

Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário¹

Data collecting on birth by caesarean section in a hospital school

Levantamiento de los partos cesáreos realizados en un hospital universitário

Hellen Carla Rickli Campana^I, Sandra Marisa Peloso^{II}

RESUMO

O Brasil tem tido uma das maiores taxas de cesáreas quando comparado a outros países, realidade não diferente em uma cidade do Norte do Paraná, Maringá. A institucionalização do parto trouxe consigo a medicalização do corpo da mulher e o aumento da frequência de parto cesárea. Este estudo caracterizou-se como quantitativo e exploratório. O objetivo do estudo foi analisar o índice de cesáreas ocorridas em um Hospital Escola. Método: os dados foram levantados no prontuário médico das gestantes que se submeteram a cesárea nos anos de 2001-2003. Foi possível levantar que nos últimos três anos houve uma taxa de 45,3% de partos cesáreas. Apesar deste serviço atender gestantes de alto risco, houve uma taxa de cesárea acima do justificável, mostrando ser necessário repensar esta prática.

Palavras chave: Cesárea; Saúde da mulher; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Compared to other countries, Brazil has the highest rates in births by caesarean section. This fact is not different in Maringá, a town in the northern region of the state of Paraná, Brazil. Delivery institutionalization brought the medication of the female body and a frequency increase in births by caesarean section. Our quantitative and exploratory research. The purpose of this study was to analyze the rate of caesarean sections in a Hospital School. Method: Data, obtained from official medical records on pregnant women that underwent caesarean section during the years 2001-2003. It was possible to identify that in last three years a 45.3% rate in caesarean sections. Although this medical service attends to high risk pregnant females, the percentage rate of caesarean sections was above the number justified and such a practice ought to be revised.

Key words: Caesarean section; Women's health; Obstetrical nursing.

RESUMEN

Comparando Brasil con otros países se percibe que es el país que presenta mayores tasas de cesáreas. Esta realidad no es diferente en la ciudad de Maringá, norte de Paraná. La institucionalización del parto ha traído consigo la *medicalización* del cuerpo de la mujer y el aumento de la frecuencia de parto cesárea. Este estudio se ha caracterizado como cuantitativo y exploratorio. El objetivo deste estudio fue analizar el índice de cesáreas ocurridas en un Hospital Escuela. Los datos han sido colectados en el prontuario médico de las gestantes que se sometieron a cesárea en los años de 2001-2003. Fuere posible levantar que en los últimos tres años hubo una tasa de 45,3% de partos cesáreas. Aunque de este servicio atender gestantes de alto riesgo, hubo una tasa de cesárea arriba del justificable, mostrando ser necesario repensar esta práctica.

Palabras clave: Cesárea; Salud de la mujer; Enfermería obstétrica.

¹ Pesquisa apresentada na forma de poster no "15º Congresso Internacional de Saúde da Mulher e 4º Congresso Enfermeiras Obstétricas e Neonatal, 2004, São Pedro – SP.

^I Enfermeira Especialista em Enfermagem Obstétrica, Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá –PR, Aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, Maringá - PR. E-mail: hcrickli@hotmail.com.

^{II} Enfermeira Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - PR. E-mail: smpeloso@uem.br

INTRODUÇÃO

O Brasil é hoje um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo ⁽¹⁾ e apresenta um aumento crescente de partos cesárea desde a década de 70. Entre 1994 e 1996 o Brasil colaborou com uma das maiores taxas de cesáreas (27,1%) quando comparado a outros países ⁽²⁾, sendo que as taxas atuais continuam muito elevadas ⁽³⁾.

Nos últimos anos a taxa de cesárea no Brasil diminuiu discretamente de 40,3 em 1996 para 38,6 em 2002 e 26,4% em 2003 ⁽⁴⁾. Para a Organização Mundial de Saúde a taxa de cesárea deve estar entre 10 a 15% do total de partos.

A cidade de Maringá, cidade de médio porte do Noroeste do Paraná é uma das cidades do Estado com maiores taxas de cesárea. De acordo com as estatísticas recentes disponíveis, no ano de 2004 o Paraná apresentou um índice de 49,0% de partos cesáreas e a cidade de Maringá 74,30%.

