

# Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil

Nelson Sass<sup>I</sup>  
Susane Mei Hwang<sup>II</sup>

Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

## INTRODUÇÃO

O aumento dos nascimentos por cesárea é um fenômeno em escala mundial. Alguns fatores contribuíram para este fato, tais como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e consequente remuneração, além da própria demanda das pacientes.<sup>1</sup>

Existem argumentos contra e a favor do procedimento. Sem dúvida ela representa um notável progresso na assistência obstétrica, mas estamos longe de afirmar que possa substituir o parto vaginal. Várias condições exibem razões médicas aceitáveis para sua realização em face de melhor prognóstico materno e perinatal<sup>2</sup> (**Quadro 1**). Estima-se, porém, que cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas a cada ano na América Latina.<sup>1</sup> Por que vivemos um momento de banalização de sua indicação?

Qual seria a taxa ideal de cesáreas? Segundo a Organização Mundial da Saúde, índices superiores a 15,0% seriam difíceis de justificar do ponto de vista médico.<sup>3</sup> O Brasil exibe uma das

maiores taxas de cesáreas do mundo e tem sido citado como um exemplo de possível abuso deste procedimento. Segundo o Datasus, em série histórica de 1994 até 2006, verifica-se que, no Brasil, mais de 95,0% dos partos são atendidos em hospitais, sendo verificada uma notável elevação dos índices pois, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%,<sup>4</sup> o ano de 2006 registra proporção de 45,0% dos nascidos vivos<sup>5</sup> (**Tabela 1**).

## QUANDO ATINGIREMOS A META DE 100,0%?

Também saltam aos olhos nessas informações as taxas elevadas de cesáreas em hospitais universitários. A centralização do ensino médico em hospitais de referência e de maior complexidade poderia limitar o acesso dos médicos em formação, alunos e residentes, a assistência obstétrica fisiológica, resultando em uma formação capacitada para enfrentar situações complexas, porém limitada para acompanhar e investir no parto normal. Ainda segundo o Datasus, verifica-se elevação proporcional dos índices na medida em que aumentam os anos de escolaridade materna<sup>5</sup> (**Tabela 2**). Teriam as mulheres com melhor nível educacional menor capacidade para a parturição tradicional?

### Quadro 1. Condições fetais e maternas nas quais a realização da cesárea tem vantagens sobre o parto vaginal<sup>2</sup>

Apresentação pélvica em primíparas
Descolamento prematuro da placenta com feto vivo
Gestação gemelar monoamniótica
Gestação trigemelar
Feto acima de 4.500 g
Feto em apresentação transversa
Feto prematuro em apresentação não cefálica
Herpes genital ativo
Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) com carga viral acima de 1.000 cópias ou desconhecida
Pacientes com mais de uma cesárea prévia
Pacientes com ruptura uterina prévia
Placenta prévia
Prolapso de cordão
Sofrimento fetal agudo

**Tabela 1.** Proporção de partos hospitalares por cesáreas (%), por nascidos vivos, Brasil e regiões, 1994 a 2006<sup>5</sup>

Ano	Regiões					Brasil
	N	NE	SE	S	CO	
1994	31,1	25,6	47,3	41,7	49,5	39,0
1995	32,4	25,5	46,5	43,2	49,9	37,7
1996	31,6	26,0	46,3	44,0	50,9	38,0
1997	32,1	25,3	49,8	44,1	49,8	40,8
1998	30,4	25,5	47,2	42,5	45,9	39,2
1999	28,8	25,6	45,9	40,8	43,0	38,0
2000	29,6	26,7	46,9	42,4	43,7	38,9
2001	29,8	27,7	47,4	43,4	44,3	39,3
2002	30,4	28,1	47,9	44,3	44,5	39,7
2003	31,9	29,7	49,1	46,0	46,0	41,0
2004	33,2	31,5	50,5	48,2	47,6	42,7
2005	35,0	33,0	51,9	49,8	49,6	44,2
2006	33,8	34,6	53,1	51,2	50,5	45,0

<sup>I</sup> Professor associado doutor, Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM). Chefe de Clínica Obstétrica, Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

<sup>II</sup> Médica residente, Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

**Tabela 2.** Proporção de nascidos vivos por cesárea segundo escolaridade da mãe. Brasil, 2005<sup>5</sup>

Anos de estudo	Normal	Cesárea	Ignorado	Total
Nenhum	82,8	17,0	0,2	100,0
1 a 3 anos	73,1	26,8	0,1	100,0
4 a 7 anos	66,2	33,7	0,1	100,0
8 a 11 anos	50,4	49,5	0,1	100,0
12 anos ou mais	30,7	69,2	0,1	100,0
Ignorado	57,7	39,3	3,0	100,0
<b>Total</b>	<b>56,6</b>	<b>43,2</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3.** Taxas de cesáreas (médias) em hospitais do município de São Paulo, segundo o tipo de assistência, 2003 a 2008 (primeiro semestre)<sup>6</sup>

