



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

André Luís dos Santos Medeiros

**Preferência pessoal da médica obstetra em relação ao seu próprio  
parto: vaginal ou cesariana**

Rio de Janeiro

2018

André Luís dos Santos Medeiros

**Preferência pessoal da médica obstetra em relação ao seu próprio parto:  
vaginal ou cesariana**

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Nadanovsky

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M488 Medeiros, André Luís dos Santos  
Preferência pessoal da médica obstetra em  
relação ao seu próprio parto : vaginal ou cesariana /  
André Luís dos Santos Medeiros. – 2018.  
93 f.

Orientador: Paulo Nadanovsky.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do  
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Obstetrícia - Teses. 2. Cesárea - Teses. 3.  
Parto normal – Teses. 4. Prevalência – Teses. I.  
Nadanovsky, Paulo. II. Universidade do Estado do  
Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.  
Título.

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

André Luís dos Santos Medeiros

**Preferência pessoal da médica obstetra em relação ao seu próprio parto:  
vaginal ou cesariana**

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 20 de maio de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Nadanovsky  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valeska Carvalho Figueiredo  
Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra de Moraes Pereira  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Renata Nunes Aranha  
Faculdade de Ciências Médica – UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Diana Barbosa Cunha  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2018

## DEDICATÓRIA

Para a futura mamãe da Júlia, uma esposa tão linda, carinhosa e dedicada, que nem em meus sonhos imaginei encontrar.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, o Prof. Dr. Paulo Nadanovsky, pela oportunidade de realizar o presente trabalho. Desde o começo, ele acreditou em meu projeto e na minha capacidade de realizá-lo. Durante o curso, orientou-me de forma precisa, observando atento os meus passos e, quando necessário, me mostrando o caminho a ser seguido. Sorte a minha ter tido um orientador do seu quilate. Ser-lhe-ei eternamente grato.

Também não posso deixar de agradecer à diretoria da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro – SGORJ, que além de ter permitido a minha coleta de dados no congresso da entidade, intermediou meu contato com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, para que eu também pudesse fazer a coleta em seu congresso nacional.

Outras pessoas que fazem jus à minha gratidão são os(as) chefes das maternidades em que fiz minha pesquisa. Se não faço referência nominal a eles/elas aqui, é por dever sigilo, de forma a resguardar o anonimato dos(as) respondentes desses locais.

Por fim, gostaria de agradecer àqueles(as) que, de uma forma ou de outra, me ajudaram na realização deste trabalho: meu grande amigo Gustavo, que sempre me socorreu quando das minhas dúvidas relacionadas ao Word, Excel e afins; minhas assistentes durante a coleta de dados, Luana, Mariana e Carolina, que não só me ajudaram nas coletas, mas foram também grande fonte de incentivo durante elas; ao Carlos Eduardo, pela grande ajuda na digitação do banco de dados; e, por último, mas não menos importante, ao pessoal da secretaria do Instituto de Medicina Social da UERJ, mais especificamente à Eliete e à Silvia, por terem sido sempre muito solícitas em tudo o que se refere à minha passagem por esse respeitado instituto.

## RESUMO

MEDEIROS, André Luís dos Santos. **Preferência pessoal da médica obstetra em relação ao seu próprio parto:** vaginal ou cesariana. 2018. 93 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O Brasil tem uma das maiores prevalências de cesariana do mundo. Muitas pessoas apontam os obstetras como os principais responsáveis por isso, sugerindo que suas práticas são fundamentadas em interesses particulares, como ganhos financeiros e comodidade, e que ocorrem em detrimento da saúde e bem-estar de suas pacientes. Uma forma de começar a dirimir essa dúvida é descobrir como nascem os filhos dos próprios obstetras, para saber se escolhem para si o mesmo que oferecem às suas pacientes. **Objetivo:** Estimar a preferência pessoal e a prevalência de cesarianas em obstetras em uma amostra no Estado do Rio de Janeiro e no mundo. **Métodos:** Foram realizados dois estudos: uma revisão narrativa da literatura e um estudo seccional no Estado do Rio de Janeiro, com questionário autoaplicável. Na revisão de literatura, foram selecionados estudos que estimaram a preferência pessoal por cesariana e a prevalência de cesariana entre obstetras. O estudo seccional utilizou um questionário autoaplicável confidencial respondido por uma amostra de conveniência de obstetras de ambos os sexos (e residentes em obstetrícia) do estado do Rio de Janeiro. Esses profissionais foram abordados durante dois congressos e em quatro hospitais localizados no Estado do Rio de Janeiro. Foram estimadas prevalências de cesarianas de fato já realizadas ou desejadas/planejadas e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência de cesarianas em obstetras no mundo apresentou grande variação, assim como suas preferências pessoais por cesariana. A preferência pessoal e a prevalência de cesarianas na amostra de obstetras do Rio de Janeiro foram de 29% e 80%, respectivamente. **Conclusão:** A grande variação nos resultados dos estudos sobre preferência e via de parto entre médicas obstetras encontradas nos diferentes países sugere que fatores culturais, econômicos e de assistência ao parto desempenham um papel importante na determinação das taxas de cesarianas. A grande preferência pessoal e alta prevalência de cesariana que encontramos entre médicas obstetras no Rio de Janeiro sugerem que esses profissionais têm grande confiança na cesariana, a ponto de a maioria de seus filhos nascerem por esse tipo de parto.

Palavras-chave: Preferência. Obstetras. Tipo de parto. Cesariana. Prevalência.

## ABSTRACT

MEDEIROS, André Luís dos Santos. **Personal preference of the obstetrician for her own delivery:** vaginal or caesarean. 2018. 93 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Brazil has one of the highest prevalence of cesarean births in the world. Many point to obstetricians as being responsible for this, suggesting that their practices are based on particular interests, such as financial gain and convenience, to the detriment of the health and well-being of their patients. One way to begin to resolve this question is to find out how the obstetricians' own children are being born, in order to know whether they choose for themselves what they offer to their patients. **Objective:** To estimate the personal preference and prevalence of cesarean sections in obstetricians in a sample in the State of Rio de Janeiro and worldwide. **Methods:** Two studies were carried out: a narrative review of the literature and a sectional study in Rio de Janeiro State, with a self-administered questionnaire. In the literature review, we selected studies that estimated the personal preference for cesarean section and the prevalence of cesarean section among obstetricians. The sectional study used a confidential self-administered questionnaire answered by a convenience sample of obstetricians of both sexes (and trainees of obstetrics) in the state of Rio de Janeiro. These professionals were approached during two specialty conferences and at four public hospitals located in the State of Rio de Janeiro. We estimated the prevalence of already performed or desired / planned cesarean sections and 95% confidence intervals. **Results:** The prevalence of cesareans in obstetricians in the world showed great variation, as did their personal preferences for cesarean section. The personal preference and prevalence of cesarean sections in the sample of obstetricians in Rio de Janeiro were 29% and 80%, respectively. **Conclusion:** The large variation in the results of the studies on preference and mode of delivery among obstetricians found in different countries suggests that cultural, economic and childbirth care factors play an important role in the determination of cesarean rates. The high personal preference and high prevalence of cesarean delivery that we found among obstetricians in Rio de Janeiro suggest that these professionals have great confidence in the cesarean section, to the point that most of their children are born through this mode of delivery.

Keywords: Preference. Obstetrician. Mode of delivery. Caesarean section. Prevalence.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Dados dos estudos incluídos na revisão narrativa .....	39
Tabela 2 –	Comparação entre a preferência dos(as) Ginecologistas & Obstetras(G&Os) e das mulheres em geral (%) .....	43
Tabela 3 –	Comparação entre a prevalência de cesarianas entre Ginecologistas & Obstetras(G&Os) e taxa de cesarianas das mulheres em geral (%) .....	45
Tabela 4 –	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% das características sociodemográficas dos(as) respondentes, em uma amostra de obstetras do sexo feminino e masculino no Rio de Janeiro, 2017 ...	55
Tabela 5 -	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% da via de parto preferencial para si ou companheira em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017.....	57
Tabela 6 –	Prevalência (%)* e intervalo de confiança 95% dos principais motivos alegados para preferência conforme a via de parto escolhida em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017...	58
Tabela 7 –	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% do tipo de parto* relatado para si própria ou companheira entre os(as) respondentes que já têm/tiveram filho(a)(s), em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017.....	59
Tabela 8 -	Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% das indicações médicas nos partos cesáreos das respondentes e companheiras dos respondentes em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017 .....	61

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1	<b>O AUMENTO NAS TAXAS DE CESARIANAS</b> .....	10
1.1	<b>A falácia naturalista</b> .....	12
1.2	<b>Vantagens e desvantagens do parto vaginal versus cesariana</b> .....	14
1.3	<b>Riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana para a saúde da mulher e do bebê</b> .....	15
1.4	<b>Custos do parto vaginal <i>versus</i> cesariana</b> .....	23
1.5	<b>O debate no Brasil</b> .....	26
2	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	31
3	<b>OBJETIVO GERAL</b> .....	32
3.1	<b>Objetivos específicos</b> .....	32
4	<b>PREFERÊNCIA PESSOAL E A PREVALÊNCIA DE CESARIANA EM OBSTETRAS EM VÁRIOS PAÍSES: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA (MANUSCRITO 1)</b> .....	34
5	<b>A PREFERÊNCIA PESSOAL E PREVALÊNCIA DE CESARIANAS EM UMA AMOSTRA DE OBSTETRAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (MANUSCRITO 2)</b> .....	49
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	77
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>ANEXO A – Questionário</b> .....	87
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	92

## INTRODUÇÃO

Esta tese teve o objetivo de averiguar a preferência pessoal da médica obstetra (e do médico obstetra para a sua própria companheira) quanto ao tipo de parto: vaginal ou cesariana.

Para atingir este objetivo, foi coletada informação em nível internacional e local. No nível internacional, a pesquisa abrangeu médicas obstetras em vários países; no nível local, médicas obstetras no estado do Rio de Janeiro.

A tese é iniciada com um capítulo sobre o aumento no número de cesarianas, possíveis razões deste aumento, as preocupações em relação a este aumento, a repulsa à cesariana que decorre da falácia naturalista, as vantagens e desvantagens do parto vaginal e da cesariana, incluindo considerações sobre os riscos e benefícios para a saúde da mulher e do bebê, os custos desses dois tipos de parto e o debate sobre o parto vaginal e a cesariana no Brasil.

Após a introdução, há uma justificativa formal, objetiva e clara para a elaboração das pesquisas que compõem esta tese. O objetivo geral e os objetivos específicos são, então, explicitados.

A partir desse ponto, a tese se divide em duas partes, que formam a base de dois artigos científicos. A primeira parte relata os métodos, resultados e faz uma discussão a respeito da revisão da literatura que verificou a preferência pessoal e prevalência de cesarianas em médicas obstetras em vários países. A segunda parte relata os métodos, resultados e faz a discussão do estudo seccional que estimou a preferência pessoal e prevalência de cesarianas em médicas obstetras no Estado do Rio de Janeiro.

Ao final do relato dos dois estudos realizados, há uma conclusão geral da tese, incluindo implicações para os serviços de saúde e sugestões para pesquisas.

## 1 O AUMENTO NAS TAXAS DE CESARIANAS

As altas taxas de cesariana têm se tornado um problema de Saúde Pública em diversos países do mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendava uma taxa de cesarianas de, no máximo, 15 %[1]. Entretanto, poucos países mantiveram suas taxas de cesariana dentro dos limites preconizados pela OMS. Na verdade, essas taxas vêm aumentando ano após ano (Figura 1)[2], e, em 2015, a entidade modificou a recomendação de 1985, informando que taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas à redução da morbimortalidade materna e fetal em nível populacional. A entidade aponta, ainda, que de 1985 até os dias atuais, houve considerável melhora nos cuidados obstétricos, além de avanços nos métodos para avaliar evidências e formular recomendações, ressaltando a necessidade de uma padronização dos dados para que seja formulada uma recomendação mais precisa em nível hospitalar[3]. Em 2016, o Ministério da Saúde editou a Portaria número 306, que “Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, na qual sugere que a taxa de referência para cesariana na população brasileira no momento atual deveria se situar entre 25 e 30%[4].

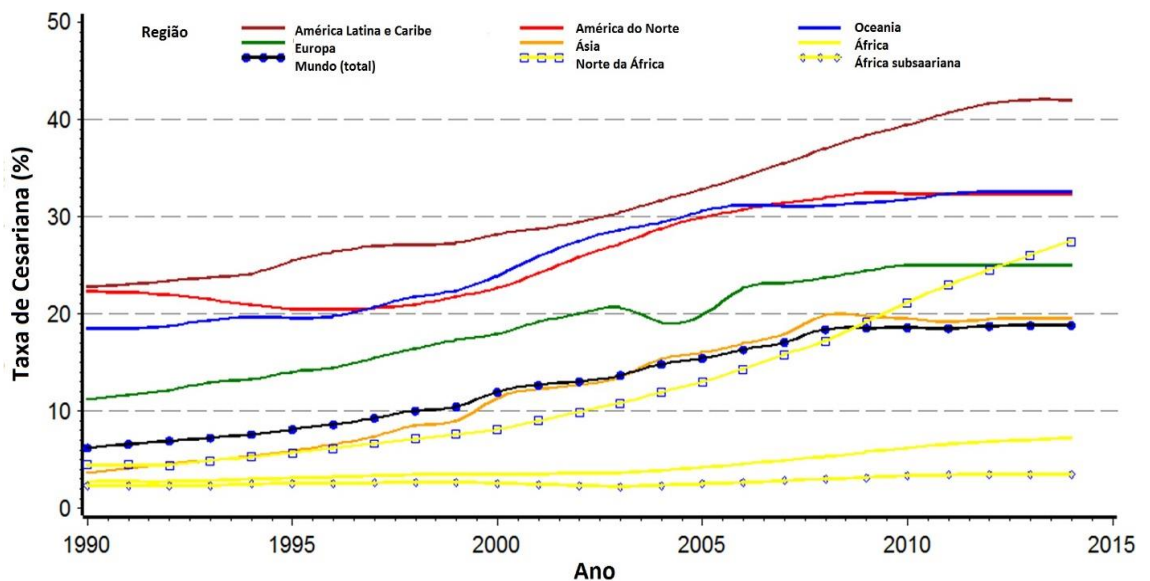
No Brasil, a proporção de cesarianas aumentou de 38% em 2000 para 52% em 2010[5], e são mais altas nas regiões sul e sudeste, que são mais desenvolvidas economicamente[6].

Muito se discute a respeito dos motivos que levam a taxas tão altas de cesariana. No passado, tal procedimento era considerado de exceção, utilizado para salvar a vida do feto quando nada mais se podia fazer pela mãe. Com o avanço da medicina e desenvolvimento das técnicas cirúrgica e obstétrica, passou a ser utilizado também em situações em que há risco à vida da gestante e/ou do feto[7]. Nessas situações de risco, as cesarianas ocorrem, então, por indicação médica, se dividindo essas indicações em absolutas e relativas.

Dentre as indicações absolutas, que demandam a interrupção da gestação sempre por via alta (cesariana), estão: a) aquelas em que o feto não consegue passar pelo canal de parto, seja por um problema relacionado à sua posição e/ou a um problema relacionado ao seu tamanho e/ou anormalidade da pelve (desproporção cefalopélvica, por exemplo); b) aquelas nas quais a passagem do feto pelo canal de parto pode colocá-lo em risco de contágio (herpes genital ativo

e infecção materna pelo vírus da imunodeficiência humana com alta carga viral, por exemplo); c) aquelas nas quais a passagem do feto pelo canal de parto pode levar o feto/mãe à morte (placenta prévia total, por exemplo); e d) aquelas nas quais a interrupção imediata do parto se mostre necessária para salvar a mãe e/ou o feto (sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta com feto vivo, quando a cesariana for a via mais rápida, por exemplo). Entre as indicações relativas, temos aquelas nas quais há que se fazer uma ponderação, ficando a critério do obstetra e da paciente no caso real escolherem o que fazer. Como exemplos, temos a iteratividade, ruptura prematura prolongada das membranas ovulares, a macrossomia fetal sem desproporção cefalopélvica, dentre outras[8-10].

Figura 1 - Tendências global e regionais nas taxas de cesarianas (1990-2014).



Fonte: Traduzido de Betrán et al(2016)<sup>[2]</sup>

Considerando que não há na literatura nada que aponte para o aumento dos problemas que levam às indicações absolutas para cesarianas nos últimos anos, pode se chegar à conclusão de que o aumento nas taxas de cesarianas se deve a outros fatores que não esse[11].

Se as mulheres, então, passaram a se submeter a partos cesáreos por motivos diversos daqueles elencados como indicação médica absoluta, a lógica leva a crer que esse crescimento no número de cesarianas se deu por um aumento no

número de indicações relativas ou que houve mudanças no período relacionadas às motivações individuais de médicos, pacientes ou de ambos, o que encontra suporte na literatura[12, 13]. Essas motivações individuais expressam-se através da participação ativa e direta de médicos e pacientes nas decisões tomadas em relação ao tipo de parto.

### **1.1 A falácia naturalista**

Junto com o aumento nas taxas de cesariana, e provável aumento em sua aceitação entre médicos(as) e pacientes, tem ocorrido uma reação forte contra o que se classifica como excesso de cesarianas. Há uma evidente preocupação de que esteja havendo uma medicalização excessiva de processos naturais, como o nascimento e a morte[14, 15].

Nesse contexto, um dos problemas é definir o que é uma taxa excessiva de cesarianas, e uma das questões a serem resolvidas é a aceitação da cesariana mesmo na ausência de alguma necessidade médica. Essa questão só pode ser resolvida através do debate que envolva profissionais da saúde e mulheres interessadas em serem mães. No entanto, esse debate pode ser distorcido devido a diversos interesses envolvidos: dos médicos, dos planos de saúde, dos governos, etc. Apenas as próprias pacientes não têm conflito de interesse neste debate. Além disso, há uma atração inata do ser humano por tudo que é natural, que pode gerar uma rejeição emocional, nem sempre racional, ao parto não natural. Por exemplo, obstetras tailandeses ofereceram como o principal motivo para preferir um parto vaginal para si o fato de que “era o jeito natural de dar à luz” [135].

A falácia naturalista é a crença de que tudo o que é natural é bom, e que tudo o que é artificial é ruim[16]. É uma falácia, pois não é verdade que o natural seja necessariamente bom, e o artificial, ruim. Por exemplo, nepotismo é um traço psicológico natural, mas ruim para a sociedade moderna. O estado de direito criou leis para se proteger contra o nepotismo.

O aprendizado da matemática, incluindo grandes números, cálculos e fórmulas complexas, não ocorre naturalmente. As leis criadas contra o nepotismo e o ensino da matemática são artificiais, mas imprescindíveis para o bom funcionamento das sociedades modernas. A vasectomia e a pílula anticoncepcional,

em diversas situações, podem ser opções preferenciais em relação a permanecer fértil, embora sejam opções artificiais, antinaturais.

O trato vocal humano difere do dos outros primatas de forma que aumenta a probabilidade de engasgo, e conseqüente asfixia por obstrução das vias aéreas superiores. As vantagens derivadas da anatomia especial do trato vocal em humanos, que possibilitaram o aparecimento da fala, pagam um preço biológico alto: o risco de morte resultante do bloqueio da laringe. Muitos milhares de acidentes fatais de asfixia por engasgo provavelmente ocorreram no passado em nossos ancestrais[17]. Ainda hoje em dia, a despeito da invenção da manobra de Heimlich, a morte devida ao engasgo é uma das mais frequentes causas de mortes acidentais.

“Para a evolução favorecer o desenvolvimento da configuração de um trato vocal que também aumenta a probabilidade de asfixia acidental, o trato vocal durante a evolução estava funcionando de uma forma que provavelmente incrementou suas próprias vantagens – presumivelmente aumentou as capacidades para a fala.”[18]

Vale notar, mais especificamente, que a evolução da pelve na espécie humana se deu de forma diferente entre homens e mulheres. A pelve do homem foi adaptada somente para o bipedalismo; já as mulheres precisaram ter suas pelves adaptadas tanto para o bipedalismo quanto para o nascimento de seus filhos. O desenvolvimento do cérebro do ser humano, com conseqüente aumento do diâmetro do seu crânio, somado às mudanças ocorridas na pelve da mulher para permitir seu bipedalismo, resultou em uma desproporção entre o tamanho da cabeça do feto e a passagem existente na pelve feminina, em relação a outros primatas, o que resulta em partos com maior risco de complicações. Além disso, o mecanismo de parto nas mulheres as impede de ajudarem a saída do bebê durante o próprio parto, sem o perigo de lesionarem a coluna do recém-nascido, diferentemente dos outros primatas, que dão à luz sozinhos, e cujos bebês também têm participação ativa nesse processo[19, 20]. Tais características tornam o parto vaginal na espécie humana um evento perigoso, se comparado ao parto de outros primatas, que se beneficia de cuidados obstétricos apropriados[21, 22].

*“Giving birth can be a long and painful process. It can also be deadly. The World Health Organization estimates that about 830 women die every day because of complications during pregnancy and childbirth – and that statistic is actually a 44% reduction on the 1990 level. “The figures are just horrifying,” says Jonathan Wells, who studies childhood nutrition at University College London in the UK. “It’s extremely rare for mammalian mothers to pay such a high price for offspring production.” [23]*

A evolução, portanto, cria soluções adaptativas, mas elas são frequentemente imperfeitas. Soluções adaptativas, ou simplesmente adaptações, são atributos que aumentam a probabilidade de disseminação dos genes responsáveis por essas soluções, ou, mais tradicionalmente, que aumentam a probabilidade de sobrevivência e procriação do indivíduo. O progresso humano, incluindo novas ideias e tecnologias, permite que cada vez menos homens e mulheres tenham que se resignar com todas as soluções imperfeitas criadas pela evolução. A qualidade de vida humana tem aumentado enormemente nas sociedades modernas, muito devido à nossa capacidade de criar soluções bem mais convenientes do que as que a evolução foi capaz de criar. Cada vez menos somos obrigados a sermos escravos da evolução (seleção natural) e da desordem natural do mundo físico.

Há inúmeros exemplos de preferência das pessoas modernas por alternativas artificiais mais convenientes e agradáveis do que por alternativas naturais. Portanto, o argumento de que parto vaginal deve ser o parto preferencial, e a cesariana, o parto não preferencial, com base apenas no fato do primeiro ser natural, e o segundo artificial, é claramente falacioso e não ajuda em nada o debate.

Um debate racional e útil sobre este tema deve considerar vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, incluindo os *riscos* e *benefícios* para a saúde da mulher e do bebê, os *custos* e as *preferências* da mulher.

## **1.2 Vantagens e desvantagens do parto vaginal versus cesariana**

Embora fuja do objetivo principal do presente trabalho esclarecer qual é a melhor via de parto, é importante mencionar as principais complicações dos partos vaginal e cesáreo, pois entender quais são essas complicações pode ajudar na análise dos motivos que levam obstetras a preferirem uma via à outra.



Esta seção, então, procura analisar quais são as vantagens e desvantagens de uma cesariana em relação a um parto normal quando não há nenhuma complicação que justifique a indicação médica para a realização da cesariana. Portanto, diante de uma gestação normal, com feto único, a termo, em apresentação cefálica e com peso adequado para a idade gestacional (gestação de risco habitual), quais seriam os riscos e os benefícios de um parto vaginal e de uma cesariana? Além dos riscos e benefícios, qual é a diferença de custo econômico entre um parto vaginal e uma cesariana nessas circunstâncias em que não há complicações?

