

Enfermagem Brasil 2017;16(2):89-96

ARTIGO ORIGINAL

Nascer em município do interior paulista (2006-2014): até quando a “preferência” pela cesárea

Luciana Braz de Oliveira Paes*, Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler, D.Sc.**

*Enfermeira Obstetra, Coordenadora da enfermagem obstétrica do Hospital Padre Albino, Fundação Padre Albino, Catanduva/SP, Professor especialista, Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA), Catanduva/SP, Mestranda, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Programa de Pós Graduação em Enfermagem, São José do Rio Preto/SP, **Obstetiz, enfermeira, docente e orientadora da graduação e pós-graduação na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), organizadora e coordenadora geral do Curso de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica na FAMERP, Coordenadora Geral do Mestrado Acadêmico – Programa Enfermagem da FAMERP, Orientadora

Recebido em 14 de março de 2017; aceito em 30 de abril de 2017.

Endereço para correspondência: Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler, Rua Alagoas, 29, 15140-000 Bálamo SP, E-mail: luciana_brazsp@hotmail.com, zaidaurora@gmail.com

Resumo

Objetivo: Verificar a evolução dos nascimentos por tipo de parto, associado a aspectos sociais, obstétricos e de financiamento, em município do interior paulista. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, transversal, vinculado ao Projeto-mãe “Estudos sobre o processo do nascimento em São José do Rio Preto/SP e região (DRS XV)”, com dados obtidos junto ao SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) e SIH (Sistema de Informações Hospitalares do SUS). **Resultados:** Ocorreram 24247 partos; 73,46 entre mulheres de 20 a 34 anos; com escolaridade de 8 a 11 anos (62,63%); 90,06% com mais de 6 consultas de pré-natal; 46% com financiamento público (57,49% de cesarianas); 99,34% de cesáreas nos partos com financiamento privado. **Conclusão:** Os dados obtidos são alarmantes, revelando que não estão sendo cumpridas as metas para o milênio e que urge aplicar medidas assistenciais para aumentar os partos normais, como a atuação de enfermeiros obstetras.

Palavras-chave: cesárea, parto normal, financiamento governamental, saúde suplementar, enfermeiro obstetra.

Abstract

Being born in a city in the country side of São Paulo (2006-2014): how much longer will the “preference” for C-sections last

Objective: To investigate the evolution of birth childbirth delivery method in a city in the country side of São Paulo, in association with social, obstetric and financing aspects. **Methods:** This quantitative, descriptive, cross-sectional study is linked to a main project called “Studies on the childbirth process in the city and region of São José do Rio Preto/SP (DRS XV)”. Data were obtained from the SINASC (Information System on Live-Borns or Sistema de Informações de Nascidos Vivos in Portuguese) and the SIH (NHS Hospital Information System or Sistema de Informações Hospitalares do SUS in Portuguese). **Results:** 24247 childbirths took place; 73.46% in women aged 20-34 years; with 8-11 years of education (62.63%); 90.06% had had more than 6 prenatal consultations; 46% with public financing (57.49% were C-sections); 99.34% of C-sections were privately financed. **Conclusion:** The results of this study are alarming, as they reveal that the Millennium Goals will not be met. Urgent measures, such as the participation of nurse-midwives, need to be taken in order to increase the number of natural childbirths.

Key-words: cesarean section, natural childbirth, financing government, supplemental health, nurse midwives.

Resumen

El nacer en una ciudad del interior de São Paulo (2006-2014): hasta cuándo la «preferencia» por la cesárea

Objetivo: Investigar la evolución de los nacimientos por tipo de parto, asociado a aspectos sociales, obstétricos y de financiación, en una ciudad del interior de São Paulo. **Método:**

Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, vinculado al proyecto matriz «Estudios sobre El proceso del nacimiento en la ciudad y región de São José do Rio Preto/SP (DRS XV)». Los datos se obtuvieron en el SINAC (Sistema de Informaciones de Nacidos Vivos) y en el SIH (Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud). *Resultados*: Ocurrieron 24247 partos; el 73,46% en mujeres entre 20 y 34 años; con 8a 11 años de escolaridad (62,63%); el 90,06% habían recibido más de 6 consultas prenatales; el 46% con financiación pública (57,49% de cesáreas); el 99,34% de los partos con financiación privada fueran cesáreas. *Conclusión*: Los datos obtenidos son alarmantes, ya que revelan que no se están cumpliendo las «Metas para el milenio». Urge aplicar medidas asistenciales para aumentar el número de partos normales, como la actuación de enfermeras obstétricas.

