre o parto também varia segundo o tipo de financiamento do hospital (público ou privado). No Brasil, a proporção de cesáreas é consistentemente mais elevada nos hospitais privados do que nos públicos (Chacham & Perpétuo, 1996; Campos & Carvalho, 2000). Associação semelhante foi relatada na Austrália, em estudo que analisou o uso de analgesia peridural, ocitocina, episiotomia, fórceps e cesárea. O grau de intervenção mais elevado foi observado entre pacientes particulares com pré-natal e parto realizados em hospitais privados; o grau de intervenção mais baixo foi verificado entre pacientes que fizeram pré-natal e parto gratuitamente no setor público e o grau de intervenção intermediário foi observado entre pacientes cujo pré-natal foi particular e o parto foi em hospital público (Roberts et al, 2000).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), as práticas mais utilizadas na assistência ao parto são divididas em quatro categorias:

1. Algumas práticas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas:

- Oferecer líquidos por via oral durante trabalho de parto
- Respeitar a escolha da mulher do acompanhante de sua preferência, durante trabalho de parto e parto
- Fornecer à mulher as informações e explicações que ela desejar
- Usar métodos não-farmacológicos e não-invasivos de alívio da dor, tais como massagem e técnicas de relaxamento
- Monitorar o feto por meio de ausculta intermitente
- Favorecer a liberdade de posição e a movimentação durante trabalho de parto
- Incentivar a posição não-supina durante trabalho de parto
- Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, através da utilização de partograma
- Favorecer o contato pele a pele precoce entre recém-nascido e mãe, e incentivar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento

2. Algumas práticas comprovadamente danosas ou inefetivas que devem ser eliminadas:

- Enema
- Tricotomia
- Uso rotineiro de hidratação venosa durante trabalho de parto
- Adoção rotineira de posição supina durante trabalho de parto
- Administração de ocitocina a qualquer momento antes do nascimento sem adequado controle de seus efeitos
- Uso rotineiro da posição de litotomia no momento do parto

3. Algumas práticas com evidência insuficiente e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas adicionais esclareçam sobre sua adoção:

- Amniotomia precoce (realizada com dilatação cervical inferior a 7cm)
- Manobra de Kristeler

4. Algumas práticas que são freqüentemente utilizadas de forma inadequada

- Restrição de ingesta oral de alimento e líquido durante trabalho de parto
- Exames vaginais repetitivos realizados por mais de um profissional de saúde
- Uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto
- Controle da dor por analgesia peridural
- Uso rotineiro de episiotomia
- Cesárea

O estudo da qualidade da assistência à saúde se enquadra na abordagem de avaliação de processo, na qual determinada estratégia de atendimento é comparada com um modelo considerado ideal. O processo de atendimento deve, teoricamente, levar a um resultado desejado em termos de melhoria da saúde, alívio da dor e sofrimento, e satisfação da pessoa que está recebendo o cuidado (Vuori, 1991).

Nos estudos de avaliação em saúde, a comparação entre as ações realizadas e as normas e procedimentos recomendados tem sido utilizada para classificação da qualidade técnico-científica da atenção à saúde. Trata-se da qualidade definida a partir dos critérios e normas de atuação dos profissionais (Contandriopoulos et al, 2000). O conjunto de normas e procedimentos básicos para atendimento ao parto estabelecidos pela OMS e descritos anteriormente tem se mostrado efetivo na promoção da saúde materna e perinatal nos países onde foram implementados (OMS, 1996).

Nesse estudo, avaliamos a qualidade da assistência ao parto, com ênfase nos procedimentos obstétricos realizados durante o trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato, em duas maternidades situadas no Município do Rio de Janeiro, com diferentes formas de financiamento: uma pública e outra conveniada com o SUS.

Metodologia

Delineamento do estudo

Foi realizado estudo caso-controle, no qual foram considerados como casos os partos cirúrgicos, e como controles os partos vaginais. O estudo foi realizado em duas maternidades, uma pública e outra conveniada com o SUS, entre outubro de 1998 e março de 1999. Foram selecionados de forma sistemática 50% dos partos vaginais ocorridos no dia anterior à entrevista e todos os partos cirúrgicos, resultando em amostra de 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas) (Fleiss, 1981). Foram excluídos do estudo os partos de mulheres com menos de 16 anos de idade, gestações com menos de 28 semanas, fetos nascidos mortos e partos realizados por enfermeiras obstétricas (ocorridos na segunda metade do trabalho de campo, somente na maternidade pública).

A maternidade pública é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e atende clientela de médio e alto risco obstétrico, estando equipada com unidade de terapia intensiva neonatal. Recebeu os certificados de “Maternidade Segura” e “Hospital Amigo da Criança”, que atestam seu bom padrão de atendimento. Oferece programa de treinamento de Residência Médica em Obstetrícia, mas não recebe alunos de graduação em Medicina (acadêmicos).

A maternidade particular é conveniada com o SUS, e a pesquisa foi realizada somente no setor de atendimento gratuito (reembolsado pelo SUS). Atende clientela de baixo risco gestacional, encaminhando para outras unidades os casos que possam necessitar de unidade intermediária ou intensiva, pois não dispõe de tais recursos. Funciona como campo de estágio em Obstetrícia para acadêmicos e internos de Medicina, além de oferecer programa de treinamento de Residência Médica em Obstetrícia.

Fontes de dados

Por meio de formulário com perguntas fechadas e abertas, em entrevistas com puérperas realizadas na enfermaria entre 24 e 48 horas após o parto, foram coletadas as seguintes informações: presença de acompanhante, realização de tricotomia, aplicação de enema, hidratação venosa, ausculta dos batimentos cardíacos, frequência de

exames vaginais, deambulação durante o pré-parto, manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero para empurrar o feto durante o período expulsivo), posição adotada para parto vaginal, episiotomia, contato visual e físico com o recém-nascido e aleitamento na sala de parto, orientação sobre aleitamento materno e motivo da cesárea.

Nos prontuários médicos das entrevistadas, foram coletados os dados sobre preenchimento de partograma, uso de ocitocina, amniotomia, encaminhamento do recém nascido para unidade de terapia intensiva.

Análise de dados

Foram consideradas três fases do processo de assistência ao parto: assistência prestada no pré-parto, durante o parto e no pós-parto imediato. As normas para atendimento ao parto da OMS foram consideradas como padrão. A dimensão avaliada foi a técnico-científica, incluindo-se procedimentos realizados, qualidade do preenchimento do prontuário, e acesso da mulher a informações sobre alguns aspectos do cuidado.

Foram calculadas proporções para variáveis categóricas e médias para variáveis contínuas, segundo tipo de parto, para cada maternidade. Diferenças entre proporções foram testadas através do teste qui-quadrado de Pearson e as diferenças entre médias, através do teste t de Student e da análise de variância (Norman & Streiner, 2000).

Foi realizado estudo qualitativo com sub-amostra de 24 puérperas (12 na maternidade pública e 12 na maternidade conveniada) que abordou, em entrevistas semi-estruturadas, elementos da qualidade da assistência obstétrica, incluindo a natureza do cuidado recebido quanto à possibilidade de escolha/autonomia da mulher e nível de informação dado à mulher na hora do parto, detalhados em outra publicação (Gama et al., 2000).

Resultados

A proporção de cesáreas foi de aproximadamente 30% em ambas as maternidades. Em relação às práticas comprovadamente úteis, a frequência de acompanhante no pré-parto foi baixa nas duas maternidades, especialmente na conveniada, onde, na época da pesquisa, esta norma ainda não havia sido implementada. Mesmo na maternidade pública, que tem a presença de acompanhante como norma escrita em cartazes expostos na recepção do hospital, essa prática foi inferior a 20%. Durante o parto, a presença de acompanhante foi ainda mais rara (Tabela 1).

O partograma foi preenchido em 85% dos prontuários na maternidade pública e 97% na conveniada. Em mais de 90% dos prontuários, nas duas maternidades, havia registro de frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, dilatação e apagamento

cervical, e também altura da apresentação fetal. Entre as cesáreas realizadas na maternidade pública, no entanto, 23% dos prontuários não apresentavam partograma preenchido, o que pode estar relacionado à decisão por cesárea anterior ao início do trabalho de parto (todas essas mulheres tinham dilatação igual ou inferior a 3 cm no momento em que a cesárea foi decidida) (Tabela 1).

A maioria das mulheres foi informada sobre o motivo de cesárea. Somente cerca de 5% na maternidade pública, e 6% na maternidade conveniada relataram que não sabiam porque tinham sido operadas (Tabela 1).

Em relação ao contato com o recém-nascido na sala de parto, praticamente todas as mulheres, nas duas maternidades, viram seus bebês logo após o parto, sendo esse percentual um pouco menor (84%) entre as mulheres que fizeram cesárea na maternidade pública (Tabela 1).

O contato físico com o recém-nascido foi menos freqüente do que o contato visual, exceto para as mulheres que fizeram parto vaginal na maternidade conveniada, onde 92% relataram haver tocado seus bebês. A prática de levar o bebê ao seio na sala de parto foi ainda menos freqüente nas duas maternidades, especialmente entre as mulheres submetidas à cesárea. Mesmo entre as mulheres que fizeram parto vaginal, no máximo um terço das parturientes levou o recém-nascido ao seio (Tabela 1).

A proporção de mulheres que relatou não ter recebido orientação sobre a alimentação de seu filho variou entre 30% e 53%. A orientação de dar somente leite materno foi fornecida para apenas 55% das mulheres que fizeram parto vaginal e 46% das mulheres submetidas à cesárea na maternidade conveniada. Na maternidade pública, essa proporção foi maior, 69% e 61%, respectivamente (Tabela 1).

A prescrição de alimentação complementar, nas primeiras doze horas após o nascimento, foi rotineira na maternidade conveniada, principalmente para os recém-nascidos de parto cesárea, cujas mães permaneciam em média doze horas no setor de recuperação anestésica, antes de irem para o alojamento conjunto. Na maternidade pública, a prescrição de alimentação complementar foi bem menos freqüente, sendo realizada em 34% dos recém-nascidos por parto cirúrgico, e em apenas 12% dos nascidos por parto vaginal (Tabela 1).

Algumas práticas comprovadamente danosas ou inefetivas foram freqüentemente realizadas em ambas as maternidades (Tabela 2). O enema foi aplicado em mais de 1/3 das mulheres que fizeram parto vaginal na maternidade conveniada, sendo bem menos aplicado na maternidade pública. A tricotomia foi um procedimento praticamente universal nas duas maternidades, sendo, em grande parte, realizada pela

própria mulher, em sua residência, antes de chegar ao hospital. A hidratação venosa foi amplamente utilizada, sendo mais freqüente na maternidade conveniada do que na maternidade pública. Além disso, a posição supina foi adotada durante todo o período do trabalho de parto para quase todas as mulheres na maternidade conveniada, e também para as mulheres submetidas à cesárea na maternidade pública. O subgrupo de parto vaginal, na maternidade pública, foi o único no qual 20% das mulheres deambularam durante o trabalho de parto. A posição de litotomia foi rotineiramente adotada para o parto vaginal, nas duas maternidades.

O uso de ocitocina no pré-parto também foi muito freqüente nas duas maternidades, especialmente no grupo de parto vaginal, na maternidade conveniada (64%).

Entre as práticas com evidência insuficiente e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas adicionais esclareçam sobre sua adoção (Tabela 2), a amniotomia foi mais utilizada na maternidade conveniada do que na maternidade pública, e também mais freqüente no grupo de parto vaginal do que no grupo de cesárea. Essa prática foi realizada em mais de um terço das mulheres que fizeram parto vaginal nas duas maternidades. Ao analisarmos a dilatação no momento da amniotomia, notamos grande proporção (40% dos partos vaginais na maternidade pública e 77% na maternidade conveniada) realizada precocemente (com 7 cm ou menos de dilatação, ponto de corte adotado segundo Enkin et al., 1996). A Manobra de Kristeller também foi amplamente utilizada (46% e 53% dos partos, na maternidade pública e conveniada, respectivamente).