Para responder a essas perguntas com segurança, seriam necessários ensaios controlados randomizados (RCT) no qual o parto vaginal fosse comparado com a cesariana eletiva sem indicação médica, ambos em uma gravidez normal. Porém, não há, nem provavelmente haverá, RCT sobre este tema, pois mulheres dificilmente aceitariam que a opção pelo tipo de parto fosse feita por um sorteio. Somente uma revisão sistemática foi realizada até hoje sobre o tema e não foi encontrado nenhum RCT que comparasse parto vaginal espontâneo com cesariana eletiva sem indicação médica em fetos a termo, em apresentação cefálica e em gestações únicas[24]. Os autores da revisão sistemática concluíram que, diante dessa ausência de estudos, não há como fazer recomendação prática relacionada à cesariana eletiva sem indicação médica em fetos a termo e ressaltaram a urgência em se realizar uma revisão sistemática de estudos observacionais sobre o tema.

### **1.3 Riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana para a saúde da mulher e do bebê**

O Ministério da Saúde, com a participação de um grande grupo consultivo, utilizando uma metodologia de adaptação de diretrizes clínicas, selecionou duas diretrizes sobre a cesariana para serem utilizadas no contexto brasileiro. As diretrizes selecionadas foram elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence*) e pelo Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras. Essas duas diretrizes são recentes (2013) e foram elaboradas por um grupo de pesquisadores experientes, que utilizam métodos para identificar a melhor evidência para a tomada de decisões[4].

As diretrizes adaptadas pelo Ministério da Saúde recomendam a cesariana programada para as seguintes situações: a) mulheres com fetos em apresentação pélvica, a partir da 39<sup>a</sup>, nas quais a versão externa seja contraindicada; b) gestações

gemelares não complicadas, cujo primeiro feto esteja em apresentação pélvica. Caso o primeiro feto esteja em apresentação cefálica e não haja complicações, o médico deve tomar uma decisão individualizada, levando em consideração as preferências e prioridades da mulher, os riscos de uma cesariana de emergência, dentre outras coisas; c) placenta prévia centro-total ou centro-parcial, assim como em casos de acretismo placentário; e d) infecção pelo HIV (a cesariana deve ser realizada por volta da 38<sup>a</sup> semana de gestação), infecção primária pelo vírus Herpes Simples durante o 3<sup>o</sup> trimestre da gestação ou infecção ativa no momento do parto.

Essas recomendações servem, inclusive, para a primeira gravidez. O Ministério da Saúde não recomenda a cesariana eletiva para gestações de risco habitual.

A diretriz do NICE, por sua vez, recomenda que, caso uma mulher com gestação de risco habitual solicite uma cesariana sem indicação médica, deve ser oferecido a ela suporte, inclusive psicológico, para entender os motivos dessa escolha. Ela também deve ser informada sobre os riscos e benefícios de uma cesariana eletiva comparada com um parto vaginal. Caso insista em se submeter à cesariana, essa escolha deve ser respeitada. Segundo a diretriz, os estudos sugerem que a cesariana eletiva pode reduzir os seguintes desfechos: dor perineal e abdominal durante o parto; dor perineal e abdominal nos três dias após o parto; lesão na vagina; hemorragia pós-parto precoce; e choque obstétrico. Já o parto vaginal poderia reduzir os seguintes desfechos: duração da internação hospitalar; histerectomia por hemorragia pós-parto; e parada cardíaca[25].

Os pesquisadores do NICE não encontraram diferença entre o parto vaginal e uma cesariana programada para os seguintes desfechos: dor perineal e abdominal quatro meses após o parto; lesões à bexiga ou ureter; lesão à cérvix; lesão cirúrgica iatrogênica; embolismo pulmonar; infecção da ferida operatória; trauma intraoperatório; ruptura uterina; intubação ou assistência ventilatória; e falência renal aguda.

Ainda segundo a diretriz, os resultados dos estudos foram conflitantes para os seguintes desfechos: morte materna; trombose venosa profunda; transfusão sanguínea; infecção pós-parto; histerectomia; complicações anestésicas.

Para os bebês, o NICE diz que a admissão em unidades de terapia intensiva pré-natal pode ser reduzida pelo parto vaginal, não havendo diferença na ocorrência de encefalopatia hipóxicisquêmica (EHI), hemorragia intracraniana e morbidade

respiratória neonatal, para bebês nascidos por cesariana. Já para os desfechos mortalidade neonatal e APGAR menor que 7 após 5 minutos, os resultados dos estudos foram conflitantes.

Já os pesquisadores da ACOG (*The American College of Obstetricians and Gynecologists*), têm uma opinião um pouco diferente dos pesquisadores do NICE. Segundo a diretriz sobre cesariana a pedido materno da ACOG, comparada com o parto vaginal, uma cesariana eletiva poderia reduzir o risco de hemorragia pós-parto e transfusão sanguínea, complicações cirúrgicas e incontinência urinária (IU) no primeiro ano pós-parto. Para os desfechos dor pós-parto, depressão pós-parto, fístulas, função anorretal, função sexual, prolapso de órgão pélvico, óbito fetal em gravidez subsequente e mortalidade materna, os pesquisadores não encontraram diferença entre os tipos de parto. Para o desfecho tromboembolismo, os resultados foram conflitantes. Já o parto vaginal poderia reduzir a duração da internação hospitalar, as complicações anestésicas e as infecções pós-parto[26].

Ainda segundo essa diretriz, as cesarianas têm com riscos potenciais as complicações numa gravidez subsequente: ruptura uterina, placenta prévia, placenta acreta, lesões na bexiga e intestino e necessidade de histerectomia. Para os bebês, a cesariana eletiva tem risco maior de morbidade respiratória, incluindo taquipneia transitória do recém-nascido, síndrome do desconforto respiratório e hipertensão pulmonar persistente, quando o procedimento é realizado antes das 39 semanas de gestação.

Os autores dessas diretrizes afirmam que embora as diferenças de risco absoluto sejam pequenas, há possíveis benefícios neonatais de uma cesariana, dentre os quais, menor mortalidade fetal, menor taxa de infecção do recém-nascido, menor risco de diagnóstico de hemorragia intracraniana, menor risco de asfixia neonatal e encefalopatia.

A ACOG recomenda o parto vaginal para mulheres com gestações de risco habitual. Entretanto, afirma que os dados disponíveis sobre cesarianas eletivas comparadas com o parto vaginal são mínimos e baseados em comparações indiretas, devendo ser interpretados com cautela. Caso uma mulher deseje realizar uma cesariana eletiva, a ACOG recomenda que o procedimento não seja realizado antes da 39<sup>a</sup> semana de gestação e que não haja recomendação de cesariana para mulheres que querem ter muitos filhos, devido a problemas de placentação que podem ocorrer em gravidezes futuras.

Apesar de não haver nenhum RCT comparando parto vaginal com cesariana eletiva em gestações normais, com fetos únicos, a termo e em apresentação cefálica, há RCT comparando o parto vaginal com a cesariana eletiva em outras situações. Em 1999 foi realizado um RCT comparando cesariana eletiva com parto vaginal em mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) em uso de terapia antirretroviral. O objetivo do estudo foi comparar a transmissão vertical do HIV. Não houve, segundo os autores, diferença importante em relação à morbimortalidade materna[27].

Uma revisão sistemática comparou o parto vaginal com a cesariana eletiva, analisando os desfechos maternos e neonatais, em gestações únicas de fetos prematuros, não encontrando nenhuma diferença estatisticamente significativa relacionada a variáveis como lesão do recém-nascido e asfixia intraparto, morte neonatal, APGAR menor que 7 aos 5 minutos, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido (SARR), convulsões e EHI. Em relação aos desfechos maternos, houve sete casos de complicações maternas ditas graves (definidas como deiscência da ferida operatória, choque endotóxico, sepse puerperal e trombose venosa profunda) no grupo das cesarianas e nenhuma no grupo alocado para parto vaginal (RR 7,21; IC 95% 1,37 – 38,08; 4 estudos; 116 mulheres). Não houve diferença relacionada à hemorragia pós-parto, permanência materna maior que 10 dias no hospital, necessidade de transfusão sanguínea e infecção da ferida operatória. Entretanto, no grupo do parto cesariano, houve mais casos de febre puerperal (RR 2,98, IC 95% 1,18 - 7.53) e infecções maternas (RR 2,63, IC 95% 1,02 - 6.78). [28]. Resultados semelhantes foram encontrados em outra revisão sistemática cujo objetivo foi avaliar as complicações de curto e de longo prazo da cesariana eletiva *versus* parto vaginal, em gestações gemelares. Não houve diferença estatisticamente significativa em nenhum dos desfechos analisados. Os autores identificaram duas mortes, sendo uma em cada grupo estudado[29]. Por outro lado, cesarianas eletivas foram associadas a efeito protetor contra morte ou morbidade grave perinatal/neonatal em gestações únicas em apresentação pélvica, à custa de um aumento (não muito bem caracterizado) na morbidade materna e das crianças nascidas por cesariana[30].

Obviamente, não é possível comparar uma cesariana realizada num feto prematuro, que por algum motivo médico precisa nascer, com uma cesariana eletiva em um feto a termo, tampouco podemos comparar um parto vaginal em

apresentação cefálica com um parto vaginal em apresentação pélvica. Sequer podemos comparar uma cesariana eletiva com um parto vaginal em fetos a termo, mas com diferentes idades gestacionais, pois há diferenças no risco de complicações associadas à idade gestacional[31, 32]. Entretanto, há que se notar a aparente pequena diferença de riscos entre os dois tipos de parto.

Uma revisão sistemática recente avaliou o risco de complicações agudas graves associadas a cesarianas realizadas sem indicação médica em comparação com o parto vaginal, encontrando um risco aumentado de morte materna (OR = 3,10; IC 95% 1,92–5,00) e infecção puerperal (OR = 2,83; IC 95% 1,58–5,06), com menor risco de hemorragia pós-parto (OR = 0,52; IC 95% 0,48–0,57)[33]. O estudo não separou as cesarianas realizadas sem indicação médica antes do trabalho de parto, daquelas realizadas sem indicação médica após o início do trabalho de parto, o que pode enviesar os resultados, pois se sabe que há grande diferença no risco de complicações, tanto maternas quanto neonatais, entre essas duas situações[30, 34, 35]. Risco menor de hemorragia pós-parto após cesarianas foi encontrado também por Holm et al em um estudo de coorte retrospectiva envolvendo mulheres dinamarquesas no período entre 2001 e 2008[36].

Lilford et al realizaram um estudo para comparar as mortalidades atribuíveis ao parto vaginal, à cesariana eletiva e à cesariana de emergência. Os autores identificaram cerca de 108 mortes maternas ocorridas num período de cerca de uma década, num total de 263.075 partos (aproximadamente 0,4 mortes por mil partos) e encontraram um risco relativo (RR) de 2,3 quando compararam uma cesariana eletiva com uma cesariana de emergência. Após a exclusão das mulheres que sofriam de doenças prévias, o RR caiu para 1,4. O RR que foi aparentemente atribuível à cesariana intraparto comparada com a cesariana eletiva foi de 1,7. Quando compararam a cesariana com o parto vaginal, o RR foi de 7, diminuindo para 5 após a exclusão de mulheres com patologias prévias. Os autores concluíram que a mortalidade relativa atribuível à cesariana comparada com o parto vaginal e à cesariana intraparto comparada com a cesariana eletiva foram menores que a mortalidade relativa destes dois modos de parto, sendo 5:1 e 1,5:1, respectivamente[37]. Maior risco de morte materna após cesarianas foi encontrado também por Schuitemaker et al. Entretanto, como em outros casos, o estudo não diferenciou cesarianas eletivas de cesarianas realizadas durante o trabalho de parto. Além disso, incluíram nos dados as cesarianas realizadas há muitos anos, e, de lá

para cá, houve avanços significativos nos protocolos para a realização do procedimento, que se tornou mais seguro[38].

Na América Latina, a cesariana foi associada a maior risco de morbimortalidade materna e fetal, segundo um grande estudo patrocinado pela OMS. No estudo, a taxa média geral de mortes intraparto e neonatal por 1000 nascimentos foi de 0,2 e 4 [39]. Os autores reconhecem que pode ter havido viés de seleção no estudo, fruto da recusa em participação de três instituições selecionadas para o estudo, da incapacidade de 3 dos 11 países de participarem de forma oportuna e da seleção determinística das capitais de cada país.

Lumbiganon et al realizaram um grande estudo multicêntrico de base populacional. Do total de 112.152 partos notificados, 107.950 foram analisados. A taxa média de cesarianas foi de 27,3% e a taxa de parto vaginal operatório foi de 3,2%. O risco de morbimortalidade materna foi maior para o parto vaginal operatório, (razão de riscos ajustada de 2,1; IC 95% 1,7-2,6), assim como para todos os tipos de cesariana avaliados no estudo: a) realizada antes do trabalho de parto, sem indicação médica (2,7; 1,4-5,5); b) realizada antes do trabalho de parto, mas com indicação médica (10,6; 9,3-12,0); c) realizada durante o trabalho de parto, sem indicação médica (14,2; 9,8-20,7); d) realizada durante o trabalho de parto, mas com indicação médica (14,5; 13,2-16,0). Para fetos em apresentação pélvica, pelo contrário, tanto as cesarianas realizadas antes do trabalho de parto (0,2; 0,1-0,3) quanto as realizadas durante o trabalho de parto (0,3; 0,2-0,4) tiveram efeito protetor, mas com risco aumentado de permanência do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (2,0; 1,1-3,6 e 2,1; 1,2-3,7, respectivamente). Chama a atenção o fato de não ter havido nenhuma morte materna no subgrupo de mulheres que se submeteram a uma cesariana antes do trabalho de parto sem indicação médica. Os autores concluíram que a cesariana só deve ser realizada em casos de indicação médica[35]. Apesar desse estudo ter avaliado um número grande de partos, há dificuldades para interpretar os resultados. O estudo não fez uma análise de mortalidade relacionada à cesariana por país. Além disso, é difícil dissociar o risco do parto vaginal operatório do parto vaginal, uma vez que todo parto vaginal operatório é um parto vaginal que não fluiu normalmente. Em 2% dos partos vaginais, é necessário o uso de fórceps para auxiliar a saída do feto, com as consequentes complicações relacionadas ao uso do instrumento. Nos EUA, a taxa

de mortalidade neonatal foi de 3,7 mortes para cada 10.000 partos vaginais. Quando houve a necessidade da utilização do fórceps, a taxa subiu para 5,0[40].

Um grande estudo realizado com dados de 194 países evidenciou que até 19% existe uma correlação inversa entre a cesariana e as mortalidades materna e neonatal. Acima desse limite, a cesariana não se mostrou útil na redução dessas mortalidades. Entretanto, não foi encontrada nenhuma associação entre taxas de cesariana acima desse patamar e mortalidade materna[41]. Resultados semelhantes foram encontrados em uma revisão sistemática de estudos ecológicos[42].

Em relação a um possível impacto da via de parto na função sexual, um estudo com 912 casais encontrou escores mais baixos de satisfação sexual e mais altos de dor nas relações sexuais, nas mulheres que tiveram partos do tipo vaginal e cesariana de emergência, quando comparadas àquelas com cesariana eletiva. [43]. Entretanto, diversos estudos contradizem esse achado, não encontrando nenhuma diferença na função sexual relacionada à via de parto ou chegando à conclusão que as diferenças encontradas desaparecem em até 12 meses após o parto[44-47].

Para as mulheres que pretendem ter mais de um filho, a cesariana aumenta o risco de placenta prévia e descolamento de placenta numa gestação subsequente, e esse risco é diretamente proporcional ao número de cesarianas realizadas[48-50]. Entretanto, outros estudos foram inconclusivos em relação ao impacto de uma cesariana na fertilidade futura da mulher[51, 52]. Tampouco parece haver diferença no risco de desenvolver depressão pós-parto relacionado à cesariana[46, 53], exceto para mulheres com forte desejo inicial pelo parto vaginal[54].

Muitos estudos concluem que, para prevenção da incontinência anal, prolapso de órgão pélvico e IU, a cesariana seja protetiva[55-59], principalmente no caso de cesarianas eletivas[60]. Entretanto, outros estudos não chegaram a conclusões semelhantes e sugerem que o risco dessas doenças está associado à gravidez em si[61-63].

A frequência de reinternação hospitalar nos 30 dias pós-parto também é maior nas mulheres que se submetem a uma cesariana eletiva em comparação a um parto vaginal espontâneo (2,3 95% IC 1,74-2,9)[64].

Em relação aos riscos e benefícios de longo prazo de uma cesariana, para a mãe e para a criança, uma revisão sistemática encontrou risco mais baixo de IU, *odds ratio* (OR) 0,56 (IC 95% 0,47-0,66; 8 estudos; 58.9000 participantes) e prolapso de órgão pélvico (OR 0,29; IC 95% 0,17 – 0,51; 2 estudos; 39.208 participantes). Por

outro lado, encontrou risco aumentado de asma até a idade de 12 anos (OR 1,21; IC 95% 1,11-1,32; 13 estudos; 887.860 participantes) e obesidade até os 5 anos (OR 1,59; IC 95% 1,33-1,90; 6 estudos; n=64.113 participantes). A gravidez após uma cesariana também apresentou risco aumentado de abortamento (OR 1,17; IC 95% 1,03-1,32; 4 estudos; 151.412 participantes) e óbito fetal intraútero (OR 1,27; IC 95% 1,15-1,40; 8 estudos; 703.562 participantes), sem aumento da mortalidade perinatal (OR 1,11; IC 95% 0,89-1,39; 2 estudos; 91.429 participantes). Também foi encontrado risco aumentado de placenta prévia (OR 1,74; IC 95% 1,62-1,87; 10 estudos; 7.101.692 participantes), placenta acreta (OR 2,95; IC 95% 1,32-6,60; 3 estudos; 705.108 participantes) e descolamento prematura de placenta (OR 1,38; IC 95% 1,27-1,49; 6 estudos; 5.667 participantes). Os autores concluíram que a cesariana está associada a menor risco de IU e distopias genitais para a mulher, mas que esses benefícios devem ser contrabalançados com os riscos aumentados de complicações futuras para sua fertilidade e a saúde de seus filhos[65].

Vários estudos têm demonstrado associação entre transtornos respiratórios como asma e rinite alérgica em crianças e o parto cesáreo[65-69]. Entretanto, há também estudos que sugerem que essa associação teria mais a ver com indicação da cesariana do que com o procedimento em si[70]. Também é mais comum a ocorrência de alterações respiratórias agudas pós-parto em crianças nascidas por cesariana[71, 72], embora essas alterações possam ser significativamente reduzidas caso o parto ocorra a partir da 39<sup>a</sup> semana de gestação[73].

O risco de óbito fetal inexplicado em gestações únicas aparentemente normais parece aumentar com o avançar da idade gestacional, principalmente após a 38<sup>a</sup> semana de gravidez[74]. Hankins et al estimaram que cerca de 6.000 óbitos fetais intraútero poderiam ser evitados anualmente nos EUA, caso se realizasse uma cesariana eletiva a partir da 39<sup>a</sup> semana de gestação[75]. Também a ocorrência de paralisia do plexo braquial é menor para os nascidos por cesariana, que apresenta efeito protetor[75, 76].

Tomando as diretrizes do Ministério da Saúde, do NICE e da ACOG como referências, e comparando com a modesta revisão da literatura realizada neste capítulo, podemos notar que para diversos desfechos os dados são inconclusivos em relação aos riscos e benefícios de uma cesariana eletiva comparada a um parto vaginal. Entretanto, ainda que haja diferenças nos desfechos negativos entre os dois procedimentos, esta diferença não é grande para desfechos importantes como a



morte materna e/ou neonatal, uma vez que o risco de morte causada diretamente pela cesariana eletiva ou pelo parto vaginal em gestações normais é relativamente pequeno do ponto de vista de cada mulher individualmente (embora seja relativamente grande do ponto de vista populacional na espécie humana). Quando ocorre morte materna e/ou neonatal, tal morte não costuma ser relacionada ao procedimento em si, mas a doenças da mãe e do feto, ou a diversas adaptações evolutivas que tornam o parto na espécie humana um evento perigoso (por exemplo, uma desproporção acentuada entre o tamanho da cabeça do feto e a pelve da mãe).

Em resumo, como vantagens de uma cesariana eletiva com feto a termo, em apresentação cefálica, a partir da 39<sup>a</sup> semana de gestação, em relação ao parto vaginal podemos citar, além da óbvia possibilidade de planejamento do nascimento: menos dor perineal e abdominal durante o parto[25, 77]; menor risco de lesão na vagina[25, 77]; menor risco de tocotraumatismo (traumatismo relacionado ao parto) [75, 76]; menor risco de choque obstétrico[25, 77]; e diminuir o risco de morte fetal intraútero inexplicada[75]. Já como desvantagens temos: exposição aos riscos anestésicos[25, 77, 78]; maior chance de reinternação hospitalar[25, 64, 77]; maior tempo de recuperação pós-parto[25, 26, 77]; maior risco de placentação anormal numa gestação subsequente[26, 48-50, 65]; maior risco de parada cardíaca[25, 77]; e maior risco de problemas respiratórios de curto e longo prazo na criança[25, 26, 65-69, 71, 72, 77].

#### **1.4 Custos do parto vaginal *versus* cesariana**

Os problemas relacionados ao tipo de parto realizado vão além dos relacionados à saúde da mãe e do recém-nascido. Há também componentes econômicos envolvidos.

Gibbons et al estimaram que, em 2008, o custo global das cesarianas ditas desnecessárias foi de 2,32 bilhões de dólares. Para chegar a esse valor, os autores usaram como referência uma taxa máxima de cesarianas de 15%, ou seja, quando um país ultrapassava essa taxa, tinha suas cesarianas classificadas como desnecessárias. Cento e trinta e sete países foram analisados, dentre os quais, 69 tinham taxas de cesariana acima de 15% [79].

No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, para mulheres primíparas de risco habitual, ou seja, aquelas sem quaisquer complicações clínicas e/ou obstétricas até o momento do parto, com fetos únicos, a termo, em apresentação cefálica, que poderiam dar à luz tanto por via vaginal quanto por cesariana, o custo total de um parto vaginal espontâneo foi estimado em R\$ 1.709,58, enquanto que o custo total de uma cesariana foi estimado em R\$ 2.245,86 (diferença de R\$ 536,28.). Nessas mulheres, o parto vaginal se mostrou mais efetivo que uma cesariana para os desfechos morbidade materna evitada, internação em UTI evitada e óbito neonatal evitado; para o desfecho óbito materno evitado, a cesariana foi mais efetiva. Já em gestantes de risco habitual múltiparas com uma cicatriz de cesariana prévia, o custo total de uma cesariana e de um parto vaginal espontâneo foram R\$ 2.074,33 e R\$ 1.975,16, respectivamente (diferença de R\$ 99,17). Para o desfecho óbito materno evitado, o parto vaginal foi dominante, por ser barato e efetivo. Já para os desfechos ruptura uterina evitada, morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado, a cesariana apresentou maior custo e melhor efetividade[80]. Se considerássemos todas as mulheres que deram à luz em 2016 no Brasil (n=2.857.800)<sup>1</sup> como primíparas de risco habitual, que tivessem tido seus filhos no SUS por cesariana, utilizando os valores acima teríamos um custo extra aos cofres públicos de cerca de 1,5 bilhão de reais. Como nem todas as mulheres que deram à luz são primíparas, nem são de risco habitual, nem são todas usuárias do SUS e nem todo parto vaginal é espontâneo, esse valor, certamente, é bem menor. Em um cálculo simplificado, imaginando uma taxa ideal de cesarianas no Brasil de 25%[4], uma taxa de 43% de cesarianas na rede pública[81], e 77% dos partos ocorrendo no SUS[81], temos que cerca de 396.000 cesarianas desnecessárias teriam ocorrido no SUS em 2016, o que geraria um custo extra de aproximadamente 212 milhões de reais, correspondente a aproximadamente 0,18% do orçamento da saúde naquele ano, que foi de cerca de 118 bilhões de reais[82]; um valor alto, mas que corresponde a menos da metade do valor gasto pelo governo com a aquisição da vacina contra a meningite em 2018, por exemplo, que foi de 493 milhões de reais[83].

