

FATORES ASSOCIADOS À CESÁREA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL: UM ESTUDO TRANSVERSAL

FACTORS ASSOCIATED WITH CESAREAN SECTION IN A REFERENCE HOSPITAL IN NORTHERN BRAZIL: ACROSS-SECTION STUDY

Kátia Fernanda Alves Moreira¹, Priscilla Perez da Silva Pereira¹, Jeanne Lúcia Gadelha Freitas¹, Nayra Carla de Melo¹, Lerissa Nauana Ferreira², Marcos Antônio Sales Rodrigues²

Resumo

Introdução: Técnicas cirúrgicas têm sido incorporadas na medicina moderna, para resolução de intercorrências, visando minimizar a morbimortalidade da clientela. No cenário obstétrico, o aumento na taxa de cesáreas demonstra incoerência com indicadores comprovados por fortes evidências científicas, sugerindo uma assistência intervencionista em processos fisiológicos. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados à ocorrência de cesáreas em um hospital de referência para gestação de alto risco na capital do estado de Rondônia. **Método:** Estudo transversal, incluindo 94 puérperas, com informações coletadas do cartão da gestante, prontuário da paciente e entrevista. Foi realizada regressão de Poisson a partir de um modelo hierárquico no pacote estatístico Stata versão 15.0. **Resultados:** A maioria das mulheres era jovem, pardas, com mais de nove anos de estudo, renda superior a um salário mínimo. No modelo bruto, a prematuridade (RP:1,41; IC 95%: 1,01-1,98), Apgar com escore inferior a sete (Apgar no 1º minuto RP:1,46; IC95%:1,03-2,08; Apgar no 5º minuto RP: 1,66; IC95%: 1,40-1,96), não permanência do recém-nascido no alojamento conjunto (RP: 1,66; IC 95%:1,29-2,14) e parto cesárea (RP:11,17; IC 95%: 3,75-33,28) foi associado a cesárea atual. No modelo ajustado, puérperas com histórico anterior de cesárea tiveram uma probabilidade 15,08 vezes maior de uma nova cesárea quando comparado a mulheres sem histórico (IC 95%: 3,80 - 59,78). **Conclusão:** A taxa de cesárea foi muito superior à média nacional e internacional e o histórico de cesárea prévia foi associado a ocorrência da cesárea atual.

Palavras-chave: Saúde materna. Recém-nascido. Cesárea.

Abstract

Introduction: Surgical techniques have been incorporated into modern medicine to resolve complications, in order to minimize client morbidity and mortality. In the obstetric scenario, the increase in the cesarean rate demonstrates inconsistency with indicators proven by strong scientific evidence, suggesting interventionist assistance in physiological processes. **Objective:** To evaluate factors related to the occurrence of cesarean sections in a referral hospital for high-risk pregnancies in the capital of the state of Rondônia. **Method:** Cross-sectional study with information collected from the pregnant woman's card, medical records and a face-to-face interview with the puerperal woman. Poisson regression was performed using a hierarchical model in the statistical package Stata version 15.0. **Results:** Most of the women were young, brown, with more than nine years of schooling, income above the minimum wage. In the crude model, prematurity (PR: 1.41; 95%CI: 1.01-1.98), Apgar with a score of less than seven (Apgar in the 1st minute PR: 1.46; 95%CI: 1.03- 2.08; Apgar in the 5th minute PR: 1.66; 95%CI: 1.40-1.96), non-stay of the newborn in rooming-in (PR: 1.66; 95% CI: 1.29- 2.14) and cesarean delivery (PR: 11.17; 95% CI: 3.75-33.28) was associated with current cesarean. In the assisted model, postpartum women with a previous history of cesarean were 15.08 times more likely to have a new cesarean when compared to women without a history (95% CI: 3.80 - 59.78). **Conclusion:** The cesarean rate was much higher than the national and international average and the history of a previous cesarean was associated with the occurrence of the current cesarean.

Keywords: Maternal health. Newborn. Cesarean section.

Introdução

Ao longo dos anos, a cirurgia cesárea tornou-se um procedimento comum e com prevalência importante no desfecho gestacional. Tal intervenção, quando indicada adequadamente, diminui a morbimortalidade materna e neonatal, embora predisponha a mulher a hemorragias, infecções, laceração acidental de alguns órgãos e o neonato ao risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório e infecções podendo ter repercussões letais^{1,2}.