Com a institucionalização do parto a partir da década de 40 e a medicalização da assistência ao parto levaram a perda da autonomia da mulher na escolha do tipo de parto com o conseqüente aumento de medidas de intervenção relacionadas ao parto e ao nascimento.

O ato de parir e a gestação, fenômenos naturais e fisiológicos, foram transformados em um processo patológico e medicalizado, alterando sua essência original de evento de mãe e filho em acontecimento social ⁽⁵⁾.

O aumento da utilização de cesarianas foi justificado nos prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por

exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas. Porém, o aumento da freqüência de parto cesárea não apresentou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascido ⁽⁵⁾, fato que corrobora com dados da Organização Mundial de Saúde, que caracteriza o parto operatório como uma das práticas mais freqüentes e utilizada de modo inadequado e desordenado.

Em estudo sobre a freqüência de cesarianas em Campinas (SP), os autores citam que as chances para indicação da realização de cesárea foram mais elevadas em mulheres de melhor nível socioeconômico, com pré-natal adequado, primíparas, múltiparas e gestações gemelar; fato que sugere que a indicação não foi baseada somente em normas técnicas, mas também em razões não consideradas médicas ⁽¹⁾.

Em pesquisa realizada em São Paulo com mulheres, a respeito de suas expectativas em relação ao tipo de parto, foi detectado que a maneira como as informações sobre o parto estão disponíveis e acessíveis, interferem na expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto. Os autores levantaram ainda que o parto normal era esperado por 74,7% das mulheres estudadas, tendo como justificativa a recuperação rápida; por outro lado, a justificativa de 61 mulheres para a realização de cesáreas discordou em 47,5% quando comparadas com a indicação médica ⁽⁵⁾. Ao analisar os fatores de risco anteparto para

ocorrência de cesárea, os autores encontraram 27,3% de mulheres que foram submetidas a cesárea ⁽³⁾.

Em pesquisa relacionada a complicações maternas associadas ao tipo de trabalho de parto com 1748 gestantes os pesquisadores encontraram um total de 56,5% de cesáreas e 43,5% de parto normal; já em pacientes com mais de 35 anos, a taxa encontrada foi de 62,9% de cesárea. Lembrando que esta faixa etária está mais exposta a maior ocorrência de anormalidades clínicas ⁽²⁾.

Pesquisadores ao estudarem o desejo, a intenção e o comportamento na saúde reprodutiva de 433 mulheres durante os anos de 1998 a 2000 em uma cidade do Nordeste do Brasil, concluíram que há um distanciamento expressivo entre o parto que é desejado pela mulher e o parto realizado no serviço no qual a mulher é atendida; o que demonstra a necessidade de que gestantes mais jovens sejam melhor trabalhadas quanto à autonomia na escolha do tipo de parto, para haver mudança na prática obstétrica brasileira, principalmente no setor privado ⁽⁶⁾.

Ao estudar os fatores relacionados à preferência por cesariana em gestantes sem intercorrência em uma clínica privada da cidade de São Paulo, os autores encontraram um percentual de 42,9% de gestantes pouco motivadas para o parto normal; os autores

concluíram que a motivação para a realização do parto cesárea associa-se a influências como tipo e grau de satisfação com o parto prévio e renda, demonstrando a importância de uma assistência humanizada e qualificada na assistência ao parto ⁽⁷⁾.

Ao relacionar a ocorrência entre a primeira e última cesárea e laqueadura, foi detectado que a ocorrência da primeira cesárea associou-se à ocorrência da última, que por sua vez associou-se à realização de laqueadura intraparto. Detectaram também que a idade da mulher na laqueadura e a duração do período reprodutivo foram menores entre as mulheres mais jovens ⁽⁸⁾.

Pode-se, então, afirmar que a prática do parto normal precisa ser estimulada a fim de se reduzir a mortalidade materna e proporcionar um melhor nascimento para o bebê. Neste sentido, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria MS/GM 2.815, de maio de 1998, a qual incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento: "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" e a Portaria 466 que estabelece diferentes limites para o parto cirúrgico, de acordo com a complexidade do serviço obstétrico hospitalar. As Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000 instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento visando olhar à assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres.

Uma assistência baseada na humanização é prática que precisa ser estimulada em nosso meio para favorecer um atendimento digno ao binômio mãe e filho com a presença da família.