Entre as práticas que são freqüentemente utilizadas de forma inadequada, analisamos a freqüência de exames vaginais por hora, episiotomia e analgesia peridural para partos vaginais (Tabela 3). Observamos um número excessivo de exames vaginais nas duas maternidades, pois cerca de 1/3 das mulheres que fizeram partos vaginais na maternidade pública e quase 2/3 na maternidade conveniada receberam mais de um toque vaginal por hora, quando o recomendado é cerca de 1 toque vaginal a cada 4 horas (OMS, 1996). A episiotomia foi realizada com bastante freqüência nas duas maternidades, 78% e 85%, nas maternidades pública e conveniada, respectivamente.

O manejo da dor no pré-parto através de métodos farmacológicos (analgesia peridural) foi pouco utilizado nas duas maternidades (menos de 5%), o que está de acordo com normas recomendadas (OMS, 1996). Nos partos vaginais, utilizou-se bloqueio loco-regional para episiotomia e episiorrafia em mais de 70% dos partos, e cerca de 15% das mulheres, em ambas as maternidades, tiveram seus filhos sem

nenhuma anestesia. As cesáreas foram, na maioria, realizadas com anestesia peridural na maternidade pública e raquidiana na maternidade conveniada, o que está de acordo com o preconizado para partos cirúrgicos (Tabela 3).

Discussão

Entre os aspectos positivos encontrados nas maternidades estudadas está o adequado acompanhamento clínico do trabalho de parto, com uso do partograma para avaliação e registro em prontuário da dinâmica uterina e vitalidade materno-fetal.

Ao mesmo tempo, constatamos modelo de atenção com elevada frequência de intervenções, algumas, comprovadamente danosas que devem ser eliminadas. Entre elas podemos citar uso de enema, tricotomia, hidratação venosa de rotina, uso rotineiro de ocitocina, restrição ao leito durante o trabalho de parto e posição de litotomia para parto vaginal.

Entre as limitações desse estudo, devemos destacar que as informações oriundas do prontuário médico dependem da qualidade de preenchimento deste. De forma geral, nas maternidades estudadas, a maioria das informações clínicas sobre a evolução da parturiente estava registrada em prontuário. Pode ter contribuído, para isso, a presença de alunos de graduação e pós-graduação em ambas as instituições. Outro ponto importante se refere à qualidade das informações fornecidas pelas mulheres entrevistadas, que depende de suas recordações sobre os eventos ocorridos durante o pré-parto e parto. O fato de a entrevista ter sido realizada no pós-parto imediato minimiza esse problema. Entretanto, algumas informações são especialmente sujeitas à forma de percepção das mulheres sobre o cuidado, como, por exemplo, a frequência de exames vaginais no pré-parto. Por se tratar de exame incômodo e doloroso, pode ser que as mulheres o tenham recordado com frequência acima do ocorrido. De qualquer forma, consideramos importante valorizar a percepção das mulheres sobre esse fato. Outro fator limitante é a possibilidade das mulheres terem respondido, em determinadas situações, aquilo que elas achavam que o entrevistador queria ouvir (Freitas, 1999).

Em nosso estudo, verificamos que, em muitos aspectos, as normas da OMS não estavam sendo seguidas. Esse foi um ponto essencial do trabalho de Gomes (1995), que observou a distância entre o preconizado (em termos de normas e rotinas de atenção ao parto) e a realidade do serviço em duas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. Carvalho (1993), que avaliou a assistência perinatal na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, observou falta de acompanhamento adequado do trabalho de parto, elevado percentual de intervenções desnecessárias, como cesáreas agendadas para

laqueadura tubária, e elevado percentual de óbitos infantis passíveis de redução pelo adequado controle da gravidez e adequada atenção ao parto.

Em relação às práticas que devem ser encorajadas, a presença de acompanhante durante o pré-parto e parto tem sido preconizada como uma das medidas importantes para humanização do nascimento (OMS, 1996). Em maternidades de grande porte, com grande número de leitos, dificilmente existe um profissional (como uma doula, por exemplo) disponível para ficar ao lado da mulher durante todo o pré-parto, fornecendo suporte emocional e físico. Então o acompanhante de preferência da mulher seria a pessoa indicada para isso. Entretanto, a falta de privacidade nas enfermarias de pré-parto tem feito com que algumas maternidades (como a maternidade pública) permitam somente acompanhantes do sexo feminino, o que restringe as possibilidades de escolha e exclui a presença do pai da criança no momento do nascimento. Seria interessante conhecer as razões pelas quais o acesso do acompanhante à sala de parto ainda é tão restrito, pois, mesmo para as mulheres internadas na maternidade pública, que tiveram acompanhante no pré-parto, estes não puderam entrar na sala de parto. Dias (2001), observou que os obstetras *“têm restrições à presença dos acompanhantes, seja porque questionam os profissionais solicitando maior atenção, ou porque se sentem vigiados pelos acompanhantes, que passam a ser testemunhas do atendimento que é prestado”* .

Verificamos, nas entrevistas qualitativas, que a maioria das mulheres, deseja ter um acompanhante no momento do parto. Para elas o acompanhante representa segurança, auxílio, suporte psicológico e ajuda para cuidar do bebê nos casos de cesárea. Algumas entrevistadas disseram que ter alguém da família por perto traz maior segurança pelo controle que estes podem exercer sobre os profissionais de saúde, no sentido de as proteger de eventuais práticas danosas (Gama et al, 2000).

A prática universal de ausculta intermitente dos batimentos cardíofetais nas duas maternidades mostra um bom padrão de qualidade da assistência e está de acordo com as normas da OMS, segundo as quais o monitoramento eletrônico contínuo deve ficar reservado para os casos de alto risco. Nesse e em outros aspectos, as maternidades estudadas apresentam padrão superior à maioria das maternidades na região metropolitana do Rio de Janeiro, nas quais Carvalho (1993) identificou registro de monitoramento dos batimentos cardíofetais em apenas 40% dos partos.

A presença de partograma preenchido em quase todos os prontuários também é um indicador de boa qualidade da assistência, sendo recomendado pela OMS. Em estudo transversal realizado com 257 parturientes de maternidades situadas em Cutitiba, em 1995, a ausculta dos batimentos cardíofetais foi referida por 81% das entrevistadas e

o partograma preenchido esteve presente em cerca de 80% dos prontuários (Maluf et al., 1996). Outro estudo transversal realizado com 368 mulheres, em quatro maternidades de São Luís do Maranhão em 1997, apresentou padrão bem diverso, com partograma preenchido em apenas 13% dos prontuários e ausculta dos batimentos cardíofetais realizada em 60% das mulheres (Alves & Silva, 2000).

O contato físico entre mãe e filho e a prática de levar o bebê ao seio ainda na sala de parto são importantes para o estabelecimento do vínculo mãe-filho e para favorecer o aleitamento materno, sendo recomendados pela OMS (OMS, 1996). São também condições para credenciamento dos hospitais como “Amigo da Criança” (MS, 2003). No estudo de São Luís do Maranhão (Alves & Silva, 2000), o contato visual entre mãe e bebê ocorreu em 74% dos partos, e o aleitamento na primeira hora de vida aconteceu para 40% dos partos.

Esse contato parecia ser incentivado na maternidade pública, mas não na maternidade conveniada, e foi também mais freqüente nos partos vaginais do que nas cesáreas, em ambas as maternidades. A menor freqüência de contato com o recém-nascido, verificada entre as mulheres que fizeram cesárea na maternidade pública ocorreu, possivelmente, devido a alguma complicação materna ou fetal (25% desses bebês foram encaminhados à UTI e 11% das mães tiveram pré-eclâmpsia). Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Gomes (1995), que entrevistou 101 mulheres em duas maternidades do Rio de Janeiro, e 78% relataram contato visual com o recém-nascido, mas apenas 1 mulher levou o bebê ao seio na sala de parto. Gomes (1995), que avaliou de forma qualitativa a percepção das mulheres sobre esse contato, observou que na maior parte das vezes era um contato rápido e sempre precedido e intermediado por procedimentos técnicos realizados com o bebê.

O leite materno é reconhecidamente o melhor alimento para o recém-nascido e a existência de pessoal treinado para fornecer orientações sobre aleitamento para as mães, antes da alta, é importante para o aleitamento bem sucedido e faz parte das normas para certificação como “Hospital Amigo da Criança” (MS, 2003). Cerca de 65% das mulheres na maternidade pública receberam orientação sobre aleitamento, mas essa proporção ainda pode ser considerada aquém do ideal, para uma maternidade certificada. A maternidade conveniada, onde as mulheres receberam orientação com menos freqüência, não havia ainda recebido esse certificado. A orientação sobre aleitamento não parece depender do tipo de parto. Na maternidade pública se orientou pouco, e na conveniada praticamente não ocorreu orientação.

A prescrição de alimentação complementar para o recém-nascido interfere negativamente com o aleitamento materno, devendo ser realizada somente quando a mãe está impossibilitada de amamentar ou a criança impossibilitada de mamar. A prática de prescrever alimentação complementar de rotina, para bebês a termo e saudáveis, realizada em 60% dos partos vaginais e 96% das cesáreas na maternidade conveniada, não é justificável, mesmo para as mulheres submetidas à cesárea.

O enema foi utilizado com restrições na maternidade pública, mas foi muito freqüente na maternidade conveniada. No estudo das maternidades em São Luís do Maranhão, o enema foi realizado em 47% das mulheres (Alves & Silva, 2000). Os enemas supostamente estimulariam as contrações uterinas e reduziriam a contaminação e o risco de infecção para a mãe e o bebê. No entanto, esses efeitos não foram confirmados, verificando-se que, quando as mulheres não usam enema eventualmente ocorre eliminação de fezes formadas em pequena quantidade, de limpeza mais fácil do que a eliminação que ocorre após um enema (Lopes et al, 2001). Além disso, os enemas são incômodos e trazem o risco de lesão intestinal. Em um ensaio clínico randomizado realizado em maternidade de Campinas com 90 parturientes, o uso de enema não reduziu a duração do trabalho de parto nem o risco de infecção, além de não ter reduzido a chance de eliminação de fezes no momento expulsivo (Lopes et al., 2001). Nesse estudo, verificou-se que as mulheres ficaram divididas entre optar por receber o enema ou não, pois, mesmo considerando-o incômodo, elas tem receio de eliminar fezes na sala de parto. Na opinião dos autores, esse constrangimento deve ser levado em conta pelos profissionais de saúde que prestam atendimento ao parto, no sentido de tranquilizar e apoiar a mulher.

A tricotomia está amplamente incorporada à nossa cultura, como foi verificado em nosso estudo e também no estudo de Alves & Silva (2000), no qual 43% das mulheres fizeram tricotomia em casa, antes de irem para a maternidade. Esse é um exemplo claro de incorporação pela população de uma intervenção obstétrica, sem evidência de benefícios.