As indicações clínicas para cirurgia cesárea podem ser relativas e absolutas. As indicações relativas são identificadas no decorrer do trabalho de parto e se manejadas adequadamente, o parto vaginal pode ser o melhor desfecho. As indicações absolutas são menos frequentes e caracterizam-se pelo fato de que na maioria das vezes não é possível identificá-las antes do início do trabalho de parto. A decisão pela cesárea deve

ser criteriosamente discutida com a paciente, a fim de evitar danos para mãe e feto. Além disso, a determinação do risco gestacional não condiciona para o desfecho operatório, a identificação de fatores que possam presumir um agravamento do quadro obstétrico deve ser realizada para garantir monitoramento cauteloso do acompanhamento do pré-natal, possibilitando uma tomada de decisão hábil e resolutiva^{3,4}.

O modelo obstétrico brasileiro vigente é caracterizado por uma assistência tecnocrática e essencialmente intervencionista, refletindo altos índices de cesariana, que em 2016 chegou a 55,6%, o segundo maior do mundo⁵. Um número significativo de cirurgias do tipo cesárea foi realizado sem indicação clínica, de maneira eletiva, mesmo antes de iniciar o trabalho de parto⁶. Tal inferência tem como base as recomendações da Organização Mundial de Saúde que, desde 1985, con-

¹ Docentes do Departamento de Enfermagem. Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Porto Velho, RO- Brasil.

² Discente do curso de Enfermagem Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR. Porto Velho, RO- Brasil
Contato: Nayra Carla de Melo. E-mail: nayramelo@unir.br

sidera que a taxa ideal de cesárea está entre 10% e 15%⁷.

No Brasil, a taxa de cesáreas atinge patamares diferentes quando se analisa o prestador de serviço de saúde. Um estudo nacional mostrou que em serviços privados esse índice atinge até 88% e em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) essa via de nascimento ocorre em até 40% dos partos⁸. Em 2010, as regiões com maiores proporções de extração fetal por cirurgia são Sul (58,1%) e Sudeste (58,2%), seguidas das regiões Norte (44%) e Nordeste (41%)⁹.

Este cenário obstétrico é endossado por questões culturais, que consideram a cirurgia cesárea a forma mais higiênica e segura de nascimento quando comparada com o processo natural do parto, visto como momento doloroso e arriscado, independente do quadro clínico e do risco gestacional^{5,10}. Alguns estudos apontam que fatores não clínicos interferem nos altos índices de cesárea, tais como poder aquisitivo e acesso facilitado ao procedimento cirúrgico, denotando uma forte associação dos índices de cesáreas com características socioeconômicas, maior número de consultas pré-natal e parto ocorrido no setor privado¹¹. Assim, há uma proposição de que mulheres com risco gestacional alto e condições socioeconômicas desfavorecidas possuem menor acesso às intervenções cirúrgicas quando comparadas àquelas de risco habitual e alto poder aquisitivo¹².

Pesquisas indicam que, nos serviços de saúde tanto público como privado, as mulheres com desfechos gestacionais por cirurgia cesárea expressaram sua preferência pelo parto normal ao iniciar o acompanhamento pré-natal. Tal fato, pressupõe uma abordagem por parte do profissional de saúde para a permanência de uma cultura obstétrica intervencionista atrelada a organização da atenção obstétrica, regulada em boa parte pela conveniência de um procedimento agendado^{8,13-15}.

Embora haja fortes evidências científicas referentes ao benefício do parto normal para mulher e neonato, os índices de extração fetal por cesárea podem ser considerados um indicador para avaliar a rede de atenção obstétrica. Sabe-se que os altos índices deste procedimento podem refletir uma assistência iatrogênica, com repercussões negativas como o aumento da morbimortalidade materna e neonatal¹⁶.

Diante do exposto, analisar os fatores associados à cesárea possibilita avaliar a capacidade de resolutividade da rede assistencial materno-infantil na capital do estado de Rondônia, provendo argumentos para a organização e planejamento da assistência. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar os fatores relacionados à ocorrência de cesáreas em um hospital de referência para gestação de alto risco no Norte do Brasil.