Portanto, diante da necessidade de uma assistência mais humanizada e de subsídios que justifiquem a diminuição dos índices de cesáreas, este trabalho teve como objetivo analisar o índice de partos cesárea realizadas

em um hospital ensino entre os anos de 2001 a 2003.

MÉTODO

Estudo de caráter descritivo realizado em um hospital de ensino da cidade de Maringá – PR, realizado entre os meses de julho a setembro de 2005.

Foram levantados os prontuários de 927 mulheres submetidas a cesárea, totalizando 90,3% de todas as mulheres que realizaram cesárea nos anos de 2001, 2002

e 2003; os demais 9,7% dos prontuários não estavam acessíveis no Serviço de Prontuário de Pacientes.

O estudo seguiu as normas Éticas previstas na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Houve autorização da Direção do Hospital para realização do trabalho na Instituição e o projeto de pesquisa que deu origem ao estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá sob número 091/2005.

Para a coleta de dados utilizou-se questionário com questões fechadas. As variáveis coletadas compreenderam: idade, cidade de residência, data de realização de cesárea, idade gestacional, história obstétrica (gesta, para, aborto, cesárea), diagnóstico médico de entrada e justificativa de indicação de cesárea.

Na análise dos dados utilizou-se o programa *Microsoft Access* (Microsoft) para a criação do banco de dados, após esta etapa os dados foram transportados para o programa estatístico *Statistica 6.0* (Statsoft) e submetidos à análise estatística.

Uma das dificuldades encontradas durante a coleta de dados foi a não padronização das anotações realizadas no prontuário do paciente, o que tornou a coleta de dados mais demorada, além de que nem sempre o prontuário continha todas as informações necessárias para avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos três anos pesquisados, a Clínica Obstétrica do hospital estudado atendeu 3129 mulheres, em 1022 das internações realizou-se cesárea, totalizando uma taxa de 45,3% de cesáreas nos anos de 2001 a 2003. Vale ressaltar que este hospital é referência de alto risco e que, conforme o MS, a taxa não deve ultrapassar 30% de cesárea.

Em relação à idade, a média de idade materna foi de 24,94 anos. Um número expressivo de mulheres menores de 20 anos foi encontrado: 237 mulheres, ou seja, 25,5%. A maioria das mulheres era casada (52,1%).

Encontrou-se, em relação à idade, o mesmo padrão encontrado nos levantamentos estatísticos brasileiros, que mostra um número cada vez maior de adolescentes grávidas. No Paraná, as estatísticas demonstram um índice de 19,3% de gestantes adolescentes e Maringá apresentou um índice de 23,2%.

A gravidez na adolescência representa um processo de reestruturação pessoal e familiar, e estas adolescentes podem não estar preparadas para enfrentar a nova realidade. Do ponto de vista da saúde, a adolescente grávida precisa de maior atenção e cuidados durante a gravidez, pois “o efeito da gravidez produz modificações nas relações familiares e na

saúde dos seus membros" ⁽⁹⁾, podendo perdurar por todo período gravídico-puerperal.

A vivência da gravidez durante a adolescência é permeada por implicações relacionadas ao biológico, social (familiar e econômico) e familiar ⁽¹⁰⁾. A maternidade é um importante fator na sua constituição pessoal e social da mulher, trazendo interferências sobre os relacionamentos de atuação no cotidiano ⁽¹¹⁾.

Em relação a cidade de origem, 69,1% das mulheres residiam em Maringá, 9,8% vieram de duas cidades vizinhas pertencentes à 15ª Regional de Saúde e as demais mulheres vieram de outras Regionais.

Quanto ao número de gestações 39,9% das mulheres estavam na primeira gestação. Sobre o número de partos, encontrou-se dificuldades no levantamento deste dado, uma

vez que em 33,0% dos prontuários estes dados não foram encontrados e 40,0% das mulheres eram primíparas, demonstrando a necessidade de tomar uma conduta única em relação a esta variável; lembrando que o hospital tem um expressivo número de acadêmicos de medicina realizando anotações no prontuário. Em 54,1% dos prontuários não referiam o número de aborto e 21,4% das mulheres não tiveram nenhum aborto.

Em relação ao número de cesáreas anteriores; de acordo com a Tabela 1, 27,0% das mulheres tinham realizado cesáreas anteriormente; porém, em 51,9% dos prontuários estes dados não estavam disponíveis.