Ano	SUS	SUS	SUS	Privado
	Baixo risco 3 unidades	Alto risco 2 unidades	Unversitário 3 unidades	4 unidades
2003	26,1	34,7	54,4	84,4
2004	26,6	36,8	54,5	85,1
2005	26,4	39,3	55,7	86,9
2006	31,0	39,3	56,3	87,5
2007	29,4	35,9	55,8	87,2
2008	28,1	33,3	57,1	87,0

SUS = Sistema Único de Saúde.

A partir dos dados disponíveis no Sistema de Informações dos Nascidos Vivos (Sinasc)<sup>6</sup> relativos à assistência ao parto no município de São Paulo (Tabela 3), se observa que, no Sistema Único de Saúde (SUS), onde cerca de 80% dos partos são atendidos, ocorrem taxas médias de cesáreas de 28,6%, enquanto que, no setor de saúde complementar, estes índices ultrapassam 80%. De forma paradoxal, instituições com ampla disponibilidade de recursos técnicos e consequente segurança na assistência exibem os maiores números.

A afirmação de que as mulheres com maior escolaridade e provável melhor condição socioeconômica preferem cesáreas pode não ter base consistente. Em um estudo prospectivo<sup>7</sup> que avaliou a preferência de 717 pacientes atendidas em instituições públicas e 419 em hospitais privados com médicos particulares, foi verificado que entre aquelas que tiveram cesáreas, mais de 83% delas tinham preferência prévia pelo parto vaginal. Ainda assim, mais de 60% delas manifestaram satisfação com o tipo de parto que tiveram, apoiando a suposição que as mulheres confiam nas informações oferecidas e acreditam que as indicações resultaram em maior segurança.

Ainda segundo esse estudo,<sup>7</sup> apesar da semelhança da percepção da pacientes sobre seu parto, ocorreu evidente disparidade entre os altos índices registrados na assistência privada. Tal fenômeno pode ter três justificativas. Em primeiro lugar, muitos obstetras acreditam realmente que a cesárea é mais segura para o bebê e mais confortável para a mãe. Em segundo lugar, podem não ter treinamento satisfatório para a assistên-

cia ao parto e assumem que a cesárea pode eliminar situações difíceis de contornar. Em terceiro lugar, as cesáreas agendadas seriam mais convenientes e poupariam tempo.

Segundo Sakae e cols.,<sup>8</sup> a atual organização da atenção obstétrica exerce um papel importante nesta questão, uma vez que a assistência privada ainda é personalizada e centrada no médico. Este aspecto pode justificar a preferência por cesáreas: a conveniência de uma intervenção programada, a incerteza frente à possibilidade de asfixia ou trauma fetal, o temor de problemas jurídicos e a falta de preparo da mulher para o parto. Seria, portanto, a cesárea mais “prática” que o parto normal?

O conceito de praticidade guarda relação com o contexto em que vivemos. Há cerca de 50 anos, para a maioria das mulheres era muito prático ter seus bebês na própria casa. Nos dias de hoje, isso pode ser interpretado como uma escolha heterodoxa e provavelmente mais arriscada. Na atualidade, o tempo constitui variável fundamental, ou seja, ninguém tem tempo para mais nada. Assim, a imprevisibilidade do desencadear do parto e o tempo necessário para o seu desenvolvimento podem ser insuportáveis.

Além do mais, tempo é dinheiro, certo? Esse aspecto certamente influencia no padrão de atendimento, considerando os valores aviltantes que remuneram os procedimentos obstétricos. Essa lógica perversa é simples: mais procedimentos para manter o padrão de remuneração. Evidente que isso diz respeito a médicos e pacientes. O que seria mais prático: passar várias horas, incluindo madrugadas em claro ao lado de uma paciente, sem certeza do desfecho, ou marcar a cesárea em um horário compatível com as diversas atribuições de cada dia?

