

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

JULIANA MANERA SARAIVA

**CESARIANAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: FATORES
ASSOCIADOS**

Porto Alegre

2013

JULIANA MANERA SARAIVA

**CESARIANAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: FATORES
ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra^a Helga Geremias Gouveia

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edgar e Rosa, por todo o carinho e atenção oferecidos durante a minha vida. E ainda, pela paciência, pelas palavras de incentivo nos momentos de angústia, pelos valores e pela educação transmitidos. Hoje eu sou o resultado do amor e da confiança de vocês.

Aos meus demais familiares e amigos, por compreenderem os meus momentos de ausência e distância ao longo do curso. As minhas amigas e colegas de curso, Jéssica e Roberta, pela amizade sincera, pela companhia e parceria diária, pela ajuda nos trabalhos e nas horas de estudo.

À minha querida tia, Teresinha, pela disponibilidade e pelo carinho ao auxiliar na correção do trabalho.

Ao meu namorado, Evandro, por me acompanhar nessa etapa final de faculdade. E também, por toda a paciência, carinho, amor e apoio.

À minha orientadora, Prof^ª Dra^a Helga Geremias Gouveia, que não mediu esforços durante a realização do trabalho, sempre atenta e tranquila para me passar seus conhecimentos, sempre acreditando na minha capacidade. Um exemplo de pessoa a ser seguido por sua competência profissional, pelo carinho, pela dedicação, pelo companheirismo e pela paciência.

Às professoras doutoras, Claudia Junqueira Armellini e Virginia Leismann Moretto, por aceitarem participar da minha banca e disponibilizarem seu tempo para ler e avaliar o meu trabalho.

À professora doutora, Annelise de Carvalho Gonçalves, e às colegas, Bruna, Fernanda e Sara, pelo auxílio e empenho com a coleta de dados, sem a qual esse trabalho não seria possível.

Aos professores da Escola de Enfermagem, pela transmissão dos conhecimentos com excelência, pelo incentivo e pelo companheirismo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), instituição de ensino que possibilitou a concretização desse sonho.

Aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal com atenção e competência nesse período.

RESUMO

A cesariana é considerada uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas. Sua indicação deve ser considerada quando a necessidade da interrupção da gestação é a única forma de preservar a saúde da mulher e do feto, dessa forma, deve ser indicada de forma criteriosa, baseado em evidências, e nas condições clínicas da mulher e não somente em critérios pré-estabelecidos pelos profissionais de saúde. Este estudo teve como objetivo caracterizar as cesarianas de um Hospital Universitário de Porto Alegre (RS). Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 361 puérperas, entrevistadas após as primeiras 24 horas pós-parto, no período de fevereiro a abril de 2013. Foram incluídas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico e excluídas aquelas sem condições psicológicas para responder as questões, óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada, registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico. Foi realizada estatística analítica, utilizando-se a Razão de Prevalência através da Regressão de Poisson Univariável. Foram cumpridos os termos da Resolução 196/96. Os resultados mostraram que das 361 puérperas entrevistadas, 31% foram submetidas à cesariana. Verificou-se que categoria de internação, dilatação, características do colo, apresentação fetal e dinâmica uterina no momento da admissão no Centro Obstétrico mostraram-se estatisticamente associadas à realização de cesariana, já não ter cesariana prévia e o turno da meia noite às 6h mostraram-se fatores de proteção. A caracterização das cesarianas possibilita reflexão sobre a prática do profissional, oportunizando a busca por uma assistência qualificada durante o trabalho de parto e parto. Ações conjuntas e consistentes de toda a equipe de saúde serão capazes de melhorar a assistência à mulher e ao bebê, com enfoque nas práticas humanizadas de atenção ao parto, reduzindo o número de cesáreas desnecessárias e consequentemente contribuindo para redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Descritores: Cesárea. Saúde da Mulher. Obstetrícia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3 CONTEXTO TEÓRICO	8
3.1 A CESARIANA	8
3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE CESARIANA	8
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CESARIANA	9
3.4 A MORBIMORTALIDADE MATERNA E PERINATAL	9
4 MATERIAL E MÉTODOS	11
4.1 DESENHO DO ESTUDO	11
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	11
4.3 TAMANHO AMOSTRAL	11
4.4 SELEÇÃO DE SUJEITOS	11
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	12
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO	12
4.6.1 Variável Dependente	12
4.6.2 Variáveis Independentes	12
4.7 COLETA DE DADOS	13
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	14
4.9 ASPECTOS ÉTICOS	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM	31
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), muitos procedimentos realizados durante a assistência ao parto são efetivamente necessários e até vitais, mas destaca-se que as intervenções desnecessárias podem causar danos, despesas desnecessárias e ter graves consequências.

Dessa maneira, é recomendável que o profissional de saúde que esteja prestando assistência ao parto intervenha somente quando necessário. Contudo, observa-se uma tendência crescente nas taxas de cesarianas em diversos países, o que motiva muitos estudos acerca desta temática.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ressalta a importância da cesariana como uma tecnologia apropriada para o manejo de sua série de situações obstétricas que necessitam da interrupção da gestação como a única forma de preservar a saúde da mulher e do feto. No entanto, situações de risco estão mais associadas à cesariana do que ao parto normal.

Em um estudo recente, as autoras ressaltam que as taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal não apresentam diminuição em razão do aumento das cesarianas e que os maus resultados maternos e perinatais decorrem do abuso desse procedimento (OSAVA et al., 2011).

O Brasil está entre os países que apresentam as maiores taxas de cesariana no mundo (BRASIL, 2010a). No ano de 2010, mais da metade dos partos realizados no Brasil foram cesarianas (52,2%), sendo que no Rio Grande do Sul, neste mesmo ano, a taxa de cesariana foi ainda maior, chegando a 58% (BRASIL, 2012a).