O uso rotineiro de hidratação venosa é mais uma das práticas comprovadamente danosas ou inefetivas que devem ser eliminadas. Em termos de nutrição, não existem vantagens deste procedimento em relação à oferta de líquidos, que permite à mulher hidratar-se de acordo com suas necessidades, durante o trabalho de parto. Nas entrevistas qualitativas, as mulheres se queixaram da quase ausência de alimentos e líquidos (água) durante o trabalho de parto, deixando-as mais fracas, principalmente, para o momento do período expulsivo (Gama et al., 2000). A hidratação venosa

somente é indicada nos casos onde é necessário o uso de medicação venosa, que não correspondem à maioria na maternidade pública nem na maternidade conveniada. Portanto, além de não oferecer benefícios, a hidratação venosa de rotina dificulta a livre movimentação da mulher no leito e praticamente inviabiliza a deambulação, duas práticas comprovadamente úteis para o progresso do trabalho de parto e alívio da dor. A permanência exclusiva no leito, juntamente com a hidratação venosa de rotina, verificada na maioria dos partos em ambas as maternidades, pode dificultar o progresso do trabalho de parto e potencializar a dor. Ambas as práticas deveriam ser revistas nas maternidades estudadas.

Outra intervenção muito utilizada nas maternidades estudadas e que potencializa as dores do trabalho de parto é o uso de ocitocina no pré-parto. Reis (1995), analisando a qualidade do uso de ocitocina em maternidades públicas do Rio de Janeiro, verificou que seu uso não seguiu nenhum dos modelos de intervenção identificados na literatura, sendo maior que o esperado, caso houvesse sido utilizada para a correção de anomalias na progressão do trabalho de parto. Não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais importantes, como hiperestimulação uterina e aumento da dor (Thornton & Lilford, 1994). A ocitocina é mais um procedimento obstétrico cuja utilização extrapola as indicações clínicas e se relaciona com a forma de organização da prática obstétrica. Aí se inclui a pressão da demanda hospitalar por novas internações e a conveniência da equipe, que tenta “resolver todos os casos” antes do próximo plantão, contribuindo para o uso indiscriminado de ocitocina (Dias, 2001).

A percepção das mulheres quanto ao uso de ocitocina é de um aumento impressionante das dores, conforme verificado nas entrevistas qualitativas (Gama et al., 2000). Além disso, nessas maternidades, praticamente não existia incentivo à deambulação, que poderia substituir a ocitocina em muitos casos, nem práticas alternativas de analgesia como caminhar, técnicas de respiração, compressas e mudanças de posição.

Em relação ao número de toques vaginais, a OMS recomenda um exame vaginal a cada 4 horas, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, até dilatação completa. O número excessivo de exames vaginais, realizado principalmente na maternidade conveniada, provavelmente está relacionado ao fato dessa maternidade oferecer estágio e programa de internato em Obstetria para acadêmicos de Medicina. No caso da maternidade ser uma instituição de treinamento, o exame vaginal feito por um estudante às vezes deve ser repetido e verificado pelo supervisor. Entretanto, isso somente deveria

ser feito após obter o consentimento da parturiente e com critérios restritos, pois, além de ser um exame incômodo e doloroso, sua repetição excessiva acarreta aumento do risco de infecção puerperal. As mulheres reportaram grande incômodo com o excesso de toques vaginais. A principal queixa referiu-se ao aumento da dor durante este procedimento. Sentiram-se, ainda, invadidas na sua privacidade pessoal e sexual, na medida em que diferentes médicos realizaram este exame (Gama et al., 2000).

A amniotomia precoce foi outro procedimento realizado com muita frequência nas duas maternidades, embora não existam evidências definitivas da vantagem dessa prática em comparação à conduta expectante (OMS, 1996). O “pacote” chamado “manejo ativo do trabalho de parto”, composto pelo uso rotineiro de amniotomia e ocitocina, não se mostrou efetivo em reduzir a incidência de cesárea ou parto instrumental e apresentou efeitos colaterais como hiperestimulação uterina e aumento da dor (Thornton & Lilford 1994).

Em relação à manobra de Kristeller, não existe evidência da utilidade desse procedimento de acordo com a OMS, que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos ao útero, períneo ou feto (OMS, 1996). Essa manobra, referida por quase metade das mulheres nas duas maternidades, deveria ser abolida, principalmente devido ao contexto no qual é praticada. Dias (2001) observou que essa manobra é realizada, geralmente, devido ao estresse causado pela demora no nascimento, especialmente nos partos mais demorados e trabalhoso de primíparas, quando a possibilidade de sofrimento fetal e os gritos da mulher fazem com que o obstetra queira “resolver logo a situação”. *“Nesta hora algum profissional (de preferência um homem ou alguém forte) é recrutado para ajudar, fazendo pressão sobre o fundo do útero. A cena é impressionante, todos com as faces estressadas e gritando ordens para a mulher, esta nervosa e gritando, uma pessoa em pé numa escadinha debruçada sobre a barriga da grávida e fazendo força sobre o fundo uterino”* (Dias, 2001).

A OMS (1996) considera o uso de analgesia peridural como um dos exemplos mais marcantes de medicalização do parto normal, transformando um evento fisiológico em um procedimento médico que exige a presença obrigatória de anestesista. Seu uso praticamente não ocorreu nas maternidades estudadas, pois o SUS não financiava esse procedimento para partos vaginais. Recomenda-se o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o parto, tais como suporte emocional, liberdade de posição e movimento, imersão em água, massagem, técnicas de respiração e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS).

Dentre as práticas que são freqüentemente utilizadas de forma inadequada, uma das mais comuns em nosso meio é a episiotomia. Foram realizados vários ensaios clínicos controlados para avaliar os benefícios do uso liberal de episiotomia e estes não forneceram indícios em favor dessa prática (Carroli & Belizan, 2002). Não foram demonstrados benefícios para a mãe ou para o bebê e foi encontrado maior risco de traumatismo ao períneo, incluindo-se complicações em longo prazo como fístula e incontinência fecal. A alta freqüência de episiotomias realizadas nas maternidades estudadas é consistente com a literatura disponível: em estudo que analisou 94472 partos de primíparas realizados em 105 hospitais de 14 países latino-americanos, foram realizadas episiotomias em mais de 90% dos partos (Althabe et al, 2002). Na Austrália, foi verificado padrão menos intervencionista, sendo realizadas episiotomias em 47% das pacientes nos hospitais privados e 29% das pacientes em hospitais públicos (Roberts et al., 2000). Devido a seus riscos potenciais, recomenda-se o uso restrito desta intervenção, em cerca de 10% dos partos (OMS, 1996).

Considerações finais

Nosso estudo identificou elevada ocorrência de algumas práticas danosas que devem ser eliminadas nas maternidades estudadas, tais como uso de enema, tricotomia, hidratação venosa de rotina, restrição ao leito durante o trabalho de parto, posição de litotomia para parto vaginal, uso rotineiro de ocitocina e amniotomia no pré-parto. Entre as práticas usadas de forma inadequada, podemos citar a elevada freqüência de exames vaginais e episiotomia. Quanto às práticas que devem ser encorajadas, tais como presença de acompanhante, contato com recém-nascido ainda na sala de parto e incentivo ao aleitamento materno, apesar de ocorrerem com maior freqüência na maternidade pública do que na conveniada, poderiam ser estimuladas em ambas as maternidades. Caracteriza-se, nessas maternidades, modelo de atenção altamente medicalizado, com uso excessivo de intervenções durante o parto.

Entretanto, algumas diferenças puderam ser identificadas nos modelos de atenção das duas maternidades. A maternidade pública, apesar de atender clientela com maior risco gestacional, apresentou freqüência inferior à maternidade conveniada de algumas práticas danosas que devem ser eliminadas e freqüência superior de algumas práticas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas. Isso reflete, possivelmente, a influência da gerência da SMS-RJ que há alguns anos, busca incentivar o parto vaginal e humanizado nas maternidades sob sua responsabilidade.

Para mudanças ocorrerem na assistência ao parto, é necessário rever a forma de organização da prática obstétrica que, nas maternidades gratuitas de grande porte, se

assemelha a uma linha de montagem, onde é necessário apressar o parto, nem sempre respeitando a fisiologia da mulher. Nesse sentido, alternativas estão sendo tentadas, incluindo a participação de enfermeiras obstétricas, que ocorre ainda com muitos conflitos (Angulo-Tuesta, 2003). O papel das escolas médicas também é fundamental na revisão de conceitos sobre assistência ao parto, considerando as normas da OMS e as evidências que devem embasar o uso de intervenções. O incentivo à atualização dos profissionais de saúde nas maternidades de atendimento pelo SUS depende, em parte, da gerência das secretarias municipais de saúde.

A busca por um modelo de atenção que devolva à mulher seu papel de protagonista no parto, respeitando a fisiologia do trabalho de parto e fornecendo suporte clínico e emocional adequado, parece ser o caminho para uma assistência que terá melhores resultados perinatais e maior satisfação das mulheres e dos profissionais de saúde.

Tabela 1 - Algumas práticas comprovadamente úteis na atenção ao parto que devem ser encorajadas. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública				Maternidade conveniada			
	Partos vaginais		Cesáreas		Partos vaginais		Cesáreas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompanhante no pré-parto								
sim	43	19,2	38	16,7	2	0,9	2	0,9
não	181	80,8	189	83,3	222	99,1	220	99,1
total	224	100,0	227	100,0	224	100,0	222	100,0
Acompanhante no parto								
sim	11	4,9	1	0,4	2	0,9	2	0,9
não	213	95,1	228	99,6	222	99,1	220	99,1
Total	224	100,0	229	100,0	224	100,0	222	100,0
Partograma preenchido*								
Sim	213	93,4	174	76,7	222	99,1	212	94,6
Não	15	6,6	53	23,4	2	0,9	12	5,3
Total	228	100,0	227	100,0	224	100,0	224	100,0
Ausulta BCF								
Sim	205	91,9	213	93,8	215	96,4	207	93,7
Não	18	8,1	14	6,2	8	3,6	14	6,3
Total	223	100,0	227	100,0	223	100,0	221	100,0
Foi informada sobre o motivo da cesárea								
Sim			219	95,2			211	94,2
Não			11	4,7			13	5,8
Total			230	100,0			224	100,0
Viu o recém-nascido na sala de parto*								
Sim	218	94,8	195	84,4	222	99,1	208	92,9
Não	12	5,2	36	15,6	2	0,9	16	7,1
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Tocou o recém-nascido na sala de parto*								
Sim	180	78,3	110	47,6	207	92,4	152	67,9
Não	50	21,7	121	52,4	17	7,6	72	32,1
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Levou recém-nascido ao seio na sala de parto*								
Sim	76	33,0	16	6,9	53	23,7	18	8,0
Não	154	67,0	215	93,1	171	76,3	206	92,0
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Orientação sobre alimentação do recém-nascido								
dar somente leite materno	159	69,1	140	60,6	123	54,9	103	46,0
dar leite materno, sucos ou água	1	0,4	1	0,4	3	1,3	3	1,3
dar outros leites	1	0,4	2	0,9	1	0,4	-	-
não recebeu orientação	69	30,0	88	38,1	97	43,3	118	52,7
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Prescrição de alimentação complementar*								
sim	28	12,3	77	33,9	135	60,3	213	95,1
não	200	87,7	150	66,1	89	39,7	11	4,9
Total	228	100,0	227	100,0	224	100,0	224	100,0