Quem ganha o embate entre fisiologia e praticidade? Abolir a fisiologia programada poderia afetar a segurança do indivíduo? Ainda que não sejam totalmente esclarecidos os mecanismos do desencadeamento do parto, é certo que a maturidade do feto tem papel importante nesta questão. A maturidade do eixo hipófise-suprarrenal participa dos processos que atuam no desencadeamento do parto, sendo que bebês nascidos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados com os nascidos entre 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem de suporte ventilatório.<sup>2</sup>

Existem evidências de que a divulgação da opinião de lideranças importantes, não necessariamente médicas, pode facilitar a disseminação de boas práticas que resultem em melhor prognóstico, incluindo mudanças no comportamento de profissionais e da comunidade.<sup>9</sup> Nessa questão, as Organizações Médicas e Sociedades da Especialidade têm papel de relevo. Observamos que lutam continuamente de forma sinérgica para reduzir esses problemas, porém, aparentemente as estratégias adotadas têm sido insuficientes para reverter esta condição.

## A MULETA ANTROPOLÓGICA

A civilização humana tem lidado com problemas obstétricos há milhares de anos, sendo que a ampliação do conhecimen-

to, cesárea incluída, tem aliviado, mas não solucionado por completo esta questão. Temos que reconhecer que os aspectos relacionados ao aumento das taxas de cesárea estão inseridos na ordem social de nossa época. Vários aspectos podem estar envolvidos neste fenômeno, sendo que alguns podem não ter bases científicas consistentes e serem até inapropriados do ponto de vista bioético. Porém, a teoria da evolução não poderia também estar envolvida?

Estudos antropológicos que avaliam a evolução da espécie humana registram dois fatos que poderiam acarretar problemas para a parturição transpélvica: a postura bípede dos humanos com modificações pélvicas decorrentes e a encefalização da espécie, com ampliação do tamanho do cérebro e modificações da morfologia craniana. Registros fósseis documentam que, nos últimos dois milhões de anos, o processo de encefalização e a postura bípede tornaram o parto vaginal mais arriscado. Assim, do ponto de vista antropológico, os problemas do parto vaginal seriam “sequelas” do processo evolutivo.<sup>10</sup>

Ainda é muito cedo para que a questão evolucionista possa ser usada para reforçar a causa “cesarista”, apesar de este aspecto parecer atraente e com potencial para justificar mais cesáreas. Sob essa ótica, quais seriam as consequências futuras caso as mulheres não mais permitissem o desencadeamento do parto e a cesárea passasse a ser a forma principal e preferencial para o nascimento de nossos descendentes? Essa questão certamente implicaria em questões biológicas, sociais e demográficas e provavelmente estaria inserida nos aspectos a serem estudados em nova etapa da evolução humana.

## CESÁREA A PEDIDO

Vivemos em uma dinâmica em que cada vez mais as mulheres compartilham das decisões médicas, sendo natural que tenham o direito de optar pela forma de parto. Isso resulta em dois opostos: um grupo opta pela “cesárea a pedido” enquanto o outro extremo prefere ter seus bebês em sua casa.

A cesárea a pedido compõe um evento obstétrico comum e a forma como lidar com esta questão exige do obstetra atenção a diversos pontos. Essa decisão deve ser guiada por princípios éticos, como o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e veracidade da informação fornecida. Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (Acog),<sup>11</sup> a melhor resposta que se pode fornecer a essa questão começa em informar à paciente sobre as evidências científicas que podem ou não apoiar essa prática: não existem evidências a partir de ensaios clínicos aleatórios que possam garantir que cesáreas agendadas no termo, sem razões médicas, signifiquem melhor assistência obstétrica em relação ao parto normal.<sup>12</sup> Também não existem estudos consistentes que possam avaliar os efeitos em curto e longo prazos dessa opção.

A paciente precisa saber disso e ter a oportunidade de explorar suas preocupações e valores que motivaram esta solicitação. Muitas vezes o aconselhamento honesto permite uma decisão

equilibrada e aceitável. Segundo ainda a Acog, diante da impossibilidade de mudança na opção da paciente, o profissional tem liberdade ética para aceitar ou não essa demanda. Caso não concorde com a opção da paciente, resultando em dilema pessoal, existe base ética para que decline do atendimento e encaminhe a paciente para um profissional que atenda ao seu pedido.

## A CESÁREA É MAIS SEGURA QUE O PARTO NORMAL?

Como já discutimos anteriormente, a realização da cesárea transmite a sensação de segurança para todos os envolvidos, explicando a banalização de sua indicação. De fato, a ampliação da tecnologia cirúrgica reduziu os riscos de forma consistente quando se comparam os riscos maternos de décadas passadas com os atuais. Buscando responder esta questão, a Organização Mundial da Saúde patrocinou uma análise da saúde materna e perinatal na América Latina, cujo objetivo foi avaliar a associação entre o parto cesárea e os desfechos maternos e perinatais, ajustando os resultados segundo o tipo de população obstétrica e nível de complexidade da instituição hospitalar.