Essas taxas estão muito acima da proporção de cesarianas recomendadas pelo Ministério da Saúde – MS e pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que é de aproximadamente 15% do total de partos. Contudo, este procedimento deve ser realizado apenas quando há riscos para a mãe ou para o bebê caso não seja interrompida a gestação (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde, através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aponta, como uma das ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e neonatal, a redução do número de cesarianas desnecessárias (BRASIL, 2010d).

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010a).

Sabe-se que o país não alcançará essa meta, e pressupõe-se que o modelo de atenção obstétrica medicalizado e intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato.

Levando em consideração a situação descrita, considera-se relevante conhecer a prevalência de cesariana e os fatores associados, pois se acredita que esses dados possam contribuir para a reflexão e busca de novas estratégias capazes de reversão das altas taxas hoje encontrada desse procedimento em nosso meio.

Ressalta-se que este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar as cesarianas de um Hospital Universitário de Porto Alegre – RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a frequência de cesarianas.
- Identificar e analisar se as variáveis independentes estão associadas à realização da cesariana.

3 CONTEXTO TEÓRICO

3.1 A CESARIANA

A cesariana é descrita como o parto de um feto por cirurgia abdominal, requerendo a incisão através da parede uterina (BADER, 2007).

A origem do termo cesárea nos remete a algumas histórias, entre elas a Lei de César (*lex cesarea*) no século VIII a.C., a qual definia que, caso a mulher morresse durante o parto, o bebê deveria ser retirado por uma incisão abdominal. Outra raiz sugere que o termo cesárea poderia ter surgido do verbo em latim *caedere*, que significa cortar (BADER, 2007).

Segundo Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011), há dois tipos de indicações de cesariana, as absolutas e as relativas. De acordo com o Ministério da Saúde, a cesárea deve ser eletiva quando existem duas ou mais cicatrizes de cesáreas anteriores ou quando há contraindicação absoluta ao parto normal. A presença das contrações uterinas é importante para indicar o momento adequado do nascimento. Se não for possível esperar o início do trabalho de parto espontâneo, recomenda-se que a cesárea seja feita com idade gestacional de 39 semanas confirmadas pela data da última menstruação ou pela ultrassonografia do primeiro trimestre (BRASIL, 2010b). Já a cesárea de emergência é realizada por indicação fetal, devendo levar cerca de 30 minutos entre a decisão e o procedimento. E a cesárea de urgência é realizada por indicação materna (BADER, 2007).

É clara a importância da cesárea para evitar óbitos e prevenir problemas decorrentes de partos distócicos. Contudo a sua banalização deixa de ser um benefício e passa a ser um problema (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

3.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE CESARIANA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o índice de cesáreas não ultrapasse 15%, uma vez que é um procedimento cirúrgico capaz de envolver complicações. Em contraponto, sua indicação ocorre nos partos que envolvem riscos maternos e fetais (BRASIL, 2010c).

O Brasil, Chile, Argentina e Itália estão entre os quatro países com maior incidência de parto cesáreo (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

O aumento do número de partos cesáreos vem ocorrendo em todo o mundo. Todavia, esse fenômeno tem se concentrado no continente americano, mais especificamente no Brasil, onde chega a ser tratada como uma epidemia (BRASIL, 2001).

Em 2010, a taxa de cesariana no Brasil atingiu 52,2%, e alguns estados brasileiros ultrapassaram esse percentual, como é o caso do Rio Grande do Sul (RS), no qual a taxa foi de 58% em 2010, com o incremento de 41,6% de 2000 a 2010. Já em Porto Alegre, no mesmo ano, o percentual de nascimentos por cesarianas foi de 51,9%, com aumento de 37,8% referente ao período de 2000 a 2010, mantendo a tendência de crescimento desta prática no Brasil como um todo (BRASIL, 2012a).

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CESARIANA

As gestantes precisam passar por um processo de orientação e esclarecimento, entendendo que é seu direito ter um parto normal e que devem lutar por essa situação. A cesárea deve ser feita só quando for indispensável para o bem estar da gestante e do bebê (BRASIL, 2011a).

No Brasil, cerca da metade dos partos são cesarianas, entretanto, na maioria dessas situações, a forma mais segura e benéfica para o nascimento seria o parto normal. O parto natural precisa ser incentivado por meio de uma atenção holística, humanizada, segura e de qualidade (BRASIL, 2011a).

O parto cesáreo expõe as mulheres e os bebês a maiores riscos, que incluem lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, embolias obstétricas, nascimentos prematuros e mortes perinatais e maternas (BRASIL, 2010a).

Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011) apontam que, nesse tipo de parto, o período de recuperação é mais longo, sendo a morbidade materna maior.

3.4 A MORBIMORTALIDADE MATERNA E PERINATAL

A cesariana, apesar de ser mais rápida e conveniente em certos casos, apresenta riscos maternos e fetais. A mortalidade é mais elevada nas mulheres sujeitas à cesárea do que ao parto normal. O mesmo ocorre com a mortalidade neonatal (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade perinatal, as indicações de cesariana estão aumentando cada vez mais, e, quando a cesárea primária é realizada, as chances de

ocorrer uma cesárea de repetição aumentam. Contudo, o tipo de parto vai depender da situação da gestante, devendo ser escolhida a forma mais adequada e que melhor atenda as necessidades da mãe e do bebê (BRASIL, 2012b).

As mortes maternas justificam-se, na sua maioria, por causas obstétricas diretas (aquelas resultantes da gestação). Constata-se relação entre a cesariana e a morte por síndrome hipertensiva e infecção, evidenciando a necessária atenção à mulher, não só durante o trabalho de parto, mas também no pós-parto, a fim de identificar sinais e sintomas precoces destas patologias ou de piora no estado de saúde (HERCULANO et al., 2012).

Entre as estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil propostas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, destacamos a qualificação e a humanização da atenção ao parto e nascimento e a redução das cesáreas desnecessárias, bem como a qualificação das urgências e emergências maternas e neonatais. (BRASIL, 2010d).