Método

Trata-se de um estudo transversal realizado no alojamento conjunto de um hospital de referência para gestantes de alto risco no município de Porto Velho, estado de Rondônia.

O estado de Rondônia possui uma população em 2020 de pouco mais de 1.700.000 habitantes, sendo que 17,46% são mulheres em idade fértil¹⁷. O mu-

nícipio de Porto Velho possui uma maternidade municipal para atendimento de risco habitual e um hospital de referência para assistência de alto risco gestacional local onde a pesquisa foi realizada. No ano de 2017, foram registrados 3.826 partos nesta unidade.

Foram incluídas puérperas com filhos vivos residentes em Rondônia e de estados vizinhos que vieram a ser internadas e tiveram seus filhos no setor da maternidade no período estudado e excluídas aquelas que apresentaram alguma dificuldade na comunicação verbal, a ponto de não conseguirem responder a entrevista.

A coleta de dados foi realizada por meio do cartão da gestante, prontuário da paciente e entrevista. Aplicou-se questionário estruturado testado por meio de estudo piloto. As entrevistas foram realizadas por pesquisadores devidamente treinados. Para a seleção da amostra de participantes, as enfermeiras eram numeradas e a cada dia da coleta sorteavam-se três enfermeiras, onde cada usuária era convidada, de forma individual, a participar da pesquisa.

A variável dependente foi a via de nascimento (cesárea ou vaginal) e as variáveis independentes foram organizadas conforme o modelo hierárquico: bloco 1 com variáveis sociodemográficas (mais distal); bloco 2 com informações do histórico gestacional e pré-natal; bloco 3 com as características do parto e do recém-nascido (mais proximal para desfecho de estudo).

Foi realizada análise de dados descritiva por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão (DP). A associação entre o parto tipo cesárea e as demais variáveis se deu pelo cálculo da Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% obtida por meio da análise de regressão de Poisson.

Todas as variáveis com significância $p < 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo hierárquico final. Variáveis com colinearidade $> 0,80$ não foram incluídas no modelo. Obteve-se três modelos de regressão, onde as RP foram ajustadas pelas variáveis do mesmo nível e variáveis do bloco anterior. O teste de Hosmer Lemeshow foi utilizado para verificar a qualidade dos ajustes dos modelos empregados. Os dados foram processados no software Stata® (College Station, Texas, USA) versão 15.

Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia sob o número 2.548.115. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde^{18,19}.

Resultados

Das 94 usuárias que participaram deste estudo, 60,6% tiveram desfecho gestacional por cesárea. A média de idade foi 25,9, com maior prevalência da faixa etária de 20 a 35 anos. A maioria das mulheres se declarou parda, com mais de nove anos de estudo, com renda familiar acima de um salário-mínimo e moradoras da capital. Metade das entrevistadas afirmou ter companheiro e possuía trabalho remunerado. Neste bloco nenhuma variável possuiu estatística significativa para o parto do tipo cesárea ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres por tipo de parto. Unidade de internação de alto risco, Porto Velho, RO, Brasil, 2018

Variável	Vaginal n %	Cesárea n %	RP (IC 95%)	Valor de p
Idade materna				
20-35 anos	30 42,2	41 57,7	1	
< 20 anos	04 28,6	10 71,4	1,24 (0,84-1,82)	0,29
> 35 anos	03 33,3	06 66,7	1,15 (0,70-1,91)	0,58
Escolaridade materna				
≥ 9 anos	18 31,0	40 69,0	1	0,06
< 9 anos	19 52,8	17 47,2	0,68 (0,46-1,00)	
Estado civil				
Com companheiro	23 47,9	25 53,1	1	0,09
Sem companheiro	14 30,4	32 69,6	1,33 (0,96-1,86)	
Raça/cor da pele				
Parda	33 42,3	45 57,7	1	0,13
Outras	04 25,0	12 75,0	1,30 (0,92-1,83)	
Renda familiar				
Acima de 1 salário	20 37,0	34 63,0	1	0,6
Até 1 salário	17 42,5	23 57,5	1,09(0,78-1,53)	
Trabalho da mãe				
Remunerado	21 43,7	27 56,2	1	0,38
Não remunerado	16 34,8	30 65,2	1,16 (0,83-1,61)	
Procedência				
Capital	27 39,7	41 60,3	1	0,91
Interior	10 38,5	16 61,5	1,02 (0,71-1,46)	

