

MARIA EDUARDA MÜLLER LEBARBENCHON POLLI

**FATORES MÉDICOS E NÃO-MÉDICOS INFLUENCIANDO
AS TAXAS DE CESARIANA NA MATERNIDADE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UFSC EM 2002 E 2004**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

MARIA EDUARDA MÜLLER LEBARBENCHON POLLI

**FATORES MÉDICOS E NÃO-MÉDICOS INFLUENCIANDO
AS TAXAS DE CESARIANA NA MATERNIDADE DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-UFSC EM 2002 E 2004**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Paulo Fontoura Freitas

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

DEDICATÓRIA

Ao meu grande amor,
na certeza de que esta é mais uma
conquista compartilhada.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a *Deus*, fonte inesgotável de Amor, pelo dom da Vida, por tantas oportunidades, por me mostrar o Caminho a percorrer e por estar sempre ao meu lado e jamais me deixar desanimar.

Aos meus amados pais, *Renato e Marizete*, meus maiores exemplos. Meu eterno agradecimento por toda a minha formação, pelo apoio incondicional e o carinho que me despendem, por jamais me deixarem faltar o necessário, por todos os esforços para dar uma boa educação e uma vida sempre digna.

Ao meu querido marido, *André*, com quem tenho compartilhado os melhores momentos da minha vida. Por todo o Amor comigo vivido, pela compreensão e paciência tantas vezes exercidas, agradeço também por todos os dias ajudando na construção deste trabalho.

Às minhas irmãs, *Betina e Ana Luiza*, as primeiras confidentes, as primeiras amigas. Agradeço nosso crescimento juntas, nossas torcidas umas pelas outras, os aprendizados, as trocas. Obrigada por terem me ajudado, cada uma da sua maneira, na realização de mais um trabalho.

Ao meu sogro *Eduardo* e minha sogra *Andréa*, pela disponibilidade e pela companhia sempre acolhedora e compreensiva nas longas tardes de digitação.

Ao *Professor Doutor Paulo F. Freitas*, grande epidemiologista. Agradeço às horas despendidas para minha orientação em meio a tantas atribuições, procurando sempre me acalmar nessa difícil tarefa.

Ao meu colega *Thiago M. Sakae*, sempre disposto a resolver os problemas do seu alcance. Agradeço em especial ao tempo dispensado para me ajudar com a coleta e a análise dos dados.

Aos *funcionários do Serviço de Tocoginecologia do HU*, representados pelo funcionário *Alécio* e o doutor *Sérgio Murilo* - sempre prontos a ajudar, pela digitação dos dados, pela companhia e por fornecerem espaço para a realização deste trabalho.

Ao *Mestrado de Clínica Médica do HU*, na pessoa do Sr. *Ivo*, pelo auxílio prestado, e o espaço fornecido.

Aos meus amigos da *MED00-2*, por todos esses anos juntos, muito crescimento, muitos ensinamentos. Em especial, às minhas quatro grandes amigas, *Maria Emília, Kenia, Léa e Ingrid*, com quem dividi as dúvidas, as alegrias e as certezas, com quem muito aprendi nestes seis anos.

Aos meus amigos do Emaús, amigos na fé, agradeço às orações, aos momentos de torcida e de conquista ao meu lado. Em especial, aos amigos *e Frederico e André*, por terem participado mais diretamente da confecção deste trabalho.

E a todos os que estiveram ao meu lado dando apoio necessário para enfrentar todos os obstáculos e compartilhando também as alegrias.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil tem uma das taxas de cesariana mais altas do Mundo, preocupante por seus riscos e gastos desnecessários. O aumento nas taxas está relacionado em grande parte à prática médica.

OBJETIVOS: Descrever fatores associados ao aumento nas taxas de cesariana na Maternidade do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) de 2002 e 2004, explorando a contribuição de fatores médicos e não médicos para esse aumento.

MÉTODOS: Um estudo transversal investigou 2905 partos ocorridos nos anos de 2002 (1441) e 2004 (1464). Diferenças nas Razões de Prevalência ajustadas pela Regressão de Poisson e Risco Atribuível Percentual foram estimados para a associação de cesariana com fatores sócio-demográficos; clínicos e reprodutivos; e do parto, institucionais ou da prática obstétrica.

RESULTADOS: As taxas de cesariana nos dois anos estiveram associadas principalmente a cesariana prévia e apresentação não-cefálica. Escolaridade elevada, hora do parto, presença de patologia e maior frequência ao pré-natal foram os fatores que representaram a contribuição mais expressiva para o excesso em 2004, comparado a 2002.

CONCLUSÃO: A maior parte do aumento ao comparar os dois períodos pode ser atribuída a um aumento nas indicações relativas e condições não médicas.

ABSTRACT

BACKGROUND: Brazil has one of the highest caesarean section rates in the world, concern exists due to its unnecessary risks and costs. Increase in rates is associated mainly with the medical practice.

OBJECTIVE: To describe factors associated with the increase in caesarean section rates in the University Hospital Maternity Wards in 2002 and 2004, exploring medical and non-medical factors contributing to this increase.

METHOD: A trans-sectional study investigated 2905 deliveries in 2002 (1441) and 2004 (1464). Differences in the adjusted Prevalence Rates using Poisson Regression and Attributable Risk Percent were estimated for the associations between caesarean section and demographic, clinical, reproductive, institutional factors and factors related to the obstetric practice and delivery.