Um dos aspectos de humanização da assistência ao parto é a mudança do modelo médico tradicional, com ações voltadas para as necessidades das mulheres e suas famílias com uma assistência humanizada que implique a valorização dos aspectos sócio-culturais do parto e do nascimento, oferecendo um suporte emocional, favorecendo o vínculo entre a mãe e o bebê, sendo, desse modo, menos intervencionista (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A mulher deve ter autonomia e atuar como protagonista, participando da escolha do parto e sendo informada sobre os procedimentos e riscos a que será submetida. A inserção da enfermeira obstetra pode contribuir para a mudança do modelo de assistência obstétrica, porém, é necessário também que os médicos reduzam as intervenções desnecessárias na assistência ao baixo risco garantindo o bem-estar da mãe e do bebê (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Salienta-se que a cesariana é uma intervenção cirúrgica indicada quando há riscos fetais e/ou maternos. Nesses eventos, tal procedimento é considerado uma tecnologia que salva vidas, porém deve ser indicado de forma criteriosa, baseado em evidências, e nas condições clínicas da mulher e não somente em critérios pré-estabelecidos pelos profissionais de saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O projeto do qual este estudo faz parte, foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no décimo primeiro andar, ala sul. Trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.3 TAMANHO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerado o número total de partos no HCPA no ano de 2011 e a taxa de cesariana¹, com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%. Foram necessárias, no mínimo, 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra²; no entanto, foram entrevistadas 361 mulheres. O *Software* utilizado foi o *Win Pepi*.

4.4 SELEÇÃO DE SUJEITOS

Foram incluídas no estudo mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico da referida instituição, sejam partos via vaginal ou cesáreas, eletivas ou de urgência.

¹ Total de partos em 2011 foi de 3714, sendo que destes, 1392 foram cesarianas (37,4%). Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

Foram excluídas as que não estiveram em condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em hospital universitário”, foi elaborado um instrumento de coleta de dados a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra, incluindo pré-natal, admissão obstétrica, intervenções realizadas durante o trabalho de parto, dados do parto e do recém-nascido, resultados maternos e perinatais e preferência e motivação da mulher acerca do tipo de parto.

Entretanto, para este estudo, foram utilizados os dados referentes às variáveis independentes descritas a seguir.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.6.1 Variável dependente

Cesariana: é definida como parto do feto através de incisões na parede abdominal e na parede uterina (LEVENO et al., 2005).

4.6.2 Variáveis independentes

Idade materna: em anos completos no momento da entrevista.

Cor da pele: será considerada a cor autorreferida. Segundo as categorias utilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) no censo demográfico 2010, serão consideradas as seguintes categorias: branca, preta, parda/morena/mulata, amarelo e indígena.

Escolaridade: em anos de estudo.

Situação marital: informação fornecida pela gestante se tem ou não companheiro. Serão consideradas as seguintes categorias: ter companheiro e não ter companheiro.

Salário mínimo: é o menor salário que a empresa pode pagar para um funcionário. Será considerado o salário mínimo de R\$ 678,00 (BRASIL, 2011b).

Categoria de internação: serão consideradas as seguintes categorias de internação: pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por prestadora de saúde privada (convênio) e por custeio próprio (particular).

Número de Gestações: número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos, independente do tipo de parto. Serão considerados: parto normal, fórceps e cesariana.

Cesariana prévia: realização de cesariana anterior

História obstétrica: intercorrência obstétrica e/ou clínica na gravidez atual.

Consulta pré-natal: número de consultas durante a gestação.

Idade gestacional: foi avaliada através do método Capurro, que é um sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios físicos e neurológicos.

Dados da admissão: informações do exame obstétrico realizado na admissão no Centro Obstétrico. Serão considerados: dilatação, característica do colo, apresentação, condição da bolsa das águas, característica do líquido amniótico e dinâmica uterina.

Prática obstétrica: uso de ocitocina e/ou misoprostol e realização de amniotomia.

Turno: período do dia em que ocorreu o parto. Serão considerados três turnos: das 0h às 6h59, das 7h às 18h59 e das 19h às 23h59.

Classificação do recém-nascido: relacionada à associação do peso à idade gestacional. Pode ser classificado em: recém-nascido, grande para a idade gestacional – GIG (peso acima do percentil 90); recém-nascido, adequado para a idade gestacional - AIG (peso entre o percentil 10 e 90); recém-nascido, pequeno para a idade gestacional – PIG (peso abaixo do percentil 10) (BRASIL, 1994).

4.7 COLETA DE DADOS

Após aprovação e autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), foi agendada uma visita ao enfermeiro chefe da Unidade, com a finalidade de expor os objetivos da pesquisa, bem como o método de coleta das informações e apresentar as acadêmicas de enfermagem envolvidas na coleta de dados.

Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico. As entrevistas foram realizadas diariamente, após as primeiras

24 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para este estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada a alta hospitalar de ambos.

Foi realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados com 23 puérperas; e posteriormente foram feitos ajustes e adaptações e novamente testados. Desse modo, obteve-se a versão final do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi executada pelas autoras do estudo original durante o período de fevereiro a abril de 2013.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada estatística analítica, utilizando-se a Razão de Prevalência através da Regressão de Poisson Univariável com variâncias robustas. Estabeleceu-se o nível de 5% de significância estatística. As análises foram realizadas no *software* SPSS, versão 18. Os dados serão apresentados por meio de gráfico e tabelas.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto “Fatores Associados à Realização de Cesariana em Hospital Universitário” foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (ANEXO B), conforme resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todas as mulheres que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e a possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da

pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de menores de 18 anos, o TCLE foi assinado por seu responsável.