A maioria das mulheres era multipara, menos da metade tinha histórico de cesárea prévia e 29% das entrevistadas referiu histórico de abortamento. A maioria das pacientes teve mais de seis consultas de pré-natal, embora quase metade tenha iniciado o pré-natal após 12 semanas de gestação. Dentre as gestantes, 22,34% não referiram qualquer situação de saúde que fosse classificado como de risco. Entre as gestantes com alto risco, a maioria teve mais de um risco referido, sendo as infecções a causa mais comum. Na análise de razão de prevalência, apenas as puérperas com histórico de cesárea prévia, apresentaram associação estatisticamente significativa para a ocorrência de uma nova cesárea no parto atual (RP: 11,17; IC 95% 3,75-33,28) (Tabela 2).

Tabela 2- Histórico gestacional e informações sobre o pré-natal de mulheres por tipo de parto. Unidade de internação de alto risco, Porto Velho, RO, Brasil, 2018

Variável	Vaginal n %	Cesárea n %	RP (IC 95%)	Valor de p
Primípara				
Não	25 40,3	37 59,7	1	0,79
Sim	12 37,5	20 62,	1,05 (0,75-1,47)	
BPN anterior (n=62)				
Não	23 41,8	32 58,2	1	0,88
Sim	02 (28,58)	05 71,4	1,23 (0,73-2,07)	
Prematuridade anterior (n=62)				
Não	20 40,8	29 59,2	1	0,71
Sim	05 38,5	08 61,5	1,04 (0,63-1,70)	
Aborto anterior (n=62)				
Não	18 40,9	26 59,1	1	0,88
Sim	07 38,9	11 61,1	1,03 (0,66-1,61)	
Cesárea anterior (n=62)				
Não	21 100,0	-	1	<0,01
Sim	04 9,8	37 90,2	11,17 (3,75-33,28)	
Número de consultas de pré-natal				
6 >	24 35,8	43 64,2	1	0,3
< 6	13 48,1	14 51,8	0,81 (0,54-1,21)	
Início do pré-natal				
≤ 12 semanas	14 34,1	27 65,8	1	0,36
> 12 semanas	23 43,4	30 56,6	0,86 (0,62-1,19)	
Gestação de alto risco				
Não	12 57,1	09 42,9	1	0,11
Sim	25 34,2	48 65,7	1,53 (0,91-2,59)	
Qual risco				
Nenhum	12 57,1	09 42,9	1	
Infecção	08 38,1	13 61,9	1,44 (0,79-2,63)	0,23
Doença Hipertensiva	04 44,4	05 55,6	1,30 (0,60-2,80)	0,51
Diabetes	01 50,0	01 50,0	1,17 (0,26-5,12)	0,84
Parto prematuro	01 50,0	01 50,0	1,17 (0,26-5,12)	0,84
Outros	02 22,2	07 77,8	1,81 (0,98-3,33)	0,06
Diversos	09 30,0	21 70,0	1,16 (0,92-2,83)	0,08
Internação durante a gestação				
Não	29 45,3	35 54,7	1	0,06
Sim	08 26,7	22 73,3	1,34 (0,98-1,83)	

Entre as entrevistadas a maioria teve a percepção de que a via de nascimento foi decidida apenas pelo médico, sobretudo quando foi realizada a cesárea. Mais da metade dos recém-nascidos era do sexo masculino. A maioria nascida com mais de 37 semanas gestacionais, sem baixo peso, com Apgar acima de sete e encaminhada para o alojamento conjunto. Mulheres que entraram em trabalho de parto com menos de 37 semanas, apresentaram maior probabilidade de serem submetidas à cesárea (RP:1,41; IC 95% 1,01-1,98). Crianças que nasceram com Apgar inferior a sete também tiveram maior probabilidade de terem nascido por cesárea (Apagar no 1º minuto RP:1,46; IC95%:1,03-2,08; Apagar no 5º minuto RP: 1,66; IC95%: 1,40-1,96). As crianças que não permaneceram com suas mães no alojamento conjunto tiveram 1,66 maior probabilidade de terem nascido por cesárea (IC 95%:1,29-2,14) (Tabela 3).