RESULTS: Caesarean rates for both years were associated mainly to previous caesarean section and non-cephalic presentation. Higher literacy, time of the delivery, disease during pregnancy and higher frequency to antenatal care presented the more expressive contribution for the excess in 2004 compared to 2002.

CONCLUSION: Most of the increase when comparing the two years can be attributed to an increase in relative and non-medical indications.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das mulheres quanto às variáveis sócio-demográficas, de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC nos anos de 2002 e 2004.....	9
Tabela 2 - Características das mulheres quanto as variáveis clínicas e reprodutivas, de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC nos anos de 2002 e 2004.....	10
Tabela 3 - Características das mulheres quanto as variáveis do parto e institucionais ou da prática obstétrica de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC nos anos de 2002 e 2004.	11
Tabela 4 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis sócio-demográficas das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC nos anos 2002 e 2004.	12
Tabela 5 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis clínicas e reprodutivas das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC nos anos 2002 e 2004.	13
Tabela 6 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis do parto e institucionais das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC nos anos 2002 e 2004.	14
Tabela 7 - Prevalência de cesariana e Risco Atribuível Percentual (RAP) para as categorias com maior risco de cesariana na Maternidade do HU-UFSC nos anos 2002 e 2004 de acordo com ano do parto.	15

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLAP	Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HCPB	História Clínica Perinatal de Base
HU	Hospital Universitário
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAP	Risco Atribuível Percentual
RP	Razão de Prevalência
SIP	Sistema Informático Perinatal
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
SUMÁRIO	x
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	4
3 MÉTODOS	5
3.1 Amostra	5
3.2 Procedimentos	5
3.2.1 Coleta de Dados	5
3.3 Categoria e definição das variáveis	5
3.3.1 Variáveis independentes	5
3.3 Processamento e Análise Estatística dos Dados	7
3.4 Critérios Éticos da Pesquisa	8
4 RESULTADOS	9
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
NORMAS ADOTADAS	24
ANEXO	25
APÊNDICE	26

1 INTRODUÇÃO

Cesariana é o ato cirúrgico em que se incisa o abdome e a parede uterina para retirada do concepto aí desenvolvido.¹

O aprimoramento das técnicas de antisepsia e assepsia, anestesia, reposições hidroeletrólíticas e sangüíneas e o uso de antibióticos contribuiu para tornar a cesariana um método relativamente prático e seguro, levando à disseminação do caráter aparentemente inócuo de sua prática, sobretudo através da mídia, com supervalorização da tecnologia.²

Como resultado, vem ocorrendo em todo o Mundo um grande alargamento das indicações médicas de cesariana e, simultaneamente, um expressivo crescimento de outras indicações para esse tipo de parto.³

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que uma taxa de cesarianas maior do que 15% é medicamente injustificável.⁴ Entretanto, um aumento global das taxas de cesariana vem ocorrendo. O Brasil apresenta uma das mais elevadas do mundo.^{5,6}

Estudo recente⁶ mostrou que doze entre dezenove países latino-americanos estudados apresentavam taxas de cesariana acima do proposto pela OMS, variando entre 16,8% (Colômbia) e 40% (Chile). Nesta amostra,⁶ o Brasil ocupava a segunda maior taxa, com 27,1%. Dados do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS) apontaram taxas de cesariana crescentes desde o ano de 1994, (32%), chegando a 40,2% em 1996. Após este período, houve redução até 1999, quando as taxas foram de 36,9%, aumentando novamente para 39,95% em de 2002.⁷

Acompanhando este aumento nas taxas, Santa Catarina possuía em 2002 o 8º maior percentual de cesarianas entre os estados do Brasil, com valores de 43,78%.⁸ Em 2004 as cesarianas já eram responsáveis por 48,28% do total de partos no estado.⁷ Estes achados apontam para uma correlação positiva das taxas com desenvolvimento sócio-econômico, com taxas médias de cesariana menores para os municípios sócio-economicamente menos favorecidos.² No mesmo ano (2004), Florianópolis apresentou taxas de cesariana em torno de 50%.⁷

Na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), as taxas também vêm aumentando nos últimos anos.^{9,10} No período compreendido entre janeiro de 2002 a março de 2003, Martin⁹ encontrou cerca de 25 % dos

partos terminando em cesariana. Tal fato foi percebido também pelo Serviço de Enfermagem¹⁰ que divulgou um aumento de aproximadamente 8% nas taxas de 1996 a 2004.

Profissionais e movimentos sociais engajados em práticas e valores com a noção da humanização da assistência ao parto e ao nascimento têm se mostrado preocupados com o crescente aumento das taxas de cesariana.¹¹ Principalmente porque, apesar de indicadas sob condições médicas estritas, o abuso das cesarianas está relacionado a complicações maternas e perinatais, bem como gastos desnecessários ao sistema de saúde.^{8,12}

Segundo Diniz,¹³ as diretrizes da Rede de Humanização do Parto e do Nascimento sintetizam um conjunto importante de pesquisas sobre parto no mundo inteiro e propõem uma crítica à excessiva medicalização do parto, orientado pelo modelo tecnocrático de assistência.