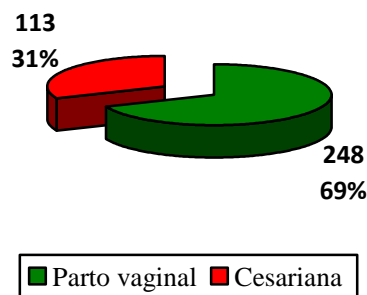
Foi apresentado, à Instituição, o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo traz a caracterização das cesarianas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), buscando, dessa forma, identificar o contexto de ocorrência do parto cirúrgico e o que está associado a sua prevalência.

A amostra total constituiu-se de 361 puérperas, destas, 69% tiveram parto normal e 31% parto cesárea (Gráfico 1). A taxa de cesariana evidenciada no presente estudo está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirmam que taxas de cesariana maiores que 15% do total de partos são injustificáveis; uma vez que o parto abdominal deve ser realizado apenas quando há riscos para o binômio mãe/bebê (BRASIL, 2010a).

Gráfico 1. Distribuição das puérperas segundo o tipo de parto. Porto Alegre, 2012. (n=361)



Alguns estudos desenvolvidos no Brasil e no mundo trazem a prevalência de cesariana acima dos valores apontados como o ideal pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Recentemente, Sanches, Mamede e Vivancos (2012) trouxeram em seu estudo a taxa de cesariana de 23%, já outros trabalhos evidenciaram taxas em torno dos 30% (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009; PÁDUA et al., 2010).

Os índices de parto cesárea podem ser justificados pelas diferenças culturais e socioeconômicas que encontramos tanto entre os estados quanto entre os países, adjunto a isso vem o modelo de assistência obstétrica. Cada região tem uma característica de atenção nos serviços de saúde, uns mais intervencionistas, outros mais humanizados.

Wagner (2001) qualifica os modelos de atenção ao parto, classificando-os em altamente medicalizado e em humanizado. O primeiro, no qual se utiliza alta tecnologia,

caracteriza-se com as maiores taxas de cesariana e nele estão países como Estados Unidos e Brasil. O segundo busca uma atenção mais humanizada, com menos intervenções e, por conseguinte, aponta menores taxas de parto cirúrgico, sendo encontrado, por exemplo, na Holanda e na Nova Zelândia.

A taxa de cesariana é um indicador do modelo medicalizado e intervencionista na atenção ao parto, e atualmente podemos afirmar que metade da população brasileira nasce por essa via, sendo que, desde o ano de 2011, a taxa de cesariana atinge 53,7% (BRASIL, 2013).

No Brasil, sustenta-se um modelo de atenção ao nascimento categorizado como evento médico ou tecnológico, no qual a gestante é tratada como paciente, os partos ocorrem em ambiente hospitalar, e o profissional responsável pela sua realização é o médico. Nesse molde encontra-se a crescente taxa de cesáreas, ressaltando a importância de estudar o que envolve a decisão por esse tipo de parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição onde foi realizada esta pesquisa, é um hospital universitário caracterizado por esse modelo. É referência em saúde para atendimentos de alta complexidade e gestação de risco.

Segundo estudo realizado por Pádua et al. (2010), a prevalência de cesariana foi maior em hospitais com índice de complexidade alto. Em hospitais onde não havia parteiras na atenção ao parto, um terço dos nascimentos se deu por via alta e, naqueles nos quais havia a atenção de parteiras, menos de um quarto dos partos eram cesarianas. Foi evidenciada também maior relação para cesariana em hospitais em que havia estudantes de medicina e menor relação naqueles em que só havia estudantes de enfermagem. Vivemos um modelo de atenção obstétrica altamente medicalizado e intervencionista. Práticas invasivas e, muitas vezes, desnecessárias são atividades banalizadas no cuidado à mulher. É preciso que esse modelo seja substituído por práticas humanizadas, com enfoque principal no bem-estar materno e fetal.

A seguir, serão descritas as razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis sociodemográficas maternas.

Dentre as paciente internadas pelo Sistema Único de Saúde, cerca de 30% realizaram cesariana. Em relação às demais, que internaram por convênio/particular, 75% tiveram parto cesárea. Na internação por convênio ou por custeio próprio, a cesariana tem prevalência de 2,43 quando comparada às internação pelo SUS, mostrando uma associação significativa para ocorrência do parto por via alta (Tabela 1).

Tabela 1. Razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis sociodemográficas maternas. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Total	n° cesariana (%)	RP	IC95%	p
Idade materna					
≤ 15	8	2 (25,0%)	0,813	0,242; 2,732	0,738
16 a 34	309	95 (30,7%)	1		
≥35	44	16 (36,4%)	1,183	0,773; 1,810	0,439
Cor da pele					
Branca	183	61 (33,3%)	1		
Morena	116	36 (31,0%)	0,931	0,663; 1,308	0,680
Preta	56	14 (25,0%)	0,750	0,456; 1,234	0,257
Outras	6	2 (33,3%)	1,000	0,317; 3,158	1,000
Escolaridade					
< 8 anos	99	25 (25,3%)	0,791	0,532; 1,176	0,246
8 anos	71	27 (38,0%)	1,191	0,829; 1,710	0,345
> 8 anos	191	61 (31,9%)	1		
Situação marital					
Com parceiro	305	93 (30,5%)	1		
Sem parceiro	56	20 (35,7%)	1,171	0,793; 1,730	0,427
Renda familiar					
Até 1 salário	104	27 (26,0%)	0,786	0,514; 1,204	0,269
2 salários	128	44 (34,4%)	1,041	0,723; 1,500	0,828
≥ 3 salários	103	34 (33,0%)	1		
Categoria de internação					
SUS	357	110 (30,8%)	1		
Particular/Convênio	4	3 (75,0%)	2,434	1,354; 4,377	0,003

Meller e Schafer (2011) observam uma maior prevalência de parto cirúrgico entre as mulheres que realizaram partos em hospital particular, sendo que, em hospital pelo SUS, a ocorrência de cesariana foi de 33,8%, em hospital pelo convênio, foi de 77,1% e, em hospital particular, foi de 83,9%. Este resultado também foi evidenciado em estudo de Mendoza-Sassi et al. (2010), os quais encontraram o dobro do número de partos por via alta na rede privada quando comparados com a rede pública de saúde.