Em caso de indução do parto, as diferenças de custo entre um parto vaginal e uma cesariana são menores e, em caso de uso de analgesia peridural, um estudo

---

<sup>1</sup> Fonte: DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

mostrou que um parto vaginal induzido foi cerca de 10% mais caro que uma cesariana eletiva[84].

Uma cesariana não complicada tem um custo mais alto que um parto vaginal não complicado e, em matéria de saúde pública, maximizar ganhos com um mínimo de custos pode ser extremamente relevante, principalmente em países com orçamentos limitados[85-87]. Cirurgias desnecessárias aumentam o custo de oportunidade. Ou seja, absorvem recursos dos serviços de saúde que poderiam ser utilizados para resolver problemas importantes de saúde, mas para os quais faltam recursos.

Em caso de complicações, seja no parto vaginal ou no parto cesáreo, tais custos se elevam e nem sempre o parto vaginal é custo-efetivo em relação à cesariana[88, 89]. Há que se falar, ainda, na possibilidade de sequelas, as quais, na maioria das vezes originarão tanto custos diretos para a família, como gastos com medicamentos e transporte para tratamento da doença da mãe ou do recém-nascido, como indiretos, ou seja, aqueles relacionados à diminuição da capacidade laboral decorrente da sequela em si ou da necessidade de acompanhamento de uma criança doente. Assim, um parto vaginal complicado com paralisia cerebral do recém-nascido, em termos econômicos, pode ter um custo maior que dezenas de cesarianas. Da mesma forma, uma cesariana que complicou levando ao óbito materno pode ter um impacto econômico enorme para uma família. Esse tipo de análise econômica é um trabalho árduo e não há estudos de longo prazo que tenham se debruçado sobre tal tema sem graves falhas metodológicas[90].

Conforme demonstrado acima, para determinados desfechos a cesariana eletiva parece oferecer mais riscos, enquanto para outros, os riscos são maiores para o parto vaginal. De uma forma geral, não está ainda claro qual dos dois tipos de parto (cesariana eletiva *versus* parto vaginal) oferece menor risco para a mulher e o bebê. Em relação aos seus custos, a diferença não parece ser grande. Vários fatores concorrem para os desfechos positivos e negativos de um parto, e nem sempre os resultados seguem uma lógica, daí a importância de estudos muito bem desenhados, para populações específicas, uma vez que as complicações variam de região para região e até mesmo de hospital para hospital. Há evidências de que até o local onde o obstetra fez sua residência e quantos anos tem de experiência têm impacto nos desfechos de seus pacientes[91, 92].

Assim, diante das diferenças relativamente pequenas nos riscos desses dois tipos de parto e da fraca certeza da evidência devida à inexistência de estudos experimentais na população de interesse, em uma situação adequada de recursos humanos, infraestrutural e econômica, aumenta a justificativa moral para que a preferência de cada mulher seja priorizada quanto ao tipo de parto escolhido [93-95].

O sistema GRADE, que faz um esforço de ligar a evidência disponível com a força da recomendação, defende que quando os efeitos indesejáveis de duas alternativas são proximamente balanceados e a certeza da evidência não é forte, a recomendação deve ser fraca. *“Uncertainty about the trade-offs (because of low certainty of evidence or because the desirable and undesirable effects are closely balanced) warrants a weak recommendation”*. E a interpretação do GRADE para a implicação de uma recomendação fraca é a seguinte: *“O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências”*<sup>2</sup>.

### 1.5 O debate no Brasil

Na tentativa de diminuir as taxas altíssimas de cesariana existentes no Brasil, o Ministério da Saúde vem fazendo inúmeras campanhas de estímulo ao parto vaginal. As campanhas incentivam as gestantes a darem à luz por via vaginal, conscientizando as mulheres de que o parto é um evento natural e, na maioria das vezes, sem maiores complicações.

Em 2015, o Ministério da Saúde editou a Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro, determinando que as Operadoras de Planos de Saúde (OPS) só poderiam fazer o pagamento das cesarianas com a apresentação do partograma pelo médico assistente[96]. Na prática, isso significava que as cesarianas não poderiam mais ser agendadas, salvo em caso de necessidade médica. Quando vinculava o pagamento do procedimento “Cesariana” à existência do partograma, deixava de lado a discricionariedade não só dos médicos sobre quando agendar ou não um parto cesáreo, mas também das pacientes

---

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.gradeworkinggroup.org/> - acessado em 25 de junho de 2018 <acesso em 25/06/2018>

As organizações defensoras e ativistas do parto vaginal apoiaram a medida, pois elas atribuem as altas taxas de cesariana no Brasil às prescrições de cesarianas desnecessárias pelos médicos. Entre os motivos pelos quais os médicos estariam prescrevendo cesarianas desnecessárias estariam “pagamento por produtividade”, “limpeza do plantão”, “falta de experiência (com o parto vaginal)”, “medo do parto”, “estrutura dos hospitais privados”, “Pacotinho do SUS (cobrança ilegal para fazer cesarianas em hospitais públicos”, dentre outros[97, 98]. As altas taxas de cesarianas seriam consequência principalmente dos médicos convencendo as pacientes, que *a priori* não desejariam um parto cesáreo, a fazê-lo[99]. [99]. “ (...) Ao hospital que visa lucro não é interessante ter mulheres em trabalho de parto por longas horas nem tampouco um centro cirúrgico à disposição até que o bebê nasça...”[100].

Segundo a enfermeira-obstetra Heloisa Lessa, da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas, “com as novas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a defesa do parto normal por organizações sociais, as gestantes têm se informado sobre os riscos da uma cesariana desnecessária”. Segundo ela “Muitos médicos preferem fazer cesarianas porque podem ser agendadas com antecedência e são mais bem remuneradas pelos planos de saúde”[101].

Segundo a pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Maria do Carmo Leal, talvez as mães “não sejam informadas dos riscos (da cesariana)”[99]. A pesquisadora foi coordenadora da maior pesquisa já realizada sobre o tema em nosso país, com 23.894 mulheres em todo o Brasil, que deu origem ao Inquérito nacional sobre o parto e nascimento: “Nascer no Brasil”. Esta pesquisa deu origem a diversos artigos, alguns dos quais sugerem que os médicos têm grande responsabilidade no aumento das taxas de cesariana no Brasil, principalmente na rede privada. As pesquisadoras que coordenaram esse estudo sugeriram que as mulheres no Brasil não têm autonomia para escolher o parto vaginal, pois são vítimas de uma persuasão tendenciosa dos médicos a favor da cesariana e contra o parto vaginal. A implicação é que se as mulheres tivessem autonomia para escolher o tipo de parto que preferissem, que na maioria das vezes é o parto natural vaginal, as taxas de cesariana seriam bem mais baixas do que são:

***“(...) os dados apresentados revelaram que, independentemente da fonte de pagamento do parto e da paridade, a preferência das mulheres pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais. No setor público, a proporção de mulheres que preferia um parto cesáreo no final da gestação não se modificou, ficando próxima a 30%, mas o número de gestantes com decisão pelo parto vaginal diminuiu em decorrência do aumento de gestantes sem decisão pelo tipo de parto. No setor privado, houve aumento da decisão pela cesariana no final da gestação, referida por cerca de 70% das mulheres.”***

***O acompanhamento de aproximadamente 80% das gestantes do setor privado pelo mesmo médico durante o pré-natal e o parto sugere um aconselhamento favorável à cesariana, já que a decisão pela cesariana não foi definida apenas por intercorrências na gestação. Ressalta-se que entre as mulheres desse setor, após o aconselhamento recebido durante a assistência pré-natal, predominou a percepção de que a segurança da mulher independe do tipo de parto, o que pode ser entendido como uma falta de estímulo para que a mulher persista na sua opção pelo parto vaginal. É reconhecido que a atitude do profissional de saúde em relação ao parto cesáreo é influenciada por diversos aspectos, dentre elas a conveniência da cesariana por questões econômicas e financeiras, existindo a possibilidade de um aconselhamento enviesado.”[102]***

**(Grifei)**

Tudo isso é verdade em vários casos[103], mas uma cesariana pode ser desnecessária do ponto de vista médico e ainda assim ser o desejo da mulher que dará à luz, sendo comum a pressão da paciente e familiares por uma cesariana, tanto no Brasil como no exterior[104, 105].

A Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015, que visava coibir justamente o componente de participação ativa do médico ou da paciente na realização de uma cesariana eletiva sem indicação médica, foi suspensa no dia em que entraria em vigor[106], após grande mobilização das mulheres[107], voltando a vigor, mas com uma alteração: o partograma poderia ser substituído por um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na prática, tornou a resolução praticamente ineficaz para os fins a que se destinava. Hoje, para que uma cesariana eletiva seja realizada na rede privada de saúde, basta que a paciente assine um TCLE.

As pesquisas realizadas até o momento no Brasil são unânimes em mostrar que as taxas de cesariana no país estão muito acima das preconizadas pela OMS.

Além disso, mostram que é na rede privada que esse aumento é mais evidente[5, 6, 81, 108-110].

É notório que o médico no Brasil se encontra numa posição de poder em relação ao paciente. Por serem, teoricamente, detentores do conhecimento técnico, suas opiniões são extremamente levadas em consideração pela população. Assim, uma opinião médica sobre determinado tema pode suggestionar, e muito, as pacientes nas suas tomadas de decisões.

Estariam os(as) obstetras brasileiros(as) suggestionando suas pacientes a se submeterem a cesarianas desnecessárias com fins de receberem uma maior remuneração e para sua própria conveniência, mesmo acreditando que, na ausência de uma indicação médica, a melhor opção do ponto de vista da parturiente seria o parto vaginal? Estariam deixando de fornecer informações importantes às pacientes, que poderiam mudar a sua concepção sobre o parto vaginal e a cesariana, de modo a mantê-las sob o seu domínio e, assim, convencê-las mais facilmente de que a cesariana seria o melhor tipo de parto para ela, mesmo acreditando que o melhor tipo de parto é, na realidade, o vaginal? Caso essas mulheres fossem informadas sobre os riscos de uma cesariana, optariam pelo parto vaginal?

Uma forma de começar a dirimir essa dúvida é identificar uma população de mulheres bem informadas sobre partos vaginal e cesáreo (mesmo que não sejam bem informadas, são elas as “*gate keepers*” da informação que utilizam para si e para influenciar outras mulheres no momento do parto) e ao mesmo tempo comprometidas com a própria saúde e bem-estar, e indagá-las sobre suas preferências e decisões quanto ao tipo de parto ao qual se submeteram ou desejam se submeter. Uma população que preenche estes critérios são médicas obstetras ou companheiras de médicos obstetras.

Portanto, nossa proposta neste estudo é obter informação da médica obstetra (e do médico obstetra em relação à companheira dele) quando ela se encontra na posição de paciente.

Pode-se pressupor que as pessoas queiram o melhor para si, para seus filhos e seus cônjuges. Logo, o (a) médico (a) irá procurar para si o melhor tratamento possível. Ou pelo menos, pode-se pressupor que não escolherá para si uma opção por interesses escusos.

Mesmo na posição de paciente e, portanto, em relativa fraqueza em relação ao seu médico assistente durante a gravidez e parto, o grau de autonomia da

obstetra-paciente é, provavelmente, maior do que o da paciente não médica. O mesmo raciocínio vale para as companheiras de obstetras, que contam com o conhecimento e interesse pessoal de seus companheiros. Além disso, por se tratar de uma categoria supostamente sem problemas em relação ao acesso à atenção à saúde, é de se esperar que elas consigam o parto que desejam e não somente o oferecido a ela pelas OPS e/ou pelo SUS. Em outras palavras, as médicas e as companheiras de médicos provavelmente não teriam dificuldade em conseguir um parto por via vaginal ou cesariana, se assim optassem.

Na sociedade moderna, quem detém o conhecimento técnico sobre as vias de parto, suas indicações, complicações, prós e contras é o(a) obstetra, seja ele(a) médico(a), enfermeiro(a) ou, em alguns países, parteiros(as). No Brasil, os partos são realizados majoritariamente por médicos(as), sendo a atuação de outros profissionais ainda incipiente. Portanto, saber como estão nascendo os filhos dos(as) médicos(as) obstetras pode funcionar como um *proxy* para saber as suas verdadeiras preferências em relação ao parto vaginal e à cesariana. Pode também auxiliar a entender o que acontece com as pacientes de uma forma geral, pois é possível que uma obstetra que tenha experimentado e se sentido satisfeita com determinada via de parto venha a sugerir tal via às suas pacientes.



## 2 JUSTIFICATIVA

O Brasil tem uma das maiores prevalências de cesarianas do mundo, tanto no setor público quanto no privado, chegando neste último a corresponder a cerca de 80% dos partos realizados. Isso tem implicações econômicas importantes, com seus respectivos reflexos nas políticas de saúde pública no país.

Como são os(as) médicos(as) obstetras os principais prestadores do cuidado ao parto no Brasil, e terem uma posição de poder na relação com suas pacientes, é importante conhecer suas preferências, para saber se essas preferências podem estar afetando suas condutas em relação às mulheres.

Talvez a motivação de fundo central para a presente tese de doutorado seja a seguinte: a medicalização do parto, ilustrada pela alta prevalência de cesarianas, que vem aumentando ano a ano, principalmente entre mulheres de nível socioeconômico mais alto, é consequência exclusivamente de interesses privados dos médicos que controlam as decisões sobre o tipo de parto (vaginal ou cesariana), mesmo às custas da saúde das mulheres e dos bebês e possível devido à má informação da mulher? Ou reflete também desejos legítimos e genuínos de muitas mulheres que, tendo a possibilidade, querem tentar um tipo de parto menos doloroso, mais programado e, possivelmente, menos traumático?

Saber como nascem os filhos das obstetras e das companheiras dos obstetras pode ajudar a *descartar a ignorância da mulher; a não priorização da saúde da mulher e do bebê; e interesses privados dos médicos, como os únicos determinantes* das altas taxas de cesarianas no Brasil. Pode, por outro lado, reforçar a hipótese de que as baixas taxas de parto vaginal decorrem dos(as) médicos e médicas prescrevendo cesarianas para as pacientes de forma tendenciosa por interesses escusos, enquanto optando por parto vaginal para si próprias ou para suas companheiras.

### 3 OBJETIVO GERAL

Estimar a preferência pessoal e a prevalência de cesariana e de parto vaginal em obstetras (e em companheiras, no caso de obstetras homens) em uma amostra no Estado do Rio de Janeiro e no mundo.

#### 3.1 Objetivos específicos

Estudo internacional:

1. Coletar, agrupar e relatar os resultados dos estudos que estimaram a preferência pessoal e a prevalência de cesariana e de parto vaginal em obstetras em vários países;

Estudo do Rio de Janeiro:

2. Estimar a preferência por cesariana ou parto vaginal, em todas as participantes do estudo;

3. Estimar a prevalência de cesariana e de parto vaginal em todas as participantes do estudo;

4. Estimar a prevalência de cesariana e a preferência por cesariana, assim como a prevalência de parto vaginal e a preferência por parto vaginal, nas participantes que já tiveram filho;

5. Estimar a proporção de cesarianas com indicação médica nas participantes com preferência por parto vaginal e esta proporção nas participantes com preferência por cesariana;

6. Estimar a prevalência de cesariana e de parto vaginal em médicas obstetras e a prevalência de cesariana e de parto vaginal em companheiras de médicos obstetras;

7. Estimar a preferência pessoal por cesariana ou por parto vaginal em obstetras mulheres e a preferência pessoal por cesariana ou por parto vaginal em homens obstetras, em relação a suas companheiras.

## 4 PREFERÊNCIA PESSOAL E A PREVALÊNCIA DE CESARIANA EM OBSTETRAS EM VÁRIOS PAÍSES: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA (MANUSCRITO 1)

### 4.1 Métodos

#### 4.1.1 Desenho de estudo

Revisão narrativa de estudos de prevalência.

#### 4.1.2 Critério de elegibilidade dos estudos

I. Estudos - Foram incluídos estudos de prevalência, com populações de estudo representativas ou não das populações alvo, em qualquer local no mundo, incluindo o Brasil;

II. Participantes – Médicos formados em ginecologia/obstetrícia (GO) e médicos residentes desta especialidade, sem restrição de sexo, local, idade e área de atuação, selecionados aleatoriamente da população-alvo de obstetras ou por amostragem de conveniência;

III. Condições ou desfechos – Foram condições pesquisadas: 1) A preferência pessoal da via de parto para si própria; e 2) A via de parto em si própria de acordo com o relato da médica/residente de GO ou na mulher do médico/residente de GO, de acordo com o relato dele.

#### 4.1.3 Estratégia de busca

A busca eletrônica foi realizada nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *SciELO* e *LILACS*. A estratégia de busca foi desenvolvida para a base de dados PubMed e adaptada para cada uma das demais bases bibliográficas, considerando as normas para sintaxe e uso de vocabulário controlado. A busca foi realizada utilizando vocabulário controlado e termos livres. Não houve restrição de idioma na busca, embora artigos encontrados em outros idiomas que não fossem português, inglês, espanhol e italiano, não foram incluídos.

A estratégia completa de busca na base de dados *PubMed*, que foi adaptada para as outras bases de dados, foi a seguinte: (((((((caesarean\*) OR cesarean\*) OR c-section\*)) AND (((preference\*) OR attitude\*) OR choice\*) OR opinion\*) OR decision\*)) AND (((mode) OR type) OR route)) AND (((obstetrician\*) OR gynecologist\*) OR gynaecologist\*) OR physician\*) OR provider\*)) AND ((delivery) OR childbirth) OR partum).

Também foram realizadas buscas no Banco de Teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), disponível no site <http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/>, e busca nas referências dos artigos selecionados, para fazerem parte do estudo. Posteriormente, através da ferramenta *Similar articles*, disponível na base de dados *PubMed*, foi realizada uma busca por artigos similares aos já encontrados e selecionados para o estudo.

#### 4.1.4 Coleta e análise dos artigos

I. Manuseio das referências – Os registros obtidos nas bases eletrônicas foram importados para o sítio *EndNote Web*, no qual as referências duplicadas foram excluídas;

II. Após a exclusão das duplicações, as referências foram exportadas em formato de texto e lidas no programa Bloco de Notas do Windows. O autor leu todos os títulos e resumos dos artigos selecionados. Quando um artigo pareceu preencher os critérios de inclusão, mas não havia informação suficiente no resumo, o artigo foi lido na íntegra, assim como todos os artigos que preencheram os critérios de inclusão. A razão para a exclusão de cada um dos artigos nesta fase foi documentada;

III. Não foi realizada avaliação do risco de viés dos estudos.

#### 4.1.5 Extração dos dados

Tentei extrair as seguintes informações de cada artigo:

- Estudo (Nome do primeiro autor e ano da publicação);
- Ano (Ano de realização do estudo);

- Tipo de amostra (representativa ou conveniência);
- Local de realização (hospital, clínicas, universidade, etc.);
- País onde estudo foi realizado;
- Cidade onde estudo foi realizado;
- População de estudo;
- Tamanho da amostra;
- Taxa de resposta (quantos dos abordados responderam).
- Instrumento e forma de coleta dos dados (questionário autoaplicável; entrevista por telefone; entrevista pessoal, questionário pela internet, etc.);
- Preferência por cesariana (% e IC 95%);
- Prevalência de cesariana (% e IC 95%);

#### 4.1.6 Análise estatística

Não foi realizada.

## 4.2 **Resultados**

### 4.2.1 Buscas eletrônicas

As buscas foram realizadas em fevereiro de 2018 e resultaram em 428 citações. Após a remoção das duplicatas, restaram 374 artigos para avaliação quanto ao preenchimento dos critérios de inclusão. Destes, 35 foram selecionados para leitura na íntegra, sendo 12 eliminados por não preencherem os critérios de inclusão e 1 por se tratar do mesmo trabalho publicado em revistas e datas diferentes[111, 112]. Nos 23 artigos restantes, identifiquei mais 4 artigos através de suas referências bibliográficas e 2 artigos através da ferramenta *Similar articles* da *PubMed*. Ao final, selecionei 28 artigos para a revisão narrativa.

#### 4.2.2 Características dos estudos incluídos

Foram incluídos 28 estudos, sendo todos estudos transversais [112-138]. A preferência por cesariana e/ou prevalência de cesariana entre os ginecologistas/obstetras (G&Os) – residentes de GO, inclusive - foi avaliada na Alemanha[137], América do norte[113], Argentina[138], Austrália/Nova Zelândia[115, 126], Bélgica[122], Brasil[130, 133], Canadá[124], China[132], Dinamarca[123], Escócia[120], EUA[125], Holanda[114], Inglaterra[112, 134], Irã[128], Irlanda[116], Israel[118], Jordânia[129], Noruega[119, 127], Reino Unido[117, 121, 139], Suécia[131, 136] e Tailândia[135].

Apenas um estudo utilizou um questionário pré-validado para aferir a preferência pela via de parto nas populações estudadas[136]. Em todos os demais casos, os autores elaboraram seus próprios questionários.

#### 4.2.3 Preferência e prevalência de cesariana

As preferências por cesariana variaram de 0[133, 136], no Brasil e na Suécia, a 53%[132], na China. Os valores inseridos na tabela se referem à preferência por cesariana para si/companheira em uma gestação normal, com feto com até 4 kg, a termo, em apresentação cefálica. Alguns estudos avaliaram outros cenários clínicos como fetos acima de 4 kg e fetos em apresentação pélvica, com variação da preferência conforme esses diferentes cenários. À medida que o peso do feto aumentava nas perguntas, também aumentava a preferência por cesariana. Da mesma forma, a preferência por cesariana aumentou em todos os casos em que o cenário era de um feto em apresentação pélvica. A preferência nesses diferentes cenários não foi incluída na tabela.

Alguns dos estudos fizeram cálculos separados para a preferência entre homens e mulheres, enquanto em outros foi possível, através da análise dos dados, fazer esse cálculo. Preferência maior por cesariana entre mulheres, em comparação com homens, foi encontrada nos estudos [112, 116, 121, 129, 130]. Entretanto, somente o estudo de Al-Mufti et al[112], na Inglaterra, identificou diferença estatisticamente significativa. Em sentido contrário, preferência maior por cesariana entre homens foi encontrada nos estudos [113, 115, 117, 122, 135], e somente o

estudo de Kovavisarach et al, na Tailândia, encontrou diferença estatisticamente significativa. Os estudos no Irã[128], China[132] e Escócia[120] foram realizados somente com mulheres. Um estudo foi realizado somente com *trainees* de GO[117] e quatro foram direcionados a G&Os e outros profissionais de saúde [124, 132, 137, 138].

Dentre os motivos para a preferência por cesariana, quando pesquisados no estudo, o resultado também foi variado. Os motivos da preferência, apesar de se repetirem entre os estudos, variavam de percentual entre eles. De um modo geral, os participantes dos estudos [112, 117, 121, 129, 139] relataram preocupações com a integridade perineal e ocorrência futura de IU. Já os participantes dos estudos [122-124] escolheram como principal motivo a segurança do bebê. Outros motivos citados nos estudos para a preferência foram a possibilidade de agendamento do parto, menor dor durante o parto, medo de disfunção sexual futura, dentre outros menos importantes. Em um dos estudos, o principal motivo alegado para preferir um parto vaginal para si foi que “era o jeito natural de dar à luz”[135], e, em outro, o medo de sequelas a longo prazo[129].

Dois estudos avaliaram o efeito da idade em relação à preferência por cesariana, sendo que Lataifeh et al encontraram preferência maior por cesariana entre os mais jovens[129]. Já Al-Mufti encontrou preferência maior por cesariana relacionada à idade dependente do sexo, mas o artigo não deixa claro se a preferência foi maior para os mais jovens ou mais velhos. Em todos os casos, houve significância estatística.