Tabela 3- Informações sobre a via de nascimento e características do recém-nascido por tipo de parto. Unidade de internação de alto risco, Porto Velho, RO, Brasil, 2018

Variável	Vaginal		Cesárea		RP (IC 95%)	Valor de p
	n	%	n	%		
Percepção da mulher quanto a decisão pela via de parto						
Usuária e médico	03	42,9	04	57,1	1	
Apenas do médico	20	30,3	46	69,7	1,22 (0,62-2,37)	0,56
Apenas da usuária	14	66,7	07	33,3	0,59 (0,24-1,41)	0,23
Sexo do recém-nascido						
Feminino	11	31,4	24	68,6	1	
Masculino	26	44,1	33	55,9	0,81 (0,59-1,12)	0,21
Idade gestacional						
≥ 37 semanas	35	42,2	48	57,8	1	0,04
< 37 semanas	02	18,2	09	81,8	1,41 (1,01-1,98)	
Peso ao nascer						
≥ 2500 gramas	33	39,8	50	60,2	1	0,82
< 2500 gramas	04	36,4	07	63,6	1,06 (0,65-1,71)	
Apagar no 1º minuto						
≥ 7	36	41,38	51	58,6	1	0,03
< 7	01	14,29	06	85,7	1,46 (1,03-2,08)	
Apagar no 5º minuto						
≥ 7	37	39,7	56	60,2	1	<0,01
< 7	-	-	01	100,0	1,66 (1,40-1,96)	
Alojamento conjunto						
Sim	36	44,4	45	55,5	1	<0,01
Não	01	7,69	12	60,6	1,66 (1,29-2,14)	

No modelo múltiplo, verificou-se que apenas a variável história de cesárea anterior permaneceu estatisticamente significativa após ajuste para as demais variáveis. Ter histórico anterior de cesárea aumenta a probabilidade de ter uma nova cesárea em 15,08 vezes (IC 95% 3,80-59,78) (Tabela 4).

Tabela 4- Razão de prevalência para extração fetal por cesárea. Unidade de internação de alto risco, Porto Velho, RO, Brasil, 2018

Variável	Modelo I RP (IC 95%)	Modelo II RP (IC 95%)	Modelo III* RP (IC 95%)
Bloco 1. Sociodemográficas			
Escolaridade materna			
< 9 anos	0,67 (0,45-0,98)		
Estado civil			
Sem companheiro	1,36 (0,98-1,88)		
Bloco 2. História gestacional e pré-natal			
Cesárea anterior			
Sim		15,0 (3,80-59,78)	
Gestação de alto risco			
Sim		1,4 (0,94-2,37)	
Qual risco			
Infecção		0,9 (0,91-1,05)	
Doença hipertensiva		0,9 (0,90-1,10)	
Diabetes		1,0 (0,91-1,13)	
Outros		0,7 (0,46-1,27)	
Internação durante a gestação			
Sim		0,9 (0,76-1,07)	
Bloco 3. Parto e informações do recém-nascido			
Idade gestacional			
< 37 semanas		0,9 (0,88-1,12)	
Apgar no 1º minuto			
Score < 7		0,8 (0,59-1,25)	
Alojamento conjunto			
Não		1,0 (0,74-1,44)	

Discussão

Neste estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre o perfil sociodemográfico das entrevistadas e a ocorrência de cesárea ($p > 0,05$), resultado semelhante por um estudo realizado no estado do Paraná com mais de 900 puérperas conduzido nos anos de 2013 e 2014²⁰. Embora outras investigações apontem uma estreita relação de fatores socioculturais com a frequência de desfechos gestacionais cirúrgicos como melhor escolaridade, renda mais elevada e residentes em regiões como sul e sudeste do Brasil^{21,22}.

No hospital de referência de Rondônia, a taxa geral de cesárea foi de 60,64%, percentuais acima da média nacional que em 2016 era 55,6%⁵. Este percentual também é superior quando comparado às regiões mais desenvolvidas do país²² superando a própria taxa da região Norte (44%) e Nordeste (41%)⁹. Porém, destaca-se que este estu-

do foi conduzido em um hospital de referência para gestação de alto risco.