As demais variáveis do estudo – idade materna, cor da pele, escolaridade, situação marital e renda familiar – não apresentaram diferença de prevalência significativa.

Contudo, estudos apontam as mulheres com idade mais avançada como tendo maior prevalência de cesárea (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; PÁDUA et al., 2010). Estudo aponta que a razão de prevalência para cesariana entre mulheres com 35 anos ou mais é o dobro da observada entre as mulheres de 20

anos, associando ao fato de que, conforme aumenta a idade da mulher, aumentam também as chances de complicações com doenças crônicas (PÁDUA et al., 2010).

Em relação à renda familiar, Faisal-Cury e Menezes (2006) retratam que mulheres com maior renda mensal possuem maior chance de optarem por cesariana. Isso talvez porque essas mulheres tenham mais acesso aos serviços de saúde privados ou por custeio próprio e que, tal fato associado a motivos diversos, acabam por escolher a cesariana.

A cesariana também aparece com maiores taxas entre as mulheres brancas (MELLER; SCHAFER, 2011), entre mulheres com companheiro, casadas ou que vivem em união consensual (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007; PÁDUA et al., 2010) e entre aquelas com maior nível educacional (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006), fatos esses que não foram evidenciados no presente estudo.

No que diz respeito à escolaridade, o estudo desenvolvido por Faisal-Cury e Menezes (2006) foi realizado em uma clínica privada, que atende habitualmente uma população com melhores condições financeiras e maiores oportunidades de ensino, o que poderia justificar o maior nível educacional encontrado entre as mulheres que realizaram partos por via alta quando comparadas às mulheres do presente estudo.

Em seguida, serão representadas as razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis obstétricas.

Na Tabela 2, podemos observar que 81 mulheres entrevistadas foram submetidas à cesariana em gestação anterior. Dessas, 51 (63%) passaram por uma nova cesariana, dados esses estatisticamente significativos ($p < 0,001$). Dessa forma, podemos considerar que não ter cesárea anterior é um fator protetor, visto que constatou-se 80% menos prevalente para essas mulheres. Assim, ressalta-se a importância da não realização de cesáreas desnecessárias, uma vez que a existência de cesariana prévia acumula riscos de um novo parto cirúrgico.

Tabela 2. Razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis obstétricas. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Total	nº cesariana (%)	RP	IC95%	p
Consultas pré-natal					
< 6 consultas	98	26 (26,5%)	0,799	0,551; 1,158	0,236
≥ 6 consultas	262	87 (33,2%)	1		
Número de gestações					
Primigesta	132	43 (32,6%)	1,066	0,779; 1,458	0,691
Multigesta	229	70 (30,6%)	1		
Paridade					
Nulípara	19	6 (31,5%)	1,105	0,531; 2,298	0,789
Primípara	112	36 (32,1%)	1,125	0,745; 1,700	0,576
Multípara	98	28 (28,5%)	1		
Cesariana anterior					
Sim	81	51 (63,0%)	1		
Não	148	19 (12,8%)	0,204	0,130; 0,320	<0,001
Idade gestacional					
< 37 semanas	29	13 (44,8%)	1,480	0,955; 2,293	0,079
≥ 37 e ≤ 41 semanas	307	93 (30,3%)	1		
Patologia na gestação atual					
Sim	313	99 (31,6%)	1,084	0,678; 1,735	0,735
Não	48	14 (29,2%)	1		

Sanches, Mamede e Vivancos (2012) também apontam as altas taxas de cesárea em mulheres que tiveram resolução da gestação anterior por via alta, mostrando a variável cesárea prévia como significativa para a ocorrência de uma nova cesariana. Do mesmo modo, outro estudo destaca que a razão de prevalência para o parto cirúrgico se mostrou especialmente elevada para as mulheres com história de cesariana anterior, com um risco quase três vezes maior do que nas multíparas sem essa característica (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

Osava et al. (2011) trazem, em seu estudo, que mulheres com partos normais na gestação anterior tiveram menor prevalência de cesariana, mesmo quando a história obstétrica incluía esse procedimento. Destacam, ainda, que cerca de 60% das mulheres com cesariana em gestação anterior tiveram parto normal, e que não houve casos de rotura uterina. Dessa forma, pondera-se que oportunizar o parto por via baixa às mulheres com cesariana prévia pode ser uma forma de reduzir as altas taxas de cesáreas encontradas atualmente.

Contudo, a cesariana é um procedimento cirúrgico que envolve riscos maternos e fetais quando realizada sem fatores clínicos que a justifiquem. Esse tipo de parto associa-se,

entre outras complicações, com o retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, início tardio da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde (MANDARINO et al., 2009). Os riscos do procedimento cirúrgico são justificados apenas em presença de indicações precisas que trarão benefícios para o binômio.

Em relação à variável idade gestacional, definida aqui pelo Capurro, 25 dos recém-nascidos não possuíam essa informação. Dos 336 recém-nascidos com a informação válida, 29 nasceram prematuros e, destes, 13 (44,8%) por cesariana. Essa variável apresentou um $p = 0,079$ muito próximo a um valor significativo, evidenciando claramente a importância e a necessidade de uma análise médica minuciosa sobre as indicações para cesárea, com o propósito de evitar nascimentos prematuros que podem colocar em risco a vida do bebê. Cabe ressaltar que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre é referência para gestações de alto risco. Nessas situações, muitas vezes, a única maneira de preservar a saúde da mãe e do bebê é interrompendo a gestação, mesmo que de forma prematura.