*p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

* *p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade pública

Tabela 2 – Práticas comprovadamente danosas ou inefetivas na atenção ao parto que devem ser eliminadas e práticas com evidência insuficiente que devem ser utilizadas com cautela. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade Pública				Maternidade Conveniada			
	Partos vaginais		Cesáreas		Partos vaginais		Cesáreas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Práticas comprovadamente danosas ou inefetivas que devem ser eliminadas								
Enema*								
sim	38	17,0	23	10,2	86	38,4	59	26,6
não	186	83,0	203	89,8	138	61,6	163	73,4
Total	224	100,0	226	100,0	224	100,0	222	100,0
Tricotomia								
sim	145	63,3	154	66,7	92	41,1	88	39,3
não	5	2,2	4	1,7	3	1,3	3	1,3
feita em casa	79	34,5	73	31,6	129	57,6	133	59,4
Total	229	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Hidratação Venosa***								
sim	133	59,4	135	59,5	199	88,8	160	72,1
não	91	40,6	92	40,5	25	11,2	62	27,9
Total	224	100,0	227	100,0	224	100,0	222	100,0
Posição no Trabalho de Parto**								
tempo todo na cama	176	79,6	170	90,4	201	90,1	171	88,6
levantar e andar	45	20,4	18	9,6	22	9,9	22	11,4
Total	221	100,0	188	100,0	223	100,0	193	100,0
Uso de ocitocina no pré-parto*								
sim	88	39,3	32	14,0	143	64,4	72	32,3
não	136	60,7	196	86,0	79	35,6	151	67,7
Total	224	100,0	228	100,0	222	100,0	223	100,0
Posição no parto vaginal								
litotomia	225	98,3			221	98,7		
sentada ou de cócoras	2	0,9			2	0,9		
no leito	2	0,9			1	0,4		
Total	229	100,0			224	100,0		
Práticas com evidência insuficiente que devem ser utilizadas com cautela								
Amniotomia*								
sim	79	36,2	31	14,5	91	41,2	41	18,4
não	139	63,8	183	85,5	130	58,8	182	81,6
Total	218	100,0	214	100,0	221	100,0	223	100,0
Dilatação no momento amniotomia**								
0-7	32	40,5	17	54,8	70	76,9	36	87,8
8-10	40	50,6	3	9,7	20	22,0	5	12,2
sem informação	7	8,9	11	35,5	1	1,1	0	0
Total	79	100,0	31	100,0	91	100,0	41	100,0
Manobra de Kristeller								
sim	105	46,1			120	53,6		
não	123	56,9			104	46,4		
Total	228	100,0			224	100,0		

* p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

** p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade pública

*** p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade conveniada

Tabela 3- Algumas práticas frequentemente utilizadas de forma inadequada. Duas maternidades, Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade Pública				Maternidade conveniada			
	Partos vaginais		Cesáreas		Partos vaginais		Cesáreas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Número de toques vaginais por hora*								
1 a cada 4 horas	14	8,3	35	20,8	1	0,5	25	11,5
1 a cada 2 horas	38	22,6	54	32,1	13	6,3	45	20,7
1 a cada hora	60	35,7	48	28,6	66	32,2	79	36,4
Mais de 1 a cada hora	56	33,3	31	18,5	125	61,0	68	31,3
Total	168	100,0	168	100,0	205	100,0	217	100,0
Episiotomia								
Sim	178	77,7	-	-	190	85,2	-	-
Não	45	19,7	-	-	30	13,5	-	-
Não sabe	6	2,6	-	-	3	1,3	-	-
Total	229	100,0	-	-	223	100,0	-	-
Tipo de anestesia								
Bloqueio loco-regional	170	74,6	-	-	180	80,3	-	-
Peridural	10	4,4	116	51,1	7	3,1	67	29,9
Raque	-	-	103	45,4	-	-	155	69,3
Geral	-	-	2	0,9	-	-	1	0,4
nenhuma	34	14,9	-	-	30	13,4	-	-
sem informação	14	6,1	6	2,6	7	3,1	1	0,4
Total	228	100,0	227	100,0	224	100,0	224	100,0

*p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

DISCUSSÃO FINAL

A elevada proporção de cesáreas no Brasil é um reflexo de fatores que atuam em três dimensões: características das mulheres, da forma de organização da prática obstétrica e também dos próprios obstetras. Aí se inclui inadequada preparação da mulher para o parto durante o pré-natal; ausência de trabalho em equipe multiprofissional; pouca ou nenhuma participação de enfermeiras obstetras na assistência; treinamento obstétrico inadequado para lidar com o parto vaginal; conveniências da equipe de plantão e práticas obstétricas arraigadas como o “dogma”, de acordo com o qual, “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Esse estudo visou contribuir para uma compreensão mais detalhada do processo de atendimento à mulher durante a gestação e parto em maternidades de atendimento gratuito do Rio de Janeiro.

Em nosso estudo, a população era bastante homogênea do ponto de vista socioeconômico, por se tratar de clientela exclusivamente atendida pelo SUS. Não esperávamos, por isso, encontrar diferenças sociais relacionadas à probabilidade de cesárea. A associação entre nível socioeconômico e cesárea foi encontrada somente na maternidade estudada no primeiro artigo, na qual foi observada maior chance de parto vaginal após cesárea para as mulheres com menor escolaridade. Esse resultado foi encontrado por Pires (1999) em Campinas e também por Béhague (2002) e Dias (2001), que discutem como o parto vaginal é considerado assistência de qualidade inferior em nosso meio, enquanto a cesárea é vista como um “bem de consumo”, desejável por ser o tipo de parto mais freqüente entre as mulheres de maior poder aquisitivo. É possível, portanto, que, no período a que se reporta nossa pesquisa na primeira maternidade (1992-1996), o parto vaginal após cesárea fosse considerado pelos médicos, em alguma medida, como “parto de pobre”. Essa deturpação de conceitos é parcialmente explicada pela forma como a prática médica se organizou em nosso país, nas últimas décadas, em uma sociedade caracterizada por profundas desigualdades sociais, que se manifestam, nesse caso, no acesso diferenciado à assistência hospitalar. Entretanto, a maioria das mulheres em nosso estudo declarou não querer cesárea, e as que pediram cesárea, o fizeram durante o pré-parto, como um pedido de socorro devido à situação vivenciada de dor e sofrimento.

Apesar das pesquisas terem sido realizadas em três maternidades diferentes, alguns resultados foram semelhantes. A associação entre o aumento da idade e maior chance de cesárea (primeiro e segundo artigos) sugere tendência, da prática obstétrica, de aumentar o grau de intervenção conforme aumenta a idade, o que pode significar uma visão dos obstetras, de que o parto vaginal seria mais arriscado para as mulheres

com mais idade, fato sem comprovação biológica. Esse resultado está de acordo com Freitas (1999) e outros autores nacionais (Janowitz et al, 1982; Rocha et al, 1986; Barros et al, 1991; Cunha et al, 2002) que relataram associação semelhante. Esta relação também está presente nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (DATASUS, 2000), referente a todos os partos do país, no qual também é possível estimar aumento na chance de cesárea conforme aumenta a idade.

A cesárea anterior como indicação de nova cesárea mostrou-se fortemente associada ao tipo de parto, em todas as maternidades estudadas (primeiro e segundo artigos). Dessa forma, fica evidente a necessidade de rever a conduta obstétrica perante mulheres com cesárea prévia, promover atualização dos obstetras em relação à tentativa de trabalho de parto, e fornecer informações às mulheres sobre a real possibilidade e benefícios do parto vaginal após cesárea.

A fase de trabalho de parto na qual as mulheres foram admitidas também foi um dos fatores mais importantes associados ao tipo de parto, em todas as maternidades estudadas. Mulheres admitidas precocemente tiveram menor chance de parto vaginal após cesárea, (primeiro artigo), e maior chance de cesárea (segundo artigo). Assim, é importante que as mulheres sejam preparadas para identificar corretamente o início do trabalho de parto a fim de diminuir as internações precoces, e repensar a condução do trabalho de parto no sentido de permitir maior tempo de evolução para as mulheres internadas precocemente. Além disso, a reorganização da assistência, com locais onde as mulheres possam ser examinadas, por médico ou obstetrix, próximo à sua residência, poderia auxiliar na redução da demanda hospitalar de mulheres que ainda não entraram em trabalho de parto.

A associação apresentada entre maior frequência de cesárea e horários específicos também demonstra a influência da pressão sofrida pela equipe, além de sua conveniência, que procura apressar os partos para não deixar “casos não resolvidos” para o plantão seguinte (segundo artigo). Esse resultado aponta para a urgência em modificar pontos estratégicos da forma de organização da assistência ao parto, centralizada em maternidades de grande porte. Um dos fatores que determina a antecipação do parto, nas maternidades gratuitas, é a pressão da demanda por novas internações, além da prática de “resolver os casos” antes do plantão seguinte. Entre os pontos estratégicos a serem modificados estão a descentralização do atendimento ao parto e sua organização em níveis crescentes de complexidade, com maior número de unidades menores, a nível local, preparadas para atendimento ao parto de baixo risco

(cerca de 80% dos partos), ficando as maternidades especializadas com o atendimento de alto risco (Page, 2001).

A necessidade de reorganização da prática e humanização do atendimento torna-se mais evidente no terceiro artigo, que apresenta a distância entre as normas preconizadas pela OMS e a prática obstétrica nas maternidades estudadas. O modelo médico brasileiro predominante ao longo da gestação e na assistência ao parto não parece ser o mais adequado às necessidades das mulheres já que estas relatam com frequência, que vivenciaram esse momento com medo e dor (Dias, 2001; Barbosa, 2003). Também apresenta falhas no sentido humano. Quando a mulher entra no hospital torna-se uma “paciente”. Suas roupas são retiradas, seus pelos raspados e muitas vezes são realizados procedimentos de rotina tais como contenção ao leito com soro na veia (que restringe os movimentos e dificulta adoção de posições mais confortáveis durante as contrações), uso de ocitocina que aumenta a dor sem disponibilidade de recursos analgésicos eficientes e adoção de posição de litotomia no momento do parto. Esse modelo se encaixa às necessidades empresariais de expansão da indústria biomédica, para a qual o parto é mais uma mercadoria. Afinal, o parto é responsável pelo maior volume de internações no SUS e também um dos principais no setor privado. Nessa indústria é necessário que um parto termine o mais rápido possível para que outro possa começar naquele leito. A presença da mulher, seus movimentos e opiniões muitas vezes não são reconhecidos, e até mesmo tratados como indesejáveis. Dias (2001), ao estudar maternidade pública da rede municipal do Rio de Janeiro, observou que:

“A lógica de funcionamento da maternidade estudada é a de uma linha de produção em série. O processo de trabalho, preocupado em obter como resultado final um bebê saudável, tem como método principal de ação, antecipar o momento do nascimento. Os profissionais trabalham com uma expectativa média do tempo de resolução do trabalho de parto nem sempre compatível com a fisiologia da mulher normal”.

Em meio a esse conflito, instituições e profissionais de saúde vêm buscando modificar a prática obstétrica no sentido de humanizá-la, e utilizar a tecnologia apenas quando seus benefícios superam os riscos e trazem maior conforto à mulher durante o nascimento de seu filho.

Diversas experiências bem sucedidas de modificações no modelo de assistência ao parto têm ocorrido no Brasil. Como exemplo podemos citar o “Projeto Luz”, realizado em cinco municípios no estado do Ceará, entre 1996 e 2001, em conjunto com o Governo do Japão (Misago et al, 2001). O projeto incluiu uma série de treinamentos

para profissionais de saúde em atendimento humanizado nas maternidades. Os atributos de humanização do atendimento considerados foram: promoção da participação ativa das mulheres nas decisões sobre o cuidado; trabalho multiprofissional em equipe (incluindo parteiras leigas, obstetrias, médicos generalistas e médicos obstetras); uso de tecnologia baseada em evidências; descentralização do atendimento ao parto com criação de casas de parto e relação custo-benefício favorável. Entre as mudanças ocorridas nas maternidades e casas de parto, foram observados aumento da auto-estima dos profissionais de saúde, com incremento das relações profissionais em equipe. As mulheres passaram a ter presença constante de um acompanhante e foram incentivadas a se movimentar livremente e deambular durante o trabalho de parto. Houve redução na frequência de exames vaginais repetitivos e aumento na frequência de monitoramento das contrações uterinas e batimentos cardíacos. As mulheres relataram melhorias no ambiente das salas de pré-parto, que se tornaram mais confortáveis e silenciosas, com climatização adequada e cortinas garantindo privacidade (Misago et al, 2001).