Palabras-clave: cesárea, parto normal, financiación gubernamental, salud complementaria, enfermeras obstétricas.

Introdução

O aumento da ocorrência da cesárea em todo o mundo começou a ser mais amplamente discutido a partir da década de 70 e o Brasil foi se destacando, de forma vergonhosa, entre os primeiros lugares na resolução cirúrgica do parto. A taxa de cesárea é um indicador internacionalmente reconhecido de qualidade de atenção obstétrica e a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1985 que não há justificativa para índices superiores a 10-15% [1,2].

Em muitos países as cesarianas têm índices altos no setor privado de assistência em saúde, mas não estão nem perto dos índices alcançados no Brasil [3]. Recentemente, pela Portaria Nº 306, de 28 de março de 2016, que aprova as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, as características e distinções da nossa população foram consideradas, com elevado número de operações cesarianas anteriores. Deste modo, foi ajustada pela OMS a taxa de referência de cesarianas para a população brasileira entre 25%-30% [4].

Infelizmente não temos tais taxas nem de partos normais ou vaginais, ao menos no âmbito privado. Desde que se iniciou o monitoramento dos nascimentos pelo Sistema de Informação sobre Nacidos Vivos (SINASC), tem sido possível observar a elevação progressiva [5]. As taxas de cesariana são quase universais no Brasil entre mulheres cujo parto ocorreu no setor suplementar ou foi financiado por desembolso direto [6].

Mais desanimador ainda é evidenciar o crescimento das taxas de cesarianas entre as usuárias do SUS, que muitas vezes pagam pela cirurgia “por fora”. Este fato tem preocupado e indignado gestores, entidades de classe profissionais, organizações de defesa da mulher e a sociedade em geral [1,2,4,6-8].

No Brasil as taxas de cesárea não diminuíram a partir dos anos 2000, como recomendado na OMS nas metas para o milênio [3]. Pelo contrário, tem aumentado e usadas para satisfazer um complexo grupo de necessidades e justificativas relacionadas, como: a decisão do médico obstetra, por ser mais rápido e fácil para adequar em sua agenda profissional; a vulnerabilidade da gestante ao médico e aos palpites ou opiniões das pessoas que a cercam; a influência de fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos; a forma de pagamento do parto pelo subsistema de saúde privado ou público; medo da dor do trabalho de parto; desejo de laqueadura, preferências médicas, possibilidade de agendamento de data e horário; experiências anteriores positivas em relação ao procedimento; deficiências formação profissional de médicos, que privilegiam procedimentos intervencionistas e cirúrgicos [1,3,6,7,9].

A cesariana é influenciada pela assistência recebida no pré-natal, pela fonte de pagamento do parto e outros fatores socioeconômicos, sugerindo que, no Brasil, o parto cirúrgico é um bem de consumo [9]. São rotineiras muitas intervenções que deveriam ser utilizadas com critério, principalmente entre parturientes assistidas nos hospitais do Brasil, sem considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos e de reconhecer que a experiência vivida pode deixar marcas positivas ou negativas, para o resto de suas vidas [1-6]. A preferência pela cesariana é questionada, pois a “cesárea a pedido” é algo cujas causas precisam ser pesquisadas. Argumenta-se que o aconselhamento médico em favor do parto vaginal pode ter uma consequência positiva, assim como trabalhos educativos direcionados à população, e o enfermeiro obstetra é apontado como profissional estratégico para a humanização da assistência ao parto e no apoio para que a mulher acredite na sua capacidade em parir [8].

O evidente aumento do percentual de cesárea não ficou associado a reduções concomitantes na morbimortalidade materna e fetal [3,6]. Pelo contrário, verificou-se que as

mulheres submetidas à cesariana eletiva tiveram risco maior [1,2,10]. É incontestável que nas situações de risco materno-fetal, o parto cirúrgico constituiu um avanço da medicina técnico científica. O que se problematiza é o quanto a indicação da cesariana pode estar atendendo mais aos interesses mercantis do que à necessidade obstétrica, causando formas disfarçadas de violência obstétrica, como a realização de cesáreas por motivos ilegítimos, a omissão de informações e desrespeito pelos sentimentos e necessidades das mulheres [1,11-14].