Os seguintes estudos avaliaram a concordância dos participantes em relação a uma cesariana a pedido materno (CPM): [115, 118, 120, 123-125, 130, 131, 133, 135, 136, 138, 139]. Em alguns deles, o percentual de concordância variou conforme o cenário apresentado[118, 124]. Em relação à prevalência de cesariana na população estudada (eletivas e/ou emergenciais), foi possível identificá-las nos seguintes estudos: [120, 124, 127, 130, 132, 134-136, 138, 139], e variou 6% no Reino Unido[139] a 79,2% no Brasil[130]. Três estudos encontraram forte associação entre o fato das G&Os (ou esposas dos G&Os) terem se submetido à cesariana e suas preferências por essa via para si ou para suas pacientes[122, 128, 132].

Um resumo dos principais resultados dos estudos pode ser visto na Tabela 1.



Tabela 1 - Dados dos estudos incluídos na revisão narrativa (continua)

Estudo (autor/ano de publicação)	Ano de realização	Tipo de amostra	País	População de estudo	Tamanho da amostra	Taxa de resposta %	Instrumento, forma e local de coleta	Preferência por cesariana % (IC 95%)	Prevalência de cesariana % (IC 95%)	Concordância com cesariana a pedido % (IC 95%)
AL-MUFTI(1997)	1996	Representativa	Inglaterra	G&Os de Londres e suas esposas <sup>c</sup>	206	73	Questionário autoaplicável enviado via postal	17 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
GABBE(2001)	2000	Conveniência	Canadá	G&Os da América do Norte e suas esposas e suas esposas <sup>c</sup>	117	ND	Entrevista pessoal realizada em um congresso	46,2 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
VAN DE DOES(2001)	1997	Representativa	Holanda	G&Os e suas esposas <sup>c</sup>	569	67	Questionário autoaplicável enviado via postal	1,4 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
LAND(2001)	1999	Representativa	Austrália/Nova Zelândia	G&Os/residentes de GO na Austrália e suas esposas <sup>c</sup> e G&Os na Nova Zelândia e suas esposas <sup>c</sup>	478	26	Questionário autoaplicável enviado via postal	11,3 <sup>a</sup> (ND)	ND	67 (ND)
MC GURGAN(2001)	ND	Representativa	Irlanda	G&Os e suas esposas <sup>c</sup>	165	70	Questionário autoaplicável enviado via postal	7 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
WRIGHT(2001)	2000	Representativa	Reino Unido	Trainees de GO e suas esposas <sup>c</sup>	279	76	Questionário autoaplicável enviado via postal	15,8 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
GONEN(2002)	ND	Conveniência	Israel	G&Os e suas esposas <sup>c</sup>	257	39	Questionário autoaplicável enviado via postal para participantes de uma lista de participantes de congressos mensais de obstetria	9 (ND)	ND	34 <sup>a</sup> (28-40)
BACKE(2002)	ND	Conveniência	Noruega	G&Os/trainees de GO e suas esposas <sup>c</sup>	148	ND	Questionário autoaplicável distribuído em dois congressos	2 (ND)	ND	ND
MACDONALD(2002)	1999	Representativa	Escócia	G&Os do sexo feminino do país	90	90	Questionário autoaplicável enviado via postal	15,5 (ND)	33,33	54 (ND)

Tabela 2 - Dados dos estudos incluídos na revisão narrativa (continuação)

Estudo (autor/ano de publicação)	Ano de realização	Tipo de amostra	País	População de estudo	Tamanho da amostra	Taxa de resposta %	Instrumento, forma e local de coleta	Preferência por cesariana % (IC 95%)	Prevalência de cesariana % (IC 95%)	Concordância com cesariana a pedido % (IC 95%)
GROOM(2002)	1999	Representativa	Reino Unido	G&Os/trainees de GO e suas esposas <sup>c</sup>	307	54	Questionário autoaplicável enviado via postal	15 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
JACQUEMYN(2003)	2002	Representativa	Bélgica	G&Os da região de Flandres e suas esposas <sup>c</sup>	295	44	Questionário autoaplicável enviado via postal	2 <sup>a</sup> (ND)	ND	ND
BERGHOLT(2004)	2001	Representativa	Dinamarca	G&Os e suas esposas <sup>c</sup>	364	80	Questionário autoaplicável enviado via postal	1,1 <sup>a</sup> (ND)	(ND)	37,6 <sup>a</sup> (ND)
FARREL(2005)	2002	Conveniência	Canadá	Profissionais de saúde e suas esposas <sup>c</sup>	162(131 obstetras)	68(entre todos os participantes)	Questionário autoaplicável distribuído em um congresso de GO	6(entre todos os participantes) (ND)	32(entre todos os participantes) (ND)	24 <sup>d</sup> (percentual que oferece cesariana eletiva sem indicação) 84,5(ND)
WAX(2005)	2004	Representativa	EUA	G&Os da cidade de Maine e suas esposas <sup>c</sup>	110	71	Questionário autoaplicável enviado via postal	21,1(ND)	ND	84,5(ND)
TURNER	2008	Representativa (da população de obstetras de New South Wales)	Austrália/Nova Zelândia	G&Os da região de New South Wales e suas esposas <sup>c</sup> , outros profissionais de saúde e mulheres grávidas	166 obstetras	52(entre os obstetras)	Questionário autoaplicável enviado via postal	21 (entre obstetras) (15,3-28,2)	ND	ND
FINSEN(2008)	2007	Representativa	Noruega	G&Os e suas esposas <sup>c</sup> , outros médicos(a) e população geral do país	206	78(entre todos os participantes)	Questionário autoaplicável enviado via postal	ND	27 (ND)	ND
HANTOUSHZADEH(2009)	2007	Representativa	Irã	G&Os e residentes de GO do sexo feminino da cidade de Teerã	785	78	Questionário autoaplicável enviado via postal	34,4(46,6 entre residentes) (ND)	ND	ND
LATAIFEH(2009)	2007	Conveniência	Jordânia	G&Os e suas esposas <sup>c</sup>	315	70	Questionário autoaplicável distribuído em 5 congressos de GO	6,98 (ND)	ND	ND
FERRARI(2010)	2010	Representativa	Brasil	G&Os de Porto Velho/RO e suas esposas <sup>c</sup>	62	88	Questionário aplicado através de entrevista direta	35,5 <sup>a</sup> (ND)	79,2 (ND)	71 <sup>a</sup> (ND)
JOSEFSSON((2005)	2011	Representativa	Suécia	G&Os e suas esposas <sup>c</sup> e parteiras	845	66	Questionário autoaplicável enviado via postal	1,5(0,7 entre ginecologistas) <sup>a</sup> (ND)	ND	28,8(ND)

Tabela 3 - Dados dos estudos incluídos na revisão narrativa (continuação)

Estudo (autor/ano de publicação)	Ano de realização	Tipo de amostra	País	População de estudo	Tamanho da amostra	Taxa de resposta %	Instrumento, forma e local de coleta	Preferência por cesariana % (IC 95%)	Prevalência de cesariana % (IC 95%)	Concordância com cesariana a pedido % (IC 95%)
OUYANG(2013)	2010-2011	Conveniência	China	Staff feminino do Departamento de GO do Hospital de Hubei	77 <sup>d</sup>	71 <sup>d</sup>	Questionário autoaplicável distribuído em um hospital	53,2 <sup>d</sup> (percentual de cesarianas eletivas) (ND)	68,8 <sup>d</sup> (ND)	ND
LEGUIZAMON(2013)	2011-2012	Representativa	Brasil	G&Os da cidade de Joaçaba/SC e suas esposas <sup>c</sup>	11	84	Questionário autoaplicável (não há referência como foi feita a entrega)	0(ND)	ND	54,5
LIGHTLY(2014)	2011	Representativa	Inglaterra	G&Os da região sudoeste do país e suas esposas <sup>c</sup>	165	68	Questionário autoaplicável enviado via postal	10 <sup>a</sup> (ND)	26,5 (ND)	ND
KOVAVISARACH(2016)	2013	Representativa	Tailândia	G&Os membros da Thai e suas esposas <sup>c</sup>	370	19	Questionário autoaplicável enviado via postal	24,1 <sup>a</sup> (ND)	79,5 (ND)	53,3 <sup>a</sup> (ND)
SAHLIN(2016)	2011	Conveniência	Suécia	G&Os e suas esposas <sup>c</sup> e parteiras	55 G&Os	56	Questionário autoaplicável enviado via postal	0 (ND)	12,5 (ND)	30 (ND)
BIHLER(2017)	2017	Conveniência	Alemanha	Profissionais com experiência em uroginecologia de ambos os sexos e suas esposas <sup>c</sup>	189(170 G&Os)	44	Questionário autoaplicável <i>online</i> cujo link foi distribuído durante um congresso de uroginecologia	12,2 (ND)	ND	ND
RIVO(2018)	2016-2017	Conveniência	Argentina	G&Os/residentes de GO e suas esposas <sup>c</sup> e parteiras	168(129 G&Os/residentes de GO e parteiras)	90	Questionário autoaplicável distribuído em 4 hospitais da Província de Buenos Aires, em 4 cidades diferentes (2 hospitais públicos e 2 hospitais privados)	30,4 (entre todos os participantes) (ND)	56,2(entre todos os participantes)	67(entre todos os participantes)
AREF-ADIB(2013)	2018	Representativa	Reino Unido	Trainees de GO e suas esposas <sup>c</sup>	239	94	Questionário autoaplicável respondido <i>online</i>	21 (ND)	6 <sup>d</sup> (ND)	58,6 (ND)

a= variável conforme o cenário (apresentação não cefálica, presença de cesariana anterior, peso fetal acima de 4 kg etc); b= cesarianas eletivas primárias; c = no caso de participante do sexo masculino; d= somente G&Os; ND = não disponível.

### 4.3 Discussão

O interesse pela preferência dos(as) G&Os em relação à via de parto começou em meados da década de 90, com o trabalho pioneiro de Al-Mufti na Inglaterra[112]. Desde então, diversos pesquisadores realizaram trabalhos semelhantes ao da autora em diversos países, justificados pela importância da influência dos obstetras em relação à opinião de suas pacientes.

Os resultados da pesquisa de Al-Mufti et al causaram muita polêmica na época, pois relatou uma preferência dos(as) G&Os por cesariana de 17%, em uma gestação sem comorbidades, com feto cefálico, a termo e com peso de até 4 kg, ou seja, uma gravidez absolutamente normal, sendo o percentual de preferência maior entre as mulheres (31%). Àquela época, o debate acerca da cesariana a pedido médico ainda era incipiente e muitos médicos(as) viam como antiética a realização de um procedimento cirúrgico sem uma indicação médica que o justificasse, fato notório que ocorre até os dias atuais.

Nos estudos que fazem parte desta revisão narrativa, houve grande variação nos resultados. A forma como a pergunta sobre a preferência foi realizada nos diferentes estudos pode ter sido responsável em parte pelas diferenças encontradas. Entretanto, os resultados estão de acordo com literatura sobre a preferência pela cesariana nas mulheres em geral, que também mostra grande variação nos resultados[140-142].

Os países com as mais baixas preferências por cesarianas entre G&Os se situam ao norte da Europa. Três deles fazem parte dos países nórdicos (Noruega, Suécia e Dinamarca). Os outros dois são países vizinhos (Holanda e Bélgica). É provável que esses países europeus compartilhem de similaridades socioculturais e que estas sejam as principais determinantes da baixa preferência por cesariana entre obstetras desses locais. Macfarlane et al, ao analisarem as diferentes taxas de cesarianas em países da Europa, encontrou similaridades entre países geograficamente relacionados e sugeriu que essa proximidade geográfica pode ser responsável por práticas comuns relacionadas ao modo de como lidam com o parto[143].

De uma forma geral, a preferência dos(as) G&Os pela via de parto nos países desenvolvidos parece coincidir com a preferência da população em geral. Já nos

países em desenvolvimento, as diferenças parecem ser maiores, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 4 - Comparação entre a preferência dos(as) Ginecologistas & Obstetras(G&Os) e das mulheres em geral (%)

País	G&Os	Mulheres em geral
EUA	21,1	10,1 <sup>[142]</sup>
Reino Unido(média)	15,4	10,2 <sup>a[142]</sup>
Canadá	6	8,9 <sup>[142]</sup>
Holanda	1,4	N
Austrália/Nova Zelândia	16,15 <sup>b</sup>	13 <sup>[142]</sup>
Irlanda	7	1,5 <sup>[144]</sup>
Israel	9	N
Noruega	2	3,5 <sup>[145]</sup>
Bélgica	2	2,1 <sup>[145]</sup>
Dinamarca	1,1	3,5 <sup>[145]</sup>
Irã	34,4	31,7 <sup>[146]</sup>
Jordânia	6,98	N
Brasil <sup>c</sup>	35,5	25,25 <sup>b[102, 147-149]</sup>
Suécia	1,5	4,2 <sup>[145]</sup>
China	53,2	16,7 <sup>[150]</sup>
Tailândia	24,1	12,5 <sup>[151]</sup>
Alemanha	12,2	9,1 <sup>[142]</sup>
Argentina	30,4 <sup>d</sup>	7 <sup>[141]</sup>

a = média com base nos estudos de Wright et al e Groom et al;

b = média com base no(s) estudo(s) encontrado(s);

c = com base no estudo de Ferrari et al;

d= considerando que a maioria dos participantes do estudo era ginecologista/obstetra

N = não encontrada.

Por outro lado, as maiores taxas de preferência por cesariana foram encontradas em países em desenvolvimento, dentre eles, o Brasil. Os resultados estão de acordo com uma revisão sistemática sobre preferência por cesariana nas mulheres em geral e que encontrou as taxas de preferências por cesariana mais baixas em países desenvolvidos em comparação com os países em desenvolvimento[140].

Provavelmente, o modelo de atenção ao parto adotado nesses países tem papel fundamental na construção dessa “identidade cultural” relacionada à via de parto, mas não parece ser o único determinante, uma vez que os modelos de atenção ao parto são similares na Noruega e na Holanda[152], mas diferente na

Bélgica. Na Holanda, o parto domiciliar é bastante comum, enquanto na Bélgica o parto se dá mais em ambiente hospitalar, por exemplo[153].

Segundo Wagner, há três tipos de modelos de atenção ao parto no mundo: um altamente medicalizado e tecnológico, centrado no médico e com pouca participação de parteiras, adotado em países como os EUA, a Irlanda, Rússia, França, Bélgica e Brasil, dentre outros; um modelo chamado “humanizado”, com forte participação de parteiras e menos intervenções médicas, adotado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e um modelo intermediário entre os dois modelos acima, encontrado na Grã-Bretanha, no Canadá, Alemanha, Japão e Austrália[154]. Assim, mesmo entre países que adotam modelos similares de atenção ao parto, as taxas variam bastante, o que sugere que há outros fatores influentes.

Os EUA foram o único país desenvolvido com alta preferência por cesariana entre obstetras e isso pode ser explicado não somente por motivos socioculturais, mas também pelo modelo de atenção ao parto nesse país no ano do estudo, com grande participação das seguradoras de saúde, em detrimento do setor público. Fala a favor dessa tese o fato de um país vizinho com sistema público de saúde, o Canadá, ter uma taxa de preferência por cesariana mais baixa, assim como os demais países desenvolvidos estudados.

A grande variação na concordância com uma cesariana a pedido médico pode ser explicada pelos mesmos motivos expostos acima para explicar a variação na preferência por cesariana dos obstetras. Na presente revisão, a concordância com uma cesariana a pedido médico variou de 6[124] a 86%[125] e, apesar de parte dessa variação poder ser explicada pelas diferentes metodologias nos estudos, tal achado é comum nos estudos sobre este tema[155].

Habiba et al, em 2005, encontraram concordância com cesariana a pedido médico de 15% na Espanha, 19% na França, 22% na Holanda, 75% na Alemanha e 79% no Reino Unido, com taxas intermediárias nos demais países estudados. Os autores chegaram à conclusão que a diferença nas atitudes dos obstetras não se fundamenta nas evidências médicas, mas em outras variáveis como fatores culturais, responsabilidade legal e organização do cuidado pré-natal local[155].

Um indicador razoável da real opinião dos(as) G&Os sobre a cesariana é justamente essa prevalência de concordância com uma cesariana a pedido médico. Dificilmente os obstetras concordariam com um procedimento médico que fosse

aumentar significativamente o risco de vida da paciente e seu bebê, não somente por ser algo antiético, mas também porque os colocariam em risco de litigância, que é justamente o que muitos obstetras querem evitar quando realizam uma cesariana a pedido médico[155-158]. Entretanto, o melhor indicador da real opinião desses profissionais talvez seja a prevalência de cesarianas nos seus próprios partos. Nos estudos em que foi possível identificar essa prevalência, à exceção do trabalho de Aref-Adib et al, a prevalência de cesarianas ficou acima da preferência por cesariana. Na Noruega, Finsen et al encontraram prevalência de cesariana de 27% entre os G&Os[127], bem acima da preferência por eles/elas no país, que foi de 2%[119].

Na maioria dos países em que foi possível identificar a prevalência de cesarianas entre os G&Os, elas ficaram acima das taxas de cesariana na população em geral (Tabela 3). Não é possível fazer uma análise aprofundada desse achado, pois estaríamos comparando indicadores diferentes. Três estudos compararam o tipo de parto entre os G&Os e a população em geral. No estudo de Finsen et al, na Noruega, a prevalência de cesariana entre G&Os foi de 27% *versus* 12% na população em geral. Entretanto, naquele país, médicas em geral, e até mesmo parteiras, têm taxas de cesariana mais altas do que as da população[159]. Já na Suécia[136] e no Reino Unido[134], não houve diferença no tipo de parto entre os G&Os e a população em geral.

Tabela 5 - Comparação entre a prevalência de cesarianas entre Ginecologistas & Obstetras(G&Os) e taxa de cesarianas das mulheres em geral (%)

País	G&Os	Mulheres em geral
Escócia	33,3	24,5 <sup>[160]</sup>
Inglaterra	26,5 <sup>a</sup>	23,8 <sup>[161]</sup>
Canadá	32	22 <sup>[162]</sup>
Noruega	27	15,7 <sup>[163]</sup>
China	68,8	40,5 <sup>[162]</sup>
Tailândia	79,5	39,4 <sup>[164]</sup>
Brasil	79,2	53 <sup>[81]</sup>
Suécia	12,5	16,7 <sup>[163]</sup>
Argentina	56,2 <sup>b</sup>	43,1 <sup>[165]</sup>

a = com base no estudo de Lightly et al

b= considerando que a maioria dos participantes do estudo era ginecologista/obstetra

Conforme observado nos resultados dos estudos, houve ainda ampla variação na preferência entre obstetras do sexo masculino e feminino em relação à preferência por cesariana, o que, mais uma vez, serve de indício de que os obstetras não se baseiam somente na literatura médica quando o assunto se trata da sua própria saúde ou da saúde de seus familiares. Em alguns estudos, houve uma preferência maior por cesariana entre G&Os do sexo masculino, enquanto em outros, foram as G&Os que mais tiveram uma preferência pela cesariana.

Os principais motivos relatados pelos(as) G&Os para preferirem uma cesariana, por sua vez, foram mais uniformes e diferem dos motivos relatados pelas mulheres em geral, se resumindo basicamente a preocupações relacionadas à integridade do assoalho pélvico, IU futura e segurança do bebê. Já na população em geral, os motivos que levam uma mulher a preferir um parto por via vaginal dizem respeito à sua recuperação mais rápida, sendo componente importante a experiência anterior positiva com esse tipo de parto[102, 166, 167]. Já os principais motivos que levam uma mulher a escolher uma cesariana são o medo da dor no parto vaginal, medo do trabalho de parto em si e preocupações com a segurança do bebê, tanto no Brasil quanto em outros países [102, 168-173]. Tal diferença é, de certa forma, esperada, uma vez que os(as) G&Os detêm o conhecimento técnico relativo às complicações do parto vaginal e, além disso, são eles(as) que cuidam dessas complicações habitualmente.

Em um primeiro momento, alguém poderia imaginar que as decisões dos(as) G&Os em relação à via de parto são embasadas somente em evidências científicas, mas basta um olhar mais cuidadoso para o fenômeno para notar que esta hipótese não se sustenta, pois caso isso ocorresse, deveríamos encontrar uma maior uniformidade na preferência dos obstetras em relação às vias de parto, a não ser que o grau de conhecimento dos G&Os sobre os riscos e benefícios de uma cesariana sofresse uma variação da mesma amplitude entre os países, o que não é plausível, já que os motivos alegados para escolherem uma cesariana foram sempre os mesmos. O que parece ocorrer é que os homens e mulheres, G&Os ou não, têm suas próprias visões sobre o parto, que são formadas ao longo de suas vidas e influenciadas por diversos fatores socioculturais, como a mídia, o *status* social, demandas relacionadas aos seus trabalhos, familiares, parceiros(as) etc, e que, na hora de justificarem suas escolhas, o fazem utilizando os recursos cognitivos que lhes estão disponíveis. Por exemplo, na Tailândia, o principal motivo alegado por



obstetras para preferir um parto vaginal para si foi que “era o jeito natural de dar à luz”[135]

Assim, é completamente lógico que G&Os que trabalhem em condições adversas ou que atuem em países nos quais as complicações relacionadas ao parto vaginal ganhem destaque na mídia e que gerem alta litigância adquiram uma maior aversão ao parto vaginal do que G&Os que trabalhem em condições favoráveis. Isso pode explicar em parte o porquê das mais baixas preferências por cesariana terem sido relatadas nos países desenvolvidos, notadamente os nórdicos, e as mais altas preferências terem sido relatadas nos países em desenvolvimento.

Por fim, cumpre alertar que metade dos estudos utilizados nesta revisão foi realizada há mais de uma década e que desde então a preferência dos obstetras nos países estudados pode ter mudado. Apesar de Groom et al não terem encontrado mudança na opinião de G&Os e trainees de GO em um período de 4 anos no Reino Unido[121] - entre 1996 e 1999<sup>3</sup> - um novo estudo publicado em abril de 2018 evidenciou aumento na preferência de *trainees* de GO no Reino Unido, passando de 15% em 2000[117] para 21% em 2018[139]. Isso justifica a necessidade de realização de novos estudos sobre um tema tão importante, uma vez que os(a) G&Os podem atuar como influenciadores das decisões de suas pacientes em suas escolhas pela cesariana ou pelo parto vaginal.

#### 4.3.1 Limitações do estudo

Esta foi uma revisão narrativa, e não uma revisão sistemática da literatura, pelas seguintes características: a) não houve uma busca exaustiva dos estudos, pois não incluiu a literatura cinzenta (por exemplo, resumos de trabalhos apresentados em congressos especializados e bases de dados de revistas especializadas), nem busca manual em revistas; b) a seleção dos estudos e a extração dos dados foram realizadas somente por um revisor; c) não foi realizada avaliação do risco de viés dos estudos incluídos. Como foram incluídos vários estudos, fosse uma revisão sistemática, possivelmente seria realizada análise formal

---

<sup>3</sup> No texto, os autores se confundiram e utilizaram como referência o primeiro artigo publicado por Al-Mufti em 1996 e que foi republicado em outra revista em 1997. Na verdade, diferentemente do relatado no trabalho, a amostra de Al-Mufti foi de 1996. Assim, a variação temporal avaliada no estudo não foi de 5 como indicado, mas de 4 anos.

de heterogeneidade entre os estudos incluídos, e os resultados seriam sumarizados através de meta-análise.

Optamos por uma revisão narrativa pela falta de recursos para a realização de uma revisão sistemática. Uma revisão narrativa tem maior risco de viés, oferecendo menos segurança quanto à validade dos resultados obtidos e das conclusões a que chegamos. De qualquer forma, mesmo sendo uma revisão narrativa, e não sistemática, foi possível descobrir a grande variação existente na preferência e prevalência de cesariana entre obstetras no mundo.