Tabela 1: Distribuição de mulheres segundo a realização de cesárea. Maringá/ PR, 2005.

Cesárea	n	Porcentagem
0	44	4,7
1	250	27,0
2	113	12,2
3	33	3,6
4	6	0,6
Não consta	481	51,9
Total	927	100,0

Quando se comparou as mulheres que estavam na primeira gestação (39,9%) aos dados da primeira justificativa de realização de cesárea (iteratividade); percebe-se a necessidade de repensar a conduta, visto que em 16,5% das justificativas de indicação de cesárea a iteratividade prevaleceu; ou seja,

pode haver um processo, que pode ser chamado de "círculo vicioso", onde a ocorrência de cesárea pela primeira vez "induz" a ocorrência de seguimento desta prática. Ressalta-se que a gestação constitui um processo de adaptação que pode gerar ansiedade e medo para quem a vive ⁽¹²⁾;

assim, a mulher necessita de apoio profissional para viver tal período. Estes autores realizaram este apoio através da formação de um grupo de gestantes e concluíram que a troca de experiências permite gerar conhecimento entre as mulheres e constitui recurso importante para assistir as pessoas.

Nas variáveis diagnóstico de entrada e indicação de cesárea as respostas foram diversas. Encontrou-se um máximo de seis itens como justificativa de indicação de cesárea. Foram citados 72 itens relacionados ao diagnóstico médico inicial de entrada, a média de itens por mulher foi de 1,24 itens por mulher.

Um estudo que trata sobre o perfil epidêmico da cesárea detectou elevada proporção da prática da cesárea em primíparas e em mulheres com número maior de cesarianas anteriores, embora as diferenças não fossem estatisticamente significativas ⁽¹³⁾.

Apesar de ser possível realizar a prova de trabalho de parto antes de tomar como primeira conduta a realização de cesárea em mulheres com cesárea anterior ⁽¹⁴⁾.

Algumas condições, como a sócio-econômica, a indicação médica, a opção da parturiente ou do obstetra, as condições institucionais e os antecedentes de cesárea são os fatores associados à indicação da via de resolução do parto ^(7, 13-14). No caso deste estudo foi possível relacionar aos três últimos fatores. De acordo com a Tabela 2, o diagnóstico médico inicial de internação das gestantes foi em 40,68% dos casos de trabalho de parto. Na categoria trabalho de parto foram englobados os itens relacionados a trabalho de parto inicial e pródromo de trabalho de parto.

Tabela 2: Distribuição de mulheres submetidas à cesárea segundo o diagnóstico médico de entrada. Maringá/PR, 2005

Diagnóstico Inicial de entrada	Quantidade de diagnósticos citados	Porcentagem em relação à quantidade de diagnósticos citados	Porcentagem em relação ao número de casos (mulheres)
Trabalho de parto	377	32,67	40,68
Rotura de membranas	164	14,21	17,69
DHEG	163	14,12	17,59
Pós-datismo	74	6,41	7,98
Patologias maternas	72	6,24	7,81
Oligodrâmnio	39	3,38	4,2
Gestação termo	37	3,21	3,99
Hemorragias	35	3,03	3,78
Sofrimento fetal	34	2,95	3,68
Trabalho de parto prematuro	23	1,99	2,48
Hipertensão	19	1,65	2,05
Prolapso de cordão umbilical	17	1,47	1,83
Gemelaridade	12	1,04	1,29
HIV	11	0,95	1,19
Líquido amniótico meconial	11	0,95	1,19
Malformação fetal	10	0,86	1,08
RCIU	10	0,87	1,08
Apresentação pélvica	8	0,69	0,86
Macrossomia fetal	8	0,69	0,86
Polidrâmnio	6	0,52	0,65
Outros	4	0,35	0,44
Sem diagnóstico	20	1,73	2,16
Total	1154	100,00	124,56

O segundo diagnóstico de entrada das gestantes foi a rotura de membranas, com 14,21% de todos os diagnósticos citados. Englobaram-se nesta categoria os diagnósticos de rotura prematura de membranas, amniorexe prematura, amniorexe, bolsa-rota, dentre outras relacionadas.

Houve 14,12% de todos os diagnósticos citados na categoria DHEG (Doença

Hipertensiva Específica da Gestação). Fizeram parte desta categoria as patologias: DHEG, DHEG - grave, DHEG - leve, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e Síndrome Hellp.