Para tanto, analisou as informações originadas de 97.095 partos realizados em 24 diferentes regiões de oito países.<sup>1</sup> Em todos os locais, as maiores taxas tinham origem em instituições privadas, porém, um aspecto assustador foi constatar que a taxa de cesáreas em nulíparas variou entre 64% e 68%, independentemente do tipo de maternidade! Esse aspecto traz enorme preocupação, pois, caso essa tendência se mantenha, em pouco tempo a imensa maioria das pacientes terá sido submetida a pelo menos uma cesárea! Quando se estudam fatores de risco associados à indicação, a presença de uma cesárea prévia parece aumentar em até quatro vezes a probabilidade de repetir a intervenção.<sup>8</sup> Assim, o investimento para que o parto fisiológico ocorra na maioria das primíparas reveste-se de importância fundamental.

Quando se analisam as taxas de cesáreas segundo a complexidade da instituição, é razoável supor que serviços de referência recebam casos mais complexos e, portanto, realizarão mais cesáreas. Esse argumento é lógico e explica em parte diferentes taxas entre maternidades de cada local. Porém, mesmo nesses casos, observa-se que, após certo patamar, não existem mais vantagens maternas e perinatais relacionadas. De modo geral, a associação entre taxa de cesárea e risco exhibe uma curva em forma de “U”, ou seja, até certo nível de elevação haveria vantagens, porém após certo ponto, a tendência se inverte, com progressiva elevação dos riscos. Aparentemente o ponto de 20,0% parece representar o momento da “virada” da curva.<sup>1</sup>

Portanto, após todos os ajustes metodológicos, é possível afirmar que cesárea desnecessária aumenta os riscos reprodutivos. Independentemente do nível de desenvolvimento local, capacitação do sistema de saúde, do tipo de paciente assistida e nível de complexidade hospitalar, todos os cenários exibiram resultados similares quanto à associação da cesárea com eventos adversos,

como maior necessidade de antibióticos após o parto, maior morbidade e mortalidade materna, prematuridade, permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) e morte neonatal.<sup>1</sup>

### PRÁTICA E, PORTANTO, MAIS BARATA?

A promoção da saúde e controle de doenças exige um enorme esforço governamental e enorme alocação de recursos. Considerando que a verba destinada à assistência materna e infantil é cronicamente escassa, a questão da cesárea deve necessariamente ser discutida sob a ótica da análise do impacto dessa opção no custeio da saúde. A estimativa de valores alocados para realizar uma cesárea ou um parto vaginal varia bastante. Uma revisão americana<sup>13</sup> identificou que o custo do procedimento de uma cesárea eletiva varia de US\$ 918,00 a US\$ 7.814,00. Quando se compara o custo de um parto vaginal em relação à cesárea eletiva, é registrada elevação de custos que variam entre US\$ 139,00 e US\$ 2.294,00.

Todas as estimativas esbarraram em dificuldades de quantificar de forma exata aspectos como risco de hemorragia, de infecção, maior permanência hospitalar e a prematuridade iatrogênica. Acrescente-se ainda que a cesárea de hoje implicará em custos adicionais no futuro, em vista de maior chance de outra cesárea e complicações tardias, como placenta prévia e acretismo placentário.<sup>13</sup>

Para que possamos estimar para o Brasil os custos decorrentes das taxas atuais de cesáreas, utilizaremos como base o trabalho de Faúndes e Ceccati publicado em 1991.<sup>4</sup> Esta opção se baseia na discussão desses autores que projetaram valores alarmantes, caso fosse atingido o patamar de 40%. Chegamos lá!

Naquela ocasião, estimaram que o custo da cesárea fosse 50% maior que o do parto normal, com valor excedente de US\$ 48,00, em face da estada mais prolongada, ao maior uso de medicamentos e outros materiais de consumo. Também consideraram que o risco de prematuridade iatrogênica nesta situação situa-se em torno de 5%, sendo o custo diário estimado em uma UTI neonatal de US\$ 150,00. Ajustando ao número atual de nascidos vivos de cerca de três milhões a cada ano e a taxa de cesáreas em 40%, teríamos um excedente de 25% sobre as taxas recomendadas de 15%. Isto significa 750 mil cesáreas. Dentre essas, nasceriam 37 mil bebês que necessitariam de UTI, digamos por dois dias. Os cálculos resultariam em US\$ 36 milhões destinados às cesáreas (750.000 x US\$ 48,00) e US\$ 11,1 milhões destinados à assistência aos recém-nascidos (37.000 x US\$ 300,00). Portanto, o custo anual total destinado à realização de procedimentos de indicação desnecessária corresponderia a US\$ 47.100.000, valores certamente preciosos para a nação e que poderiam ser alocados para outras prioridades.