Outra experiência bem sucedida foi a implantação de modelo humanizado de atendimento ao parto na maternidade do hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina a partir de 1994 (Santos & Siebert, 2001). Nesta maternidade, mulheres têm liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto, liberdade de escolha de posição para parto vaginal (horizontal ou vertical) e presença constante de acompanhante. Rotinas desnecessárias, tais como tricotomia e restrição de líquidos durante trabalho de parto foram abolidas. Mães e filhos permanecem juntos, da admissão à alta, ficando a unidade neonatal exclusivamente para atendimento aos recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais.

Essas, e outras iniciativas mostram que o modelo de assistência ao parto pode ser modificado, com aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde que prestam assistência e das mulheres atendidas; além de excelentes resultados perinatais. Esperamos que essa pesquisa possa fornecer subsídios para o planejamento de ações de redução da proporção de cesáreas e melhoria da qualidade da assistência ao parto nas unidades estudadas.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, J.A. & ANDRADE, E.C. (1993). The use of contraceptives in Brazil: an analysis of the prevalence of female sterilization. *DADOS* 36 (3):419-439.
- ALVES, M.T.S.S.B. & SILVA, A.A.M., 2000. *Avaliação de qualidade de maternidades*. Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
- ANANTH, C.V.; SMULIAN, J.C. & VINTZILEOS, A.M., 1997. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177 (5) 1071-1078.
- ANGULO-TUESTA, A.; GIFFIN, K.; GAMA, A.S.; D'ORSI, E. & BARBOSA, G.P., 2003. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).
- BARBOSA, G.P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; CHOR, D.; D'ORSI, E. & REIS, A.C.G.V., 2003. Parto Cesárea: Quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).
- BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P. & VICTORA, C.G., 1986. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and planning*, 1:19-29.
- BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P.; VICTORA, C.G. & HUTTLY, S., 1991. Epidemic of caesarean sections in Brazil, *Lancet*. 338: 167-169.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. & HORTA, B.L., 2001. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 30:1001-1008.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. & MORRIS, S.S., 1996. Caesarean sections in Brazil, *Lancet*. 347: 839.
- BÉHAGUE, D.P.; VICTORA, C.G. & BARROS, F.C., 2002. 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. *British Medical Journal*, 324 (20): 1-6.
- BELIZAN, J., 2002. *Cesárea no mundo e na América Latina*. In: Simpósio Internacional "Cesárea: Avaliação e Propostas de Ação", CEMICAMP, Campinas.

- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil) / Macro International, 1997. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM / Macro International
- BERKOWITZ, G.S.; FIARMAN, G.S.; MOJICA, M.A.; BAUMAN, J. & DE-REGT, R.H., 1989. Effect of physician characteristics on the cesarean birth rate. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 161: 146-149.
- BERQUÓ, E.,1999. Ainda a Questão da Esterilização Feminina. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S.H.Costa, org.) pp. 113-126, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ
- BESTETI, H., 1996. *Fatores Associados à Prova de Trabalho de Parto e ao Parto Cesárea em Gestantes com uma Cesárea Anterior*. Md dissertation, Campinas-SP, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.
- BOISSELIER, P.; MAGHIORACOS, P.; MARPEAU, L.; HAJALI, B. & BARRAT, J., 1987. Changes in indications for cesarean section from 1977 to 1983. Apropos of 18,605 deliveries. *Journal of Gynecology Obstetrics Biological Reproduction*, 16(2):251-60
- BOWERS, S.K.; MACDONALD, H.M. & SHAPIRO, E.D., 1982. Prevention of iatrogenic neonatal respiratory distress syndrome: elective repeat cesarean section and spontaneous labor. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 15; 143(2): 186-9.
- CALDERON, I.M.P.; FRADE, J.L.; ABBADE, J.F.; DINIZ, C.P.; DALBEN, I. & RUDGE, M.V.C., 2002. Prova de Trabalho de Parto Após uma Cesárea Anterior. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 24(3):161-166.
- CAMPBELL, O., 2002. Mortality and morbidity associated with cesarean section: substance and methodological issues. Simpósio Internacional “Cesárea: Avaliação e Propostas de Ação”, CEMICAMP, Campinas, setembro de 2002.
- CAMPOS, T.P. & CARVALHO, M.S., 2000. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cadernos de Saúde Pública* 16(2):411-420
- CAMPOS, T.P., 1996. *Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).
- CARROLI, G. & BELIZAN, J., 2002. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.
- CARVALHO, M.L., 1993. Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/87. Dissertação de

mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

- CECATTI, J.G. & SERRUYA, 2002. Evolução recente das taxas de cesárea no Brasil. Simpósio Internacional “Cesárea: Avaliação e Propostas de Ação”, CEMICAMP, Campinas, setembro de 2002.
- CHACHAM, A.S. & PERPÉTUO, I.H.O., 1996. *Determinantes sócio-econômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte*. Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, vol. 4: 2587-2610.
- CHOR, D.; FONSECA, M.J.M.; DUCHIADE, M.P.; ANDRADE, C.R. & BELTRÃO, K.I., 1999. *Condições de Saúde de Funcionários de Banco Estatal: aspectos ligados à reprodução*. In: Giffin, K. & Costa, S.H.(org.), *Questões da Saúde Reprodutiva* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.397-417.
- CLEMENT, S., 1991. *The caesarean experience*. London: Pandora Press.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. & PINEAULT, R., 2000. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz, Z.M.A., *Avaliação em Saúde, dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, pp.29-47.
- CRAGIN, E. (1916) Conservatism in obstetrics. *NY Med. J.* 104:1-3
- CUNHA, A.A.; PORTELA, M.C.; AMED, A.M. & CAMANO, L., 2002. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 24(1): 21-28.
- D’ORSI, E. & CARVALHO, M.S., 1998. Perfil de Nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(2): 367-379
- D’ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; BARBOSA, G.P.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A.S.; PESSOA, L.G.; SHIRAIWA, T. & FONSECA, M.J.M., 2001. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Health* 97(2): 152-157.
- DATASUS (2000). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Ministério da Saúde, <http://www.datasus.gov.br>
- DIAS, M.A.B., 2001. Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 152 p. Dissertação apresentada ao Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ) para obtenção do grau de Mestre.

- DOBSON, R., 2001. Caesarean section rate in England and Wales hits 21. *British Medical Journal*, 27;323(7319):951
- DOMINGUES, R.M.M.S., 1996. O modelo de assistência ao parto e nascimento na Holanda. *Saúde em Foco-Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva-Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro*. 14:12-14.
- DUARTE, E.C.; SCHNEIDER, M.C.; PAES-SOUZA, R.; RAMALHO, W.M.; SARDINHA, L.M.V.; SILVA JÚNIOR, J.B. & CASTILLO-SALGADO, C., 2002. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; RENFREW, M. & NEILSON, J., 1996. *A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth*. Oxford Medical Publications, second edition.
- ESTEBANEZ, P.E.; RUSSEL, N.K.; AGUILAR, M.D.; BÉLAND, F. & ZUNZUNEGUI, M.V., 2000. Woman, drugs and HIV/AIDS: results of a multicentre European study. *International Journal of Epidemiology*, 29:734-743.
- EVANS, L., 1995. Italy has Europe's highest caesarean section rate [news]. *British Medical Journal* 310:487.
- FAUNDES, A. & CECATTI, J.G., 1991. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7 (2): 150-173.
- FIOCRUZALTHABE, F.; BELIZÁN, J.M. & BERGEL, E., 2002. Episiotomy rates in primiparous woman in Latin América: hospital based descriptive study. *British Medical Journal*, 321 (20): 945-946.
- FLAMM, B.L.; GOINGS, J.R.; LIU, Y. & WOLDE-TSADIK, G., 1994. Elective Repeat Cesarean Delivery Versus Trial of Labor: a Prospective Multicenter Study. *Obstetrics & Gynecology* . vol 83, nº6:927-932
- FLEISS, J.L., 1981. *Statistical Methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and Sons, pp: 44-45.
- FRANCOME, C. & SAVAGE, W., 1993. Cesarean section in Britain and the United States-12% or 24%: is either the right rate? *Social Science & Medicine*, 37: 1199-1218, 1993.
- FREITAS, P.F., 1999. The epidemic of caesarean sections in Brazil, factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil. Phd Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- GABERT, H.A. & BEY, M., 1988. History and development of cesarean section. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 15 (4): 591-605.
- GAMA, A.S.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; D'ORSI, E.; BARBOSA, G.P. & REIS, A.C.G.V., 2000. Mulheres e formas de parir: um estudo das representações e experiências quanto ao parto vaginal e cesáreo. Relatório de pesquisa, Rio de Janeiro, Fundação Ford.
- GOLDBAN, G., PINEAULT, R., POTVIN, L., BLAIS, R. & BILODEAU, H., 1993. Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *American Journal of Public Health*, 83 (8): 1104-1108.
- GOMES, M.A.S.M., 1995. Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- GOYERT, G.L.; BOTTOMS, S.F.; TREADWELL, M.C. & NEHRA, P.C., 1989. The physician factor in cesarean birth rates. *New England Journal of Medicine*, 16;320(11):706-9.
- GRANOVSKY-GRISARU, S., SHAYA, M. & DIAMANT, Y.Z., 1994. The management of labor in women with more than one uterine scar: is a repeat cesarean section really the only "safe" option? *J. Perinat. Med.*, 22: 13-17.
- GULDHOLT, I. & ESPERSEN, T., 1987. Maternal febrile morbidity after cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 66(8):675-679.
- HALES, K.A., MORGAN, M.A. & THURNAU, G.R., 1993. Influence of labor and route of delivery on the frequency of respiratory morbidity in term neonates. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 43:35-40.
- HARER, W.B., 2002. Vaginal birth after cesarean delivery: current status. *Journal of American Medical Association*, 287(20):2627-30
- HOPKINS, K. 2000. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?. *Social Science and Medicine* 51: 725-740
- HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.V.; VENÂNCIO, S.I.; BÓGUS, C.M. & MIRANDA, M.M., 2002. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1303-1311.
- HUESTON, W.J., 1995. Site-to-site variation in the factors affecting cesarean section rates. *Archives of Family Medicine*, 4(4):346-51.

- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA), 1999. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores, 1998. Rio de Janeiro, IBGE.
- JANOWITZ, B.; NAKAKAMURA, M.S.; LINS, F.E.; BROWN, M.L. & CLOPTON, D., 1982. Caesarean section in Brazil. *Social Science and Medicine* 16:19-25.
- JANOWITZ, B.; WALLACE, S.; ARAÚJO, G. & ARAÚJO, L., 1984. Method of payment and the cesarean birth rate in a hospital in northeast Brazil. *Journal of Health, Politics, Policy and Law* 9:515-526.
- LOCICERO, A.K., 1993. Explaining excessive rates of cesareans and other childbirth interventions: contributions from contemporary theories of gender and Psychosocial Development. *Social Science and Medicine* 37: 1261-69.
- LOMAS, J. & ENKIN, M., 1989. Variations in operative delivery rates. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse M editors. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- LOPES, M.H.B.M.; SILVA, M.A.S.; CHRISTÓFORO, F.F.M.; ANDRADE, D.C.J.; BELLINI, N.R.; CERVI, R.C. & AMARAL, M.C.E., 2001. O uso do enteroclistma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (6): 49-55.
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1999. Portaria número 865/GM, de 03 de julho de 1999. (disponível no site www.saude.gov.br, acessado em 20/11/2002).
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2000. Portaria número 466, de 14 de junho de 2000. (disponível no site www.saude.gov.br, acessado em 20/11/2002).
- M.S. (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2003. Iniciativa Hospital amigo da Criança. Dez passos para promover o aleitamento materno. <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scricao/aleitamento/iniciativa/dez.htm>
- MACFARLANE, A. & CHAMBERLAIN, G., 1993. What is happening to cesarean section rates? *Lancet*, 342: 1005-1006.
- MACFARLANE, A., 1998. At last maternity statistics for England. *British Medical Journal*, 316:566-567
- MALUF, E.M.C.P.; CARVALHO, D.S.; SILVA, K.R.L.; SOARES, S.H.S.; KISHIDA, G.S.N.; CRUZ, E.; MANZOCHI, A.M.P.; BENCKE, L.C.S. & HARTZ, Z., 1996. Valorizando a Dignidade Materna. Prefeitura Municipal de Curitiba.
- MARTIN, J.N., MORRISON, J.C. & WISER, W.L., 1988. Vaginal birth after cesarean section: the demise of routine repeat abdominal delivery. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 15 (4): 719-736.