## 5 A PREFERÊNCIA PESSOAL E PREVALÊNCIA DE CESARIANAS EM UMA AMOSTRA DE OBSTETRAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (MANUSCRITO 2)

### 5.1 Métodos

#### 5.1.1 Elaboração do questionário

Na falta de um questionário pré-validado em português, criei, com base nas informações constantes nos estudos já realizados que avaliaram a preferência por cesariana dos(as) G&Os e seus tipos de parto, além de suas atitudes em relação à cesariana a pedido, um questionário anônimo e autoaplicável.

Em fevereiro de 2017, recebi a resposta a um dos *e-mails* que eu havia enviado para diversos autores de trabalhos sobre preferência em médicos obstetras, podendo notar que o questionário que eu havia criado era bastante parecido com o utilizado no trabalho da pesquisadora.

O questionário foi revisto por dois pesquisadores com experiência em pesquisas epidemiológicas, sendo um deles obstetras, além do meu orientador, e foi testado em 15 G&Os/residentes de GO, em três etapas, durante o seu processo de elaboração.

A versão final do questionário utilizado se encontra no Anexo A, ao final da tese. Nele, as respostas podem ser dadas através de uma série de opções, cabendo ao(à) respondente apenas assinalar a opção ou as opções correspondentes às suas respostas (perguntas fechadas). Caso as opções não correspondam à resposta desejada pela(o) participante, há espaço para que ele/ela escreva a resposta que achar mais adequada em algumas perguntas (perguntas semiabertas).

O questionário preservou a privacidade dos(as) participante(s) e todos(as) aqueles(as) que foram entrevistados diretamente assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), que foi arquivado separadamente dos questionários preenchidos. Foi oferecida uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todos os participantes. No caso de a pesquisa ter sido

realizada através do *software* “Survey Monkey”, o TCLE constava como página inicial e o consentimento foi presumido para os que responderam.

Já com o questionário pronto, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Pedro Ernesto, sendo aprovado de acordo com o Parecer número 2.138.839. O projeto foi submetido mais duas vezes ao CEP, para solicitar autorização para a coleta dos dados no congresso de Belém e nos hospitais selecionados para o estudo.

### 5.1.2 Acesso aos participantes da pesquisa de campo

Após autorização dos responsáveis, eu pude frequentar os seguintes locais para obter a população do estudo:

1) 41º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, organizado pela Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGORJ), no Windsor Barra Hotel, ocorrido entre os dias 6 a 8 julho de 2017;

2) 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, organizado pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), no Hangar - Centro de Convenções e Feiras da Amazônia, em Belém, ocorrido entre os dias 15 e 18 de novembro de 2017; e

3) Obstetras empregados em quatro grandes maternidades situadas no Estado do Rio de Janeiro, durante o mês de dezembro/2017. As maternidades foram escolhidas devido à minha facilidade de acesso a elas, pois eu conhecia os responsáveis pelas autorizações necessárias para a coleta dos dados. Tais maternidades possuem as seguintes características: maternidade pública estadual, situada no município de Saquarema, com perfil de alto risco materno, mas que atende também gestações de baixo risco, sendo referência para toda a região dos Lagos; maternidade pública municipal, situada no município de Niterói, com perfil de baixo risco, que atende a população daquele município; maternidade pública estadual, situada no município de Mesquita, com perfil de atendimento às gestações de baixa e média complexidade, que atende a população da baixada fluminense; e maternidade pública estadual, situada no município de São João de

Meriti, com perfil de atendimento às gestações de médio e alto riscos materno/fetal, sendo referência para a população da baixada fluminense. Nenhuma dessas maternidades era maternidade-escola.

Durante o 41º Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, eu e uma assistente abordamos diretamente os(as) participantes, explicando os objetivos da pesquisa e convidando-os(as) a participarem dela. Não foi realizada nenhuma seleção prévia dos congressistas que iriam ou não sofrer a abordagem. Ao ser feita a abordagem, era perguntado ao(à) participante se ele/ela tinha formação em GO ou se era residente de GO, atuante no Estado do Rio de Janeiro. Em caso de resposta afirmativa, procedia-se ao convite para participação. A mesma estratégia foi utilizada durante o 57º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, em Belém, com o cuidado de perguntar primeiro ao(à) participante se ele/ela já havia respondido à pesquisa no Congresso da SGORJ.

Em relação à pesquisa nos hospitais, visitei sozinho cada uma das maternidades, que foram escolhidas por terem um número grande de obstetras. À exceção de um dos hospitais, eu nunca tinha visitado tais unidades hospitalares. Procurei pelos obstetras nas maternidades durante os meses de novembro e dezembro de 2017. Após passar por todos os dias de plantão, consegui, junto às chefias dos três hospitais, que me incluíssem em seus grupos de *whatsapp*, utilizados para o corpo de obstetras de cada hospital, nos quais tive acesso ao contato telefônico de todos os(as) G&Os das unidades.

Enviei, então, mensagem de pela aplicativo *whatsapp* a todos(as) os(as) G&Os dos hospitais, exceto para os(as) G&Os de um dos hospitais que eu já sabia terem respondido à pesquisa pessoalmente, explicando que já tinha visitado os hospitais à procura de participantes para a pesquisa e convidando a todos(as) para respondê-la, caso ainda não a tivesse respondido nos congressos ou nos próprios hospitais. Solicitei a todos(as), ainda que não se interessassem pela pesquisa, que informassem, se possível, os motivos e, caso já tivessem participado, que também me fosse informado. Essa parte da coleta dos dados se estendeu até abril de 2018.

### 5.1.3 População e local de estudo

Uma amostra não representativa (de conveniência) de G&Os e residentes de GO no Estado do Rio de Janeiro. O critério de inclusão foi ter especialização em

GO, ou ser residente dessa especialidade, e atuar como médico(a) no Estado do Rio de Janeiro, independentemente do sexo, pois a estimativa da prevalência de cesarianas nas esposas dos participantes do sexo masculino foi feita a partir das respostas destes e não daquelas.

#### 5.1.4 Desenho do Estudo

Estudo seccional.

#### 5.1.5 Tamanho da amostra

O cálculo da amostra baseou-se no objetivo geral, ou seja, estimar a prevalência de cesarianas em médicas obstetras e mulheres de médicos obstetras no Estado do Rio de Janeiro.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), o Estado do Rio de Janeiro contava em 2015 com 2.748 ginecologistas/obstetras[174]. A prevalência esperada de cesarianas nesta população foi de 90%. Aceitando uma estimativa com limites de confiança de 5% (precisão de cinco pontos percentuais para cima e para baixo), para intervalo de confiança de 95%, o tamanho da amostra seria 132 indivíduos.

Como não podemos ter certeza da prevalência esperada de 90%, fizemos também os cálculos considerando prevalências de 80, 70, 60 e 50%. No cenário mais desafiador, i.e., de prevalência de 50%, o tamanho da amostra seria de 338 indivíduos.

Considerando as estimativas previstas nos objetivos específicos e presumindo prevalências de cerca de 50% nos subgrupos sendo investigados, um tamanho de amostra seguro para realizar todas as estimativas de prevalência previstas seria de 676 indivíduos.

#### 5.1.6 Análise dos dados

O banco de dados foi criado através do *software* EPIDATA e analisado utilizando os Programas Estatísticos EPINFO e SPSS.

Foram estimados prevalências e intervalos de confiança de 95%.

Para confirmar que não houve resposta em duplicidade, procurei, cruzando o sexo, ano de formatura e data de nascimento dos participantes, por possíveis

respondentes que tivessem participado da pesquisa em mais de uma fase da coleta de dados.

## 5.2 Resultados

O congresso da SGORJ contou com 720 participantes, sendo 550 médicos. Segundo a secretaria da SGORJ, não é possível, através das inscrições, determinar quem dos participantes tinha formação em GO ou não, pois as inscrições foram realizadas através somente do nome e registro médico dos participantes, não havendo no formulário campo para que informassem suas formações. Duzentos e dezesseis participantes do congresso foram abordados. Destes, 3 se recusaram a participar formalmente da pesquisa e 1 pegou o questionário e saiu às pressas, dizendo que entregaria em outro momento. No total, 212 G&Os/residentes de GO responderam ao questionário nesse congresso.

O congresso da FEBRASGO, em Belém, contou com 207 inscritos do Rio de Janeiro. No congresso, os participantes, diferentemente do que ocorre em boa parte dos congressos médicos nacionais, não tinham nem seus crachás a indicação do seu Estado de origem, o que dificultou sobremaneira a identificação dos participantes provenientes do Estado do Rio de Janeiro. Também não foi permitido pela coordenação do evento que eu e minha assistente ficássemos parados em um local para que recebêssemos questionários daqueles participantes que optassem por fazê-lo em outro momento. De 60 obstetras encontrados do Rio de Janeiro, 7 já haviam respondido à pesquisa no congresso da SGORJ. Houve apenas 1 recusa e 3 questionários que não foram devolvidos. No total, 49 G&Os/residentes de GO responderam ao questionário nessa etapa.

Durante a etapa de coleta de dados nos 4 hospitais, 64 G&Os responderam à pesquisa presencialmente e 50 responderam à pesquisa online. Primeiro, foi tentada a coleta presencial. Após essa fase, enviei mensagens de *whatsapp* para todos os elegíveis nas listas que recebi dos chefes das maternidades, incluindo aqueles que já haviam respondido presencialmente, pois como o questionário era anônimo, não foi possível identificá-los previamente (139 elegíveis). Apenas 2 obstetras da maternidade de Saquarema participaram dessa etapa, pois eu já conhecia os 18 respondentes que haviam respondido à pesquisa presencialmente. Tive o cuidado

de excluir aqueles(as) que estavam duplicados(as) nas listas apresentadas. Houve 2 recusas quando da realização da pesquisa presencial e 2 recusas quando da realização da pesquisa online. Quarenta e seis elegíveis para a pesquisa *online* não responderam as mensagens e/ou não foram encontrados durante as visitas aos hospitais e 41 elegíveis responderam que já haviam respondido à pesquisa anteriormente. O número total de elegíveis nos hospitais foi de 157 pessoas, sendo que, destes, 114 responderam à pesquisa. Uma participante que respondeu à pesquisa *online* foi excluída da amostra, pois, durante a procura por dados duplicados, descobri que ela já havia participado da pesquisa no congresso da SGORJ no ano anterior.

Assim o número total de G&Os/residentes de GO elegíveis abordados em todas as etapas do estudo foi 426 (269 nos congressos e 157 nos hospitais), com 374 respostas incluídas neste estudo (261 nos congressos e 113 nos hospitais), o que dá uma taxa de resposta de 88%.

Do total de 374 participantes, 75% eram do sexo feminino (n=280). A maior parte (78%) possuía residência/pós-graduação em GO, sendo 70 residentes (19%). A média de idade, considerando as datas 18/11/2017 para os participantes dos congressos, 30/11/2017 para os participantes de hospitais cuja coleta foi realizada presencialmente e 30/04/2018 para os participantes que responderam à pesquisa *online* foi 42 anos, com desvio-padrão de 13 (24-81; mediana 39; moda 32). Os dados demográficos dos respondentes, separados por sexo, podem ser observados na tabela 4.



Tabela 6 - Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% das características sociodemográficas dos(as) respondentes, em uma amostra de obstetras do sexo feminino e masculino no Rio de Janeiro, 2017

Características	Masculino	Feminino	Número total
% (IC 95%)			
<u>Idade</u>			
<31	8 (3-16)	92 (83-97)	77
31-40	20(13-28)	80(72-86)	129
41-50	32(21-44)	68(55-78)	71
51-60	32(20-45)	68(54-80)	57
> 60	50(34-66)	50(34-66)	40
Total	25(21-29)	75(70-79)	374
<u>Formação</u>			
Residente	9(3-17)	91(82-96)	70
Especialista	28(22-33)	72(67-77)	292
Não respondeu	50(21-78)	50(21-78)	12
<u>Exercício da obstetrícia</u>			
Sim	22(18-27)	78(73-82)	323
Não	43(29-57)	57(42-70)	51
<u>Setor no qual exerce a obstetrícia</u>			
Público	15(9-23)	85(76-90)	110
Privado	28(18-40)	72(60-82)	68
Ambos	24(17-32)	76(68-82)	145
Total	22(18-27)	78(73-82)	323
<u>Fonte dos dados</u>			
Congressos	29(23-35)	71(65-76)	261
Hospitais	15(8-21)	85(78-91)	113
Total	25(21-29)	75(70-79)	374

Conforme se pode observar, 323 respondentes relataram exercer a obstetrícia (86%), sendo que destes, apenas 68 atuam somente no setor privado (21%). Dos(as) que exercem a obstetrícia, o percentual de mulheres é maior que o de homens. Estes, além de exercerem menos a obstetrícia, quando a exercem, o fazem menos em hospitais, cujo percentual de mulheres é maior do que o encontrado na amostra geral de participantes conforme o sexo.

O percentual de mulheres na faixa etária abaixo dos 31 anos é consideravelmente superior ao de homens, chegando a 92% (71/77) dos(as) respondentes, coincidindo com o percentual de mulheres na amostra de residentes que participou do estudo (91%). Já na faixa etária acima dos 60 anos, não há diferença no percentual entre homens e mulheres

Também houve grande diferença entre os sexos segundo a fonte de coleta dos dados, com um percentual maior de mulheres na amostra coletada nos hospitais que naquela oriunda dos congressos (85 *versus* 71%, respectivamente)

Dos(as) 374 respondentes, 30% (n=109) disseram preferir uma cesariana para si/companheira (Tabela 2). Oitenta e quatro mulheres preferiram a cesariana como via de parto para si (30%), enquanto 25 homens (27%) disseram preferir essa via de parto para suas companheiras. A preferência por cesariana entre as obstetras que tinham pelo menos 1 filho(a) foi superior à preferência por cesarianas entre obstetras nuligestas, sendo de 36%(IC 95% 30-43) e 20%(IC 95% 14-27), respectivamente.

A tabela 5 mostra a via de parto preferencial para si/companheira relatada pelos respondentes segundo algumas características demográficas.

Tabela 7 - Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% da via de parto preferencial para si ou companheira em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017

Via de parto preferencial para si/companheira	Vaginal com analgesia, se necessário % (IC 95%)	Cesariana	Número que não respondeu	Número que respondeu
Total	70 (66-75)	30 (25-34)	2	372
<i><u>Conforme o sexo</u></i>				
Masculino	73 (63-82)	27 (17-35)	0	93
Feminino	70 (64-75)	30 (25-35)	2	281
<i><u>Conforme o exercício ou não da obstetrícia</u></i>				
Exerce a obstetrícia	71 (66-76)	29 (25-35)	1	323
Não exerce a obstetrícia	66 (51-79)	34 (21-48)	1	51
<i><u>Conforme o setor de exercício da obstetrícia</u></i>				
Público	82 (73-88)	18 (11-27)	1	110
Público e privado	70 (61-77)	30 (23-38)	0	145
Privado	59 (46-70)	41 (29-53)	0	68
<i><u>Conforme a formação</u></i>				
Residente	81 (70-89)	19 (10-30)	1	70
Especialista	69 (63-74)	31 (26-36)	1	292
Não informou a formação	58 (27-84)	42 (15-72)	0	12
<i><u>Conforme a paridade</u></i>				
Não tem filhos(as)	80 (73-86)	20 (14-27)	0	159
Tem filhos(as)	64 (57-70)	36 (30-43)	2	215
<i><u>Conforme o tipo de parto experimentado</u></i>				
Teve pelo menos 1 cesariana	55 (47-62)	45 (36-52)	2	172
Só partos vaginais	96 (80-100)	4 (0-20)	2	26

Os principais motivos alegados para preferência conforme a via de parto escolhida pelos(as) respondentes podem ser vistos na tabela 6. A soma dos

percentuais é maior que 100% porque os(as) respondentes podiam marcar mais de uma opção no questionário.

Tabela 8 - Prevalência (%)\* e intervalo de confiança 95% dos principais motivos alegados para preferência conforme a via de parto escolhida em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017

Motivo alegado	% (IC 95%)
<i>Cesariana (n=109)</i>	
Maior segurança para o bebê	50 (40-58)
Possibilidade de poder planejar o nascimento do bebê	50 (40-58)
Medo de lesão perineal	45 (35-54)
Medo da dor durante o trabalho de parto	39 (30-48)
Maior segurança para a mãe	25 (16-32)
Medo de futuro impacto na função sexual	23 (15-30)
<i>Vaginal, com analgesia se necessário (n=263)</i>	
Recuperação mais rápida	79 (73-83)
Menor risco de infecção pós-parto	51 (44-57)
Maior segurança para a mãe	40 (34-45)
Acreditar que o parto deve ser o menos medicalizado possível	37 (31-43)
Maior segurança para o bebê	33 (27-38)
Menor risco de hemorragia pós-parto	29 (23-34)

\* A soma dos percentuais é maior que 100% porque os(as) respondentes podiam marcar mais de uma opção no questionário.

O número de respondentes com pelo menos 1 filho(a) foi 215. A prevalência de cesarianas na primeira gestação foi de 76% (n=163). O número de obstetras/companheiras com pelo menos 1 cesariana foi 172, correspondendo a 80% dos(as) respondentes com filhos(as) (Tabela 7).

Nas esposas de médicos obstetras, a prevalência de cesarianas no primeiro parto foi de 82% (n=54), superior à prevalência de cesarianas no primeiro parto das médicas obstetras, que foi de 73% (n=109) (Tabela 4). Cinquenta e seis companheiras de obstetras tiveram pelo menos 1 cesariana (85%), enquanto que o número de médicas obstetras em situação semelhante foi 116 (78%). A média de idade com que as médicas obstetras tiveram seu/sua primeiro(a) filho(a) foi 30 anos (DP 3; mediana 30; moda 30). Já nos homens, esses valores foram de 31 anos (DP 5; mediana 31; moda 33). Na tabela 4 estão apresentados os tipos de partos entre as obstetras/companheiras com filho(a)(s).

Tabela 9 - Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% do tipo de parto\* relatado para si própria ou companheira entre os(as) respondentes que já têm/tiveram filho(a)(s), em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017

Tipo de parto	Vaginal	Vaginal com analgesia	Cesariana	Número que não respondeu	Número que respondeu
% (IC 95%)					
<i>Em todos os(as) respondentes com filho(as)</i>					
1º filho(a)	14 (10-19)	10 (6-14)	76 (69-81)	0	215
2º filho(a)	11 (6-17)	11 (6-17)	78 (70-84)	0	139
3º filho(a)	17 (3-29)	14 (1-24)	69 (51-84)	1	31
Total	13 (9-16)	10 (7-13)	77 (71-80)	1	385*
<i>Nas médicas obstetras</i>					
1º filho(a)	17 (10-22)	10 (5-14)	73 (66-80)	0	149
2º filho(a)	13 (6-19)	10 (3-15)	77 (68-85)	0	93
3º filho(a)	17 (0-33)	11 (0-25)	67 (44-88)	1	18
Total	15 (11-19)	10 (6-13)	75 (68-79)	1	260
<i>Nas esposas dos obstetras</i>					
1º filho(a)	9 (2-16)	9 (2-16)	82 (72-91)	0	66
2º filho(a)	7 (0-13)	13 (3-22)	80 (69-91)	0	46
3º filho(a)	15 (0-35)	15 (0-35)	70 (44-94)	0	13
Total	9 (3-13)	11 (5-16)	80 (55-72)	0	125

\* Notar que apesar de serem 215 participantes com filho(a)(s), foram 385 partos, pois alguns/algumas participantes tiveram mais de um(a) filho(a). Os números nesta tabela referem-se ao número de partos, e não ao número de participantes.

Das cesarianas primárias realizadas (n=163), 117(72%) ocorreram com indicação médica, não havendo diferença no percentual de indicação médica nas cesarianas realizadas nas médicas obstetras e nas companheiras de médicos obstetras (Tabela 8). Entretanto, houve mais indicação médica nas cesarianas primárias realizadas nas participantes que relataram preferir a via vaginal do que nas que relataram preferir a cesariana (88 e 53%, respectivamente). Essas mesmas

prevalências, excluindo as companheiras dos obstetras homens da amostra, foram 91 e 53%, respectivamente.

As principais indicações médicas para realização de cesarianas no grupo de respondentes que referiu preferência pela via vaginal/vaginal com analgesia, em relação ao total de partos cesáreos com indicação médica, foram: sofrimento fetal agudo (SFA), com 25% (n=21); apresentação pélvica 20% (n=17), doença materna 19% (n=16), falha de indução no motivo “outros” 15% (n=13), ruptura prematura das membranas ovulares 14% (n=12) e macrossomia fetal 9% (n=8). Já as principais indicações nas cesarianas do grupo de respondentes que referiu preferência pela cesariana, em relação total de partos cesáreos com indicação médica, foram: doença materna 21% (n=10), ruptura prematura das membranas ovulares 17% (n=8), SFA 13% (n=6); desproporção cefalopélvica (DCP) 13% (n=6); sofrimento fetal crônico (SFC) 13% (n=6) e idade no item “outros” 10% (n=5).

A idade gestacional média nas cesarianas primárias foi de 38,08 (DP 2,28; 25-42; mediana 39; moda 39). Quando não houve indicação médica para realização da cesariana primária, a idade gestacional média foi de 38,55 semanas (DP 0,94; 37-40; mediana 39; moda 39). Já nas cesarianas primárias com indicação médica, a idade gestacional média foi de 37,89 semanas (DP 2,6; 25-42; mediana 39; moda 39).

Na tabela 8 estão os percentuais de indicação médica nas cesarianas, conforme o sexo e via de parto preferencial relatada pelos(as) respondentes.

Tabela 10 - Prevalência (%) e intervalo de confiança 95% das indicações médicas nos partos cesáreos das respondentes e companheiras dos respondentes em uma amostra de obstetras no Rio de Janeiro, 2017

Indicação médica	Sim	Não	Número que não respondeu	Número que respondeu
	% (IC 95%)			
<i>Em todos(as) os(as) respondentes com cesarianas</i>				
1º filho(a)	72 (64-78)	28 (20-37)	1	163
2º filho(a)	72 (56-74)	35 (25-43)	0	109
3º filho(a)	67 (46-86)	33 (13-53)	0	21
Total	69 (63-74)	31 (25-36)	1	293
<i>Nas médicas obstetras</i>				
1º filho(a)	72 (63-80)	28 (20-36)	0	109
2º filho(a)	68 (57-78)	32 (21-42)	0	72
3º filho(a)	75 (50-99)	25 (0-49)	0	12
Total	70 (63-76)	30 (23-36)	0	193
<i>Nas esposas dos obstetras</i>				
1º filho(a)	72 (60-84)	26 (14-37)	1	54
2º filho(a)	59 (43-75)	41 (24-56)	0	37
3º filho(a)	56 (23-88)	44 (12-76)	0	9
Total	66 (59-75)	33 (24-44)	1	100
<i>Conforme a via de parto preferencial para si (somente a primeira cesariana)</i>				
Vaginal (com analgesia, se necessário)	88 (80-94)	12 (5-19)	0	88
Cesariana	53 (42-64)	45 (33-56)	1	73
Total	72 (64-78)	28 (21-35)	1	163

## 5.3 Discussão

### 5.3.1 A população de estudo

Em primeiro lugar, é necessário tecer alguns comentários em relação à estratégia de coleta dos dados nesta pesquisa e o porquê de termos escolhido uma

amostra de conveniência, em vez de uma amostra representativa da população de G&Os do Estado do Rio de Janeiro.

A ideia inicial era que o questionário fosse realizado todo de forma *online*, através de um *link* enviado pela SGORJ aos seus associados (em torno de 1500 G&Os). Entretanto, após conversar com pessoas experientes em pesquisas com médicos no Brasil e procurar na literatura trabalhos realizados com médicos, notei um risco alto de não obter resposta.