A síndrome hipertensiva caracteriza-se como uma intercorrência obstétrica que tem contribuído para o aumento das taxas de cesáreas e detectaram que a primiparidade, gravidez pós-termo, assistência pré-natal

incompleta, antecedente de cesárea, ruptura prematura de membranas, gemelaridade, oligoâmnio, síndrome hipertensiva e síndrome hemorrágica constituíram fatores de risco para a ocorrência de cesárea, na ordem citada de influência ⁽³⁾. Quanto a justificativa de

indicação da realização de cesárea foram citados 103 motivos no total, com média de 1,68 motivos citados/mulher, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição de mulheres segundo a indicação de parto cesárea. Maringá/PR, 2005

Justificativa realização de cesárea	Quantidade de diagnósticos citados	Porcentagem em relação à quantidade de diagnósticos citados	Porcentagem em relação ao número de casos (mulheres)
Distócia	235	15,08	25,37
DHEG	201	12,89	21,69
Sufrimento fetal	189	12,13	20,39
Iteratividade	153	9,81	16,5
Rotura de membranas	104	6,68	11,22
Patologias maternas	76	4,86	8,21
Apresentações anormais fetais	63	4,04	6,8
Pós-datismo	62	3,97	6,69
Oligodrâmnio	50	3,21	5,39
DCP	48	3,08	5,18
Taquistolia	42	2,69	4,53
Hemorragias maternas	40	2,57	4,31
Macrossomia fetal	37	2,37	3,99
Trabalho de parto	31	1,98	3,34
Malformação fetal	30	1,93	3,25
Líquido amniótico meconial	30	1,92	3,24
Primigesta idosa	20	1,28	2,16
Hemograma alterado	20	1,28	2,16
Gemelaridade	20	1,28	2,16
Reestréia funcional	19	1,22	2,05
Outros	16	1,03	1,72
Trabalho parto prematuro	10	0,64	1,08
RCIU	10	0,64	1,08
Eletiva	9	0,58	0,97
Corioamnionite	9	0,58	0,97
Óbito fetal	6	0,38	0,65
Laqueadura	6	0,38	0,65
HIV	6	0,38	0,65
Polidrâmnio	5	0,32	0,54
Sem justificativa	12	0,77	1,29
Total	1559	100,00	168,23

De acordo com a referida tabela, a maior porcentagem de justificativa de realização de cesárea foi em 25,37% dos casos a distócia do trabalho de parto; nos quais se englobam 5,5% a distócia de progressão e 3,1%

ocasionadas por colo desfavorável e fatores relacionados.

O parto cesáreo é uma alternativa médica usada em situações em que as situações em que as condições materno-fetais não

favorecem o parto vaginal; sendo, portanto, uma prática considerada de uso criterioso ⁽¹⁾.

As doenças hipertensivas contribuíram com 21,69% das cesáreas realizadas em relação ao número de casos. Incluem-se nesta categoria a DHEG- grave (4,2%), DHEG (3,0%), DHEG- leve (1,3%), pré – eclâmpsia (0,9%), eclâmpsia (1,0%), iminência de eclâmpsia e Síndrome Hellp (0,6%). A hipertensão arterial sistêmica foi citada em 0,8% dos casos.

As complicações existentes nas gestações de alto risco, como a doença hipertensiva, muitas vezes demanda a interrupção prematura da gestação, provocando aumento na incidência de operações cesarianas ⁽²⁾. Segundo dados estatísticos da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, a DHEG é a segunda maior causa de mortalidade materna; nos anos de 1994 a 2002 14% das mortes maternas estavam relacionadas à DHEG. A síndrome hipertensiva ocupou o sexto lugar em influência sobre a ocorrência de cesárea na análise variada e multivariada em um estudo de caso-controle em Recife (PE) ⁽³⁾.

Algumas distócias do trabalho de parto, muitas vezes, são indicadores de cesárea, mas as distócias ditas funcionais, a desproporção céfalo-pélvica e o sofrimento fetal agudo como de justificativa duvidosa ⁽¹⁵⁾; fazendo-se, então, necessário conhecer mais profundamente a respeito do trabalho de parto para realmente afirmar que nos casos levantados a justificativa não foi apropriada, o que não possibilita fundamentar a prática de realizar cesárea pelas justificativas acima.