São evidências científicas que o modelo de atenção ao parto e nascimento realizados por enfermeiros obstetras/obstetrias, aumentam as chances de partos espontâneos e diminuem as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e dos bebês [12,14].

Ante o exposto, este estudo teve como objetivo verificar a evolução de nascimentos por tipo de parto em um município do interior paulista, entre os anos de 2006 a 2014, considerando características sociodemográficas, obstétricas e financiamento do parto.

Material e métodos

Este estudo é descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, com vistas a comparar o tipo de parto entre usuários do sistema público e privado de atenção em saúde. Foi realizado em um município pertencente à micro-região da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - DRS XV, referência de atendimento público e privado em saúde a moradores de 19 municípios, tendo dois hospitais com maternidade.

Foi selecionado o período de 2006 a 2014 pelo fato de só a partir de 2006 haver dados digitalizados e disponibilizados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o ano de 2014 é devido à coleta de dados ser realizada em 2015. Ainda, como os dados no SINASC não evidenciam o que é público e privado na resolução do nascimento, buscou-se no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) tal identificação.

Esta pesquisa inclui-se entre investigações vinculadas ao Projeto-mãe sob, intitulado "Estudos sobre a Humanização no preparo e assistência para o nascimento: ênfase na atuação do enfermeiro obstetra"- Parecer nº 323/2011 e Protocolo CEP nº 3921/2011. Vale esclarecer, ademais, que esta pesquisa dispensa aprovação de Comitê de Ética, conforme resoluções 196/1996 e 466/2012 do sistema CEP/CONEP, pois o SINASC é uma base de dados governamental, de domínio público e não identifica os participantes da pesquisa.

Para análise estatística dos dados foi aplicado o teste qui-quadrado, com o objetivo de observar possíveis associações entre as variáveis categorizadas avaliadas no estudo. Os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 5% ou ($P < 0,05$), utilizando o software Minitab 17 (Minitab Inc.). Agruparam-se os dados segundo as variáveis definidas no objetivo da pesquisa e os resultados são apresentados em Tabelas.

Resultados

Estão apresentados na Tabela I dados da faixa etária das mães avaliadas, mostrando que a maioria apresentou entre 20 e 34 anos (1782 – 73,46%), independente do ano avaliado, com percentuais de ocorrência maiores nas faixas de idade entre 15 e 19 anos (16,05%) e 35 anos ou mais (9,81%), enquanto na faixa de idade inferior a 15 anos ocorreram 160 (0,65%) dos partos.

Tabela I - Percentuais referentes à faixa etária das mães avaliadas no estudo. Micro-região da DRSXV, 2006-2014.

Anos	< 15 anos	15-19 anos	20-34 anos	= 35 anos	total
	N	N	N	N	N e %
2006	19	464	1860	221	2564 (10,57)
2007	14	439	1889	194	2536 (10,46)
2008	20	438	1932	240	2630 (10,85)
2009	24	476	1990	245	2735 (11,28)
2010	19	396	1939	254	2608 (10,76)
2011	16	449	2055	318	2838 (11,70)
2012	15	428	2099	304	2846 (11,74)
2013	21	399	2032	301	2753 (11,35)
2014	12	405	2016	304	2737 (11,29)
Total	160 (0,66%)	3894 (16,06%)	17812 (73,46%)	2381 (9,82%)	24247 (100)

A Tabela II mostra a escolaridade das mães avaliadas no estudo, verificando-se que independentemente dos anos observados, a maioria das mulheres participantes desta pesquisa tinha de 8 a 11 anos de estudo (15188- 62,64%). Ainda, verifica-se que, com a evolução dos anos, o percentual referente a essa faixa de escolaridade aumentou, de 55,42% de ocorrência em 2006 a 68,07% em 2014. Houve certo equilíbrio entre os percentuais de ocorrência de escolaridade entre 4 e 7 anos e 12 anos ou mais.

Tabela II - Frequências referentes à escolaridade das mães avaliadas no estudo. Micro-região da DRSXV, 2006-2014.