Em 2012, a FEBRASGO realizou uma pesquisa *online* com G&Os associados à entidade. Dos cerca de 15.000 associados, apenas 1.960 responderam à pesquisa, o que dá uma taxa de resposta de 11%[175]. Considerando essa taxa de resposta para o presente estudo e o número de associados da SGORJ, eu teria um total de apenas 165 respondentes, número insuficiente para atingir o tamanho de amostra calculado para a presente pesquisa. Ainda que a taxa de resposta fosse suficiente para atender o nível de precisão desejada das estimativas, o fato de ela ser baixa nos deixaria inseguros quanto ao alto risco de viés de seleção.

Por outro lado, a estratégia de coleta direta do questionário, quando eu me apresentava como obstetra aos participantes dos congressos e nos hospitais, resultou em uma taxa de resposta alta, que só não foi maior justamente porque parte dos(as) elegíveis foram contatados(as) através de mensagens enviadas através de um aplicativo, ainda que eu também me apresentasse como obstetra, ora pesquisador.

Segundo Scheffer et al, o Estado do Rio de Janeiro, ao final de 2017, contava com 2.904 médicos(as) registrados na especialidade de GO. Os autores realizaram um grande inquérito sobre a população de médicos no Brasil, que deu origem ao livro “Demografia Médica”. Entretanto, eles não fizeram a divisão por sexo dos G&Os conforme o Estado, fazendo-a apenas nacionalmente. Segundo o inquérito, no Brasil, as mulheres compõem 56,1% da especialidade[176]. Entretanto, esse percentual pode ser diferente no Estado do Rio de Janeiro.

No sítio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), é possível obter a lista nominal com todos os médicos cadastrados na especialidade de GO nos Estados. Após remoção dos nomes duplicados, pude descobrir o sexo dos cadastrados em 97% dos casos, encontrando, no Estado do Rio de Janeiro,



3.417 médicos(as) cadastrados(as) na especialidade de GO<sup>4</sup>. O percentual por sexo foi de aproximadamente 60% de mulheres e 37% de homens. Em 3% dos casos não pude ter certeza, através do nome, se se tratava de homem ou mulher.

Tais percentuais se aproximam muito dos encontrados na minha amostra, se descartarmos os(as) respondentes que são médicos(as) residentes e aqueles(as) cujas fontes foram os hospitais, pois notadamente há um percentual consideravelmente maior de mulheres trabalhando nas maternidades e nos cursos de residência de GO, além do fato da média de idade ter sido maior entre os(as) participantes dos congressos do que entre os(as) participantes que trabalham nos hospitais, excluindo os(as) residentes da análise (48 *versus* 37 anos, respectivamente). Isso explica o porquê do percentual de mulheres na amostra total ter sido maior que o esperado, pois se há mais mulheres se formando em GO nos últimos anos e há mais mulheres nos cursos de residência da especialidade, a coleta de dados em um local com residentes ou com uma população mais jovem seguirá a tendência de formação na especialidade segundo o gênero.

### 5.3.2 A prevalência de cesarianas e a preferência por essa via de parto

O principal resultado deste estudo foi a altíssima prevalência de cesariana entre ginecologistas e obstetras, chegando a 76% no primeiro filho, apesar da sua preferência maior pelo parto vaginal (64% naqueles(as) que já tiveram filho e 80% naqueles(as) sem filhos). Esta é uma das maiores taxas de prevalência de cesarianas em obstetras já relatada no mundo[120, 123, 124, 126, 132, 134, 135, 139].

Este resultado está de acordo com o estudo de Ferrari et al, onde foi encontrada prevalência de 79% de cesarianas nos(as) G&Os/esposas de G&Os de Porto Velho/RO, uma cidade com população estimada de 519.436 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>5</sup>, situada no norte do Brasil e com 92 G&Os cadastrados no sítio do CNES em março/2018, características sociodemográfica bastante diversas do Estado do Rio de Janeiro.

As taxas de cesarianas no setor privado no país são semelhantes em diversas cidades, sendo de 84% em Ribeirão Preto[109], 86% em Feira de

<sup>4</sup> Disponível em [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Profissional\\_Listar.asp?Vcbo=225250&VListar=1&VEstado=33&VMun=<Último acesso em 13/05/2018>](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_Listar.asp?Vcbo=225250&VListar=1&VEstado=33&VMun=<Último acesso em 13/05/2018>)

<sup>5</sup> Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/porto-velho/panorama>

Santana/BA[110], 90% em Campinas/SP[177], 86% em Rio Grande/RS[178], 98% em São Luís/MA e 85% no Brasil[81]. Esses dados sugerem que a relação dos(as) G&Os brasileiros(as) com a cesariana na rede privada de saúde tem certa homogeneidade país afora, o mesmo podendo ocorrer em relação às suas opiniões e atitudes relativas a uma cesariana para si.

O Brasil ocupa uma das primeiras posições de cesarianas em G&Os/esposas de G&Os no mundo, se consideramos os resultados encontrados na revisão narrativa desta tese. Naqueles estudos, a maior prevalência encontrada fora do Brasil foi de 79,5%, na Tailândia[135].

A preferência por cesariana entre os(as) participantes deste trabalho foi alta (30%), mas abaixo da preferência relatada em estudos sobre preferência em obstetras na Argentina[138], América do Norte[113], China[132] e Irã[128]. Ficou também abaixo da preferência relatada por obstetras da cidade de Porto Velho/RO em 2010[130]. Em sentido contrário, ficou acima da preferência relatada na Alemanha[137], Austrália/Nova Zelândia[115, 126], Bélgica[122], Canadá[124], Dinamarca[123], Escócia[120], EUA[125], Holanda[114], Inglaterra[112, 134], Irlanda[116], Israel[118], Jordânia[129], Noruega[119], Reino Unido[117, 121, 139], Suécia[131, 136], Tailândia[135] e da cidade de Joaçaba/SC[133].

### 5.3.3 A preferência versus a prevalência de cesariana

Um achado surpreendente foi a enorme diferença entre a grande preferência relatada pelo parto vaginal e a baixa prevalência deste tipo de parto.

Uma primeira interpretação, que encontra respaldo nos resultados deste estudo, e considerando que a preferência relatada era a preferência inicial pela via de parto, é que a preferência dos(as) participantes seria uma preferência pelo parto vaginal naquelas condições apresentadas na pergunta do questionário, que podem ter sido diferentes das condições apresentadas pelas mulheres na hora de seus partos. A mulher manteria essa opção até o momento em que surgisse o primeiro imprevisto. Essa mudança durante o pré-natal ou de última hora poderia estar ligada a uma deficiência na formação médica, tanto da própria médica que está se submetendo ao parto, quanto do(a) médico(a) assistente responsável pelo acompanhamento do parto, que os(as) tornariam inseguros(as) para lidar com intercorrências durante a gravidez e o parto vaginal. O respaldo para essa

interpretação está no fato de que quase todas as participantes que tinham preferência por parto vaginal e que se submeteram à cesariana a realizaram por indicação médica. Por outro lado, somente 53% das participantes que tinham preferência por cesariana a fizeram por indicação médica. É improvável que a maioria dessas indicações tenham sido absolutas e/ou que haja diferenças nesses dois grupos de mulheres no que se refere ao risco materno-fetal. Se houve insegurança relacionada às intercorrências na gravidez ou no parto vaginal, faz sentido que essa insegurança tenha se manifestado de forma mais acentuada no grupo de mulheres que optou por essa via de parto. Assim, o percentual de indicações médicas para cesariana foi maior quando a opção inicial pelo parto foi o parto vaginal, e essas indicações foram, provavelmente, relativas (reais ou putativas). Nesse contexto, essas mulheres estariam exercendo sua autonomia quando, diante do surgimento das indicações relativas ao longo da gravidez (ou no momento do parto), optariam pela cesariana como via de parto mais segura.

Uma segunda interpretação é que as obstetras/esposas de obstetras não diferem muito da população geral de mulheres quando se trata de terem seus filhos. Segundo a pesquisa Nascer no Brasil, cerca de 72% das mulheres tinham preferência inicial pelo parto vaginal, sendo esse percentual menor naquelas com partos na rede privada de saúde (cerca de 55%). Das mulheres que tinham preferência inicial pelo parto vaginal na rede privada, cerca de 85% tiveram seus filhos por cesariana, ou seja, apenas cerca de 15% dessas mulheres conseguiram ter o parto vaginal desejado inicialmente[102]. Considerando a preferência relatada pelas obstetras/esposas de obstetras com filhos como sua preferência inicial, temos que, das 64% com preferência inicial pelo parto vaginal, cerca de 35% tiveram o parto vaginal desejado, ou seja, a maioria dessas mulheres não conseguiu ter o parto que quis, assim como as mulheres da rede privada. Esse achado levanta a hipótese de que, ao se tornarem pacientes, as obstetras/esposas de obstetras ficariam vulneráveis aos mesmos fatores que levam as mulheres em geral a não conseguirem ter um parto vaginal na rede privada. Entretanto, a despeito da maioria não ter conseguido o parto vaginal desejado, o percentual das que conseguiram foi bem maior do que o percentual na população de mulheres que tiveram seus filhos na rede privada. E essa diferença percentual é ainda mais acentuada quando levamos em consideração apenas as médicas obstetras: 41% das obstetras *versus* 22% das esposas de obstetras.

Essa diferença percentual observada entre esses grupos de mulheres reforça a teoria de que as obstetras possuem mais autonomia para escolherem a sua via de parto do que as mulheres em geral, sendo que o fato de ser esposa não parece influenciar muito essa autonomia.

Analisando as duas possíveis interpretações de forma conjunta, surge uma terceira interpretação, que talvez seja a mais indicada para explicar a diferença entre a preferência relatada e a prevalência de cesarianas: as obstetras teriam, sim, mais autonomia para decidirem sobre a sua via de parto, mas essa autonomia estaria de certa forma limitada por fatores alheios à sua vontade, que são os mesmos fatores a que estão sujeitas as mulheres não obstetras de uma forma geral, sendo, talvez, o principal deles, a grande confiança na cesariana no caso de quaisquer intercorrências na gravidez ou no parto.

Uma hipótese que não podemos descartar é a de que G&Os não querem admitir que desejam a cesariana para si, por não ser a alternativa natural. Como já argumentado anteriormente, a falácia naturalista cria uma ilusão psicológica de que qualquer alternativa natural é melhor do que a não natural. Por exemplo, na Tailândia, o principal motivo alegado por obstetras para preferir um parto vaginal para si foi que “era o jeito natural de dar à luz”[135]. Então, obstetras no Rio de Janeiro podem ter dificuldade de admitir uma preferência antinatural para si próprios(as) e para o pesquisador. Há ainda uma pressão social que considera politicamente correta a opção pelo parto natural e incorreta a opção pela cesariana. Temas socialmente controversos, tais como o tema desta tese, criam dificuldades de se obter respostas válidas. As pessoas tendem a dar respostas socialmente desejáveis (politicamente corretas), mesmo que não correspondam à verdade[179, 180]. Se isso for verdade, parte das respostas sobre a preferência pode não corresponder à realidade. Apesar do questionário ter sido anônimo e autoaplicado, há evidência científica que até nesse tipo de abordagem as pessoas são influenciadas pela desejabilidade social[181].

#### 5.3.4 Crença na cesariana como uma panaceia?

Sem entrar no mérito sobre qual via de parto é a melhor para o binômio materno-fetal, pode-se inferir que, na maioria das vezes, quando confrontados com uma situação não hipotética de gravidez, a “preferência” dos G&Os pelo parto

vaginal dá lugar à “necessidade” da resolução do parto por cesariana. Isto poderia explicar uma taxa de cesarianas tão alta em uma população que, em sua maioria, diz preferir um parto vaginal. Assim, em caso de ruptura prematura das membranas ovulares, de feto grande, de trabalho de parto com duração superior à expectativa do(a) obstetra assistente/obstetra paciente/companheiro, de gestação que ultrapassa a 40<sup>a</sup> semana, de elevação da pressão arterial, de oligodramnia sem SFC, enfim, em quase todo caso em que houver uma indicação relativa de cesariana, ela ocorrerá. Essa fato já foi observado por Aníbal Faúndes em 1991[182]:

“A preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens. Contudo, atualmente, o que domina é a conveniência de uma intervenção programada, que não tomará mais que uma hora de seu tempo (...) Também a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal durante o trabalho de parto e parto nas mãos de profissionais que não têm um bom treinamento obstétrico, como é o caso da maioria dos partos no Brasil, pode ter uma influência importante na decisão de intervir.

**A coincidência desses conceitos com o treinamento obstétrico incompleto e a conseqüente falta de segurança do médico em sua habilidade, explicam por que em muitos hospitais somente os trabalhos de parto mais fáceis e mais rápidos permitem-se evoluir para um parto vaginal, e por que uma distócia mínima, seja ela real ou imaginária, resulta automaticamente na decisão de se realizar uma cesárea.”**

**(Grifei)**

A alta prevalência de cesarianas entre G&Os/esposas de G&Os não significa que essas mulheres não procuraram ter um parto vaginal. Dos(as) 136 respondentes com filhos que disseram preferir um parto vaginal para si/companheira, 48 (35%) tiveram um parto vaginal/vaginal com analgesia *versus* 4 (5%) dos 77 respondentes que disseram preferir uma cesariana (2 respondentes que tiveram cesariana não informaram a via de parto preferencial para si/companheira). Como a pergunta em relação à via de parto foi feita em relação ao presente, não é possível saber, somente com esses dados, se esses achados se tratam de um caso de causalidade reversa, isto é, se os respondentes com histórico de parto vaginal tiveram um parto vaginal porque era o que preferiam ou se passaram a preferir após o parto. No entanto, analisando a presença ou não de indicação médica para realização das

cesarianas conforme a via de parto preferencial relatada pelos(as) respondentes podemos ter alguma ideia do que pode ter acontecido.

Conforme explicado, a pergunta em relação à preferência sobre a via de parto foi feita no presente, refletindo a preferência atual do(a) participante em relação à via de parto, e não a preferência passada. Como o tipo de parto realizado pode ter influência na preferência atual, não é possível afirmar com certeza qual era a preferência passada do(a) participante. Entretanto, a grande diferença no percentual de indicação médica encontrada sugere que boa parte dos(as) participantes que no presente preferem determinada via de parto também a preferiam no passado. Assim, no grupo que escolheu para si a cesariana, o percentual de indicação médica em suas cesarianas foi menor. Ora, se a preferência já era por cesariana, faz sentido que tenha havido menos indicações médicas nesse caso.

Já no grupo que escolheu a via vaginal, as indicações ocorreram em cerca 90% dos partos. Muito provavelmente, essas indicações refletiam o quadro obstétrico real da paciente, uma vez que é improvável que um(a) obstetra seja enganado(a) por outro(a) obstetra em relação a uma indicação médica ou, no mínimo, o quadro putativo apresentado pela paciente.

Assumindo que essas indicações médicas refletiam o quadro obstétrico (putativo ou não) da paciente, temos que elas ocorreram, no mínimo, em cerca de metade das gestações, independentemente da via de parto preferencial da paciente. Esse percentual pode ter sido maior nas pacientes que chegaram a entrar em trabalho de parto. Para confirmar esta última hipótese, analisei os motivos relatados como indicação médica pelos(as) participantes conforme a via de parto preferencial para si/esposa.

Através do questionário, não é possível estabelecer a relação entre a indicação médica e o parto em relação às pacientes que têm mais de um filho, pois muitas podem ter dois ou três filhos, e ambos terem tido a mesma indicação médica, o que faria com que o(a) participante marcasse somente uma vez o item correspondente a essa indicação. Entretanto, podemos analisar as indicações médicas em relação ao total de partos cesáreos com indicações médicas, conforme a via de parto preferencial para si/esposa.

Nota-se que as principais indicações médicas para realização da cesariana diferiram nos dois grupos, com um percentual bem maior de SFA no grupo que preferiu o parto vaginal, além da presença do motivo “falha de indução” neste grupo.

Isso sugere que muitas dessas mulheres chegaram a entrar em trabalho de parto, tendo suas cesarianas sido indicadas intraparto. Chama a atenção o grande número de indicações por “apresentação pélvica”, mas, considerando que no outro grupo esse número foi de 5, temos um total de 22 participantes que referiram apresentação pélvica como indicação médica para cesariana, em um universo de 385 partos realizados, o que representa 5% dos partos, e está próximo do percentual referido na literatura[183]. Esse dado serve para corroborar a validade das respostas das participantes neste estudo. Por se tratar de uma população de especialistas, é improvável que os(as) obstetras não se lembrem com precisão as indicações médicas, repito, putativas ou não, para os partos de seus filhos.

Podemos notar, também, que, à exceção do SFA e da DCP, as demais indicações são todas relativas e em percentual bem maior que o esperado. Dos 109 partos cesáreos realizados nas médicas obstetras, 78 (72%) tiveram indicação médica. A idade média das G&Os quando tiveram seus primeiros filhos foi de 30 anos. Não é uma idade avançada a ponto de justificar a ocorrência de patologias que levem a uma cesariana em um número tão elevado. Não foi coletado o dado da idade das esposas dos G&Os, mas é improvável que seja muito diferente com elas, uma vez que a média de idade de seus maridos foi de 31 anos.

#### 5.3.5 Por que uma prevalência tão alta de cesarianas?

Uma possível explicação seria o fato de que os(as) G&Os são muito cautelosos(as) quando a paciente é uma colega ou parente de um colega de profissão, principalmente da mesma especialidade, e há evidências de que o fato do paciente ser médico(a) cause certa ansiedade ao profissional médico[184-186]. Entretanto, essa possível cautela ou, até mesmo, excesso de zelo por parte dos(as) G&Os assistentes, deve passar, obrigatoriamente, pela anuência das G&Os pacientes ou dos G&Os maridos. Essa cautela também foi observada por Al-Mufti em seu estudo, quando observou que apenas 14% dos obstetras ficaram satisfeitos com um único exame de rastreamento para anomalias fetais, o que era o recomendado para os pacientes na época. Além disso, a autora descobriu que os(as) G&Os preferiam uma cesariana no caso de um feto em apresentação pélvica do que uma versão cefálica externa, o que também era o recomendado para os pacientes pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*[112]. Turner et al

identificaram que G&Os são mais avessos aos riscos de complicações de um parto vaginal que as mulheres grávidas em geral[126].

Poder-se-ia também argumentar no sentido de que os(as) G&Os fazem parte de uma especialidade cirúrgica e que, por isso, têm um perfil mais agressivo no que concerne a um procedimento invasivo. No entanto, se assim fosse, esse comportamento deveria ser relativamente homogêneo internacionalmente, o que não foi, uma vez que a prevalência de cesarianas em obstetras foi de 26% na Dinamarca[123], 27% na Inglaterra[134], 38% na Tailândia[135] e 26% na Noruega[127]. Na Suécia, por exemplo, não houve diferença entre as taxas de cesariana de G&Os, parteiras e população em geral[136], tampouco no Reino Unido[134].

Dessa forma, parece que a melhor interpretação para a preferência pelo parto vaginal observada no presente estudo é a de que os(as) G&Os preferem o parto vaginal desde que não haja nenhuma indicação de cesariana, ainda que essa indicação seja relativa. Como o número de indicações relativas de cesariana foi grande, poucas mulheres acabaram tendo um parto vaginal. Isso é um forte indício de que as participantes da pesquisa, na verdade, acham a cesariana um parto mais seguro que o parto vaginal em diversas situações, apesar do relato de preferência para si/esposa por esta via de parto. Essa preferência relatada, na prática, parece ser mais teórica do que real. Em outras palavras, parece que os G&Os no Rio de Janeiro acreditam na cesariana como uma panaceia.

Os resultados deste estudo corroboram as conclusões da pesquisa qualitativa de Marcos Dias realizada com G&Os e residentes de GO, em uma maternidade pública do Estado do Rio de Janeiro, para avaliar a percepção de risco dos G&Os em relação a uma cesariana. O autor chegou à conclusão que os G&Os acham o parto cesáreo seguro, prático e sem complicações e que suas indicações não são baseadas somente em fatores obstétricos, mas também em questões ligadas à formação médica e às lógicas culturais de assistência [187].

E quem seria a obstetra/esposa de obstetra que conseguiria ter um parto vaginal no Brasil? Seria aquela com preferência pelo parto vaginal, no qual o parto fosse completamente eutócico e não demorado, ou seja, naquela em que o parto vaginal fluísse conforme suas expectativas; ou então aquela com alta determinação e segurança para ter um parto vaginal, ou seja, aquela para quem ter um parto vaginal seja algo realmente importante em sua vida.



Não é possível, através do presente estudo, descobrir o motivo da cesariana ter se tornado tão popular entre os G&Os cariocas. Uma razão plausível tem a ver com o modelo de atenção ao parto na rede privada no Brasil, no qual, geralmente, a gestante pode escolher ter uma cesariana eletiva. A preferência dessas mulheres, conforme já discutido na revisão narrativa, é baseada em fatores socioeconomicoculturais. Podemos citar, por exemplo, o *status* social de ter um parto mais tecnológico, com um(a) médico(a) privado, ou a pura associação de que a qualidade do atendimento obstétrico está diretamente ligada à tecnologia utilizada no parto[188]. No passado, muitas cesarianas foram realizadas para que as mulheres obtivessem suas laqueaduras tubárias[182]. Os G&Os, por sua vez, ao realizarem essas cesarianas a pedido, além daquelas em situações mandatórias, podem ter acabado por se familiarizar cada vez mais com o procedimento, e, uma vez na posição de pacientes, passaram a aceitá-lo também para si nos mais diversos cenários.

Talvez por isso a preferência por cesariana tenha sido maior entre os médicos que só exercem a medicina no setor privado, no qual a prevalência de cesarianas é maior. Dentre os(as) respondentes que só exercem a obstetrícia no setor privado, 41% (n=28) referiram preferir uma cesariana para si/companheira *versus* 18% (n=20) daqueles(as) que só exercem a obstetrícia no setor público.

Esse aumento da frequência de cesarianas entre obstetras pode ter contribuído também para que o procedimento passasse a ser visto de forma quase que natural no meio obstétrico, o que pode ter influenciado formação dos(as) novos(as) obstetras e a conduta dos(as) obstetras recém-formados(as), que por sua vez também se submeteram a passaram a submeter suas pacientes a cesarianas, num mecanismo de retroalimentação desse sistema.

Essa possível formação médica deficiente em relação ao manejo do parto vaginal, inclusive, pode ser outro fator contribuinte para o aumento nas taxas de cesarianas. Apesar de um parto vaginal ocorrer sem intercorrências na maioria das vezes, quando estas intercorrências ocorrem, é preciso muita destreza do obstetra na sua rápida resolução. Como são complicações pouco frequentes, muitos G&Os se formam sem terem tido contato com elas, o que pode gerar grande insegurança na condução de um trabalho de parto, principalmente em situações precárias e sem suporte por outros G&Os.

### 5.3.6 Somente uma questão de comodidade e interesse financeiro do médico?

Este estudo não teve o objetivo de desvendar em profundidade os motivos que levam a mulher a se submeter à cesariana ou a preferir a cesariana. O objetivo foi analisar um grupo de mulheres que são menos vulneráveis aos interesses particulares/escusos dos médicos, tendo sido verificado que a prevalência de cesariana não foi mais baixa do que no Brasil de uma forma geral. Pelo contrário, a prevalência de cesariana foi mais alta neste grupo de mulheres mais bem informadas e menos vulneráveis ao suposto aliciamento de médicos do que no Brasil de uma forma geral.

Esse resultado tem implicações importantes. O debate sobre as altas taxas de cesariana no Brasil agora tem que incluir esta informação de que as próprias médicas estão se submetendo à cesariana muito mais frequentemente do que ao parto natural. Portanto, este debate deve ser aprofundado. Não adianta se limitar ao argumento de que interesses particulares/escusos dos médicos, tais como lucro financeiro e comodidade são as únicas causas. Obviamente essas são causas que devem ser investigadas e podem ser parte do problema, mas os resultados deste estudo revelaram que outras causas para a alta preferência por cesariana devem ser investigadas. Além disso, o debate deve ter abertura suficiente para não se deixar levar por emoções inatas, fortemente influenciadas pela falácia naturalista. Em vez disso, o debate deve ser capaz de aceitar e valorizar as preferências genuínas das mulheres, mesmo que essas não sejam as preferências que a princípio pareçam corretas. Como sempre, qualquer debate que valha a pena deve se basear em fatos e dados, e não somente na opinião e carisma dos debatedores.