A realização de cesárea por laqueadura é absolutamente não justificável, apesar de ser

prática freqüente encontrada nas maternidades. Já a indicação de cesárea por cesárea anterior (iteratividade), apresentação pélvica em multípara com feto de termo não macrossômico fazem parte da categoria de cesáreas mal justificadas ⁽¹⁵⁾. Apesar disso, ainda encontrou-se neste trabalho a indicação de cesárea por laqueadura (0,65% do número de casos).

Em pesquisa realizada sobre a percepção de médicos a respeito das razões pelas quais as mulheres preferem a cesárea e a solicitavam, concluíram que as percepções

Relacionavam-se ao medo do parto vaginal e de um trabalho de parto prolongado; o que foi raramente expressado pelas mulheres ⁽¹⁶⁾. Para os médicos, o fato de o procedimento permitir realizar a laqueadura tubária foi outro fator importante ⁽¹⁶⁾. A pesquisa mostrou um contraste entre a percepção dos médicos a respeito da opinião das mulheres e a real opinião/preferência das mesmas. Isso leva a conclusão de que como a percepção do profissional nem sempre é a mesma das preferências das mulheres, essa não se sustenta como base para decidir sobre o melhor procedimento. Buscar uma melhor comunicação e orientação às gestantes poderia diminuir altos índices de cesárea e evitar mortes desnecessárias relacionadas às suas complicações como, por exemplo, maior risco de hemorragia e infecção.

A categoria sofrimento fetal incluiu as seguintes subcategorias: sofrimento fetal agudo (6,5%), sofrimento fetal (1,6%), sofrimento fetal crônico (1,0%), feto hipoativo e hiporeativo na Cardiotocografia (CTG) e centralização fetal (0,3%), CTG padrão

comprimido (0,4%), DIP-II taquicardia fetal (0,2%), ausência de Batimento Córdio-Fetal, bradicardia fetal persistente e DIP umbilical desfavorável (0,1%).

A categoria iteratividade englobou os itens iteratividade (9,1%) e cesárea anterior (3,3%) foi responsável por 9,81% de todas as justificativas citadas.

Foi encontrado 0,65% das justificativas relacionadas a laqueadura tubária. Este baixo percentual se justifica em função, principalmente, da média de idade das mulheres, ou seja, o atendimento foi de mulheres jovens, com poucos filhos.

Na categoria hemorragias maternas foram agrupados os itens descolamento prematuro de placenta, placenta prévia e sangramentos vaginais.

Ao relacionar os diagnósticos de entrada às justificativas de realização de cesárea encontradas nos prontuários das mulheres, pode-se inferir que este hospital recebe, na área obstétrica, pacientes de alta complexidade, as quais recebem suporte das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Adulto. As cesáreas plenamente justificadas compreendem aquelas que visam proteger a vida da mãe e/ou feto.

O Ministério da Saúde tentou diminuir as taxas de cesárea estabelecendo cotas limites para recebimento dos hospitais por este procedimento. Dentre os fatores que determinam a elevada prevalência de cesarianas estão a forma de remuneração do parto, a falta de desconhecimento e preparo das mulheres para o parto normal.

Além destes fatores, as justificativas ampliam-se pela postura de ensino das escolas

médicas por não formarem adequadamente seus alunos ⁽¹⁵⁾; afirmação esta corroborada por outros autores ⁽¹⁷⁾; os quais complementam que a realização de cesárea relaciona-se diretamente com as decisões médicas. Segundo esses autores, a banalização das indicações de cesárea ocorre na mesma medida em que as representações de risco por parte dos médicos obstetras consolidam-se e tornam-se rotineiras ao longo de sua experiência de assistência ao parto.

Em estudo referente a preferência de mulheres primíparas sobre a vida de parto, 90% das mulheres preferiam parto normal ⁽¹⁸⁾, o que indica que é preciso respeitar a opção da mulher através de maior orientação no pré-natal por parte de enfermeiros e médicos com programas de apoio nas redes básicas de saúde.

Em outros estudos já citados encontra-se um maior número de cesárea realizados entre as primíparas ⁽¹⁾, sinalizando que é preciso maior orientação no pré-natal por parte de enfermeiros e médicos com programas de apoio nas redes básicas de saúde para a redução destes dados.