Anos	Não Inf.	Ignorado	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou +	N e %
2006	8	3	12	122	508	1421	490	2564 (10,57)
2007	2	13	14	58	556	1506	387	2536 (10,46)
2008	14	1	7	68	535	1606	399	2630 (10,85)
2009	15	1	10	76	475	1710	448	2735 (11,28)
2010	8	2	10	76	413	1628	471	2608 (10,76)
2011	4	5	8	61	478	1765	517	2838 (11,70)
2012	31	2	9	61	445	1855	443	2846 (11,74)
2013	0	5	3	69	386	1834	456	2753 (11,35)
2014	16	0	4	24	345	1863	485	2737 (11,29)
Total	98	32	77	615	4141	15188	4096	24247 (100)
	(0,40%)	(0,13%)	(0,32%)	(2,54%)	(17,08%)	(62,64%)	(16,89%)	

Na Tabela III mostra-se a frequência de consultas de pré-natal feitas pelas mães avaliadas no estudo, evidenciando que: 21838 (90,06%) mulheres realizaram 7 ou mais consultas pré-natal; para 44 (0,18%) mulheres a informação era ignorada ou não informada e que 139 (0,57%) mulheres não fizeram consultas de pré-natal.

Tabela III - Frequências referentes ao número de consultas pré-natal realizadas pelas mães avaliadas no estudo. Micro-região da DRSXV, 2006-2014.

Anos	Não Inf.	Ignorado	Nenhuma	1 a 3 vezes	4 a 6 vezes	7 vezes ou mais	Total N e %
2006	3	1	20	35	176	2329	2564 (10,57)
2007	0	2	13	34	64	2423	2536 (10,46)
2008	6	2	7	14	49	2552	2630 (10,85)
2009	11	4	9	28	218	2465	2735 (11,28)
2010	2	5	13	27	188	2373	2608 (10,76)
2011	0	1	10	40	179	2608	2838 (11,70)
2012	0	5	26	68	318	2429	2846 (11,74)
2013	0	0	21	78	332	2322	2753 (11,35)
2014	0	0	20	80	300	2337	2737 (11,29)
TOTAL	22	20	139	404	1824	21838	24247 (100)
	(0,09%)	(0,08%)	(0,57%)	(1,67%)	(7,52%)	(90,06%)	

Os percentuais referentes à idade gestacional das mães estão na Tabela IV e observa-se que a grande maioria dos nascimentos (20913 – 86,24%), independentemente do ano avaliado, ocorreu quando as mães apresentavam idade gestacional de 37 a 41 semanas. A idade gestacional subsequente que apresentou maior ocorrência de nascimentos foi de 32 a 36 semanas que variou de 8,27% (ano 2006) a 12,93% (ano 2012). Para as demais semanas avaliadas, o percentual de nascimentos não foi relevante.

Tabela IV - Frequências referentes à idade gestacional das mães e ano de realização do parto. Micro-região da DRSXV, 2006-2014.

Anos	Não Inf.	Ignorado	até 22 semanas	22 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas	Total N e %
2006	1	1	1	14	31	212	2265	39	2564 (10,57)
2007	0	7	0	13	13	221	2274	8	2536 (10,46)
2008	4	4	1	15	24	290	2261	31	2630 (10,85)
2009	6	5	1	15	28	332	2328	20	2735 (11,28)
2010	2	1	0	15	42	302	2244	2	2608 (10,76)
2011	5	1	1	14	44	332	2435	6	2838 (11,70)
2012	7	0	1	23	43	368	2398	6	2846 (11,74)
2013	0	0	0	21	46	328	2351	7	2753 (11,35)
2014	1	0	1	16	37	311	2357	14	2737 (11,29)
TOT	26	19	6 (0,02%)	146	308	2696	20913	133	24247 (100%)
AL	(0,11%)	(0,08%)		(0,60%)	(1,27%)	(11,12%)	(86,25%)	(0,55%)	

As informações sobre as vias de parto normal e cesariano observados no âmbito público e privado respectivamente, estão na Tabela V, verificando-se:

- Os partos do cesárea foram superiores tanto no atendimento público quanto no privado;
- O percentual de ocorrência de cesáreas a usuários do setor privado foi significativamente superior em relação aos ocorridos na saúde pública;
- Entre mulheres vinculadas ao SUS, só em 2006 houve maior frequência de partos normais (50,46%);
- Houve maiores índices de parto cesárea nos anos de 2012 (64,65) e entre 2010 a 2014 os índices foram acima de 60%;
- No setor privado a média de frequência de cesariana foi de 99,34% e o ano com maior número de partos normais foi 2014 (30 partos), porém com frequência que não atinge 2%(1,99).