Estudo observacional em Maringá (PR) com 920 puérperas, em dois hospitais do SUS e três da rede suplementar, identificou uma maior proporção de cesáreas entre puérperas atendidas no sistema privado (93,8%), entretanto, a proporção de cesáreas no SUS também foi elevada (55,5%)²⁰.

Em Rondônia, observou-se que a maioria das entrevistadas referiu que não teve participação na escolha da via de nascimento. A situação exposta segue na contramão do que é recomendado pelo próprio Ministério da Saúde do Brasil e outras instituições não governamentais, quando recomendam que a decisão pela cesárea deve ser discutida com a paciente para evitar iatrogenia ao binômio mãe e recém-nascido³. Nesse sentido, é importante identificar os fatores de risco obstétrico para o monitoramento seguro no pré-natal, possibilitando uma tomada de decisão hábil e resolutiva^{3,4}.

Estudo realizado no estado de Santa Catarina, com 169 puérperas submetidas à cesárea, verificou que 16 delas fizeram essa escolha ainda no pré-natal²³. Sabe-se que os desfechos e vias de partos, em particular no tipo cesárea, ocorrem em regiões com melhor índice de desenvolvimento humano como o Sul e Sudeste do país, com elevados índices de cesáreas na rede suplementar de saúde ou privada^{24,25}.

Neste estudo, a história de cesárea prévia foi associada à ocorrência da cesárea atual. Estudo de coorte transversal com 9.828 mulheres atendidas em hospitais de quatro estados do sudeste do país identificou a influência da história de cesárea prévia como fator de risco de até três vezes para uma nova cesárea e óbito fetal²⁴.

A literatura documenta que mulheres múltiplas sem histórico de parto vaginal apresentam mais chances de serem submetidas às cesáreas em gestações posteriores, principalmente de forma eletiva²⁶. Uma análise com 480 puérperas com histórico de desfecho por cesárea, constatou que na segunda gestação, a maioria destas mulheres foi submetida à uma nova cesárea, tendo como influência neste desfecho, a idade da mãe (até 35 anos), nascimento não assistido no SUS e maior número de consultas de pré-natal²⁷.

O acompanhamento da gestação, com pelo menos seis consultas de pré-natal, pode influenciar o desfecho da via de nascimento e prevenir intercorrências com a criança no parto e pós-parto como prematuridade e baixo peso^{27,28}. O número de consultas e o perfil do profissional que acompanha a gestante no serviço, pode influenciar no processo decisório da mulher para cesárea eletiva²⁹.

Outro aspecto relevante identificado neste estudo, é que algumas puérperas submetidas à cesárea não tinham indicação ao pré-natal de alto risco. Entre aquelas que tiveram alguma situação de risco, a infecção do trato urinário e a hipertensão gestacional foram as mais comuns. Uma corte transversal no estado do Acre, em 2016, com 326 gestantes de um serviço de pré-natal de alto risco da maternidade pública daquela capital, encontrou que entre as intercorrências mais frequentes estiveram a infecção do trato urinário (39,9%) e hipertensão gestacional (10,4%)³⁰.

Observou-se que algumas mulheres submetidas a cesárea não apresentavam histórico de gestação de alto risco ou internação prévia ou mesmo foi declarado no prontuário algum risco gestacional no momen-

to da internação. A realização da cesárea sem indicação clínica concreta, pode estar relacionada à complicações pós-parto como hemorragias ou até risco de mortalidade materna^{24,31}. As rotinas hospitalares sem evidência científica, são fatores que podem contribuir para a realização de cesáreas sem indicação clara, às vezes condicionada ao histórico de cesárea em gestação anterior³².

Uma análise sobre indicações de cesáreas em usuárias de risco habitual e alto risco em dois hospitais públicos do município de Sorocaba, São Paulo, de 2014 a 2015, mostrou que nas gestantes de alto risco, o sofrimento fetal e o histórico de cesárea prévia, esteve associado com elevadas taxas de cesáreas (56,3%) o que sinaliza a falta de aplicação dos critérios e rotinas na decisão da via de parto na gestação de alto risco³³. Outro estudo demonstrou a associação na frequência de cesáreas com gestante classificadas com alto risco gestacional, porém sem critérios clínicos absolutos ou relativos, para a sua realização³⁴.