Todavia, estudos recentes apresentam a variável idade gestacional como fator associado à cesariana. Sakae, Freitas e D'Orsi (2009) apontam maior probabilidade de cesariana em gestantes com idade gestacional menor de 37 semanas e nas com idade gestacional maior de 40 semanas. Concomitantemente, Osava et al. (2011) assinalam que a idade gestacional maior que 40 semanas está associada a maior prevalência de partos operatórios. É válido ressaltar que esses estudos não esclareceram se utilizaram a idade gestacional segundo o Capurro ou conforme a idade gestacional baseada na data da última menstruação (DUM) ou na ecografia obstétrica.

As demais variáveis obstétricas - pré-natal, gestações e partos anteriores, e patologias da gestação atual - não mostraram significância no presente estudo, ou seja, não apresentam influência na prevalência de cesarianas.

No entanto, há estudos que apontam associação entre o aumento nas taxas de cesariana e a maior frequência em consultas de pré-natal (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008; PÁDUA et al., 2010). Esse fato evidencia que questões não-médicas também podem influenciar na escolha da via de parto, dessa forma, o acesso ampliado ao pré-natal, a qualidade de informação e as orientações transmitidas pelos profissionais do serviço de saúde durante a gestação são fatores inerentes para escolha do tipo de parto.

O número elevado de consultas de pré-natal associa-se também às gestações de risco, que, segundo Sanches, Mamede e Vivancos (2012), podem influenciar no aumento do número de partos por via alta. Simultaneamente, Freitas, Sakae e Jacomino (2008) associam a

patologia na gestação às altas porcentagens de cesarianas, e Pádua et al. (2010) apontam hipertensão/eclampsia e outras doenças crônicas como os principais motivos para indicação de cesariana.

Em relação ao número de gestações e partos, estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006) indica maiores taxas de cesárea em mulheres com mais do que três gestações. Por outro lado, autores destacam os elevados índices de resolução do parto por via alta entre primíparas (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007; FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

A cesariana em primíparas deve ser realizada com indicação absoluta. Sanches, Mamede e Vivancos (2012) afirmam que a prevenção de cesariana nessas pacientes é de suma importância para evitar os efeitos cumulativos da cesárea prévia e, por conseguinte, a maior chance de uma nova cesariana entre essas mulheres, o que confirma o fato de que o parto vaginal deve ser sempre a primeira escolha em mulheres com gestação de risco habitual e com trabalho de parto com boa evolução, reservando o parto por via alta para aquelas situações com indicação absoluta.

A tabela seguinte (Tabela 3) traz as variáveis obstétricas obtidas no momento da admissão da gestante, as quais todas foram adquiridas por meio de consulta ao prontuário da paciente. Entre as variáveis aqui analisadas, a dilatação, a característica do colo, a apresentação e a dinâmica uterina mostraram resultados significativos.

Em relação à variável dilatação, o seu registro constava em 355 prontuários e, dessas, a maioria (229) encontrava-se com 3 cm ou mais de dilatação.

A cesariana foi mais prevalente entre as que foram admitidas com colo impérvio ou com menos de 3 cm de dilatação, sendo que 82,1% e 50,6%, respectivamente, evoluíram para cesárea. Assim, a cesárea foi 4,6 vezes mais prevalente naquelas que apresentaram colo impérvio na admissão, e 2,5 vezes mais nas com dilatação inferior a 3 cm.

Tabela 3. Razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis da admissão. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Total	nº cesariana (%)	RP	IC95%	p
Dilatação (cm)					
Impérvio	39	32 (82,1%)	5,694	4,020; 8,065	<0,001
< 3 cm	87	44 (50,6%)	3,510	2,405; 5,121	<0,001
≥ 3 cm	229	33 (14,4%)	1		
Característica do colo					
Grosso	135	71 (52,6%)	5,838	3,164; 10,771	<0,001
Médio	105	27 (25,7%)	2,854	1,454; 5,604	0,002
Fino	111	10 (9,0%)	1		
Apresentação					
Cefálica	333	93 (27,9%)	1		
Pélvica	13	13 (100%)	3,581	3,013; 4,255	<0,001
Condições da bolsa					
Integra	258	78 (30,2%)	1		
Rota	99	35 (35,4%)	1,169	0,845; 1,618	0,345
Característica LA					
Claro	132	36 (27,3%)	1		
Meconial	19	8 (42,1%)	1,544	0,850; 2,803	0,153
Dinâmica uterina					
Presente	258	58 (22,5%)	1		
Ausente	93	53 (57,0%)	2,535	1,902; 3,379	<0,001

Confirmando a relevância da dilatação cervical para a definição da via de parto, Osava et al. (2011) trazem que mulheres internadas com colo impérvio tiveram maior prevalência de cesariana do que aquelas internadas com dilatação entre 5 e 9 cm. Dessa forma, ser admitida com colo impérvio foi aproximadamente 14 vezes mais a prevalência em cesariana comparada com a dilatação entre 5 e 9 cm. Já as gestantes que chegam ao hospital com dilatação menor que 3 cm apresentam 3,32 vezes a prevalência em cesariana (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Quando analisada a característica do colo, verificou-se que a cesárea foi mais prevalente nas admitidas com colo grosso (5,83 vezes prevalente a ocorrência de cesárea quando comparado às com o colo fino).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), não existe um momento ideal para que ocorra a admissão da gestante, todavia o desejável é que a internação ocorra na fase ativa do trabalho de parto, na qual encontramos evolução da dilatação, progressivo apagamento do colo uterino e contrações mais frequentes e intensas, estando de 2 a 5 a cada dez minutos.

A dinâmica uterina e apresentação pélvica estiveram também associadas com a maior prevalência de cesarianas. A cesárea foi 1,53 vezes mais prevalente nos casos em que as mulheres foram admitidas com dinâmica uterina ausente. Quanto à apresentação, verificou-se que foi realizada cesárea em todos os casos de apresentação pélvica, com uma prevalência de 3,58 vezes em relação àqueles em apresentação cefálica.