- MCCLAIN, C., 1990. The making of a Medical Tradition: vaginal Birth after Cesarean. *Social Science and Medicine*, 31(2): 203-210
- MCDORMAN, M.F.; MININO, A.M.; STROBINO, D.M. & GUYER, B., 2002. Annual summary of vital statistics--2001. *Pediatrics*, 110(6):1037-52
- MCMAHON, M.J.; LUTHER, E.R.; BOWES, W.A. JR. & OLSHAN, A.F., 1996. Comparison of trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine*, 335(10): 689-695
- MILLER, J.M., 1988. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 15 (4): 629-638.
- MISAGO, C., 2000. Satisfying birthing experiences in Japan. *Lancet*, 355:9222.
- MISAGO, C.; KENDALL, C.; FREITAS, P.; HANEDA, K.; SILVEIRA, D.; ONUKI, D.; MORI, T.; SADAMORI, T. & UMENAI, T., 2001. From “culture of dehumanization of childbirth” to “childbirth as a transformative experience”: changes in five municipalities in north-east Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S67-S72.
- MITLER, L.K.; RIZZO, J.A. & HORWITZ, S.M., 2000. Physician gender and cesarean sections. *Journal of Clinical Epidemiology*;53(10):1030-5.
- MMWR, 1993. Rates of caesarean delivery in United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report* apr 23; 42:285-289.
- MORRISON, J.J., RENNIE, J.M. & MILTON, P.J., 1995. Neonatal Respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 102 (2): 101-106.
- MURRAY, S.F. & PRADENAS, F.S., 1997. Cesarean birth trends in Chile, 1986 to 1994. *Birth*, 24:258-263.
- MURRAY, S.F. & SERANI, F., 2002. Recent trends in caesarean section rates in Chile– the political economy of maternity care. Simpósio Internacional “Cesárea: Avaliação e Propostas de Ação”, CEMICAMP, Campinas, setembro de 2002.
- NAIDITCH, M.; LEVY, G.; CHALÉ, J.J.; COHEN, H.; COLLADON, B.; MARIA, B.; NISAND J. & PAPIERNICK, E., 1997. Les cesariennes en France: impact des facteurs organisationnels dans les variations de pratique. *Journal of Gynecology Obstetrics Biology Reproductive*, 26(5): 484-495.
- NORMAN, G.R. & STREINER, D.L., 2000. *Biostatistics The Bare Essentials*. BC Decker Inc., Hamilton, London.

- NOTZON, F.C., 1990. International differences in the use of obstetric interventions. *Journal of American Medical Association* 263: 3286-3291.
- NOTZON, F.C.; PLACEK, P.J. & TAFFEL, S.M., 1987. Comparisons of national cesarean section rates. *New England Journal of Medicine*, 316:386-389
- OCANA, S.J.J.; GUTIERREZ, A.f.; PALACIOS, G.P.; MORALES, R.G.G. & DELGADO, A.G., 1999. The trend in pregnancies terminated by a cesarean operation in Mexico during 1991-1995. *Ginecologia Obstetrica Mexicana*;67:308-18
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Relatório de um Grupo Técnico*. Saúde Materna e Neonatal / Unidade maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família, Genebra, Suíça.
- OSIS, M.J.D.; PÁDUA, K.S.; DUARTE, G.A.; SOUZA, T.R. & FAÚNDES, A., 2001. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75: S59-S66.
- PAGE, L., 2001. Human Resources for maternity care: the present system in Brasil, Japan, North America, Western Europe and New Zeland. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75: S81-S88
- PARAZZINI, F.; PIROTTA, N.; LA-VECCHIA, C. & FEDELE, L., 1992. Determinants of caesarean section rates in Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 99:203-206.
- PAUL, R.H. & MILLER, D.A., 1995. Cesarean birth: how to reduce the rate. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 172(6): 1903-1907
- PETITTI, D., 1985. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28: 763-769.
- PHELAN, J.P., CLARK, S.L., DIAZ, F. & PAUL, R.H., 1987. Vaginal birth after cesarean. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 157 (6): 1510-1516.
- PIRES, H.M.B.; CECATTI, J.G. & FAUNDES, A., 1999. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista de Saúde Pública*, 33(4): 342-348.
- POMA, P.A., 1999. Effects of obstetrician characteristics on cesarean delivery rates. A community hospital experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(6):1364-72
- PORRECO, R.P. & THORP, J.A., 1996. The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175 (2): 369-374.

- POTTER, J.E.; BERQUÓ, E.; PERPÉTUO, I.H.O.; LEAL, O.F.; HOPKINS, K.; SOUZA, M.R. & FORMIGA, M.C.C., 2001. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *British Medical Journal*, 323: 1155-1158.
- RAMOS, S., 2002. Perspectivas de las mujeres sobre la cesárea. Un estudio em cinco países de América Latina. Simpósio Internacional “Cesárea: Avaliação e Propostas de Ação”, CEMICAMP, Campinas, setembro de 2002.
- RATTNER, D., 1996^a. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 30 (1): 19-33.
- RATTNER, D., 1996^b. A Epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(Suplem. 2): 21-32.
- REIS, L.G.C., 1995. Avaliação da qualidade do uso da ocitocina no trabalho de parto em maternidades públicas do município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROBERTS, C.L.; TRACY, S. & PEAT, B., 2000. Rates of obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *British Medical Journal* 321 (15): 137-141.
- ROCHA, J.S.; ORTIZ, P.C. & FUNG, Y.T., 1986. Incidence of cesarean section and the remuneration for assistance in delivery. *Revista Paulista de Medicina* 104: 167-71.
- ROSEN, M. & DICKINSON, J., 1990. Vaginal Birth after Cesarean: a meta-analysis of Indicators for success. *Obstetrics & Gynecology* vol 76. n°5, part 1: 865-869
- ROSEN, M.G.; DICKINSON, J.C. & WESTHOFF, C.L., 1991. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstetrics & Gynecology*, 77 (3): 465-470
- SAKALA, C., 1993. Medically Unnecessary Cesarean Section Births: introduction to a symposium. *Social Science Medicine* vol.37,n°10: 1177-1198.
- SANTERRE, R., 1996. The Effect of the ACOG Guide line on Vaginal Births after Cesarean. *Medical Care Research and Review*, vol 53, n° 3:315-329
- SANTOS, O.M.B. & SIEBERT, E.R.C., 2001. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75: S73-S79.
- SCOTT, J.R., 1999. ACOG practice bulletin – Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery. *Int J of Gynecology & Obstetrics* 64 (2): 101-208

- SHEARER, E., 1993. Cesarean Section: Medical benefits and costs. *Social Science Medicine*, 37(10): 1223-1231
- SIGNORELLI, C.; CATTARUZZA, M.S. & OSBORN, J.F., 1995. Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study. *Public Health*, 109:191-199.
- SIGNORELLI, C.; ELLIOTT, P.; CATTARUZZA, M.S. & OSBORN, J., 1991. Trends of caesarean section in Italy: an examination of national data 1980-1985. *International Journal of Epidemiology* 20:712-716
- SILVER, L. D. 1999. Direito à Saúde ou Medicalização da Mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para as mulheres. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin & S.H.Costa, org.) pp. 299-317, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ
- SOUTO, J.C.S.; CARDOZO, S.E.; SCHWARTZ, D.I.V. & PASSOS, E.P., 1993. Cesariana e parto vaginal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1988. *Jornal Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia* 103 (8): 297-301.
- SPSS-WINDOWS 8.0, 1997. Statistical Package for Social Sciences.
- THORNTON, J.G. & LILFORD, R.J., 1994. Active management of labor: current knowledge and research issues. *British Medical Journal*, 309:366-9.
- TREFFERS, P.E. & LAAN, R., 1986. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 93(7):690-3.
- TURAN, C. & KUTLAY, B., 1995. Cesarean section rates and perinatal outcomes in resident and midwife attended low risk deliveries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 62: 3-5.
- TUSSING, A.D. & WOJTOWYCZ, M.A., 1993. The effect of physician characteristics on clinical behavior: cesarean section in New York State. *Social Science & Medicine*, 37(10):1251-60
- VICTORA, C.G.; FUCHS, S.C.; FLORES, J.A.; FONSECA, W. & KIRKWOOD, B., 1994. Risk factors for pneumonia among children in a brazilian metropolitan area. *Pediatrics*, 93(6):977-985.
- VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.; FUCHS, S.C. & OLINTO, M.T.A., 1997. The role of conceptual frameworks in epidemiological Analysis: a hierarquical approach. *International Journal of Epidemiology*. 26: 224-227.
- VUORI, H., 1991. A Qualidade da Saúde. *Saúde Em Debate* 5: 17-25

- WAGNER, M., 2001. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 S25-S37.
- WHITE, E., SHY, K.K. & DALING, J.R., 1985. An investigation of the relationship between cesarean section birth and respiratory distress syndrome of the newborn. *American Journal of Epidemiology*, 121 (5): 651-663.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO (1996). Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24.
- YAZLLE, M.E.H.D.; ROCHA, J.S.Y.; MENDES, M.C.; PATTA, M.C.; MARCOLIN, A.C. & AZEVEDO, G.D., 2001. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, 35 (2):202-206.

Anexo 1. Formulário para entrevista com a mulher

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

Núcleo de Gênero e Saúde

PESQUISA SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO

ENTREVISTA COM A MULHER

IDENTIFICAÇÃO

1. N° do QUESTIONÁRIO	<input type="text"/>
2. ENTREVISTADORA	<input type="text"/>
3. CODHOSP	<input type="text"/>
4. DATA DA COLETA	/ /
5. N° do PRONTUÁRIO	<input type="text"/>
6. DATA DE NASCIMENTO DA MULHER	/ /
7. ENDEREÇO COMPLETO:	
8. TIPO LOGRADOURO	<input type="text"/>
9. TÍTULO LOGRADOURO	
10. LOGRADOURO	
11. BAIRRO	<input type="text"/>
12. MUNICÍPIO	<input type="text"/>
13. CEP	<input type="text"/>
14. O SEU NENÉM NASCEU DE PARTO:	<input type="text"/>
1. vaginal	
2. cesárea	

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

15. VOCÊ TEM COMPANHEIRO (É CASADA OU MORA JUNTO COM ELE) ?	<input type="text"/>
1. sim	
2. não	
16. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ VIVE COM O COMPANHEIRO?	meses <input type="text"/>
	anos <input type="text"/>

COR

17. COMO VOCÊ DEFINIRIA A SUA COR? <input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------

ESCOLARIDADE:

*as seguintes perguntas devem ser utilizadas para responder as perguntas 18 e 19:*VOCÊ ESTUDOU? VOCÊ ESTUDOU ATÉ QUE SÉRIE? VOCÊ REPETIU ALGUM ANO?