As limitações deste estudo foram o reduzido número de usuárias entrevistadas, preenchimento incompleto/ incorreto de variáveis obtidas dos prontuários das pacientes e dos cartões das gestantes. Por outro lado, as informações coletadas do cartão da gestante é a fonte mais acessível. Salienta-se ainda que, as informações coletadas a partir do cartão da gestante, permitem a extrapolação dos aspectos avaliados, para fins de comparação com outras regiões, visto que as informações coletadas são as mesmas.

Na maternidade de alto risco da capital de Rondônia, puérperas com histórico anterior de cesárea, apresentaram maior probabilidade de terem uma nova cesárea no parto atual. As demais características sociodemográficas, histórico gestacional, parto e condições do recém-nascido não apresentaram associação com o desfecho estudado.

Os resultados encontrados neste estudo delinham o cenário obstétrico local com perspectivas para discussões sobre assistência no período gravídico-puerperal e preposições de estratégias que favoreçam a qualificação do cuidado por meio de educação permanente e continuada multiprofissional em saúde.

Referências

1. Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2000; 14(1): 30-38.
2. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJ da S, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: Um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2009; 25(7): 1587-1596.
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, 2010; 38(8): 415-422.
4. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*, 2010; 38(9): 459-468.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana*. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2016.

6. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, *et al.* Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med*, 2011; 364(6): 225-237.
7. Organização Mundial de Saúde. *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas* [Internet]. Genebra: OMS; 2015. [Capturado 2019 jul 07]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
8. 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 Saude Publica*, 2014; 30(SUPPL1): 101-116.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *DataSUS 2010*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
10. Sauaia ASS, Serra MCM. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Rev Direitos Humanos e Efetividade*, 2016; 2(1): 128-147.
11. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriardi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*, 2012; 206(4): 331.e1-331.e19.
12. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: Uma análise hierarquizada. *Cad Saude Publica*, 2011; 27(10): 2009-2020.
13. 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 Saude Publica*, 2011; 45(4): 635-643.
14. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med*, 2000; 51(5): 725-740.
15. Patah LEM, Malik AM. Models of child birth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica*, 2011; 45(1): 185-194.
16. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*, 2014; 41(3): 237-244.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Brasil/Rondônia*. Brasília: IBGE; 2010. [Acesso em 17 de julho de 2019]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama>.
18. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 jun 2013.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, 24 maio 2016.
20. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Aidar T, Mathias DF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 2016; 50(5): 734-741.
21. Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*, 2016; 19(3): 525-538.
22. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol*, 2016; 19(1): 75-88.
23. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. *Texto & Context Enferm*, 2015; 24(2): 336-343.
24. Alonso BD, Silva FMB, Latorre MRDO, Diniz CSG, Bick D. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. *Rev Saude Publica*, 2017; 51: 1-10.
25. Klutshcovsky ACGC, Silva Amari VC, Esperidião CR, Ciriaco EM, Freitas NB, Vernizi BT. Trends and factors associated with cesarean sections in Brazil and its States between 2001 and 2015. *Mundo da Saude*, 2019; 43(4): 1044-1063.
26. Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SGN, Leal M. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*, 2018; 143(3): 351-359.
27. Mascarello KC, Matijasevich A, Barros AJD, Santos IS, Zandonade E, Silveira MF. Repeat cesarean section in subsequent gestation of women from a birth cohort in Brazil. *Reprod Health*, 2017; 14(1): 1-7.
28. Madeiro A, Rufino AC, Santos AO. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. *Epidemiol Serv Saude*, 2017; 26(1): 81-90.
29. Freitas PF, Moreira BC, Manoel AL, Botura ACA. O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. *Cad Saude Publica*, 2015; 31(9): 1839-1855.
30. Sampaio AFS, Rocha MJF, Leal EAS. Gestação de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da maternidade pública de Rio Branco, Acre. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2018; 18(3): 567-575.
31. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saude Publica*, 2017; 51: 1-12.
32. Rasador S, Abegg C. Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*, 2019; 19(4): 807-815.
33. Novo JLVG, Pellicciari CR, Camargo LA, Bálamo SB, Novo NF. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. *Rev da Fac Ciênc Méd Sorocaba*, 2017; 19(2): 67-71.
34. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2014; 36(2): 65-71.