Tabela V - Percentuais de nascimentos por parto normal e cesariano em relação ao âmbito público e privado. Micro-região da DRSXV, 2006-2014.

Anos	público				total		privado				total			
	Normal	N	Cesárea	%	N	%	Normal	N	Cesárea	%	N	%		
2006	594	50,47	583	49,53	1177	10,55	4	0,29	1383	99,71	1387	10,59	2564	10,6
2007	617	48,17	664	51,83	1281	11,48	3	0,24	1252	99,76	1255	9,59	2536	10,5
2008	581	48,91	607	51,09	1188	10,65	4	0,28	1438	99,72	1442	11,01	2630	10,9
2009	564	42,34	768	57,66	1332	11,94	2	0,14	1401	99,86	1403	10,72	2735	11,3
2010	507	40,72	738	59,28	1245	11,16	3	0,22	1360	99,78	1363	10,41	2608	10,8
2011	483	37,76	796	62,24	1279	11,47	7	0,45	1552	99,55	1559	11,91	2838	11,7
2012	426	35,35	779	64,65	1205	10,80	22	1,34	1619	98,66	1641	12,53	2846	11,7
2013	484	39,70	735	60,30	1219	10,93	12	0,78	1522	99,22	1534	11,72	2753	11,4
2014	486	39,58	742	60,42	1228	11,01	30	1,99	1479	98,01	1509	11,53	2737	11,3
TOTAL	4742	42,51	6412	57,49	11154	100	87	0,66	13006	99,34	13093	100	24247	

Discussão

Os resultados deste estudo mostram a grande ocorrência da cesariana na região pesquisada, corroborando outras pesquisas e temas debatidos acerca da assistência obstétrica na DRS XV, que privilegia o parto cirúrgico e é conhecida como a região com mais cesariana do Brasil. A estatística descritiva do número de nascimentos de parto normais e cesáreas revelam diferenças significativas ($P < 0,001$), quando comparados em relação ao atendimento na saúde pública e privada ($P < 0,001$), evidenciando que o número de partos normais foi significativamente superior na saúde pública (média de 526,0 partos) quando comparado à saúde privada (média de 9,66 partos). O número de partos por cesárea (média de 1445,1 partos) foi significativamente superior na saúde suplementar quando comparado à saúde pública (média de 712,44 partos).

Com relação às características sociodemográficas, observou-se um aumento na faixa etária das mães; o pré-natal é realizado com uma cobertura de 7 ou mais consultas (90%); a idade gestacional prevaleceu de 37 a 41 semanas (84,24%). Este resultado nos faz pensar,

principalmente no que se refere ao pré-natal, que tipo de orientação estas gestantes estão recebendo quanto ao tipo de parto.

Tais dados são concordantes com outros estudos, que constataram que além do aumento a proporção de cesarianas no país em cerca de 40% no período de 2000 para 2010, foi menor entre mulheres da região norte do país (42,8%), entre solteiras (42,0%), entre mulheres sem escolaridade (25,2%) e entre mulheres indígenas (16,2%), com tendência crescente de maior probabilidade de cesarianas com aumento da idade e escolaridade e nas regiões mais ricas do País [5].

Também foi evidenciado em outra pesquisa que as usuárias de serviços públicos tiveram aumento da prevalência de nascimento por cesariana conforme o aumento da idade e da escolaridade, assim como é menor entre mulheres negras e pardas [15]. Isso mostra que alta escolaridade, maior idade, residir nas regiões mais ricas do País e ser de cor branca são proxys do uso de serviços privados, que apresentam altas taxas de cesariana quando comparados aos serviços públicos de mesma complexidade.

Entretanto, tem sido verificado no Brasil que também as potenciais usuárias dos serviços públicos (SUS) também ficam acima das recomendações da OMS [1-5].