### 5.3.7 Implicações para pesquisas e atenção ao parto

Os resultados deste trabalho são importantes para o debate sobre a alta prevalência de cesarianas na população em geral, principalmente no setor privado de saúde. Se em G&Os/esposas de G&Os as indicações acontecem, no mínimo, em metade das vezes, e até em maior percentual naquelas que entram em trabalho de parto, é possível que o mesmo ocorra quando a paciente for uma mulher não obstetra. Além disso, se 80% das médicas G&Os já se submeteram a uma cesariana, conforme os resultados encontrados neste estudo, e se ter se submetido

a uma cesariana aumenta a chance de preferência por este tipo de parto[151, 189], podemos ter mais mulheres G&Os recomendando cesarianas para suas pacientes. É de se esperar que a paciente pergunte à médica sobre como nasceram seus filhos e, ainda que a médica recomende a via vaginal, ao informar à paciente que seu próprio parto foi cesáreo, pode não ter a sua recomendação seguida pela paciente (*“faça o que eu digo, não o que eu faço”*, não costuma funcionar).

Esse mecanismo seria mais evidente nos locais onde o(a) obstetra não atuasse vinculado a protocolos institucionais, e naqueles onde tivesse mais condições de formar um vínculo com suas pacientes, acompanhando-as do início ao fim da gravidez. Isso ocorre no setor privado. Como conhecidos fatores associados às altas taxas de cesarianas estão o atendimento em rede privada e parto com o(a) mesmo(a) médico(a) pré-natalista[190]. Entretanto, não é só no setor privado que esse mecanismo pode estar funcionando para aumentar as taxas de cesariana. No setor público brasileiro, o(a) médico(a) geralmente não tem autonomia para realizar uma cesariana a pedido materno. Além disso, trabalha em equipe, o que poderia suprir quaisquer dificuldades técnicas ligadas ao manejo do parto vaginal. Ainda assim, as taxas de cesariana do Brasil estão entre as mais altas do mundo, inclusive nesse setor.

Este estudo, assim como os demais que avaliaram a prevalência de cesariana entre G&Os, e suas preferências em relação à via de parto[112-138], não avaliou o grau de conhecimento dos(as) participantes acerca dos riscos e benefícios de uma cesariana em comparação ao parto vaginal em diferentes cenários clínicos, partindo do pressuposto de que, por serem especialistas em obstetrícia, eles/elas detêm o conhecimento técnico sobre as principais complicações relacionadas às vias de parto. Conforme observado, a preferência por cesariana e prevalência de cesariana em G&Os no mundo variou amplamente entre os países e poder-se-ia alegar que essa variação é fruto da falta de conhecimento por parte dos G&Os sobre os riscos de uma cesariana em alguns países. Entretanto, os motivos alegados pelos G&Os para escolherem uma cesariana ou um parto vaginal para si nos diferentes estudos foram similares. Ao que parece, tanto as preferências pessoais quanto as escolhas pela cesariana no momento do parto foram fruto de decisões bem informadas, que envolveram de alguma forma dois/duas especialistas.

Ainda assim, seria interessante a realização de estudos que avaliassem o grau de conhecimento dos G&Os acerca dos riscos e benefícios de uma cesariana,

pois se são eles/elas umas das principais fontes das informações transmitidas às suas pacientes, é importante saber que tipo de informação eles/elas possuem e estão aptos/aptas a transmitir. Chama a atenção o fato de que, dentre as 45 cesarianas realizadas sem indicação médica no estudo, 16 foram realizadas antes da 39ª semana de gestação (9 durante a 37ª semana). A morbidade respiratória neonatal pode ser reduzida consideravelmente caso a cesariana seja realizada após a 39ª de gestação[73]. Não foi feita análise para saber quando esses partos foram realizados, podendo corresponder a cesarianas eletivas em uma época em que não havia evidência científica desse risco. Segundo Leal e colaboradoras, cerca de 35% dos 24.061 partos incluídos na pesquisa “Nascer no Brasil” ocorreram com 37/38 semanas de gestação. Desse total, cerca de 30% foram casos de antecipação do parto iniciados pelo(a) profissional assistente, sem que houvesse indicação materna ou fetal, na maioria das vezes por cesariana[191].

Caso se chegue à conclusão de que os(as) G&Os brasileiros são bem informados(as) acerca dos riscos e benefícios de uma cesariana em diversos cenários clínicos, e de que suas decisões não foram enviesadas pelo desconhecimento, os resultados dessa pesquisa podem ser utilizados como um *proxy* para saber o que ocorreria com as mulheres brasileiras com grau de autonomia semelhante ao das obstetras, caso tivessem acesso às mesmas informações que estas. Assim, os serviços de atenção ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado, deveriam se adequar para o atendimento dessa demanda, permitindo que as mulheres tenham suas escolhas respeitadas.

Não se sabe qual é a taxa adequada de cesarianas sem necessidade médica para o Brasil. A taxa adequada de cesariana sem necessidade médica é aquela que se encontraria se os serviços de atenção ao parto colocassem em primeiro plano a autonomia da mulher em escolher a via de parto. Talvez essa taxa possa ser estimada através de estudos de avaliação econômica que mostrem qual o custo-efetividade dessa via de parto e quanto a sociedade está disposta a pagar por isso. Essa taxa adequada para o Brasil deve ser diferente da taxa adequada para outros países. Mesmo dentro do Brasil, a taxa adequada para mulheres do Norte pode ser diferente da taxa adequada para mulheres do Sudeste. A taxa adequada deve ser fortemente influenciada pelas preferências das mulheres. Essas preferências podem variar de local para local, e com o progresso intelectual, econômico e político da

sociedade, devem ser cada vez menos influenciadas pela falácia naturalista (i.e., a falácia de que o parto vaginal é melhor que a cesariana porque é natural).

Independentemente das preferências das mulheres, da falácia naturalista e dos problemas concernentes ao modelo de atenção ao parto no Brasil, parece que os(as) médicos(as) responsáveis pela assistência ao parto no Brasil veem a cesariana como uma panaceia, o que deve aumentar indevidamente as taxas de cesariana. Possivelmente, profissionais mais confiantes no parto vaginal e um modelo de atenção ao parto mais propício ao parto vaginal ajudariam a aumentar a segurança das mulheres brasileiras em se submeterem a este tipo de parto e, conseqüentemente, a preferência por ele.

#### 5.3.8 Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo foi a amostra não representativa dos obstetras do Estado do Rio de Janeiro. Pode ser que participantes deste estudo não representem a população alvo do estudo. Participantes de congressos e empregados de hospitais podem ser sistematicamente diferentes da população de obstetras do Estado. Portanto, houve o risco de viés de seleção. Por exemplo, os congressos nos quais coletamos os dados costumam ter sobre-representação de residentes, professores e moradores do Grande Rio de Janeiro. Não é possível determinar de que forma esse possível viés de seleção afetou as estimativas de prevalência obtidas. Pode tanto ter subestimado quanto superestimado as taxas de preferência e prevalência de cesarianas, por exemplo. Outra limitação foi o fato de que a amostra hospitalar, diferentemente da amostra nos congressos, foi obtida parcialmente por via *online* (cerca de 32% desses respondentes). Esses participantes que responderam por via *online* não tiveram contato direto comigo ou minha assistente, tendo sido feito o contato somente via *whatsapp*. Também não é possível saber como esse fato pode ter influenciado nos resultados, mas não há evidência científica de que isso ocorra[192].

Entretanto, vale notar que foram incluídos aproximadamente 15% dos médicos com formação em GO no Estado neste estudo (aproximadamente 400 de 2900), e não conseguimos pensar em razões concretas para que as participantes

sejam sistematicamente diferentes quanto à prevalência e preferência por cesariana ou por parto vaginal.

Outra limitação é que a informação obtida foi por autorrelato, apenas em uma ocasião e retrospectivamente. Como o processo de decisão pelo parto dessas mulheres não foi avaliado, fica difícil, portanto, interpretar os motivos pelos quais a prevalência de cesariana foi muito maior que a preferência por essa via de parto. A preferência relatada pela mulher nesse estudo pode não corresponder à preferência que ela tinha no início da sua gravidez; ou pode corresponder à preferência que ela tinha no início da gravidez, e no momento do parto essa preferência ter mudado.

Estudos futuros devem acompanhar as mulheres prospectivamente, desde a época da concepção, ou do início do período pré-natal, até o nascimento, indagando-as em vários momentos dentro desse período sobre seus conhecimentos e preferências relativas aos diferentes tipos de parto.

## CONCLUSÃO

Há grande variação nas preferências por cesariana entre ginecologistas e obstetras em diferentes partes do mundo, levando a crer que suas preferências estão mais relacionadas a fatores socioculturais e à organização do modelo de atenção ao parto utilizado em seus respectivos países do que em embasamento científico. No Brasil, esses fatores levaram a uma alta preferência por cesariana entre ginecologistas e obstetras, com reflexo, inclusive, no modo em como têm seus próprios filhos, o que pode refletir em suas condutas em relação às suas pacientes.

A prevalência de cesarianas na população de ginecologistas e obstetras do Rio de Janeiro foi altíssima, e parece ser fruto de uma grande confiança neste tipo de parto em comparação com o parto vaginal. Esta alta prevalência de cesarianas pode também refletir a preferência de várias mulheres no Rio de Janeiro por um parto com menos dor e mais programado. Alternativamente, a alta prevalência de cesarianas pode ser fruto de uma atenção deficiente ao parto vaginal.

Talvez a principal conclusão desta tese seja a seguinte: parece ser pouco provável que interesses escusos do médico, incluindo interesse financeiro e a conveniência dele, em detrimento da preocupação com a saúde da mulher e do bebê, sejam *os principais determinantes* das altas taxas de cesarianas e do aumento dessas taxas no Rio de Janeiro.

Estudos futuros devem valorizar a escolha da mulher, seja esta por cesariana ou parto vaginal, e investigar as motivações dela ao fazer esta escolha, em vez de partirem do princípio de que a escolha por cesariana seja *necessariamente* fruto de uma imposição externa alheia aos desejos dela e em detrimento de sua saúde ou do bebê. Novos estudos para avaliar a preferência e prevalência de cesarianas em obstetras em diferentes Estados do Brasil são necessários, para saber se os resultados encontrados no Rio de Janeiro são um retrato do que acontece no país.

## REFERÊNCIAS

1. WHO, *Appropriate technology for birth*. Lancet., 1985. **2**(8452): p. 436-7.
2. Betran, A.P., et al., *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. PLoS One. 2016 Feb 5;11(2)
3. WHO, *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. 2015, World Health Organization: Geneva.
4. *Portaria nº 306, de 28 de março de 2016*. 2016, Ministério da Saúde: Brasília.
5. Maranhão, A.G.K., et al., *Saúde Brasil 2011: uma análise de situação de saúde. Como nascem os brasileiros*.
6. Rebelo, F., et al., *High cesarean prevalence in a national population-based study in Brazil: the role of private practice*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2010. **89**(7): p. 903-908.
7. Todman, D., *A history of caesarean section: from ancient world to the modern era*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007 Oct;47(5):357-61.
8. Penn, Z. and S. Ghaem-Maghani, *Indications for caesarean section*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol., 2001. **15**(1): p. 1-15.
9. Tita, A.T., *When is primary cesarean appropriate: maternal and obstetrical indications*. Semin Perinatol. 2012 Oct;36(5):324-7.
10. Penn, Z. and S. Ghaem-Maghani, *Indications for caesarean section*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2001 Feb;15(1):1-15.
11. Declercq, E., F. Menacker, and M. Macdorman, *Maternal risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002*. Am J Public Health. 2006 May;96(5):867-72.
12. Mittal, S., et al., *Trends in cesarean delivery: rate and indications*. J Obstet Gynaecol India. 2014 Aug;64(4):251-4.
13. Klein, M.C., et al., *Attitudes of the new generation of Canadian obstetricians: how do they differ from their predecessors?* Birth. 2011 Jun;38(2):129-39.
14. Johanson, R., M. Newburn, and A. Macfarlane, *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* BMJ : British Medical Journal, 2002. **324**(7342): p. 892-895.
15. Clark, D., *Between hope and acceptance: the medicalisation of dying*. BMJ : British Medical Journal, 2002. **324**(7342): p. 905-907.
16. Pinker, S., *The blank slate: The modern denial of human nature*. 2002, New York: Viking.
17. Lieberman, P., *The evolution of language and thought*. J Anthropol Sci. 2016 Jun 20;94:127-46.
18. Lieberman, P., *Tracking the Evolution of Language and Speech*. Expedition Magazine, 2007. **49**(2): p. 15-20.
19. Trevathan, W., *Primate pelvic anatomy and implications for birth*. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2015 Mar 5;370(1663):20140065.
20. Parente, R.C., et al., *The history of vaginal birth*. Arch Gynecol Obstet. 2011 Jul;284(1):1-11.
21. Sreekanth, R. and B.P. Thomas, *Human Evolution: The Real Cause for Birth Palsy*. West Indian Med J. 2015 Sep;64(4):424-8.
22. Rosenberg, K. and W. Trevathan, *Birth, obstetrics and human evolution*. BJOG. 2002 Nov;109(11):1199-206.
23. Barras, C. *The real reasons why childbirth is so painful and dangerous*. 2016 [cited 2018 18/05/2018]; Available from: <http://www.bbc.com/earth/story/20161221-the-real-reasons-why-childbirth-is-so-painful-and-dangerous>.
24. Lavender, T., et al., *Caesarean section for non-medical reasons at term*. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;(3):CD004660.
25. NICE. *Caesarean Section*. NICE Clinical Guidelines, No. 132 2011 [cited; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115297/>].



26. ACOG, *Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559*. 2013.
27. *Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial*. Lancet. 1999 Mar 27;353(9158):1035-9.
28. Alfirevic, Z., S.J. Milan, and S. Livio, *Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 12;(9):CD000078.
29. Hofmeyr, G.J., J.F. Barrett, and C.A. Crowther, *Planned caesarean section for women with a twin pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 19;(12):CD006553.
30. Hofmeyr, G.J., M. Hannah, and T.A. Lawrie, *Planned caesarean section for term breech delivery*. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 21;(7):CD000166.
31. Saunders, N. and C. Paterson, *Effect of gestational age on obstetric performance: when is "term" over?* The Lancet, 1991. **338**(8776): p. 1190-1192.
32. Leyland, A.H., *Gestational age and obstetric performance*: Lancet. 1992 Jan 11;339(8785):122.
33. Mascarello, K.C., B.L. Horta, and M.F. Silveira, *Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis*. Rev Saude Publica. 2017;51:105.
34. Pallasmaa, N., et al., *Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010 Jul;89(7):896-902.
35. Lumbiganon, P., et al., *Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08*. Lancet. 2010 Feb 6;375(9713):490-9.
36. Holm, C., et al., *Severe postpartum haemorrhage and mode of delivery: a retrospective cohort study*. BJOG. 2012 Apr;119(5):596-604.
37. Lilford, R.J., et al., *The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances*. Br J Obstet Gynaecol. 1990 Oct;97(10):883-92.
38. Schuitemaker, N., et al., *Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands*. Acta Obstet Gynecol Scand. 1997 Apr;76(4):332-4.
39. Villar, J., et al., *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29.
40. Demissie, K., et al., *Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis*. BMJ. 2004 Jul 3;329(7456):24-9.
41. Molina, G., et al., *Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality*. JAMA. 2015 Dec 1;314(21):2263-70.
42. Betran, A.P., et al., *What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies*. Reprod Health. 2015 Jun 21;12:57.
43. Safarinejad, M.R., A.A. Kolahi, and L. Hosseini, *The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands*. J Sex Med. 2009 Jun;6(6):1645-1667.
44. Klein, K., et al., *Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth?* J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1227-31.
45. Lurie, S., et al., *Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study*. Arch Gynecol Obstet. 2013 Oct;288(4):785-92.
46. Hannah, M.E., et al., *Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group*. Lancet. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83.
47. De Souza, A., et al., *The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study*. BJOG. 2015 Sep;122(10):1410-8.
48. Getahun, D., et al., *Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption*. Obstet Gynecol. 2006 Apr;107(4):771-8.
49. Lydon-Rochelle, M., et al., *First-birth cesarean and placental abruption or previa at*

- second birth(1). *Obstet Gynecol.* 2001 May;97(5 Pt 1):765-9.
50. Yang, Q., et al., *Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy.* *BJOG.* 2007 May;114(5):609-13.
  51. Gurol-Urganci, I., et al., *Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis.* *Hum Reprod.* 2013 Jul;28(7):1943-52.
  52. Gurol-Urganci, I., et al., *A population-based cohort study of the effect of Caesarean section on subsequent fertility.* *Hum Reprod.* 2014 Jun;29(6):1320-6.
  53. Goker, A., et al., *Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor?* ISRN Obstetrics and Gynecology, 2012. **2012**: p. 616759.
  54. Houston, K.A., et al., *Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences.* *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2015. **212**(2): p. 229.e1-229.e7.
  55. Gyhagen, M., et al., *A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women.* *BJOG.* 2013 Nov;120(12):1548-55.
  56. Rortveit, G. and Y.S. Hannestad, *Association between mode of delivery and pelvic floor dysfunction.* *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2014 Oct 14;134(19):1848-52.
  57. Tahtinen, R.M., et al., *Long-term Impact of Mode of Delivery on Stress Urinary Incontinence and Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis.* *Eur Urol.* 2016 Jul;70(1):148-158.
  58. MacArthur, C., et al., *Faecal incontinence persisting after childbirth: a 12 year longitudinal study.* *BJOG.* 2013 Jan;120(2):169-179.
  59. Chang, S.R., et al., *Association of mode of delivery with urinary incontinence and changes in urinary incontinence over the first year postpartum.* *Obstet Gynecol.* 2014 Mar;123(3):568-77.
  60. Groutz, A., et al., *Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery.* *Neurourol Urodyn.* 2004;23(1):2-6.
  61. Nelson, R.L., M. Westercamp, and S.E. Furner, *A systematic review of the efficacy of cesarean section in the preservation of anal continence.* *Dis Colon Rectum.* 2006 Oct;49(10):1587-95.
  62. Lal, M., et al., *Does cesarean delivery prevent anal incontinence?* *Obstet Gynecol.* 2003 Feb;101(2):305-12.
  63. Koc, O. and B. Duran, *Role of elective cesarean section in prevention of pelvic floor disorders.* *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012 Oct;24(5):318-23.
  64. Declercq, E., et al., *Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births.* *Obstet Gynecol.* 2007 Mar;109(3):669-77.
  65. Keag, O.E., J.E. Norman, and S.J. Stock, *Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis.* *PLoS Med.* 2018 Jan 23;15(1):e1002494.
  66. Tollanes, M.C., et al., *Cesarean section and risk of severe childhood asthma: a population-based cohort study.* *J Pediatr.* 2008 Jul;153(1):112-6.
  67. Kero, J., et al., *Mode of delivery and asthma -- is there a connection?* *Pediatr Res.* 2002 Jul;52(1):6-11.
  68. Renz-Polster, H., et al., *Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood.* *Clin Exp Allergy.* 2005 Nov;35(11):1466-72.
  69. Bager, P., J. Wohlfahrt, and T. Westergaard, *Caesarean delivery and risk of atopy and allergic disease: meta-analyses.* *Clin Exp Allergy.* 2008 Apr;38(4):634-42.
  70. Almqvist, C., et al., *The impact of birth mode of delivery on childhood asthma and allergic diseases--a sibling study.* *Clin Exp Allergy.* 2012 Sep;42(9):1369-76.
  71. Liu, X., et al., *Cesarean delivery on maternal request in China: what are the risks and benefits?* *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Jun;212(6):817.e1-9.
  72. Levine, E.M., et al., *Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns.*

- Obstet Gynecol. 2001 Mar;97(3):439-42.
73. Ryan, C.A. and P. Hughes, *Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section*: Br J Obstet Gynaecol. 1995 Oct;102(10):843-4.
  74. Cotzias, C.S., S. Paterson-Brown, and N.M. Fisk, *Prospective risk of unexplained stillbirth in singleton pregnancies at term: population based analysis*. BMJ. 1999 Jul 31;319(7205):287-8.
  75. Hankins, G.D., S.M. Clark, and M.B. Munn, *Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise*. Semin Perinatol. 2006 Oct;30(5):276-87.
  76. McFarland, L.V., et al., *Erb/Duchenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery*. Obstet Gynecol. 1986 Dec;68(6):784-8.
  77. D'Souza, R., *Caesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Apr;27(2):165-77.
  78. D'Souza, R. and S. Arulkumaran, *To 'C' or not to 'C'? Caesarean delivery upon maternal request: a review of facts, figures and guidelines*. J Perinat Med. 2013 Jan;41(1):5-15.
  79. Gibbons, L., et al., *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage HEALTH SYSTEMS FINANCING*. World Health Report 2010. 2010.
  80. Entringer, A.P., et al., *Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 2018. **34**.
  81. Alonso, B.D., et al., *Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study*. Rev Saude Publica. 2017;51:101.
  82. CFM. *Orçamento previsto para Saúde cai R\$ 2,5 bilhões em 2016*. 2016 [cited; Available from: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25972:2016-02-05-13-45-51&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25972:2016-02-05-13-45-51&catid=3)].
  83. Brasil, *Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)*. 2018, Ministério da Saúde: Brasília.
  84. Bost, B.W., *Cesarean delivery on demand: what will it cost?* Am J Obstet Gynecol. 2003 Jun;188(6):1418-21; discussion 1421-3.
  85. Fobelets, M., et al., *Vaginal birth after caesarean versus elective repeat caesarean delivery after one previous caesarean section: a cost-effectiveness analysis in four European countries*. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Apr 11;18(1):92.
  86. He, Z., et al., *The Costs and Their Determinant of Cesarean Section and Vaginal Delivery: An Exploratory Study in Chongqing Municipality, China*. Biomed Res Int. 2016;2016:5685261.
  87. Gibbons, L., et al., *Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world*. Am J Obstet Gynecol. 2012 Apr;206(4):331.e1-19.
  88. Kazandjian, V.A., et al., *Does a Cesarean section delivery always cost more than a vaginal delivery?* J Eval Clin Pract. 2007 Feb;13(1):16-20.
  89. Clark, S.L., et al., *Is vaginal birth after cesarean less expensive than repeat cesarean delivery?* Am J Obstet Gynecol. 2000 Mar;182(3):599-602.
  90. Zupancic, J.A., *The economics of elective cesarean section*. Clin Perinatol., 2008. **35**(3): p. 591-9, xii.
  91. Asch, D.A., et al., *Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes*. JAMA. 2009 Sep 23;302(12):1277-83.
  92. Epstein, A.J., et al., *Association between physicians' experience after training and maternal obstetrical outcomes: cohort study*. BMJ. 2013 Mar 28;346:f1596.
  93. Duperron, L., *Should patients be entitled to cesarean section on demand?: YES*.