A busca por fatores que justifiquem esses aumentos é essencial para que soluções possam ser pensadas. Estudos nacionais e internacionais mostram que as indicações absolutas, onde a vida da mãe e/ou do feto estejam em risco, vêm sendo superadas por indicações relativas e até mesmo as chamadas “não-médicas”.^{9,14,15}

Tal fato foi abordado recentemente por Bailit na Carolina do Norte,¹⁵ ao encontrar taxas crescentes de cesariana concomitante à diminuição do risco para este tipo de parto ao longo do tempo estudado. Desta forma, mostrou que o aumento das taxas ocorreu não pela simples presença de indicações médicas, mas pela modificação de práticas médico-hospitalares no período.¹⁵ O autor conclui que a justificativa para o crescimento possa estar associada unicamente a alterações nas características maternas e mudanças nas condutas médica e hospitalar.^{15,16}

Freitas *et al.*¹⁷ sugerem que fatores sócio-econômicos, de idade, escolaridade e etnia relacionados à chance de cesariana, em grupos onde são esperados melhores condições de saúde materna e menor risco obstétrico, estejam relacionados ao abuso da tecnologia médica no atendimento ao parto.

Segundo, Faúndes e Cecatti,⁸ a organização atual da atenção obstétrica tem importante papel nas elevadas taxas de cesariana. Os autores destacam o papel da conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal e a falta de preparo da mulher para o parto, como os principais fatores ligados à preferência médica na ocorrência de cesarianas.⁸

Em recente estudo em Ribeirão Preto,¹⁸ foi observado um aumento nas taxas de cesariana entre as mulheres de maior nível sócio-econômico e, conseqüentemente, de menor risco obstétrico, fato também encontrado no Sul do Brasil.¹⁷ Em Ribeirão Preto chamou a

atenção o fato de que nas categorias particulares e de pré-pagamento, não foram encontrados diagnósticos que justificassem a decisão pela cesariana, baseada em indicações médicas.¹⁸

Desta forma, diferentes estudos vêm sugerindo que: fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social,^{3,5} bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços^{9,15} constituem aspectos não médicos relacionados ao parto no Brasil, influenciando a cultura da prática obstétrica vigente.

A investigação dos fatores associados ao aumento das taxas no HU-UFSC no período definido pelo presente estudo busca colaborar no entendimento mais amplo da questão. Os resultados aqui apresentados buscam subsidiar o planejamento de ações dirigidas ao problema.

2 OBJETIVO

Investigar os fatores associados ao aumento nas taxas de cesariana de 2002 a 2004, na Maternidade do HU-UFSC, explorando a contribuição de fatores médicos e não médicos para esse aumento.

3 MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, na Maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

3.1 Amostra

A amostra constituiu-se de todos os partos ocorridos na Maternidade do HU-UFSC, em Florianópolis, Santa Catarina, nos anos de 2002 e 2004. A escolha dos dois anos específicos justifica-se pelo exemplo extremo no aumento das taxas no período.

3.2 Procedimentos

3.2.1 Coleta de Dados

Os dados coletados se referem à informação registrada no protocolo da História Clínica Perinatal Base (HCPB) desenvolvido pelo Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP/OMS) no período de interesse.¹⁹ A HCPB consiste em um protocolo único, cujas informações são obtidas durante a admissão, parto e pós-parto imediato da Maternidade. Estas, referem-se às condições sócio-econômicas da mulher, do pré-natal, atenção ao parto e puerpério e, ainda, do recém-nascido, conforme apresentado no Apêndice.

Os dados registrados no protocolo da HCPB são armazenados utilizando o software “Sistema Informático Perinatal” (SIP) também desenvolvido pelo CLAP.

3.3 Categoria e definição das variáveis

3.3.1 Variáveis independentes

Os fatores investigados como potencialmente associados ao tipo de parto foram categorizados em três grupos: sócio-demográficos; reprodutivos e clínicos; do parto e institucionais e/ou da prática obstétrica.

Os quadros 1 a 3 mostram o agrupamento das variáveis, bem como a descrição encontrada no protocolo do CLAP e a operacionalização utilizada para o trabalho em questão.

Quadro 1 - Fatores sócio-demográficos avaliados, descrição no protocolo HCPB e operacionalização das variáveis categóricas.

Variável	Descrição	Operacionalização
Idade materna	Em anos completos	Variável categórica: <20 anos; 20-30 anos; >30 anos
Escolaridade	Definida como classes de escolaridade (nenhum, fundamental, médio e superior)	Variável categórica: nenhum e fundamental; médio e superior

Quadro 2 - Fatores clínicos e reprodutivos, suas descrição no protocolo HCPB e operacionalização das variáveis categóricas.

Variável	Descrição	Operacionalização
Paridade	Número de partos anteriores	Variável categórica: primípara; múltipara
Cesariana prévia	Número de cesarianas anteriores	Variável categórica: múltiparas com e sem história de cesariana prévia
Idade Gestacional	Número de semanas completas de gestação	Variável categórica: a termo: (de 37 a 41 semanas e 6 dias); pré e pós termo: (<37 ou \geq 42 semanas)
Pré-Natal	Número de consultas pré-natal	Variável categórica: até 6 consultas; 7 ou mais
Patologia	Existência de alguma patologia durante a gestação	Variável categórica: sim;não

Quadro 3 - Fatores do parto, institucionais ou da prática obstétrica, suas descrição no protocolo HCPB e operacionalização das variáveis categóricas.

Variável	Descrição	Operacionalização
Hora do parto	Definida pelo horário do parto em horas e minutos	Variável categórica: madrugada(0:00-6:59 h) ; outros (7:00-23:59 h)
Ocitocina	Uso de Ocitocina durante o pré-parto (sim/não)	Variável categórica: sim;não
Apresentação	Forma de apresentação do feto no momento da admissão: cefálica, pélvica ou transversa	Variável categórica: cefálica; não-cefálica

3.3 Processamento e Análise Estatística dos Dados

As variáveis de interesse foram selecionadas a partir do SIP e transferidas para o programa EPIINFO 6.04 no qual foram conduzidas limpeza e checagem dos dados, seleção, validação e análises estatísticas preliminares.

Foram excluídos os partos gemelares, uma vez que uma grande proporção das mulheres não apresentava a informação.

Como primeiro passo foi descrita a distribuição da população em número absoluto e proporção de partos de acordo com o ano e as variáveis de interesse. Diferenças nas proporções de mulheres de acordo com grupos específicos das variáveis de interesse e ano do parto foram investigadas e testadas utilizando o teste do qui-quadrado no nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

A seguir, as Razões de Prevalência (RP) de cesariana brutas e ajustadas para todas as variáveis nos dois anos, foram obtidas utilizando Análise Multivariada (Regressão de Poisson). A Razão de Prevalência indica quantas vezes maior é a prevalência de determinada característica no grupo exposto. O excesso no risco ($RP > 1$) foi calculado tendo como categoria de referência os grupos com menor prevalência de cesariana. Nesta fase da análise foram excluídas 43 mulheres para as quais a variável tipo de parto não estava disponível. Para verificar o efeito independente da variável estudada, foi calculada a Razão de Prevalência

ajustada (RPaj). Intervalos de confiança foram calculados para as RP ajustadas. Nesta fase foi utilizado o programa Stata SE 9.0.

O Risco Atribuível Percentual (RAP) de acordo com ano do parto e fatores associados à ocorrência de cesariana foi então calculado para as categorias apresentando o maior risco na análise multivariada. O risco atribuível estima a contribuição específica do grupo de risco no excesso de cesarianas de acordo com o ano, e é calculado utilizando a fórmula:²⁰

$$\text{RAP} = \frac{\text{PE} - \text{PnE}}{\text{PE}} \times 100$$

PE= Prevalência de cesariana nos expostos

PnE= Prevalência de cesariana nos não-expostos

3.4 Critérios Éticos da Pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, processo 187/2005, estando de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde), vide Anexo.

4 RESULTADOS

A amostra estudada consistiu de 1441 mulheres tendo parto no ano de 2002 e 1464 no ano de 2004, totalizando 2905 mulheres.

As taxas de cesariana encontradas para os anos de 2002 e 2004, respectivamente, foram de 28,4% e 36,7%.

A tabela 1 mostra as características das mulheres quanto às variáveis sócio-demográficas, de acordo com o ano do parto na Maternidade do HU-UFSC no período estudado.

Tabela 1 - Características das mulheres quanto às variáveis sócio-demográficas, de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC* nos anos de 2002 e 2004.

Variável	ANO 2002 n (%)	ANO 2004 n (%)	Valor de p
Idade			
<20 anos	293(20.3)	283(19.3)	
20- 30 anos	864 (60.0)	880 (60.1)	0,96
>30 anos	284 (19.7)	301 (20.6)	0,60
Escolaridade[†]			
Nenhum-fundamental	763 (54.7)	709 (49.9)	
Médio-superior	632 (45.3)	714 (50.2)	0,01

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 46 mulheres em 2002 e para 41 mulheres em 2004.

Com relação às variáveis sócio-demográficas, as mulheres se mostraram bastante semelhantes nos dois anos, havendo apenas uma maior proporção de mulheres no grupo de maior escolaridade encontrada para o ano de 2004 ($p < 0,05$).

As características das mulheres quanto às variáveis clínicas e reprodutivas na amostra podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2 - Características das mulheres quanto as variáveis clínicas e reprodutivas, de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC* nos anos de 2002 e 2004.

Variável	ANO 2002 n (%)	ANO 2004 n (%)	Valor de p
Paridade[†]			
Primípara	508 (35.4)	653 (44.6)	
Múltipara	933 (64.6)	810 (55.4)	<0,001
Cesariana prévia[‡]			
Sim	160 (17.1)	227 (28.0)	
Não	773(82.9)	584 (72.0)	<0,001
Idade gestacional			
<37ou ≥42	551 (38.2)	551 (37.6)	
37-41 sem e 6 dias	890 (61.8)	913 (62.4)	0,76
Pré-Natal			
≤ 6 consultas	812 (56.3)	811 (55.4)	
> 6 consultas	629 (43.7)	653 (44.6)	0,63
Patologia			
Sim	477 (33.1)	490 (33.5)	
Não	964 (66.9)	974 (66.5)	0,86

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 4 mulheres em 2002 e para 3 mulheres em 2004.

[‡] Dados válidos apenas para múltiparas, faltando dados para 8 mulheres em 2002.

Conforme mostra a tabela 2, a distribuição das mulheres nos dois anos de acordo com características reprodutivas e clínicas foram de certa forma semelhantes, exceto para primiparidade e cesariana prévia que apresentaram proporções significativamente maiores no ano de 2004 ($p < 0,05$).

Na tabela 3 estão descritas as características das parturientes quanto às variáveis do parto e institucionais ou da prática obstétrica, de acordo com o ano estudado.

Tabela 3 - Características das mulheres quanto as variáveis do parto e institucionais ou da prática obstétrica de acordo com ano do parto na Maternidade do HU-UFSC* nos anos de 2002 e 2004.

Variável	ANO 2002 n (%)	ANO 2004 n (%)	Valor de p
Turno			
0:00 – 6:59h	337 (23.4)	339 (23.2)	0,917
7:00 – 23:59h	1104 (76.6)	1125 (76.8)	
Apresentação[†]			
Cefálica	1401 (97.5)	1407 (96.3)	0,082
Outras	36 (2.5)	54 (3.7)	
Ocitocina			
Sim	674 (46.8)	693 (47.3)	0,79
Não	767 (53.2)	771 (52.7)	

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 4 mulheres em 2002 e para 3 mulheres em 2004.

De acordo com os dados encontrados para as variáveis do parto e institucionais, não houve diferenças significantes conforme o ano, ainda que um pequeno aumento nas prevalências de apresentações não-cefálicas e do uso de ocitocina tenha aparecido para 2004.

Para 16 mulheres em 2002 e 27 mulheres em 2004, não foram encontrados dados quanto ao tipo de parto realizado. Portanto, para cálculos envolvendo tipo de parto, foram consideradas um total de 1425 mulheres em 2002 e 1437 mulheres para o ano de 2004. Assim, a tabela 4 apresenta número, prevalência e razões de prevalência brutas e ajustadas para cesariana e as variáveis sócio-demográficas analisadas.

Tabela 4 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis sócio-demográficas das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC* nos anos 2002 e 2004.

Variáveis independentes	n (%)	RP	RPaj	IC
Ano				
2002	404 (28,4)	Ref	Ref	
2004	528 (36,7)	1,29	1,22	1,10-1,36
Idade (anos)				
<20	140(24,6)	Ref		
20 a 30	551(32,1)	1,30	1,38	1,08-1,90
>30	241 (41,8)	1,69	1,77	1,28-2,43
Escolaridade[†]				
≤ fundamental	450 (31,4)	Ref	Ref	
≥ médio	456 (34,0)	1,08	0,98	0,88-1,09

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 26 mulheres.

Uma maior prevalência de cesarianas foi encontrada para as mulheres tendo parto no ano de 2004 e entre aquelas no grupo de idade e escolaridade mais elevadas. Após o ajuste para confundimento, ano de 2004 e idades mais avançadas permaneceram com risco mais elevado enquanto que escolaridade perdeu o efeito e a significância. A prevalência de cesarianas foi significativamente maior entre as mulheres de 20-30 e entre aquelas com mais de 30 anos comparadas com aquelas de idade < 20 anos, mesmo depois de ajustar para efeito das outras variáveis.

A associação entre cesariana e variáveis clínicas e reprodutivas com respectivas razões de prevalência brutas e ajustadas podem ser observadas na tabela 5.

Tabela 5 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis clínicas e reprodutivas das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC* nos anos 2002 e 2004.

Variáveis independentes	n (%)	RP	RPaj	IC
Paridade[†]				
Múltipara	534 (31,3)	Ref		
Primípara	397 (34,6)	1,10	1,12	1,00-1,26
Cesariana prévia[‡]				
Não	292 (22,0)	Ref		
Sim	242 (63,4)	2,88	2,64	2,31-3,00
Idade gestacional				
<37ou ≥42	522 (29,2)	Ref		
37-41 sem e 6 dias	410 (38,1)	1,30	1,22	1,10-1,36
Pré-natal				
≤6 consultas	482 (30,3)	Ref		
≥7 consultas	450 (35,4)	1,16	1,14	1,03-1,27
Patologia				
Não	568 (29,8)	Ref		
Sim	354 (38,0)	1,27	1,23	1,11-1,36

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 1 mulher.

[‡] Dados válidos apenas para múltiparas.

Maiores prevalências de cesariana foram encontradas entre as primíparas; múltiparas com cesariana prévia; nas gestações pré ou pós-termo; maior número de consultas pré-natal e nas mulheres com patologia na gestação. Após ajuste para confundimento, todas as variáveis do grupo seguiram apresentando um efeito independente e estatisticamente significante, com exceção de primiparidade. A razão de prevalência se mostrou especialmente mais elevada para as mulheres com história de cesariana anterior, com um risco quase 3 vezes maior do que entre múltiparas sem esta característica. Para os demais fatores, o excesso no risco esteve 10-20%.

Na tabela 6 estão apresentados número, prevalência e razões de prevalência brutas e ajustadas para as cesarianas e variáveis relacionadas ao parto e fatores institucionais.

Tabela 6 - Número, prevalência e razões de prevalência brutas (RP) e ajustadas (RPaj) para variáveis do parto e institucionais das cesarianas na Maternidade do HU-UFSC* nos anos 2002 e 2004.

Variáveis independentes	n (%)	RP	RPaj	IC
Turno				
0:00 – 6:59 h	167 (25,3)	Ref		
7:00 – 23:59 h	765 (34,8)	1,37	1,26	1,10-1,45
Apresentação[†]				
cefálica	846 (30,6)	Ref		
outras	79 (87,8)	2,86	2,84	2,55-3,16
Ocitocina				
Não	376 (24,9)	Ref		
Sim	556 (41,1)	1,65	1,56	1,03-1,26

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

[†] Dados faltantes para 7 mulheres.

Uma maior taxa de cesarianas foi encontrada para os partos ocorridos durante o período diurno, aqueles com apresentação não-cefálica à admissão, e em partos onde houve uso de ocitocina. Mesmo depois do ajuste, as razões de prevalência seguiram significativamente mais altas nestes grupos. A prevalência de cesariana nos partos com apresentação não-cefálica foi quase 3 vezes maior do que aquelas com apresentação cefálica. Em relação ao uso de ocitocina, a prevalência foi 60% maior entre as mulheres que usaram a droga. Já para o turno em que o parto ocorreu, os partos diurnos tiveram prevalências 26% maiores que os da madrugada.

As prevalências de cesarianas para as categorias apresentando o maior risco para este tipo de parto para todas as variáveis investigadas, bem como o risco atribuível percentual (RAP) para cada, de acordo com ano do parto podem ser observadas na tabela 7.

Tabela 7 - Prevalência de cesariana e Risco Atribuível Percentual (RAP) para as categorias com maior risco de cesariana na Maternidade do HU-UFSC* nos anos 2002 e 2004 de acordo com ano do parto.

Variável	Ano 2002		Ano 2004	
	n (%)	RAP	n (%)	RAP
Idade >30 anos	100 (35,5)	39,91	141 (47,8)	41,50
Escolaridade Médio – Superior	182 (29,0)	3,51	268 (38,5)	8,73
Paridade - Primípara	148 (29,4)	5,22	249 (38,5)	8,70
Cesariana anterior	96 (60,0)	65,0	146 (65,8)	64,4
Idade gestacional <37ou ≥42	183 (33,8)	25,87	227 (42,4)	21,35
Pré-Natal ≥ 7 consultas	189 (30,3)	11,63	261 (40,2)	15,75
Apresentação não-cefálica	30 (83,3)	67,00	49 (90,7)	61,99
Ocitocina	238 (35,7)	38,80	318 (46,4)	39,68
Patologia	152 (32,3)	18,15	212 (43,6)	23,82
Turno 7:00 - 23:59h	327 (30,0)	23,08	438 (39,5)	30,25

* Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

A contribuição de cada um dos fatores no aumento de cesariana entre as mulheres expostas nas categorias específicas, representada pelo RAP mostrou que apresentação não-cefálica e cesariana anterior tiveram as maiores contribuições relativas nos dois anos. Idade acima dos 30 anos e ocitocina também contribuíram de maneira importante.

Os fatores que contribuíram de forma mais importante para o aumento de RAP ao comparar os dois anos foram turno das 7 às 23:59h, patologia e escolaridade, maiores em 2004.

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que diferenças no perfil das mulheres nos dois anos aparentemente não poderiam explicar por si só a magnitude dos excessos encontrados nas taxas ao comparar 2002 e 2004. Ainda que um pequeno aumento em relação à prevalência de patologia na gestação e de apresentação não cefálica tenham sido encontrados no ano de 2004, as diferenças mais significativas se relacionaram com variáveis representando ausência de indicações médicas (multiparidade) ou indicações médicas relativas (cesariana prévia) para cesariana no mesmo ano.

Um dos resultados mais importantes do presente estudo foi o achado de que um aumento nas taxas em 2004 ocorreu independentemente de outros fatores; ou seja, diferenças no perfil das parturientes atendidas não explicam este aumento.

A maior taxa de cesarianas encontrada para mulheres acima de 30 anos condiz com achados na literatura.^{21,22} A hipótese de que pacientes mais velhas teriam mais comorbidades, ou estivessem relacionadas a outras características que as levassem a ter mais cesarianas foi levantada por alguns autores.^{22,23} No entanto, no presente estudo, concordando com outro recente²⁴, esta categoria ainda mostrou grande associação com cesarianas após ajuste para confundimento, não havendo justificativa para maior prevalência neste grupo, de acordo com as variáveis estudadas.

A maior prevalência de cesarianas entre primíparas já é muito descrita na literatura, sendo sugerida de forma inapropriada como justificando a operação.^{16,25} Neste sentido, o entendimento dos fatores associados com uma maior taxa entre estas mulheres deve ser especialmente investigado, principalmente porque a existência de história de cesariana prévia carrega riscos acumulados de um novo parto cirúrgico. Martin em seu estudo na maternidade do HU, porém em outro período, encontrou risco de 4 vezes para cesariana prévia.⁹

Ainda que no presente estudo o número de cesarianas anteriores não tenha sido avaliado, o ditado "uma vez cesariana, sempre cesariana" pode ser aqui aplicado. No entanto, não há evidência médica de um aumento no risco associado com parto vaginal entre mulheres com cesariana prévia.^{26,27}

Partos a termo mostraram menor risco de cesariana quando comparados aos pré ou pós-termo. Este achado é bem descrito na literatura, principalmente relativo aos pós-

termo,^{28,29,30} categoria aqui não analisada individualmente. Entretanto, uma vez que um maior risco de cesariana entre as mulheres de idade gestacional pré e pós-termo continuou existindo após o ajuste, outros fatores que não a co-existência de patologias estaria explicando este excesso.

Maiores taxas também foram encontradas para aquelas mulheres que realizaram mais de seis consultas pré-natal. O risco aumentado de cesariana com o crescente número de consultas realizadas também foi encontrado por Gomes *et al.*²¹ No presente estudo, o risco associado com maior frequência ao pré-natal seguiu elevado independente das outras variáveis incluindo os fatores sócio-demográficos e patologia, trazendo novamente à tona a existência de fatores não médicos influenciando estes resultados.²¹ Conforme já levantado por Freitas *et al.*,¹⁷ aqui também se pode pensar que um maior contato com o obstetra possa ter influenciado a decisão por cesariana. No entanto, a Maternidade do HU-UFSC funciona com escala de plantões em atendimento de emergência e o acompanhamento pré-natal dentro do hospital é realizado por acadêmicos sob supervisão de médicos-professores, colocando em dúvida a influência por este caminho. Além do mais, os dados colhidos não trazem a informação sobre o responsável ou o local do pré-natal.