QUAL?

N° DE VEZES

18. NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO	<input type="text"/>
19. ESCOLARIDADE :	<input type="text"/>
1. nenhuma	
2. 1° grau incompleto	
3. 1° grau completo	
4. 2° grau completo	
5. superior completo	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº	ANO	TEMPO GESTA.	TIPO PARTO	RECÉM-NASCIDOS				VIVO ATUAL/	ABORTOS	
				PESO	NV	NM	NEOM.		ESP.	IND.
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										

31. GESTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
32. PARA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
33. Nº DE ABORTOS	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">espontâneos</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">induzidos</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	espontâneos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	induzidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
espontâneos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
induzidos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
34. Nº DE PARTOS VAGINAIS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
35. Nº DE CESÁREAS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
36. Nº DE PREMATUROS (< 9 meses ou 37 semanas) ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
37. Nº DE NASCIMENTOS DE BAIXO PESO (<2500 g) ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
38. Nº DE NATIMORTOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
39. Nº DE NEOMORTOS ANTERIORES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

PRÉ-NATAL

40. VOCÊ FEZ PRÉ-NATAL?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	

perguntar somente para quem fez pré-natal:

41. ONDE VOCÊ FEZ O PRÉ-NATAL?									
1. sim									
2. não									
outro	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">no mesmo hospital onde nasceu o neném</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">outro consultório ou hospital particular</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">outro posto ou hospital público</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">outra clínica ou hospital conveniado</td> <td><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	no mesmo hospital onde nasceu o neném	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	outro consultório ou hospital particular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	outro posto ou hospital público	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	outra clínica ou hospital conveniado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
no mesmo hospital onde nasceu o neném	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
outro consultório ou hospital particular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
outro posto ou hospital público	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
outra clínica ou hospital conveniado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
42. VOCÊ ESTAVA COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ QUANDO COMEÇOU O PRÉ-NATAL?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
43. QUANTAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL VOCÊ FEZ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
44. FOI O MESMO MÉDICO QUE FEZ O SEU PRÉ-NATAL E O SEU PARTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
1. sim									
2. não									

DADOS SOBRE A GRAVIDEZ:

45. VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	

<p>46. PROBLEMAS DE SAÚDE DURANTE A GRAVIDEZ (CONSIDERAR APENAS ATÉ 3 DIAS ANTES DO PARTO): 1. sim 2. não</p> <p>hemorragia do 1º trimestre hemorragia do 3º trimestre infecção do trato urinário perda de líquido durante a gravidez hipertensão diabetes malformação congênita</p> <p>outros _____</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>47. VOCÊ FICOU ALGUMA VEZ INTERNADA EM HOSPITAL DURANTE A GRAVIDEZ (POR NO MÍNIMO 24 HORAS)?</p> <p>1. sim 2. não</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>48. QUAL FOI O MOTIVO DA INTERNAÇÃO?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>49. QUANTOS DIAS FICOU INTERNADA?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>ACESSO AO HOSPITAL:</p>																	
<p>50. QUANDO VOCÊ VEIO PARA CÁ PARA TER O SEU NENÉM, O QUE VOCÊ ESTAVA SENTINDO QUANDO SAIU DE CASA?</p> <p>1. sim 2. não</p> <p>contrações (barriga ficando dura) dor (nos quadris, nas costas ou na barriga) outro tipo de dor (onde: _____) perda de sangue (tampão mucoso) pressão alta a bolsa rompeu (perda de líquido)</p> <p>outro _____</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>51. QUAL O MEIO DE TRANSPORTE QUE VOCÊ USOU PARA CHEGAR A ESTE HOSPITAL?</p> <p>1. ônibus 2. táxi 3. carro particular 4. ambulância 5. a pé 6. outro</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>52. VOCÊ FOI INTERNADA NO 1º HOSPITAL QUE PROCUROU?</p> <p>1. sim 2. não</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>53. QUANTAS VEZES VOCÊ VEIO A ESTE HOSPITAL ATÉ SER INTERNADA?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>54. QUANTOS HOSPITAIS VOCÊ PERCORREU ANTES DE SER INTERNADA AQUI?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p>55. O QUE DISSERAM PARA VOCÊ NOS OUTROS HOSPITAIS QUE VOCÊ PROCUROU (OU NAS OUTRAS VEZES QUE VEIO A ESTE HOSPITAL) E NÃO FOI INTERNADA?</p> <p>1. sim 2. não</p> <p>não havia vaga não estava em trabalho de parto ou estava no início do trabalho de parto não recebeu orientação alguma foi referenciada para outro hospital Motivo do referenciamento _____</p> <p>outro _____</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<p>56. QUANTO TEMPO LEVOU ENTRE A HORA QUE VOCÊ SAIU DE CASA E A HORA QUE VOCÊ FOI INTERNADA AQUI?</p> <p>minutos horas</p>	<table border="1"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

DADOS SOBRE O PRÉ-PARTO E PARTO:

57. FICOU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA OU AMIGO JUNTO COM VOCÊ NO PRÉ -PARTO ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58. FICOU ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA OU AMIGO JUNTO COM VOCÊ NA HORA DO PARTO ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
59. FIZERAM RASPAGEM DOS PELOS (TRICOTOMIA) EM VOCÊ? 1. sim 2. não 3. já havia feito tricotomia em casa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
60. FIZERAM LAVAGEM INTESTINAL(ENEMA) EM VOCÊ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
61. VOCÊ FICOU COM SORO NA VEIA DURANTE O PRÉ-PARTO (ANTES DO NENÉM NASCER)? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62. ESCUTARAM O NENÉM DURANTE O PRÉ-PARTO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63. QUANTOS TOQUES VAGINAIS FIZERAM EM VOCÊ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64. COLOCARAM A MÃO NA SUA BARRIGA E FICARAM CONTROLANDO AS CONTRAÇÕES NO RELÓGIO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
65. DURANTE O TRABALHO DE PARTO VOCÊ FICOU: 1. o tempo todo na cama 2. pode se levantar e andar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>perguntar somente para quem fez cesárea:</i>	
66. EM QUE MOMENTO VOCÊ SOUBE QUE O SEU PARTO SERIA CESÁREA? 1. durante o pré-natal 2. ao ser internada no hospital 3. durante o trabalho de parto 4. não foi informada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67. VOCÊ TEVE TRABALHO DE PARTO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
68. QUAL FOI O MOTIVO DA CESÁREA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
69. A DATA DA CESÁREA FOI MARCADA ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>perguntar somente para quem fez parto vaginal:</i>	
70. ALGUÉM FEZ FORÇA NA SUA BARRIGA PARA EMPURRAR O NENÉM NA HORA DO PARTO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71. QUAL FOI A POSIÇÃO QUE VOCÊ FICOU DURANTE O PARTO? 1. deitada com as pernas para cima (litotomia) 2. sentada ou de cócoras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72. O MÉDICO FEZ UM CORTE EM VOCÊ NA HORA DO NENÉM NASCER (EPISIOTOMIA)? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

perguntar para todas as mulheres:

73. VOCÊ QUERIA QUE O SEU PARTO FOSSE CESÁREA? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74. POR QUE?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75. EM ALGUM MOMENTO VOCÊ PEDIU PARA FAZER CESÁREA? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76. EM QUE MOMENTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
77. VOCÊ LIGOU AS TROMPAS? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DADOS SOBRE O RECÉM-NASCIDO:

78. ALGUÉM MOSTROU O NENÉM PARA VOCÊ QUANDO ELE NASCEU (AINDA NA SALA DE PARTO) ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
79. VOCÊ TOCOU NO NENÉM QUANDO ELE NASCEU (AINDA NA SALA DE PARTO) ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
80. VOCÊ LEVOU O SEU BEBÊ AO SEIO QUANDO ELE NASCEU (AINDA NA SALA DE PARTO) ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

perguntar para mães que estão com o neném no alojamento conjunto:

81. A QUE HORAS TROUXERAM O SEU NENÉM PARA FICAR JUNTO COM VOCÊ NO QUARTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---

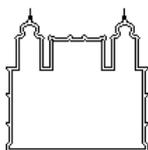
perguntar para mães que ainda não estão com o neném no alojamento conjunto no momento da entrevista e anotar a hora da entrevista:

82. POR QUE O SEU NENÉM NÃO ESTÁ COM VOCÊ AQUI NO QUARTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83. HORA DA ENTREVISTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

perguntar para todas as mães:

84. QUAL A ORIENTAÇÃO QUE VOCÊ RECEBEU EM RELAÇÃO À ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ? 1. dar somente leite materno 2. dar leite materno e outros leites 3. dar leite materno, chá, sucos ou água 4. dar somente outros leites 5. não recebeu orientação nenhuma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Anexo 2. Formulário para revisão de prontuário



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
 Escola Nacional de Saúde Pública
 Núcleo de Gênero e Saúde

PESQUISA SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO
INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO

1. N° do QUESTIONÁRIO	<input type="text"/>
2. ENTREVISTADORA _____	
3. CODHOSP _____	<input type="text"/>
4. CÓDIGO _____	<input type="text"/>
5. DATA DA COLETA	__/__/__
6. N° do PRONTUÁRIO	<input type="text"/>
7. TIPO DE PARTO 1. vaginal 2. cesárea	<input type="text"/>
8. DATA DA ADMISSÃO	__/__/__
9. HORA DA ADMISSÃO	<input type="text"/>
10. DATA DO PARTO	__/__/__
11. HORA DO PARTO	<input type="text"/>
12. DATA DA ALTA	__/__/__

HISTÓRIA GESTACIONAL

13. GESTA	<input type="text"/>
14. PARA	<input type="text"/>
15. N° DE ABORTOS	
	n° total <input type="text"/>
	espontâneos <input type="text"/>
	induzidos <input type="text"/>
	não-especificados <input type="text"/>
16. N° DE PARTOS VAGINAIS ANTERIORES	<input type="text"/>
17. N° DE CESÁREAS ANTERIORES	<input type="text"/>
18. N° DE PREMATUROS (< 9 meses ou 37 semanas) ANTERIORES	<input type="text"/>
19. N° DE NASCIMENTOS DE BAIXO PESO (<2500 g) ANTERIORES	<input type="text"/>
20. N° DE NATIMORTOS ANTERIORES	<input type="text"/>
21. N° DE NEOMORTOS ANTERIORES	<input type="text"/>

INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO ATUAL:**22. INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO ATUAL**

1. sim
2. não

hipertensão / toxemia
diabetes
cardiopatía
hemorragia do 3º trimestre
infecções com possíveis repercussões fetais

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

outras: _____

23. IDADE GESTACIONAL EM SEMANAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

24. TIPO DE GRAVIDEZ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1. única
2. múltipla

25. APRESENTAÇÃO FETAL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1. cefálica
2. pélvica
3. outra _____

26. AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

1. sim
2. não

prematuridade
baixo peso
asfíxia
materno

outro _____

27. CARACTERÍSTICAS DA BOLSA D'ÁGUA NO MOMENTO DA ADMISSÃO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

1. íntegra
2. rota

28. EM CASO DE BOLSA ROTA, QUAL O TEMPO ENTRE A ROTURA E A ADMISSÃO:

DIAS
HORAS
MINUTOS

DADOS DA ADMISSÃO**DADOS SOBRE A EVOLUÇÃO :****29. FICHA IMPRESSA DE PARTOGRAMA NO PRONTUÁRIO:**

1. existe e está preenchida
2. existe e não está preenchida
3. não existe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