Simultaneamente, no estudo realizado por Osava et al. (2011), todos os casos de apresentação pélvica tiveram resolução por procedimento cirúrgico. Já Freitas, Sakae e Jacomino (2008) assinalam que as gestações nas quais a apresentação do concepto não era cefálica tiveram, quase que três vezes, maior prevalência para a resolução por via alta. Sanches, Mamede e Vivancos (2012) confirmam a ocorrência de cesariana em grande parte dos partos cuja apresentação não é cefálica.

Esses fatos mostram que, na apresentação pélvica, a cesariana é cada vez mais frequente, tornando-se para muitos uma indicação absoluta, todavia existem profissionais que defendem a sua resolução por via baixa.

Sabe-se que a apresentação pélvica é uma situação que pode complicar a realização de um parto por via vaginal, contudo não é indicação absoluta para o parto cesárea. A insegurança do profissional, juntamente com a falta de prática e técnica frente a essa situação, pode justificar o porquê da maioria desses casos evoluírem para um parto cirúrgico.

Condições da bolsa e características do líquido amniótico foram variáveis que não apresentaram diferença significativa de prevalência para cesariana.

Estudo de Pádua et al. (2010) confirma o achado do presente estudo, afirmando que seu estudo não encontrou relevância para cesariana em mulheres que internaram com rotura prematura de membranas.

Contudo, estudo aponta que parturientes com líquido amniótico meconial apresentaram 2,5 vezes a prevalência em cesariana quando comparadas com aquelas com líquido amniótico claro (OSAVA et al., 2011).

Líquido amniótico meconial sugere estresse ou sofrimento do feto, por isso o parto cesáreo pode aparecer com maior prevalência nessas situações. Contudo, a cesariana não ocorre em todos os casos com essa característica, o que evidencia que um bom suporte e atenção durante o trabalho de parto, associados à supervisão do bem-estar materno e fetal pode conduzir, com tranquilidade, ao parto por via vaginal.

Na próxima análise, serão apresentadas as variáveis assistenciais do trabalho de parto e variáveis do recém-nascido (RN).

Tabela 4. Razões de prevalência para cesariana segundo as variáveis assistenciais e do recém-nascido. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Total	n° cesariana (%)	RP	IC95%	p
Uso de ocitocina					
Sim	187	41 (21,9%)	1,449	0,875; 2,400	0,149
Não	119	18 (15,1%)	1		
Uso de misoprostol					
Sim	23	7 (30,4%)	1,656	0,852; 3,220	0,137
Não	283	52 (18,4%)	1		
Amniotomia					
Sim	154	33 (21,4%)	1,929	0,636; 5,846	0,246
Não	27	3 (11,1%)	1		
Turno do parto					
0h até 6h59	95	13 (13,7%)	0,376	0,220; 0,643	<0,001
7h às 18h59	206	75 (36,4%)	1		
19h às 23h59	60	25 (41,7%)	1,144	0,807; 1,623	0,449
Classificação do RN					
AIG	274	90 (32,8%)	1		
PIG	60	14 (23,3%)	0,710	0,436; 1,158	0,170
GIG	13	6 (46,2%)	1,405	0,763; 2,589	0,275

O turno do parto do parto mostrou-se a única variável aqui estudada relacionada com a prevalência de cesárea. Nascimentos que ocorrem no horário da meia-noite até 6h59min são aproximadamente 70% menos prevalentes para ocorrência de cesariana. Dessa forma, podemos destacar esse turno como um fator protetor.

Esses dados são equivalentes aos encontrados em outro estudo, onde os nascimentos entre 19h e 23h59min tiveram menor associação com o parto por via alta quando comparados com o horário diurno, e o mesmo em relação ao período da madrugada (0h até 6h59), porém com uma relação ainda menor. Sendo assim, considerou-se que, no turno da madrugada, a cesariana é quase 40% menos prevalente (OSAVA et al., 2011).

O uso de ocitocina e de misoprostol, no presente estudo, não esteve relacionado com o aumento de partos por via alta.

Pesquisas confirmam os achados do presente estudo, visto que não foi identificada associação significativa entre o uso de ocitocina e maior prevalência de parto cesárea (OSAVA et al., 2011; SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012). Em contraponto, Sakae, Freitas e D'Orsi (2009) afirmam que o uso de ocitocina esteve associado com quase o dobro do risco para o parto cirúrgico.

Em relação ao uso de misoprostol, estudo realizado em São Paulo mostra que, das mulheres que induziram o parto com prostaglandinas, 37% tiveram a resolução da gestação por via abdominal e, dessas, o principal motivo envolvia o sofrimento fetal (GOMES et al., 2010). Vale lembrar que a utilização do misoprostol pode ser recomendada para preparo cervical e indução do parto, contudo não deve ser usado em mulheres com cicatriz uterina pelos prováveis riscos (BRASIL, 2001).

Das mulheres em que foi realizado a amniotomia, 21,4% realizaram cesariana, contudo esse resultado não se mostrou significativo.

Muitos hospitais aderem às práticas intervencionistas, realizadas muitas vezes para acelerar o trabalho de parto e o parto, sem considerar a real necessidade das suas utilizações. Estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012) aponta o alto número de amniotomia, sendo praticada em 75% das mulheres que participaram de seu estudo. Mesmo quando a literatura traz os riscos e benefícios desse procedimento, apontando que existem fatores que evidenciam que a realização dessa intervenção pode reduzir em até duas horas o trabalho de parto, mas que também pode acarretar efeitos indesejáveis, como a desacelerações da frequência cardíaca fetal, alterações plásticas sobre o pólo cefálico do bebê e também o risco aumentado de infecção ovular e infecção puerperal. É importante lembrar que a rotura artificial das membranas ovulares não é um procedimento obrigatório, e, dessa forma, deve ser evitado, sendo reservado para as situações em que sua prática seja realmente benéfica, como, por exemplo, em alguns casos de distócia funcional (BRASIL, 2001).