CONCLUSÃO

Nos três anos pesquisados, totalizou-se uma taxa de 45,3% de cesáreas, índice acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mesmo que o hospital seja referência para gestação de alto risco.

Em relação à idade, a média de idade materna foi de 24,94 anos e encontrou-se um número expressivo de mulheres menores de 20 anos (237 mulheres= 25,5%). A maioria das mulheres era casada (52,1%).

A partir dos resultados do presente estudo observa-se a necessidade de protocolo para as anotações em prontuário devido ao alto fluxo de acadêmicos em contato com o preenchimento do mesmo e a sensibilização dos alunos para o estímulo ao parto normal; lembrando que o hospital aqui em estudo constitui-se de Instituição de Ensino para os cursos da área da saúde.

Por outro lado, percebe-se lacunas relacionadas à informação e apoio às gestantes no atendimento a nível primário de assistência à saúde. O enfermeiro deve trabalhar como agente de mudança da visão de gestantes frente ao parto normal e cesáreo agindo

como educador durante todos os momentos de atendimento à saúde da mulher, principalmente durante o pré-natal⁽¹⁹⁾.

Estas lacunas puderam ser detectadas quando levantado a justificativa de realização de cesárea, pois se percebeu a decisão médica como fator determinante para a realização da cesárea, decisão esta tomada tendo como base não somente normas técnicas.

Apesar do perfil da população atendida neste estudo revelar o risco elevado para a ocorrência de anormalidades na gravidez e no trabalho de parto, bem como o risco de sofrimento fetal aumentando a proporção de cesáreas; evidenciou-se a necessidade de repensar esta prática, a qual tem interferido na qualidade e humanização da assistência ao parto e nascimento prestada a cada uma das mulheres representadas por cada prontuário levantado.

REFERÊNCIAS

1. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em

Campinas (SP). Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2007 jan; 29 (1): 34-40.

2. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública 2004 fev; 38 (1): 9-15.

3. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Analysis of the risk factors for cesarean section. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2005 Apr; 27 (4): 189-196.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesáreo, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2002. [serial on line] 2005 [cited 2005 jul 10]. Available from: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf.

5. Oliveira SMJV, Gonzalez Riesco ML, Rosas Miya CF, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. Revista Latino Americana de Enfermagem 2002 out; 10 (5): 667-674.

6. Costa ND, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Wishes, intention and behavior in reproductive health: the practice of cesarean section in a city in the northeast of Brazil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2006 Jul; 28 (7): 388-396.

7. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência de cesareana. Revista de Saúde Publica 2006 April; 40 (2): 226-232.

8. Fernandes AMS, Bedone AJ, Leme LCP, Fonsechi-Carvasan GA. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. Revista da Associação Médica Brasileira 2007 jan-fev; 53 (1): 53-58.

9. Pelloso SM, Carvalho MDB, Valsecchi EASS. O vivenciar da gravidez na adolescência. Acta Scientiarum 2002 ago; 24 (3): 775-781.

10. Ponte Junior GM, Ximenes Neto FRG. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2004 jan/abr [cited 2006 jul 8]; 6(1): 25-37. Available from: URL:

http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html.

11. Gontijo DT, Medeiros M. Gravidez / maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2004 set-dez [cited 2006 jul 8]; 6(3): 394-399. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/12_Revisao2.html.

12. Sartori GS, Van der Sand ICP. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2004 mai-ago [cited 2006 jul 8]; 6(2): 153-165. Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/gestantes.html.

13. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. Cadernos de Saúde Pública 2001 mai-jun; 17 (3): 509-519.

14. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2000 abr; 22 (3): 175-179.

15. Faundes A, Silva JLP. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. Femina 1998 set; 38 (8): 669-676.

16. Faundes A, Padua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Revista de Saúde Pública 2004 ago; 38 (4): 488-494.

17. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 2004 jan-dez; 20 (1): 109-116.

18. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2004 nov-dez; 26 (10): 791-798.

19. Camara MFB, Medeiros M, Barbosa MA. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. Revista Eletrônica de Enfermagem [serial on line] 2000 jan-jul; [cited 2006 jul 8]; 2 (1). Available from: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/05.htm.

Artigo enviado em 30.11.06

Aprovado para publicação em 30.04.07