Analisando os partos no SUS nesta pesquisa, encontrou-se diminuição do número de partos normais e aumento progressivo de cesariana de 2006 a 2014. Outros autores também concluem que os altos índices de cesárea refletem a conveniência e a falta de treinamento dos profissionais e que estes, para justificarem sua prática, afirmam que as mulheres preferem a cirurgia [16]. A alegação da preferência da mulher pela “cesárea a pedido”, como responsável pelo crescimento da cirurgia, é questionada numa pesquisa com gestantes de nível socioeconômico baixo, mostrando também a demanda pela cesárea associada ao temor das mulheres com relação às atitudes dos profissionais durante o atendimento e também ao desejo de laqueadura [17].

Portanto a “cesárea a pedido” é mais uma consequência de uma cultura médica e institucional do que uma “real preferência” das mulheres [17-20]. Uma das grandes lacunas da assistência à saúde no Brasil é a ausência de trabalho em equipe que proporcione melhoria dos indicadores de saúde, revelando um trabalho em equipe fraco e desarticulado [13].

Era esperada a ocorrência de cesáreas na saúde privada superior, quando comparado às usuárias do SUS, mas foi assustador verificar frequência quase absoluta de cesárea entre mulheres com plano privado. Não há qualquer discurso que possa explicar 87 partos normais em 9 anos. Significa que em muitos meses não ocorreu sequer um parto normal entre usuárias da saúde privada e é possível supor também que nem em trabalho de parto a maioria dessas mulheres entrou, onerando sobremaneira a assistência obstétrica.

Um estudo identificou que, no setor privado, encontrar um médico com disposição de assistir um parto normal pelo plano de saúde nem sempre é fácil, e pagar diretamente ao médico é algo muito oneroso, mesmo para mulheres de classe média [18].

Por outro lado, os médicos não valorizam a participação do enfermeiro obstetra na condução do trabalho de parto, o que os desoneraria de acompanhar o período de dilatação, fato que acontece na quase totalidade dos países desenvolvidos e acontecia até a década de 70 no Brasil. Isso está em franco contraste com o que temos encontrado no Brasil onde somente 15% dos nascimentos foram assistidos por enfermeiros obstetras/obstetizes, com mais frequência nas regiões mais pobres, onde quase não há médicos. Aí, não há críticas das entidades médicas [12,13].

Ainda critica-se a ideia de que mulheres de classes média e alta preferem a cesárea ao parto vaginal e demandam a cirurgia [19]. Para estes autores, muitas dessas cirurgias são “cesarianas indesejadas” onde as mulheres são “persuadidas” ao final da gestação, especialmente com apresentação de quadros de riscos que não condizem com as evidências científicas. Enfatiza-se que, com a “banalização” da cirurgia, as mulheres não se surpreendem com sua indicação e aderem à cesárea, renunciando à vontade inicial pelo parto vaginal [20].

Isso chama a atenção, pois estas seriam as mulheres com maior acesso à saúde e menor risco gestacional e, assim, as taxas de cesáreas, nesse grupo, não poderiam ser explicadas pelas indicações médicas. Nesse contexto, é paradoxal que os grupos nos quais são esperadas melhores condições de saúde materna estejam relacionados com taxas mais elevadas de cesariana, sugerindo abuso da tecnologia médica e mercantilização no atendimento ao parto [21].

Comparando a realização de cesárea e parto normal na saúde privada e saúde pública na região analisada, percebe-se um abuso na realização da cesariana e assim como outros

autores o tema conveniência/interesse/poder médico é o tema da decisão/ preferência/escolha da mulher.

Constatando o aumento das gestações que terminaram em cesariana, fica problematizada a autonomia das mulheres nas decisões perante os médicos. Há pesquisas que relatam que ao longo da gestação, os médicos criam um cenário para justificar a intervenção, como: “bebê grande”, “bacia estreita”, “circular de cordão”, “pouco líquido”, “posição do bebê”, “se bolsa romper”. Assim, as mulheres “optam” pela cesárea diante do temor de serem responsabilizadas por qualquer desfecho negativo, ficando sua decisão fragilizada diante do “poder de convencimento” dos médicos [21].

Um estudo com mulheres das classes média e alta em uma maternidade privada com altos índices de cesariana propõe que, mesmo que a decisão pela cirurgia sofra grande influência do fator médico, as mulheres “agenciam” o nascimento de seus filhos. Isto acontece transformando o evento numa significativa celebração do momento de transição para a maternidade, com a presença da família, filmagem, fotografia, entre outras coisas [22].

É preciso humanizar o nascimento, devolver à mulher o protagonismo do parto, o que significa entender que a mulher que dá à luz é um ser humano, não uma máquina de fazer bebês; mostrar que elas não são inferiores ou inadequadas; respeitar a mulher como o ser valioso no nascimento; que a experiência da mulher ao dar à luz torna a mulher forte e, em consequência, torna a sociedade forte. Nascimento humanizado significa colocar a mulher como protagonista. Significa compreender que o foco dos serviços de maternidade é a atenção primária baseada na comunidade, e não o atendimento terciário hospitalar; que médicos e enfermeiros devem trabalhar juntos. Nascimento humanizado significa trabalho baseado em evidências científicas e não em ações corporativas visando principalmente o lucro [23].

Percebe-se que o momento atual de resolução do parto na região da DRS XV estudada é mais crítico do que seria possível imaginar e que é preciso juntar forças para modificação de comportamentos e usar de estratégias que viabilizem resultados alentadores, com foco na humanização do nascimento.

As estratégias e ações a serem implementadas devem ser embasadas em pesquisas sobre questões sociais, econômicas, de regras institucionais, possibilidades de espaços de atuação, agentes envolvidos e determinação das competências de cada um, deixando claro o que é privativo e o que é compartilhado e que a mulher/família são os protagonistas nesse contexto. Somos TODOS coadjuvantes, mas também os interlocutores nesse contexto.

Conclusão

Os dados obtidos neste estudo revelam diferenças significativas de resolução do parto entre mulheres usuárias do sistema público e do sistema privado, na região da DRS XV estudada, com quase totalidade de cesáreas (99,33%) entre usuárias de saúde privada.

Os dados alarmantes obtidos mostram urgência em propor ações e intervenções que alcancem integralidade e igualdade na atenção prestada, de rompimento de questões corporativistas médicas, e de maior inserção do enfermeiro obstetra, ao menos na condução do trabalho de parto. A cada um o seu papel, a todos a responsabilidade do agir profissional ético, legal e humanístico.

Referências

1. Soler ZASG. CEPAHN - Centro de Preparo e Assistência Humanizados ao Nascimento: uma proposta para a região de São José do Rio Preto, São Paulo [livre-docência]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.
2. Rattner D, Rabello-Neto DL, Lansky S, Vilela MEA, Bastos MH. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: Brasil. Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p.371-99.
3. World Health Organization. Appropriate technology for birth. The Lancet 1985;8452(2):436-7.
4. BRASIL. MS. Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, 2016. [citado 2016 Jan 20]. Disponível em URL: <http://conitec.gov.br>.

5. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sócio demográficas. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2016;16(1):39-47.
6. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth* 2014;41(3):237-44.
7. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública* 2014;30 Suppl 1:S101-16.
8. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm* 2016;25(1):25(1):e3570014.
9. Chiavegatto Filho ADP. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(8):2413-20.
10. WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: World Health Organization; 2012. p.59.
11. Torres JA. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Sup:S220-S231.
12. Leal MC. Estar grávida no Brasil. *Cad Saude Publica* 2012;28(8):1420-1.
13. Andrade MAC, Lima JBMCO. Modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p.
14. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesariana no Brasil e autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(8):2395-400.
15. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):635-43.
16. Faúndes A, Pádua KS, Osís MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):488-94.
17. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou o parto como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública* 2002;18(5):1303-11.
18. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto cesáreo? Quem o deseja e em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6):1611-20.
19. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth* 2008;35(1):33-40.
20. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al. Trajetória das mulheres na definição do parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(5):1521-34.
21. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a indústria da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis* 2012;22(1):35-52.
22. Haddad SMT, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2011;33(5):252-6.
23. O'dougherty M. Plot and irony in childbirth narratives of middle-class. *Medical Anthropology Quarterly* 2013;27(1):43-62.
24. Wagner M. Fish can't see water. The need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet* 2001;75(Suppl 1):S25-37. DOI:10.1016/S0020-7292(01)00519-7.