O maior risco de cesariana entre mulheres referindo patologia durante a gestação explica-se por si só. Apesar de não termos especificado a patologia existente, este conceito já está bem consolidado na prática obstétrica,^{29,30,31} em particular a associação com diabetes (prévia ou gestacional).^{16,31,32}

Outro achado de consistência na literatura é a ocorrência de cesariana em grande parte dos partos cuja apresentação não é cefálica.²⁸ No presente estudo, um número de partos registrados pelo obstetra como apresentação não-cefálica, bem acima do esperado, pode ser atribuído à necessidade de justificar cesarianas sem indicação médica utilizando tal indicação tida pela comunidade obstétrica como absoluta. Em um estudo realizado no Rio de Janeiro,² entrevista com obstetras mostrou que o ensino e a prática de partos vaginais nesses casos estão desaparecendo, o que contribui para a insegurança do médico frente às inúmeras variações que podem ocorrer durante o trabalho de parto. Neste contexto, estão as “cesarianas profiláticas” ou defensivas quanto a questões éticas e judiciais em casos onde o parto vaginal aponta para complicações.² Paralelo a isso, o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica e anestésica também contribuem para a opção pela cesariana.¹¹

A prática médica é novamente questionada quando abordamos resultados referentes ao maior risco de cesariana entre partos seguindo condições explicitamente não médicas, como hora do parto e uso de ocitocina. Indução do parto levando à cesariana tem sido citada na

literatura.²⁸ Embora descrita como associada à indução em nulíparas, aqui o efeito continuou significativo após ajuste para paridade.

Quanto à relatada ocorrência de cesariana bem mais alta em determinados períodos do dia, outros estudos levantando o fator comentam a óbvia inexistência de justificativas médicas para este fenômeno.^{9,21} Esta característica já foi anteriormente relatada para a mesma maternidade.⁹ Martin encontrou uma maior ocorrência dessas operações no período vespertino, sendo o dobro de ocorrências do período noturno.⁹ Isto reforça a idéia de que os fatores relacionados à prática médica têm grande influência na decisão pela cesariana. Como já sugerido, parece ser uma adequação dos horários do obstetra em sua agenda privada.⁸

Os resultados mostram que fatores relacionados com indicações relativas e não médicas foram responsáveis por grande parte do excesso ao comparar taxas de cesariana em 2002 e 2004. História prévia de cesariana e apresentação não-cefálica, embora não tenham perdido a magnitude ao comparar os dois anos, tiveram sua contribuição reduzida quanto ao excesso nas taxas para o ano de 2004, dando subsidio à hipótese de que razões puramente médicas não justificam o aumento encontrado na prevalência de cesariana.

Finalmente a contribuição individual das características das mulheres no risco de cesariana corrobora os resultados anteriores descritos. Ainda que não surpreendentemente patologia tenha influenciado a decisão mais freqüente pela cesariana, independente de ano do parto, os excessos mais importantes contribuindo para um aumento em 2004 estiveram também relacionados com turno do dia, escolaridade elevada e, de forma menos importante, à maior freqüência ao pré-natal. Estes resultados, contribuição importante de fatores claramente não-médicos, sustentam a hipótese de uma maior flexibilidade nas decisões obstétricas dirigidas à cesariana utilizadas neste mesmo ano.

Nesse sentido, alguns estudos concluem que as altas taxas de cesariana no Brasil refletem fatores sócio-culturais da prática obstétrica, como a organização da prática médica, fatores institucionais, financeiros e legais, que constituem a “Cultura da Cesariana no Brasil”.^{33,34} Ainda apontam para uma cultura de uso abusivo de tecnologia médica no parto, como a responsável por grande parte das cesarianas.¹¹

Medidas eficazes visando à redução de altas taxas de cesariana devem focar principalmente mudanças na prática obstétrica. A grande dificuldade em mudar conceitos já arraigados à sociedade médica foi relatada em recente estudo.³⁴ A hipótese do uso de segunda opinião para reduzir as taxas de cesariana sem comprometer indicadores maternos e perinatais foi testada em alguns hospitais de países latino-americanos.³⁴ Embora tenham encontrado diminuição das taxas, esta foi abaixo do esperado. A este fato atribuiu-se dificuldades em

mudar atitudes médicas. No estudo, a alta concordância dos obstetras quanto às decisões (96%) advogam este pressuposto.

A compreensão da contribuição de fatores sócio-culturais no aumento das taxas de cesariana é crescente, mas ainda não há consenso sobre as melhores soluções para o problema. Países como os EUA e o Canadá implantaram medidas como a reestruturação do ensino médico e mudanças na forma de pagamento médico e hospitalar.^{35,36}

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil, lançado em junho de 2000, fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, onde a efetividade tenha sido comprovada.³⁷ Entretanto, os resultados dessas medidas ainda não foram amplamente divulgados.