Evidente que esta análise não leva em conta valores atuais e está longe da precisão metodológica que economistas em saúde seriam capazes de produzir, mas é útil para induzir reflexão sob esta perspectiva. Dezenas de milhões de dólares são alocados

para procedimentos desnecessários e, pior, mais arriscados para mãe e bebê. As implicações econômicas e sociais inseridas nessa questão não podem ser esquecidas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno do parto deve contemplar três variáveis fundamentais: ter segurança técnica, ser uma experiência prazerosa para a mãe e ser visto como um momento de investimento emocional. Com toda a certeza dispomos de tecnologia e sensatez para proporcionar essa harmonização. Altas taxas de cesáreas não indicam melhor qualificação obstétrica em nenhum cenário assistencial, pois essa opção implica em maior risco de graves complicações maternas e perinatais.

Todas as instituições com responsabilidade pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação de seus índices. Estes exigem monitoramento contínuo de forma a possibilitar intervenções construtivas. Esse aspecto é particularmente delicado no setor privado da assistência, considerando a forma como atualmente se organiza.

Existem evidências suficientes para considerar a cesárea como a opção mais arriscada para o nascimento de bebês. Observar que caminhamos no sentido inverso do conhecimento exige reflexões que devem se estender à sociedade como um todo, àqueles envolvidos na formação médica e àqueles que decidem políticas de educação e saúde.

### INFORMAÇÕES

#### Endereço para correspondência:

Nelson Sass  
Rua Umberto Boccioni, 210  
São Paulo (SP)  
CEP 02441-150  
Cel. (11) 9116-4222  
E-mail: nelsonsa.alp@terra.com.br

Fontes de fomento: nenhuma

Conflito de interesse: nenhum

### REFERÊNCIAS

1. Villar J, Valladres E, Wojdyla D, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
2. Martins-Costa SH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader J, Corrêa MD, Camano L. Cesariana - Indicações. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina; 2002. Disponível em: [http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/032.pdf](http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/032.pdf). Acessado em 2009 (26 ago).
3. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
4. Faúndes A, Ceccati JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública*. 1991;7(2):150-73.
5. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007 (IDB-2007). Tema do ano: nascimentos no Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>. Accessed in 2009 (26 ago).
6. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC - Nascidos vivos. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Município

- de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. SINASC (2003 a 2009). SINASC nascidos vivos – município de São Paulo Disponível em: [http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SMS/nasc\\_sp.def](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SMS/nasc_sp.def). Acessado em 2009 (26 ago).
7. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323(7322):1155-8.
  8. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário [Factors associated with cesarean section rates in a university hospital]. *Rev Saúde Pública = J Public Health*. 2009;43(3):472-80.
  9. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD000125.
  10. Weiner S, Monge J, Mann A. Bipedalism and parturition: an evolutionary imperative for cesarean delivery? *Clin Perinatol*. 2008;35(3):469-78, ix.
  11. Surgery and patient choice. ACOG Committee Opinion. 2008;395:1-5. Disponível em: [http://www.acog.org/from\\_home/publications/ethics/co395.pdf](http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co395.pdf). Acessado em 2009 (26 ago).
  12. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;3:CD004660.
  13. Zupancic JA. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol*. 2008;35(3):591-9, xii.

**Data de entrada:** 16/6/2009

**Data da última modificação:** 9/9/2009

**Data de aceitação:** 10/9/2009

## RESUMO DIDÁTICO

1. A cesárea representa um notável progresso na assistência obstétrica, mas estamos longe de poder afirmar que possa substituir o parto vaginal.
2. O Brasil exibe uma das maiores taxas de cesáreas do mundo e tem sido citado como um exemplo de possível abuso do procedimento.
3. No Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrem taxas médias de cesáreas de 28,6%, enquanto no setor de saúde complementar, os índices ultrapassam 80%.
4. Não é possível afirmar que as mulheres preferem cesárea de antemão. Uma pesquisa identificou que, entre um grupo submetido a esse tipo de parto, mais de 83% tinham preferência pelo parto vaginal.
5. A atual organização da atenção obstétrica exerce papel importante nesta questão, pois a assistência privada é personalizada e centrada no médico.
6. Bebês com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados com os nascidos entre 39 e 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem de suporte ventilatório.
7. A cesárea a pedido compõe um evento obstétrico comum. Cabe ao obstetra acolher e contornar as necessidades da paciente, além de informá-la sobre os riscos. O profissional tem liberdade ética para aceitar ou não essa demanda.
8. A cada ano, dezenas de milhões de dólares são destinados para realização de cesáreas desnecessárias.