30. N° DE REGISTROS TOTAIS NO PARTOGRAMA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. N° DE REGISTROS COM AVALIAÇÃO DA DILATAÇÃO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. ANOTAR O 1° REGISTRO ENCONTRADO DE:	
batimentos cardíacos fetais (bcf) em batimentos por minuto (bpm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
metrossístoles (n° de contrações uterinas em 10 min.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
dilatação do colo uterino (em cm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
apagamento do colo uterino (%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
altura da apresentação (em planos de Hodge)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

preencher somente para quem teve trabalho de parto:

33. DETECTADO ASFIXIA FETAL INTRAPARTO (sofrimento fetal)?	
1. sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. não	
34. FOI UTILIZADA OCITOCINA DURANTE O TRABALHO DE PARTO?	
1. sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. não	
35. INDICAÇÃO DO USO DE OCITOCINA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. indução	
2. aceleração	
36. FOI REALIZADA AMNIOTOMIA (ROTURA ARTIFICIAL DA BOLSA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	
37. QUAL A DILATAÇÃO CERVICAL NO MOMENTO DA AMNIOTOMIA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. FOI REALIZADA CARDIOTOCOGRAFIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO?	
1. sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. não	

preencher para todos os prontuários

CARACTERÍSTICAS DO PARTO:

39. TIPO DE ANESTESIA USADA NO PARTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. bloqueio loco-regional	
2. peridural	
3. raque	
4. geral	
5. nenhuma	
40. COMPLICAÇÕES DO PARTO:	
1. sim	
2. não	
laceração de trajeto (rotura perineal, laceração da bexiga, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
hemorragia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
outros: _____	

preencher somente para parto vaginal:

41. O PARTO FOI: 1.espontâneo 2.fórceps	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42.DURAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO EM MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43. FOI REALIZADA EPISIOTOMIA?	
1.sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.não	

preencher somente para cesárea:

44. HORA EM QUE SE DECIDIU PELA CESÁREA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45. CARACTERÍSTICAS DO COLO NO MOMENTO EM QUE SE DECIDIU PELA CESÁREA	
DILATAÇÃO (em cm)	
APAGAMENTO (%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46. DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS À INDICAÇÃO DA CESÁREA:	
1.sim	
2.não	
	iteratividade <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	sofrimento fetal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	apresentação pélvica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	amniorrexe prematura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	desproporção céfalo-pélvica (DCP) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	doença vascular hipertensiva crônica (DVHC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	parada de progressão <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	período expulsivo prolongado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	outra apresentação anômala <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
outras: _____	

preencher para todos os prontuários:

47. USO DE ANTIBIÓTICO NO PRÉ-PARTO, PARTO OU PUERPÉRIO:	
1. sim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. não	

EVOLUÇÃO DO PUERPÉRIO

48.COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO:	
1.sim	
2.não	
	transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	infecção <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	hemorragia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	febre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
outros _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DADOS SOBRE O RECÉM-NASCIDO :

49.SOFRIMENTO FETAL (FICHA DO RECÉM-NASCIDO): 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50. O RECÉM-NASCIDO FICOU NA INCUBADORA DE AQUECIMENTO APÓS O NASCIMENTO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51. APGAR NO 1º MINUTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
52. APGAR NO 5º MINUTO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
53. FORAM REALIZADAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO? 1.não foram realizadas 2.O2 sob máscara 3.máscara + ambu 4.entubação traqueal + ventilação 5. massagem cardíaca externa 6.drogas 7.outros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
54.O RECÉM-NASCIDO FOI ENCAMINHADO PARA BERÇÁRIO DE CUIDADOS INTENSIVOS? 1.sim 2.não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55. PESO DO RECÉM-NASCIDO (em gramas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56. HÁ PRESCRIÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NAS 1 ^{as} 12 HORAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO ? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57. EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O VEÍCULO PRESCRITO? 1. copinho 2. chucha ou mamadeira 3. gavagem (sonda naso-gástrica) 4. nutrição parenteral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anexo 3. Formulário para entrevista com o médico

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Núcleo de Gênero e Saúde

PESQUISA SOBRE ASSISTÊNCIA AO PARTO
ENTREVISTA COM O MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO

1. N° do QUESTIONÁRIO	<input type="text"/>
2. ENTREVISTADORA _____	
3. DATA DA COLETA	___ / ___ / ___
4. CÓDIGO	<input type="text"/>

CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO

5. SEXO 1. masculino 2. feminino	<input type="text"/>
6. DATA DE NASCIMENTO	___ / ___ / ___
7. LOCAL DE NASCIMENTO: Cidade _____ Estado _____ País _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8. TEM COMPANHEIRO (A) COM O QUAL VIVE JUNTO ? 1. sim 2. não	<input type="text"/>
9. VOCÊ MORA EM QUE BAIRRO? _____	<input type="text"/>
10. SUA CASA É: 1. própria 2. alugada	<input type="text"/>
11. QUAL É A SUA RENDA MENSAL APROXIMADA OBTIDA COM O SEU TRABALHO MÉDICO?	R\$ <input type="text"/>
12. VOCÊ TEM OUTRA FONTE DE RENDA? 1. sim 2. não	<input type="text"/>
13. QUAL (IS)? _____ _____	<input type="text"/> <input type="text"/>
14. QUAL É A SUA RENDA MENSAL APROXIMADA OBTIDA COM A(S) SUA(S) OUTRA(S) FONTE(S) DE RENDA?	R\$ <input type="text"/>
15. QUANTAS PESSOAS VIVEM NA SUA CASA?	<input type="text"/>
16. QUAL É A RENDA TOTAL DA SUA FAMÍLIA POR MÊS?	R\$ <input type="text"/>

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:**I – GRADUAÇÃO:**

17. NOME DA FACULDADE: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. ESTADO _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. PAÍS _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. TIPO DE FACULDADE:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. pública	
2. privada	
21. ANO DE CONCLUSÃO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

II – PÓS-GRADUAÇÃO:

22. RESIDÊNCIA MÉDICA:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	
3. em curso	
23. Especialidade: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Instituição:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. pública	
2. privada	
25. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	
3. em curso	
Especialidade: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Instituição:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. pública	
2. privada	
26. MESTRADO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	
3. em curso	
27. Especialidade: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. Instituição:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. pública	
2. privada	
29. DOUTORADO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	
3. em curso	
30. Especialidade: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Instituição:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. pública	
2. privada	
32. TEMPO DE PRÁTICA EM OBSTETRÍCIA: _____ meses _____ anos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. VOCÊ JÁ FEZ CURSO TEÓRICO DE ATUALIZAÇÃO EM TEMAS DE OBSTETRÍCIA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim	
2. não	

34. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ano)
35. VOCÊ JÁ FEZ CURSO DE ATUALIZAÇÃO COM TREINAMENTO PRÁTICO EM TEMAS DE OBSTETRÍCIA?	<input type="checkbox"/>
1. sim 2. não	
36. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ano)
37. VOCÊ COSTUMA ESTUDAR TEMAS DA ÁREA DE OBSTETRÍCIA?	<input type="checkbox"/>
1. sim 1. não	
38. COM QUE FREQUÊNCIA?	<input type="checkbox"/>
1. diariamente 2. semanalmente 3. mensalmente 4. anualmente ou mais	

PARTICIPAÇÃO CIENTÍFICA

	Tipo de Congresso	Ouvinte	Palestrante	Apresentação de trabalho científico	Periodicidade
39.	Regional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
40.	Nacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
41.	Internacional (no país)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
42.	Internacional (no exterior)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. sim 2. não	1. mensal 2. semestral 3. anual 4. de 2 em 2 anos 5. acima de 2 anos 6. nunca 7. outro

ACESSO À REVISTA CIENTÍFICA NA ÁREA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA :

43. PERIODICIDADE DE LEITURA:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. diária 2. semanal 3. quinzenal 4. mensal 5. anual ou mais 6. nunca	
44. TIPO DE REVISTA :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. nacional 2. internacional 3. ambas 4. nenhuma	
45. É ASSINANTE ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. sim 2. não	

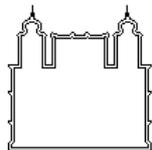
ATIVIDADE PROFISSIONAL:

46. QUANTAS ATIVIDADES MÉDICAS VOCÊ EXERCE?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47. EM QUANTOS LOCAIS DIFERENTES VOCÊ EXERCE SUAS ATIVIDADES MÉDICAS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

Local	Natureza (código)	Tipo (código)	Função (código)	especialidade (código)	Carga horária semanal	% do total dos rendimen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> h	<input type="checkbox"/>
	1. público 2. conveniado 3. privado	1. Hospital 2. Posto de Saúde 3. Ambulatório 4. Centro de Saúde 5. Pronto-Socorro 6. PAM 7. Universidade 8. consultório	1. chefe de plantão 2. plantonista 3. rotina de enfermagem 4. rotina de ambulatório e cirurgia 5. residente 6. gestão (chefia e direção) 7. docente 8. pesquisador 9. cirurgia	1. G & O 2. Ginecologia 3. Obstetrícia 4. outra: _____ 5. outra: _____		

48. VOCÊ TEM ATIVIDADE EM CONSULTÓRIO PARTICULAR? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/>
49. NO CONSULTÓRIO, A MAIORIA DE SUA CLIENTELA É: 1. particular 2. conveniada	<input type="checkbox"/>
50. VOCÊ TRABALHA EM REGIME DE PLANTÃO? 1. sim 2. não	<input type="checkbox"/>
51. QUANTAS HORAS SEMANAIS VOCÊ TRABALHA EM REGIME DE PLANTÃO?	<input type="checkbox"/>
52. TIPO DE PLANTÃO: 1. presente no local 2. sobreaviso	<input type="checkbox"/>

Anexo 4. Termo de consentimento da entrevista com a mulher

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Núcleo de Gênero e Saúde

***TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA SOBRE
ASSISTÊNCIA AO PARTO
ENTREVISTA COM A MULHER***

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA: Fundação Oswaldo Cruz (Escola Nacional de Saúde Pública-Núcleo de Gênero e Saúde)

DESCRIÇÃO DA PESQUISA: Essa pesquisa estuda a assistência ao parto em algumas maternidades do Rio de Janeiro, com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção ao parto. Para isso, realiza entrevistas com mulheres que deram à luz nessas maternidades, coleta dados dos seus prontuários para obter informações sobre a gravidez e o parto.

CONFIDENCIALIDADE: Será assegurada à voluntária a confidencialidade (sigilo) e o anonimato com relação à sua participação nesta pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa como entrevistada assim como autorizo a coleta de dados do meu prontuário, desde que não apareça meu nome. Estou ciente de que posso retirar meu consentimento em qualquer momento que desejar durante a entrevista, sem que isso afete os cuidados que estou recebendo nesta maternidade.

Data: __/__/__

Assinatura do participante

Anexo 5. Termo de consentimento da entrevista com o médico

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Núcleo de Gênero e Saúde

***TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA SOBRE
ASSISTÊNCIA AO PARTO
ENTREVISTA COM O(A) MÉDICO(A)***

RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA: Fundação Oswaldo Cruz (Escola Nacional de Saúde Pública-Núcleo de Gênero e Saúde)

DESCRIÇÃO DA PESQUISA: Essa pesquisa estuda a assistência ao parto em algumas maternidades do Rio de Janeiro, com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção ao parto. Para isso, realiza entrevistas com mulheres que deram à luz nessas maternidades, coleta dados dos seus prontuários para obter informações sobre a gravidez e o parto e realiza entrevistas com médicos(as).

CONFIDENCIALIDADE: Será assegurada ao(à) voluntário(a) a confidencialidade (sigilo) e o anonimato com relação à sua participação nesta pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa como entrevistado(a) desde que não apareça meu nome. Estou ciente de que posso retirar meu consentimento em qualquer momento que desejar durante a entrevista.

Data: __/__/__

Assinatura do participante