Intervenções mais sugeridas devem focar, portanto, meios multidisciplinares, como a equipe médica, a organização dos serviços nas maternidades, além de se basear em conhecimento das particularidades sócio-culturais locais.¹⁷ Desta forma, a informação deve chegar também até as mulheres, combatendo, assim, o estigma levando ao entendimento errôneo da cesariana como um “bem de consumo”, ou como utilizada no sentido de favorecer preferencialmente aquelas mulheres com maior acesso sócio-econômico.¹⁴

6 CONCLUSÃO

Fatores médicos e não médicos contribuíram de forma acentuada à ocorrência de cesarianas no período estudado. O aumento nas taxas de cesariana ocorrido no ano de 2004, em relação a 2002, esteve principalmente associado à presença de patologias, ao maior nível de escolaridade materna e à ocorrência do parto em período diurno, além de maior número de consultas pré-natal.

Desta forma, concluímos que a decisão quanto ao tipo do parto a ser realizado está relacionada a alguns fatores médicos, mas sofre influência maior de fatores não-médicos, como os institucionais e da prática médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rezende J. Obstetrícia. 8ªed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan; 1998.
2. Moraes MS, Goldenberg P. Cesarianas: um perfil epidêmico. Cad Saúde Pública. 2001 maio/junho;17:509-519.
3. Faundes A, Cecatti JG. Wich policy for cesarian section in Brazil? Analysis of thends and consequences. Health Policy Plan. 1993;8:33-42.
4. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;2:436-437.
5. Barros F, Vaughan JP, Victora CG, Huttly S. Epidemic of caesarean sections in Brazil. Lancet. 1991;338:167-9.
6. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. Br Med J. 1999;319(7222):397-400.
7. DATASUS [homepage na internet]. Ministério da Saúde [atualizada em 2006 fev 27; acesso em 2006 Fev 26]. SINASC- Sistema de Informações de Nascidos Vivos; [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>.
8. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesariana no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad Saúde Pública. 1991;7:150-173.
9. Martin AO. Fatores associados à ocorrência de cesariana na Maternidade do HU da UFSC. [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina; 2004.
10. Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico do HU-UFSC. Total de partos/nascimentos na maternidade do HU-UFSC de 1995 a 2003.
11. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Fatores associados à realização de cesarianas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública; 2005;39(4):646-54.
12. Perez GJG, Lopez MG, Pivaral CC, Muñoz A, Jalle A. Cesarean sections in Mexico: are there too many? Health Policy Plan. 2001;16(1):62-67.
13. Diniz CSG. Entre Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo;2001.
14. Behague DP, Victora CG, Barros FC. 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. *Br Med J*. 2002;324(7343):942-5.
15. Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):800-3.
 16. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2003;102(4):791-800.
 17. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:761-7.
 18. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(2):202-6.
 19. Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento humano [homepage na internet] Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatologia y Desarrollo Humano-CLAP-OPS/OMS [acesso em 2006 jan 30]. Disponível em: <http://www.clap.ops-oms.org>.
 20. Fischmann A, Guimaraes JJ. Risk of dying in the 1st year of life among slum and non-slum residents in the municipality of Porto Alegre, RS (Brazil), in 1980. *Rev Saúde Pública* 1986;20(3):219-26.
 21. Gomes UA, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri, MA. Risk Factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol*. 1999;28:687-694.
 22. Lin HC, Sheen TC, Tang CH, Kao S. Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: a population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:1178-1183.
 23. Lin HC, Xirasagar S. Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: A 5-year population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192: 848-55.
 24. Bell JS, Campbell DM, Graham WJ, Penney GC, Ryan M, Hall MH. Do obstetric complications explain high caesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *Br Med J*. 2001;322:894-5.
 25. Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral Jr SF. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Rev Bras Ginec Obstet* 2003 Nov/dez;25(10):739-744
 26. Uygur D, Gun O, Kelekci S, Ozturk A, Ugur M, Mungan T. Multiple repeat caesarean section: is it safe? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology*. 2005;119(2):171-5.
 27. Bais MJM, van der Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ, Eskes M, van der Slikke, et al. Vaginal birth after caesarean section in a population with a low overall caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biology*. 2001;96:158-162.

28. Heffner LJ, Elkin H, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *Obstet gynecol.* 2003 Aug;102(2):287-93.
29. Bailit JL, Dooley SL, Peaceman AN. Risk adjustment for interhospital comparison of primary cesarean rates. *Obstet gynecol.* 1999 Jun;93(6):1025-30.
30. Bailit JL, Garret JM. Stability of risk-adjusted primary cesarean delivery rates over time. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:395-400.
31. Patel RR, Peters TJ, Murphy DJ, ALSPAC Study team. Prenatal risk factor for caesarean section. Analyses of the ALSPAC cohort of 12944 women in England. *Int J Epidemiol.* 2005;34:353-67.
32. Ehremberg HM, Durnwald CP, Catalano P, Mercer BM. The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:969-974.
33. Freitas PF, Behague D. Brazil's Culture of Caesarean Births. *The Health Exchange* 1995 out;10:8-9.
34. Althabe F, Belizian JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, et al. For the Latin American Caesarean Section Study Group. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2004 Jun 12;363(9425):1934-40.
35. MacFarlane A, Chamberlain G. What is happening to caesarean section rates? *Lancet* 1993; 342:1005-6.
36. Millar WJ, Nair C, Wadhera S. Declining cesarean section rates: a continuing trend? Health statistics division at statistics Canada Ottawa. *Health Rep* 1996;8:7-24.
37. Tornquist, CS. The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. *Cad Saúde Pública,* 2003;19(2):419-427.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

**ANEXO: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM
SERES HUMANOS**

**APÊNDICE: PROTOCOLO DA HISTÓRIA CLÍNICA PERINATAL –
CLAP – OPAS/OMS**