- Canadian Family Physician, 2011. **57**(11): p. 1246-1248.
94. Câmara, R., et al., *Cesarean section by maternal request*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2016. **43**: p. 301-310.
  95. Hannah, M.E., *Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women?* CMAJ : Canadian Medical Association Journal, 2004. **170**(5): p. 813-814.
  96. *Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015*, Agência Nacional de Saúde: Brasília.
  97. Duarte, A.C. *Por que tanta cesárea?* [cited 2015 20/04]; Available from: <http://www.maternidadeativa.com.br/artigo13.html>.
  98. Madeira, C. *Médicos brasileiros estão revoltados com estímulo ao parto normal?* 2015 [cited 2015 20/04]; Available from: <http://www.pragmatismopolitico.com.br/2015/01/medicos-brasileiros-estao-revoltados-com-estimulo-ao-parto-normal.html>.
  99. Thomé, C. *Grávidas são convencidas a passar por cesárea, diz estudo*. 2014 [cited 2015 20/04]; Available from: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2014/05/29/gravidas-sao-convencidas-a-passar-por-cesarea-diz-estudo.htm>.
  100. Hugues, G.M., *Cesárea? Não, Obrigada!": Estratégias de uma rede social de gestantes para enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica no Brasil*, in *Instituto de Medicina Social*. 2018, UERJ: Rio de Janeiro. p. 135.
  101. Vieira, I., *Mulheres recorrem à rede pública para ter parto normal*, in *Agência Brasil*. 2015, Talita Cavalcante: Rio de Janeiro.
  102. Domingues, R.M., et al., *Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth*. Cad Saude Publica. 2014 Aug;30 Suppl 1:S1-16.
  103. Potter, J.E., et al., *Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale*. Birth. 2008 Mar;35(1):33-40.
  104. Aminu, M., et al., *Reasons for performing a caesarean section in public hospitals in rural Bangladesh*. BMC Pregnancy Childbirth. 2014 Apr 5;14:130.
  105. Faundes, A., et al., *[Brazilian women and physicians' viewpoints on their preferred route of delivery]*. Rev Saude Publica. 2004 Aug;38(4):488-94.
  106. Tardáguila, C. *Planos terão que pagar por cesárea se mulher assinar termo de compromisso, diz ANS* O Globo 2016 [cited; Available from: <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/planos-terao-que-pagar-por-cesarea-se-mulher-assinar-termo-de-compromisso-diz-ans-16674329>.
  107. Marques, A., *Mulheres criam grupos a favor de cesáreas após críticas em redes sociais*. Folha de São Paulo, 2015.
  108. Nakamura-Pereira, M., et al., *Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth*. Reproductive Health, 2016. **13**(3): p. 128.
  109. Almeida, S., et al., *Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil*. Cad Saude Publica. 2008 Dec;24(12):2909-18.
  110. Vieira, G.O., et al., *Factors associated with cesarean delivery in public and private hospitals in a city of northeastern Brazil: a cross-sectional study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Jun 5;15:132.
  111. Al-Mufti, R., A. McCarthy, and N.M. Fisk, *Obstetricians' personal choice and mode of delivery*: Lancet. 1996 Feb 24;347(9000):544.
  112. Al-Mufti, R., A. McCarthy, and N.M. Fisk, *Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 1997. **73**(1): p. 1-4.
  113. Gabbe, S.G. and G.B. Holzman, *Obstetricians' choice of delivery*: Lancet. 2001 Mar 3;357(9257):722.
  114. van der Does, J. and J. van Roosmalen, *Obstetricians' choice of delivery*: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001 Nov;99(1):139.
  115. Land, R., et al., *Personal preferences of obstetricians towards childbirth*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2001 Aug;41(3):249-52.

116. Mc Gurgan, P., S. Coulter-Smith, and O.D. PJ, *A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001. **97**(1): p. 17-9.
117. Wright, J.B., et al., *A survey of trainee obstetricians preferences for childbirth*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001. **97**(1): p. 23-5.
118. Gonen, R., A. Tamir, and S. Degani, *Obstetricians' opinions regarding patient choice in cesarean delivery*. Obstet Gynecol. 2002 Apr;99(4):577-80.
119. Backe, B., K.A. Salvesen, and O. Sviggum, *Norwegian obstetricians prefer vaginal route of delivery*: Lancet. 2002 Feb 16;359(9306):629.
120. MacDonald, C., S.B. Pinion, and U.M. MacLeod, *Scottish female obstetricians' views on elective caesarean section and personal choice for delivery*. J Obstet Gynaecol. 2002 Nov;22(6):586-9.
121. Groom, K.M., S. Paterson-Brown, and N.M. Fisk, *Temporal and geographical variation in UK obstetricians' personal preference regarding mode of delivery*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002 Jan 10;100(2):185-8.
122. Jacquemyn, Y., F. Ahankour, and G. Martens, *Flemish obstetricians' personal preference regarding mode of delivery and attitude towards caesarean section on demand*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Dec 10;111(2):164-6.
123. Bergholt, T., et al., *Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2004. **83**(3): p. 262-266.
124. Farrell, S.A., T.F. Baskett, and K.D. Farrell, *The choice of elective cesarean delivery in obstetrics: a voluntary survey of Canadian health care professionals*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2005 Sep-Oct;16(5):378-83.
125. Wax, J.R., et al., *Patient choice cesarean--the Maine experience*. Birth. 2005 Sep;32(3):203-6.
126. Turner, C.E., et al., *Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians*. BJOG. 2008 Nov;115(12):1494-502.
127. Finsen, V., A.H. Storeheier, and O.G. Aasland, *Cesarean section: Norwegian women do as obstetricians do--not as obstetricians say*. Birth, 2008. **35**(2): p. 117-20.
128. Hantoushadeh, S., et al., *Cesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients*. Arch Gynecol Obstet, 2009. **280**(1): p. 33-7.
129. Lataifeh, I., et al., *Jordanian obstetricians' personal preference regarding mode of delivery*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(6):733-6.
130. Ferrari, J. and N.M.d. Lima, *Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil*. Rev. bioét. (Impr.), 2010. **18**(3).
131. Josefsson, A., et al., *A comparison between Swedish midwives' and obstetricians' & gynecologists' opinions on cesarean section*. Matern Child Health J. 2011 Jul;15(5):555-60.
132. Ouyang, Y.Q. and Q. Zhang, *A study on personal mode of delivery among Chinese obstetrician-gynecologists, midwives and nurses*. Arch Gynecol Obstet, 2013. **287**(1): p. 37-41.
133. Leguizamon Junior, T., J.A.n. Steffani, and E.L. Bonamigo, *Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras*. Revista Bioética, 2013. **21**: p. 509-517.
134. Lightly, K., et al., *Personal birth preferences and actual mode of delivery outcomes of obstetricians and gynaecologists in South West England; with comparison to regional and national birth statistics*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Oct;181:95-8.
135. Kovavisarach, E. and K. Ruttanapan, *Self-Preferred Route of Delivery of Thai Obstetricians and Gynecologists*. J Med Assoc Thai. 2016 Feb;99 Suppl 2:S84-90.
136. Sahlin, M., et al., *Mode of delivery among Swedish midwives and obstetricians and their attitudes towards caesarean section*. Sex Reprod Healthc. 2017 Mar;11:112-116.
137. Bihler, J., et al., *Personal Preference of Mode of Delivery. What do*

- Urogynaecologists choose? Preliminary Results of the DECISION Study.* Geburtshilfe Frauenheilkd. 2017 Nov;77(11):1182-1188.
138. Rivo, J.C., et al., *Obstetrical providers' preferred mode of delivery and attitude towards non-medically indicated caesarean sections: a cross-sectional study.* BJOG. 2018 Jan 11. doi: 10.1111/1471-0528.15122.
  139. Aref-Adib, M., et al., *UK O&G trainees' attitudes to caesarean delivery for maternal request.* J Obstet Gynaecol. 2018 Apr;38(3):367-371.
  140. Mazzoni, A., et al., *Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies.* BJOG, 2011. **118**(4): p. 391-99.
  141. Mazzoni, A., et al., *Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study.* BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Feb 8;16:34.
  142. Stoll, K.H., et al., *Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education.* Reprod Health. 2017 Sep 12;14(1):116.
  143. Macfarlane, A.J., et al., *Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study.* BJOG. 2016 Mar;123(4):559-68.
  144. Geary, M., M. Fanagan, and P. Boylan, *Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery.* J Perinat Med. 1997;25(5):433-9.
  145. Ryding, E.L., et al., *Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth - a six-country cohort study.* J Psychosom Obstet Gynaecol. 2016 Sep;37(3):75-83.
  146. Maharlouei, N., et al., *The preference of Iranian women to have normal vaginal or cesarean deliveries.* J Res Med Sci. 2013 Nov;18(11):943-50.
  147. Weidle, W.G., et al., *Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?* Cadernos Saúde Coletiva, 2014. **22**: p. 46-53.
  148. Gerecht, A.V., et al., *Preferência e percepção da mulher sobre as vias de parto,* in *42º Congresso Estadual de Ginecologia e Obstetrícia.* 2018, SGORJ: Rio de Janeiro.
  149. Kottwitz, F., H.G. Gouveia, and A.d.C. Gonçalves, *Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations.* Escola Anna Nery, 2018. **22**.
  150. Pang, S.M., et al., *Determinants of preference for elective caesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women.* Hong Kong Med J. 2007 Apr;13(2):100-5.
  151. Yamasmit, W. and S. Chaithongwongwatthana, *Attitude and preference of Thai pregnant women towards mode of delivery.* J Med Assoc Thai. 2012 May;95(5):619-24.
  152. Scherjon, S., *A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and The Netherlands.* Br J Obstet Gynaecol. 1986 Jul;93(7):684-9.
  153. Christiaens, W., S. Van De Velde, and P. Bracke, *Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis.* Women Health. 2011 May;51(3):220-39.
  154. Wagner, M., *Fish can't see water: the need to humanize birth.* Int J Gynaecol Obstet. 2001 Nov;75 Suppl 1:S25-S37.
  155. Habiba, M., et al., *Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries.* BJOG. 2006 Jun;113(6):647-56.
  156. Fuglenes, D., P. Oian, and I.S. Kristiansen, *Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation?* Am J Obstet Gynecol. 2009 Jan;200(1):48.e1-8.
  157. Kwee, A., et al., *Caesarean section on request: a survey in The Netherlands.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Apr 15;113(2):186-90.
  158. Zwecker, P., L. Azoulay, and H.A. Abenhaim, *Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice.* Am J Perinatol. 2011 Apr;28(4):277-84.
  159. Lehmann, S., et al., *Norwegian midwives and doctors have increased cesarean section rates.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(9):1087-9.
  160. Gorman, D.R., et al., *Ethnic variation in maternity care: a comparison of Polish and*

- Scottish women delivering in Scotland 2004-2009*. Public Health. 2014 Mar;128(3):262-7.
161. Bragg, F., et al., *Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study*. BMJ. 2010 Oct 6;341:c5065.
  162. Betran, A.P., et al., *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates*. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Mar;21(2):98-113.
  163. Pyykonen, A., et al., *Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 May;96(5):607-616.
  164. Vogel, J.P., et al., *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys*. Lancet Glob Health. 2015 May;3(5):e260-70.
  165. Boatin, A.A., et al., *Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries*. BMJ. 2018 Jan 24;360:k55.
  166. Hopkins, K., *Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?* Soc Sci Med. 2000 Sep;51(5):725-40.
  167. Osis, M.J., et al., *The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section*. Int J Gynaecol Obstet. 2001 Nov;75 Suppl 1:S59-66.
  168. McCourt, C., et al., *Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature*. Birth. 2007 Mar;34(1):65-79.
  169. Fuglenes, D., et al., *Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear*. Am J Obstet Gynecol. 2011 Jul;205(1):45.e1-9.
  170. Domingues, R.M.S.M., et al., *Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres À via de parto final*. Cadernos de Saúde Pública, 2014. **30**: p. S101-S116.
  171. Weaver, J.J., H. Statham, and M. Richards, *Are there "unnecessary" cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical indications*. Birth. 2007 Mar;34(1):32-41.
  172. Akintayo, A.A., et al., *Cesarean section on maternal request: the viewpoint of expectant women*. Arch Gynecol Obstet. 2014 Apr;289(4):781-5.
  173. Wiklund, I., et al., *Indications for cesarean section on maternal request--guidelines for counseling and treatment*. Sex Reprod Healthc. 2012 Oct;3(3):99-106.
  174. Scheffer, M., et al., *Demografia médica no Brasil 2015*. 2015, São Paulo: Conselho Federal de Medicina. 284.
  175. Diniz, D., A. Madeiro, and C. Rosas, *Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil*. Reprod Health Matters. 2014 May;22(43):141-8.
  176. Scheffer, M., et al., *Demografia Médica no Brasil 2018*. 2018, São Paulo: FMUSP, CFM, CREMESP. 286.
  177. Giordano, J.C., et al., *The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Oct 23:1-6.
  178. Mendoza-Sassi, R.A., et al., *Risk factors for cesarean section by category of health service*. Rev Saude Publica. 2010 Feb;44(1):80-9.
  179. Adams, S.A., et al., *The effect of social desirability and social approval on self-reports of physical activity*. Am J Epidemiol. 2005 Feb 15;161(4):389-98.
  180. Hebert, J.R., et al., *Systematic errors in middle-aged women's estimates of energy intake: comparing three self-report measures to total energy expenditure from doubly labeled water*. Ann Epidemiol. 2002 Nov;12(8):577-86.
  181. Brenner, P.S. and J. DeLamater, *Lies, Damned Lies, and Survey Self-Reports? Identity as a Cause of Measurement Bias*. Soc Psychol Q. 2016 Dec;79(4):333-354.
  182. Faúndes, A. and J.G. Cecatti, *A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências,*

- causas, consequências e propostas de ação*. Cadernos de Saúde Pública, 1991. 7: p. 150-173.
183. Hill, L.M., *Prevalence of breech presentation by gestational age*. Am J Perinatol. 1990 Jan;7(1):92-3. doi: 10.1055/s-2007-999455.
  184. Teng, K.A., et al., *Physicians caring for physicians: the perspective of the primary care physician*. South Med J. 2014 May;107(5):301-5.
  185. Domeyer-Klenske, A. and M. Rosenbaum, *When doctor becomes patient: challenges and strategies in caring for physician-patients*. Fam Med. 2012 Jul-Aug;44(7):471-7.
  186. Noble, S.I., A. Nelson, and I.G. Finlay, *Challenges faced by palliative care physicians when caring for doctors with advanced cancer*. Palliat Med. 2008 Jan;22(1):71-6.
  187. Dias, M.A. and S.F. Deslandes, *[Cesarean sections: risk perception and indication by attending obstetricians in a public maternity hospital in Rio de Janeiro]*. Cad Saude Publica. 2004 Jan-Feb;20(1):109-16. Epub 2004 Mar 8.
  188. Behague, D.P., C.G. Victora, and F.C. Barros, *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*. BMJ. 2002 Apr 20;324(7343):942-5.
  189. Biraboneye, S.P., et al., *Trial of labour or elective repeat caesarean delivery: are women making an informed decision at Kenyatta national hospital?* BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Aug 15;17(1):260.
  190. Ribeiro, V.S., et al., *Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones?* Braz J Med Biol Res. 2007 Sep;40(9):1211-20. Epub 2007 Sep 10.
  191. Leal, M.D.C., et al., *Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil*. BMJ Open. 2017 Dec 27;7(12):e017789.
  192. Marcano Belisario, J.S., et al., *Comparison of self-administered survey questionnaire responses collected using mobile apps versus other methods*. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 27;(7).



## ANEXO A - Questionário

## TIPO E PREFERÊNCIA DE PARTO ENTRE MÉDICAS OBSTETRAS E ESPOSAS DE MÉDICOS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Data de nascimento

3. Em que universidade você cursou medicina?

4. Ano de formatura (graduação)

5. E residente/pós-graduando(a) de obstetrícia?

Sim

Não

6. Caso a resposta anterior seja afirmativa, em que hospital está cursando a residência/pós-graduação?

7. Possui residência médica/pós-graduação em obstetrícia?

Sim

Não

8. Caso a resposta anterior seja afirmativa, em que hospital cursou a residência/pós-graduação em obstetrícia?

9. Você exerce a obstetrícia?

Sim

Não

10. Caso exerça a obstetrícia, você atua em que setores?

Público

Privado

Ambos

11. Em uma gestação normal, com 39 semanas de evolução, com feto único em apresentação cefálica e com até 3,5 kg de peso, qual a via de parto que você escolheria para si própria ou para a sua esposa/companheira?

Vaginal (com analgesia, se necessário)

Cesariana

12. Qual ou quais os motivos da sua preferência pela via de parto indicada na pergunta anterior? (pode marcar mais de uma opção)

- Medo de lesão perineal
- Medo de cirurgia
- Maior segurança para o bebê
- Maior segurança para mãe
- Medo de futuro impacto negativo na função sexual
- Possibilidade de planejar o nascimento do bebê
- Medo da dor durante o trabalho de parto
- Aversão à presença de cicatriz abdominal
- Medo da anestesia peridural/raquidiana
- Acreditar que o parto deve ser o menos medicalizado possível
- Recuperação mais rápida
- Menor risco de infecção pós-parto
- Menor risco de hemorragia pós-parto
- Possibilidade de realizar laqueadura tubária durante o parto
- Outro (especificar quais no espaço abaixo)

13. Considerando que no seu local de trabalho você tenha autonomia para decidir a via de parto, em uma gestação normal, com 39 semanas de evolução, com feto único em apresentação cefálica e com até 3,5 kg de peso, qual a via de parto que você recomendaria para as suas pacientes?

- Vaginal (com analgesia, se necessário)
- Cesariana

14. Considerando que no seu local de trabalho você tenha autonomia para decidir a via de parto, você concordaria com uma cesariana a pedido da paciente no caso de não haver nenhuma indicação médica para a realização da mesma?

- Sim
- Não

15. Tem ou já teve filho(a)(s)? Caso afirmativo, quanto(a)s? Considerar apenas filho(a)(s) biológico(a)(s).

- Sim
- Não

Número de filhos(as):

**PARA QUEM NÃO É OU NUNCA FOI PAI/MÃE DE FILHO(A)(S) BIOLÓGICO(A)(S), O QUESTIONÁRIO TERMINA AQUI. CASO SEJA OU JÁ TENHA SIDO PAI/MÃE DE FILHO(A)(S) BIOLÓGICO(A)(S), RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS:**

16. Alguma das suas gestações (ou da sua esposa/companheira) que chegou ao termo era gemelar?

- Sim  
 Não

17. Para cada filho, diga qual foi o tipo de parto?

	Vaginal	Vaginal com analgesia	Cesariana
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Qual era a idade gestacional (em semanas) quando do nascimento do seu 1º filho(a)? Deixe em branco caso não se lembre.

Semanas

19. Qual era a idade gestacional (em semanas) quando do nascimento do seu 2º filho(a)? Deixe em branco caso não se lembre ou tenha tido somente 1 filho(a).

Semanas

20. Qual era a idade gestacional (em semanas) quando do nascimento do seu 3º filho(a)? Deixe em branco caso não se lembre ou tenha tido somente 1 ou 2 filho(s).

Semanas

21. Qual a data de nascimento do(s) seu(s) filho(a)(s)? Deixe em branco caso não se lembre.

	DD	MM	AAAA
1º filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2º filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3º filho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Você exercia a obstetrícia na época do parto do(s) seu(s) filho(s)?

	Sim	Não
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Caso exercesse a obstetrícia na época do(s) parto(s) de seu(s) filhos, você atuava em que setores?

	Público	Privado	Ambos
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Caso o(s) parto(s) do(s) seu(s) filho(s) tenha/tenham sido por cesariana, houve indicação médica para a realização dela(s)?

	Sim	Não
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Caso tenha havido indicação médica para a realização de cesariana no(s) parto(s) de seu(s) filho(s), por favor, assinale qual/quais foi/foram (pode marcar mais de uma opção).

Sofrimento fetal agudo	<input type="checkbox"/>
Sofrimento fetal crônico	<input type="checkbox"/>
Macrossomia fetal	<input type="checkbox"/>
Desproporção cefalopélvica	<input type="checkbox"/>
Descolamento prematuro de placenta	<input type="checkbox"/>
Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
Alterações da contratilidade uterina (discinesia uterina, taquissístolia etc)	<input type="checkbox"/>
Ruptura prematura das membranas ovulares	<input type="checkbox"/>
Doença materna (ex. Pré-eclâmpsia, hipertensão crônica, diabetes gestacional, collagenoses, Infecção pelo vírus do HIV, herpes genital etc)	<input type="checkbox"/>
Doença fetal (ex. Malformação fetal, trissomias etc)	<input type="checkbox"/>
Gemelaridade	<input type="checkbox"/>
Circular de cordão umbilical	<input type="checkbox"/>
Apresentação pélvica	<input type="checkbox"/>
Apresentação cônica Outra	<input type="checkbox"/>

(especificar qual/quais).

26. Caso a(s) sua(s) cesariana(s) (ou de sua esposa/companheira) tenha/tenham sido opcional/opcionais, ou seja, tenha/tenham sido escolhida(s) por você (ou por ela), sem indicação médica, qual ou quais foram os motivos dessa escolha? (pode marcar mais de uma opção)

Medo de lesão perineal	<input type="checkbox"/>
Maior segurança para o bebê	<input type="checkbox"/>
Maior segurança para mãe	<input type="checkbox"/>
Medo de futuro impacto negativo na função sexual	<input type="checkbox"/>
Possibilidade de planejar o nascimento do bebê	<input type="checkbox"/>
Medo da dor durante o trabalho de parto	<input type="checkbox"/>
Não ter conseguido um obstetra em quem confiasse para a realização de um parto vaginal	<input type="checkbox"/>

Outra (especificar quais):

27. RESPONDA A ESSA PERGUNTA SE FOR MULHER:

O(s) tipo(s) de parto que você teve foi/foram o(s) escolhido(s) por você?

	Sim.	Não, foi escolha do(a) obstetra assistente, sem indicação médica.	Não, pois seguiu indicação médica.
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. RESPONDA A ESSA PERGUNTA SE FOR HOMEM:

O(s) tipo(s) de parto que a sua esposa/companheira teve foi/foram o(s) escolhido(s) por você?

	Sim, coube exclusivamente a mim a escolha da via de parto	Sim, em uma decisão consensual com a minha esposa/companheira	Não, foi um escolha exclusivamente dela	Não, foi escolha do(a) obstetra assistente, sem indicação médica.	Não, pois seguiu indicação médica.
1º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3º filho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**OBRIGADO PELA  
COLABORAÇÃO.**

**ANEXO B** - Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: TIPO E PREFERÊNCIA DE PARTO ENTRE MÉDICAS OBSTETRAS E ESPOSAS DE MÉDICOS OBSTETRAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nome do Pesquisador Principal: ANDRÉ LUÍS DOS SANTOS MEDEIROS

Nome do Orientador: PAULO NADANOVSKY

1. **Natureza da pesquisa:** O sr. (sra.) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade averiguar as preferências quanto ao tipo de parto de médicas obstetras e mulheres de médicos obstetras no Estado do Rio de Janeiro.
2. **Participantes da pesquisa:** Médicos e médicas obstetras no Estado do Rio de Janeiro.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o sr. (sra.) permitirá que o pesquisador André Luís dos Santos Medeiros utilize as respostas do questionário na elaboração de sua tese de doutorado. O(a) sr.(sra) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(sra.). Sempre que o(a) sr.(sra.) quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto.
4. **Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não traz implicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e seu orientador terão acesso aos dados. Os dados nunca serão analisados ou divulgados com a identificação dos/das participantes. Ninguém, nem os pesquisadores, terão como ligar você (ao assinar este termo de consentimento) ao questionário preenchido. Ou seja, não será possível identificar as suas respostas, pois o questionário não será identificado.

6. **Benefícios:** Ao participar desta pesquisa, o(a) sr.(sra) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este estudo trará informações importantes para o desenvolvimento científico, para a elaboração de políticas públicas na área da atenção à saúde e para a organização dos serviços de saúde. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos em meios científico e profissional.
7. **Pagamento:** O(a) sr.(sra) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

**OBS: NÃO ASSINE ESSE TERMO SE AINDA TIVER DÚVIDA A RESPEITO.**

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

\_\_\_\_\_  
NOME

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
CRM

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**Pesquisador Principal: ANDRÉ LUÍS DOS SANTOS MEDEIROS**

**Pesquisador Orientador: PAULO NADANOVSKY**