No presente estudo, não foi encontrada significância para cesariana em relação à classificação do bebê, ou seja, o recém-nascido ser classificado como PIG, AIG ou GIG não interferiu na prevalência do parto cirúrgico. Os demais trabalhos avaliados não trouxeram a análise da idade gestacional pelo peso do recém-nascido. Contudo, Osava et al. (2011) apresentam que recém-nascidos com peso inferior a 2.500g e superior a 3.500g tiveram maior chance de nascer por via alta. E Pádua et al. (2010) trazem que a razão de prevalência para cesariana foi maior quando o recém-nascido tinha maior peso (superior ou igual a 3.500g).

A diferença encontrada entre o presente estudo e os demais pode ser justificada devido às diferenças entre as populações estudadas, principalmente no que se refere ao risco gestacional, visto que algumas condições obstétricas podem interferir no peso e na classificação do recém-nascido. Além disso, alguns dos estudos em comparação possuíam uma população relativamente maior do que a do presente trabalho; outros enfocaram no estudo de primíparas, e outros realizaram comparação das parturientes em diferentes anos de estudo.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que as taxas de cesarianas, no hospital do estudo, encontram-se muito além do estimado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde, altas taxas que estão associadas a uma prática obstétrica medicalizada e intervencionista.

Diante dos achados, foi possível conhecer a prevalência das cesarianas (31%) e identificar as variáveis associadas à sua realização. Permitiu avaliar que as variáveis - categoria de internação, apresentação fetal, e dilatação, características do colo uterino e dinâmica uterina na admissão – estão fortemente associadas à prevalência do parto cirúrgico. Por outro lado, não ter cesariana prévia e o turno do parto (0h às 6h59min), mostraram-se fatores protetores na realização do parto cirúrgico.

A caracterização das cesarianas possibilita reflexão sobre a prática do profissional, oportunizando a busca por uma assistência qualificada durante o trabalho de parto e parto. Permite ainda avaliar a atuação profissional que pode interferir, tanto de modo positivo quanto de forma negativa, na assistência obstétrica. Apenas ações conjuntas e consistentes de toda a equipe de saúde serão capazes de melhorar a assistência à mulher e ao bebê, reduzindo o número de cesáreas desnecessárias e, conseqüentemente, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Desse modo, incentivo a realização de novos estudos sobre o tema cesariana e as variáveis envolvidas a ela. Essa iniciativa serve como um importante instrumento para impulsionar a conscientização dos profissionais de saúde a cerca dos efeitos prejudiciais da realização de cesáreas sem indicação absoluta, mostrando que a conduta deve ser exclusivamente em busca da saúde do binômio mãe/bebê e no manejo das situações diversas que podem envolver o trabalho de parto e parto.

As altas taxas de cesáreas, concomitante ao elevado índice de cesáreas desnecessárias, devem ser combatidas, buscando-se, desse modo, uma atenção menos intervencionista, com enfoque nas práticas humanizadas na atenção ao parto. No processo do nascimento, devem ser respeitadas as diferenças entre as parturientes, assegurando o bem-estar ao longo do processo e possibilitando, como resultados, um bebê saudável e uma mulher sem traumas.

REFERÊNCIAS

- BADER, TJ. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.icb.usp.br/etica/etica_res196.html>. Acesso em: 1 out. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Tipos de parto**. 2010c Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto/os-tipos-de-parto>>. Acesso em: 20 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011a.
- BRASIL. **Decreto nº 7.655**, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 2011b.
- BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde**. Nascidos vivos, 2012a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em: 16 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Caderno nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL, DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

CARNIEL, EF; ZANOLLI, ML; MORCILLO, AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jun. 2013.

DIAS, MAB; DOMINGUES, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>> Acesso em: 20 de set. de 2012.

DOMINGUES, RMSM; SANTOS, EM; LEAL, MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Acesso em: 13 jun. 2013.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, PR. Fatores associados à preferência por cesareana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200007&lang=pt&tlng>. Acesso em: 01 jun. 2013.

FREITAS, PF; SAKAE, TM; JACOMINO, MEMLP. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 maio 2013.

GOMES, K et al. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enf.**, São Paulo, v.12, n.2, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/10359/6894>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

HERCULANO, MMS et al. Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v.46, n.2, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 nov. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Manual do recenseador PA – 1.09. **Pesquisa de avaliação da cobertura da coleta**. Censo 2010. Rio de Janeiro, 2010.

KLEIN, CH; BLOCH, KV. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LEVENO, KJ et al. **Manual de Obstetrícia de Williams**. 21. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MANDARINO, NR et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, 2009. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2009000700017&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 jun. 2013.

MARTINS-COSTA, SH; RAMOS, JGL; SALAZAR, CC. Cesariana. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap.26, p.390-410.

MELLER, FO; SCHAFER, AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000018&lang=pt&tlng>. Acesso em: 30 maio 2013.

MENDOZA-SASSI, RA et al. Risk factors for cesarean section by category of health service. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 30 maio 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem**. Genebra, 2005. Cap. 5, p. 82-106. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2005/chap5-pr.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2012.

OSAVA, RH et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2012.


PÁDUA, KS et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008>. Acesso em: 30 maio 2013.

SANCHES, NC; MAMEDE, FV; VIVANCOS, RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200021&lang=pt&tlng>. Acesso em 01 jun. 2013.

SAKAE, TM; FREITAS, PF; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300011&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 maio 2013.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology e Obstetrics**, Copenhagen, v.75, 2001. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013.

ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica Voluntária

Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto**Alegre**

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120466

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
SARA OLIVEIRA PINHEIRO
BRUNA ALIBIO MORAES
JULIANA MANERA SARAIVA
JESSICA KASPER FERNANDES
FERNANDA PIRES WEBSTER

Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA