
PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS À CESAREANA E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE PÚBLICA EM RIBEIRÃO PRETO

Natália Canella Sanches¹, Fabiana Villela Mamede², Raquel Bosquim Zavanella Vivancos³

¹ Mestranda do Programa de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade (EERP) de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil. E-mail: nataliacanella@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. São Paulo, Brasil. E-mail: famamede@eerp.usp.br

³ Mestre em Saúde Pública. Enfermeira da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: raquelvivancos@usp.br

RESUMO: O artigo apresenta o perfil social e obstétrico das mulheres submetidas ao parto cesárea em uma maternidade pública do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de estudo quantitativo, retrospectivo, do tipo descritivo, com pesquisa documental. Os dados coletados referem-se ao período entre os meses de junho e dezembro de 2005, e janeiro a junho de 2006. Foram consultados 670 prontuários. A taxa de parto cesárea na instituição-campo foi calculada em 23% para o período supracitado. Foram características da população estudada a baixa escolaridade formal, a união consensual e o trabalho não remunerado. As principais indicações para as cesarianas foram a iteratividade e o sofrimento fetal agudo. Como desdobramento dos achados está a ênfase pela valorização da enfermagem obstétrica no cenário de atendimento ao parto normal de baixo risco, considerando seu caráter não-intervencionista inerente à sua formação.

DESCRITORES: Trabalho de parto. Cesárea. Enfermagem obstétrica.

THE PROFILE OF WOMEN WHO HAVE EXPERIENCED CESAREAN SECTION AND OBSTETRIC CARE AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL IN RIBEIRAO PRETO

ABSTRACT: The present paper presents the social and obstetric profile of women undergoing cesarean childbirth at a public maternity hospital in the interior of São Paulo state. This is a quantitative, retrospective, descriptive study performed using documental research. The collected data refer to the period between July and December 2005, and between January and June 2006. A total of 670 records were reviewed. A 23% rate of cesarean births was identified at the institution studied during the aforementioned period. The studied population was characterized as having a low level of education, living in a common-law relationship, and not having a paid occupation. The main indications for cesarean sections were iterativity and acute fetal distress. The findings revealed an emphasis on obstetric nursing in the low-risk normal childbirth scenario, considering the non-interventionist character inherent to their education and training.

DESCRIPTORS: Labor, obstetric. Cesarean section. Obstetrical nursing.

PERFIL DE LAS MUJERES SOMETIDAS AL PARTO POR CESÁREA Y LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE RIBEIRÃO PRETO

RESUMEN: El artículo presenta el perfil social y obstétrico de las mujeres sometidas a cesárea en un hospital público en el interior del estado de São Paulo. Se trata de un estudio cuantitativo, retrospectivo de tipo descriptivo con pesquisa documental. Los datos recolectados se refieren al período comprendido entre junio y diciembre de 2005 y enero-junio de 2006. Fueron consultado 670 registros. La tasa de cesárea en la institución de campo se calculó en 23% para el período antes mencionado. Características de la población estudiada fueron la baja escolaridad, el trabajo no remunerado y la unión consensual. Las principales indicaciones de cesárea fueron sufrimiento fetal y el antecedente de más de dos cesáreas. Se destaca la atención del parto normal bajo el reconocimiento de los cuidados de enfermería obstétrica en el contexto de la entrega normal de bajo riesgo, teniendo en cuenta su enfoque no intervencionista inherentes a su formación.

DESCRIPTORES: Trabajo de parto. Cesárea. Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que não há justificativa para qualquer região do mundo possuir taxas de parto cesárea maiores do que 10-15%, suportando a hipótese de que quando tal índice aumenta acima de 15%, os riscos para a saúde reprodutiva passam a superar os benefícios. Duas décadas mais tarde, todavia, as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.¹

Diversos fatores contribuíram para este fato, tais como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a redução dos riscos de complicações pós-operatórias imediatas, a conduta obstétrica defensiva, as características de organização do sistema de saúde, e conseqüente remuneração, além da própria demanda por parte das mulheres.²

O Brasil apresenta uma das taxas de cesárea mais elevadas do mundo e tem sido citado como exemplo claro do abuso desse procedimento. As taxas no Brasil passaram de 32% em 1994 para 40,2% em 1996. A redução para 36,9%, no período de 1996-1999, foi seguida por um recrudescimento nas taxas para 39,9% em 2002. Calcula-se que, no Brasil, onde nascem 2,5 milhões de crianças por ano, haja 560 mil cesáreas desnecessárias que consomem quase R\$ 84 milhões.³⁻⁴

Embora o risco de morrer durante uma cesariana seja muito menor do que foi há quatro séculos, os partos cirúrgicos dispensáveis contribuem para manter a mortalidade materna brasileira, em níveis bem superiores aos de países desenvolvidos como o Reino Unido. Estima-se que entre 75 e 130 brasileiras em cada grupo de 100 mil, morram durante o parto ou por complicações associadas à gravidez. Entre as inglesas, tal índice é de aproximadamente dez mortes por 100 mil.⁵

Estratégias têm sido voltadas para a redução das indicações, confirmando a informação de que as cesáreas não oferecem ganhos adicionais, aumentam os riscos maternos, oferecendo implicações para gestações futuras e aumento de custos para os sistemas de saúde.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, como parte da política de incentivo ao parto normal, instituiu a Portaria MS/GM 2.815,⁶ de maio de 1998, a qual incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" e a Portaria 466,⁷ 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 2000,⁸ instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, visando olhar a assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres.⁹

As taxas de parto cesárea estão altamente correlacionadas com a proporção de partos atendidos por profissionais de saúde treinados.¹⁰ Saltam aos olhos as taxas elevadas de cesáreas em hospitais universitários. A centralização do ensino médico em hospitais de referência e de maior complexidade pode prejudicar 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 de baixo risco.²

A busca por fatores que justifiquem o aumento nas taxas de cesárea é essencial para que soluções possam ser pensadas.³ Vários autores apontam a atual organização da assistência obstétrica, como tendo importante papel nas elevadas taxas de cesárea. Para alguns estudos, fatores pessoais da mulher e do seu ambiente social, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços, constituem aspectos não médicos e estariam associados à prática obstétrica vigente no Brasil.

Com base em tal compreensão, o presente estudo teve como objetivo traçar o perfil social e obstétrico das mulheres submetidas ao parto cesárea em uma maternidade pública universitária do Estado de São Paulo.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado por meio de levantamento documental arquivado. Os dados foram coletados em uma maternidade universitária localizada no interior do Estado de São Paulo, a qual está voltada para o atendimento das situações de baixo risco obstétrico e possui como filosofia, a humanização da assistência ao parto e nascimento. Sendo uma instituição pública, sua assistência é voltada para usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A presente instituição faz parte da rede de Hospitais Amigos da Criança, e recebeu, no ano de 1999, o prêmio Galba de Araújo, o qual reconhece e premia as unidades de saúde integradas à rede SUS de maior destaque na atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, após avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa designada pela instituição, recebendo aprovação sob o parecer nº 0743/2006. A utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi necessária devido ao uso exclusivo de fontes secundárias para a pesquisa. Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 196/96.

O procedimento de coleta dos dados constou do levantamento de informações contidas nos prontuários clínicos, e compreendeu o período de um ano entre os meses de junho e dezembro de 2005, e janeiro a junho de 2006. Para o registro das informações foi utilizado instrumento adaptado do proposto e aplicado por Schneck¹¹, constando de dados de identificação, características sociodemográficas, condições clínico-obstétricas, intervenções obstétricas e condições neonatais.

A partir dos registros obtidos, procedeu-se o delineamento do perfil social e obstétrico das mulheres submetidas ao parto cesárea na instituição-campo do estudo. Entende-se por perfil social, a procedência, a idade materna, a situação marital, a ocupação e o grau de escolaridade da população em estudo. Por perfil obstétrico compreende-se paridade, idade gestacional, dilatação cervical, dinâmica uterina e estado das membranas coriônicas na internação. Ainda relacionado ao perfil obstétrico foram investigadas as principais intervenções realizadas durante a condução do trabalho de parto, a saber: amniotomia, infusão de ocitocina endovenosa e cardiocografia intra-parto. Em relação às indicações de parto cesáreas foram descritos a iteratividade (duas ou mais cesáres anteriores), sofrimento fetal agudo, falha na indução, desproporção céfalo pélvica, descolamento prematuro de placenta e apresentação pélvica, fatores que justificaram o desfecho do parto cesárea. Ao perfil neonatal, foram incluídas no estudo as variáveis peso e Apgar do Recém-Nascido (RN).

Por conseguinte, o banco de dados foi estruturado e submetido ao processo de dupla digitação, sendo em seguida exportado para o aplicativo Excel do *software*, e a análise estatística realizada no Programa EPI-INFO 6.04, para a elaboração da estatística descritiva, com as respectivas distribuições de frequências e tabelas de contingência associadas.

RESULTADOS

No período supracitado ocorreram na maternidade 2.638 partos, total caracterizado por 2.133 partos normais, 52 partos fórceps, 676 partos cesáreas e oito internações após partos domiciliares, sendo que a média de partos por mês, considerando os 12 meses de estudo, foi de 221 partos.¹² Constituiu a população de estudo o total de 676 puérperas e seus RNs, sendo que, destes 676, houve seis perdas, pois os prontuários não foram encontrados. A taxa de parto cesárea foi calculada segundo a fórmula proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.¹³ O valor obtido para o período foi de 23%.

Perfil social

Em relação às características sócio-demográficas, a população do estudo caracterizou-se por mulheres jovens, com idade média de 25,3 anos ($\pm 5,9$). A maioria delas (76,1%) apresentou entre 14 e 30 anos, sendo que as adolescentes (entre 14 e 19 anos) constituíram 21,3% do total desse grupo.

Foi característica da população estudada a baixa escolaridade formal, verificando-se apenas 2,9% das mulheres com ensino médio completo, bem como o trabalho não remunerado, com 79,1% referindo desempenho de suas funções apenas no ambiente doméstico.

O predomínio de mulheres em união consensual foi destaque, sendo que, apenas 14,3% das participantes do estudo declararam-se solteiras, a maioria (73,4%) foi procedente do próprio município. A parcela de 21% foi procedente de cidades próximas, visto que a maternidade, campo do estudo, atua como referência para a respectiva Divisão Regional de Saúde. Na tabela 1, os valores referentes às variáveis sócio-demográficas em estudo podem ser melhor analisados.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres estudadas, segundo as variáveis faixa etária, ocupação, escolaridade e estado civil, no período de junho de 2005 a junho de 2006. Ribeirão Preto-SP

(continua)

Perfil social	n	%
Faixa etária		
14-19	109	16,2
20-25	260	38,8
26-30	141	21,0

Perfil social	(conclusão)	
	n	%
31-35	106	15,8
36-40	31	4,6
41-43	6	0,8
Sem registro	17	2,5
Ocupação		
Não remunerada	530	79,1
Remunerada	120	17,9
Sem registro	20	2,9
Escolaridade (anos)		
1 a 3	20	2,9
4 a 11	580	86,5
> 11	20	2,9
Sem registro	50	7,4
Estado civil		
Amasiada	350	52,2
Casada	220	32,8
Solteira	91	13,5
Separada	6	0,8

Perfil obstétrico

Condições clínico-obstétricas na internação

Referente às condições clínico-obstétricas das usuárias, os dados revelam que todas as participantes do estudo realizaram acompanhamento pré-natal, sendo que a maioria (66,5%), realizou mais de sete consultas.

Relacionado aos antecedentes obstétricos, foi observado o valor médio de 2,2 gestações (±1,5). O número de partos realizados anteriormente foi de no mínimo um e no máximo seis, com o valor médio de 1,08 partos (±2,2), somente 43% das mulheres em estudos eram primigestas. No total da população, 43% apresentaram resolução de gestação anterior por via alta. Em relação ao número de abortos anteriores, o mesmo variou de zero a quatro, com média de 0,2 abortos (±0,5).

A idade gestacional média calculada foi de 39,2 semanas (±2,6), segundo o tempo de amenorréia. Quando observados os registros da admissão na maternidade, verificam-se os seguintes achados: 16,2% das mulheres não apresentavam dinâmica uterina, 13,1% foram admitidas com o colo uterino pérvio entre cinco e sete centímetros e 64,6% entre um e quatro centímetros, respectivamente. Apenas 39 (5,8%) mulheres foram admiti-

das com o colo impérvio. Cabe ressaltar o fato de que 104 (15,5%) prontuários não apresentavam registro quanto à dilatação cervical, por ocasião da admissão hospitalar.

No momento da internação, 62,6% (420) das mulheres apresentavam membranas coriônicas íntegras, sendo que 33,7% (226) apresentaram coriamniorexe durante a evolução do trabalho de parto. Destas, 21% (140) apresentaram líquido amniótico meconial.

Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto

Quanto às intervenções obstétricas foi constatado que 75,9% (509) das 670 mulheres estudadas foram submetidas à rotura artificial das membranas coriônicas, bem como 27,6% (185) receberam infusão endovenosa de ocitocina, durante o trabalho de parto e parto. Ressalta-se que em 52,2% (350) da população foi realizado o exame de cardiocotografia.

As indicações mais frequentes para a realização do parto cesárea relatadas nos prontuários da população estudada podem ser observadas na figura 1.

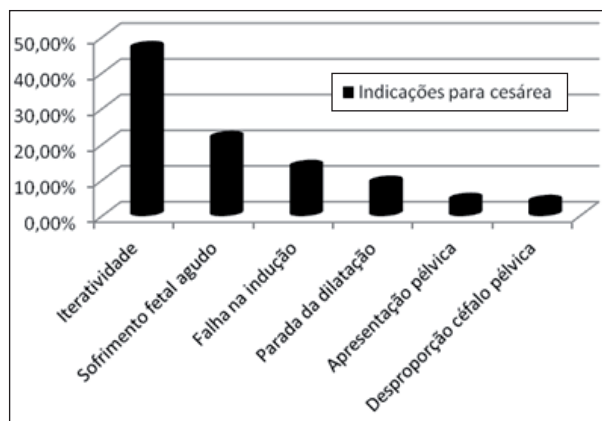


Figura 1 - Distribuição das frequências de parto cesariano segundo suas indicações, no período de junho de 2005 a junho de 2006. Ribeirão Preto-SP

Outras indicações foram observadas, ainda que com menor frequência. Parada secundária da descida e falta de progressão de trabalho de parto representaram cada uma 0,2%, das indicações. Descolamento prematuro de placenta e parto cesárea anterior a 1,5% das indicações cada. Síndromes hipertensivas e iminência de rotura uterina foram 1,2% das indicações apresentadas. Cabe ressaltar que 0,1% dos prontuários não apresentaram esta informação.

Perfil neonatal

O peso dos RNs estudados variou entre 1.785 e 5.955g, com valor médio de 3.330g ($\pm 475,8$). Quanto à escala de Apgar, 61,4% (412) e 98,2% (658) dos RNs obtiveram, no primeiro e quinto minuto de vida, valores maiores ou iguais a sete, respectivamente.

DISCUSSÃO

A taxa de parto cesárea na instituição-campo foi calculada em 23% para o período em questão. Em 1985, a OMS mostrou que uma taxa de cesarianas maior do que 15% é medicamente injustificável.¹⁴ Entretanto, um aumento global das taxas de cesarianas vem ocorrendo. Recentemente, o Ministério da Saúde, atento ao crescimento de cesarianas no País, lançou a “Campanha incentivo ao parto normal”. Segundo dados do Ministério, a cesariana já representa 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privado, no SUS as cesáreas somam 26%.¹⁵

Tal achado de 23%, apesar de contrariar a preconização da OMS – na qual não se justificam valores acima de 15% – está abaixo dos valores de 31% e 28,1% encontrados para as maternidades públicas de baixo risco do município de São Paulo nos anos de 2006 e 2008, respectivamente. Cabe ressaltar ainda, que a taxa de partos cesáreas nos hospitais universitários e privados do mesmo município, correspondeu aos valores de 56,3% - 57,1% e 87,5% - 87%, respectivamente, para os anos supracitados.²

Desse modo, uma análise comparativa de tais valores denota que apesar de alta, a taxa de parto cesárea observada na instituição-campo, segue tendência verificada nas maternidades públicas de baixo risco e universitárias da cidade de São Paulo: taxas abaixo de 15% estão sendo inatingíveis.

Frente a essa realidade cabe a discussão acerca dos possíveis fatores relacionados. O presente estudo objetivou delinear e descrever o perfil das mulheres submetidas ao parto cesárea, dado que a literatura é unânime em relacionar fatores pessoais da mulher e seu ambiente social, bem como institucionais à realização desses procedimentos no país.³

O perfil social da população em estudo evidenciou mulheres jovens, com baixa escolaridade formal, em união consensual e sob condições de trabalho não remunerado. Além disso, chama a atenção parcela significativa de adolescentes entre

o grupo estudado. Há consenso em considerar que a mortalidade materna, fetal e neonatal, aumenta tanto para as mulheres acima de 35 anos como para as adolescentes.¹⁶

A constatação do reduzido número de mulheres que têm ocupação remunerada no estudo contrapõe-se às tendências de sua crescente inserção no mercado de trabalho. As estatísticas revelam uma crescente população economicamente ativa representada por mulheres. É provável que o alto percentual de mulheres que relataram não exercer ocupação remunerada, esteja relacionado além da idade, à baixa escolaridade verificada.

A escolaridade é variável fundamental para a compreensão das diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população. Pesquisa afirma que, no caso brasileiro, variações nos níveis de escolaridade, apontam para diferenças na idade de iniciação sexual, de união estável, número de filhos acumulados e, inclusive, na mortalidade destes.¹⁷

No que tange ao perfil obstétrico, merece destaque a observação de que 43% das mulheres apresentaram resolução de gestação anterior via alta, corroborando a premissa de que a cesariana prévia está entre as principais indicações médicas para partos cirúrgicos subsequentes.¹⁸

Estudos recentes abordam a questão da indicação da via do parto em pacientes com cesariana prévia, uma das principais indicações de parto cesáreo.¹⁹ O postulado “uma vez cesárea, sempre cesárea” ainda persiste de forma ostensiva,²⁰ fundamentado no risco de ruptura ou deiscência uterina. Porém, atualmente, é recomendada a realização da prova de trabalho de parto nas pacientes com uma cesariana anterior, na tentativa de viabilizar o parto normal,²¹⁻²³ respeitando algumas recomendações como a monitorização materna e fetal contínua durante o trabalho de parto.²⁴⁻²⁶

A primiparidade também foi descrita como fator de risco para o parto cesáreo em diversos estudos, sob a hipótese de que os obstetras considerariam essas mulheres menos capazes de lidar com as dificuldades do trabalho de parto ou por terem um maior número de consultas de pré-natal, também associado ao fenômeno.²³⁻³⁷ A prevenção de cesárea entre primíparas é de vital importância, uma vez que antecipam em longo prazo os efeitos cumulativos de uma cesárea prévia com consequente maior chance de uma nova cesárea entre estas mulheres.

Um dado de extrema importância a ser considerado no presente estudo foi a dilatação cervical por ocasião da internação. Observa-se um maior

número de mulheres na fase latente e/ou fora do trabalho de parto em relação àquelas consideradas já em fase ativa. Analisando o momento correto da internação, segundo o Ministério da Saúde, o desejável é que a internação se faça na fase ativa do trabalho de parto, porém justifica-se a internação na fase latente nos seguintes casos: dificuldades de acesso ao local do parto, idade gestacional maior que 41 semanas de gestação, cesárea anterior e amniorrexe prematura.¹⁶

A menor porcentagem da população de mulheres estudadas foi internada em momento oportuno, ou seja, no início da fase ativa do trabalho de parto.²⁸ É preciso considerar que, tal observação pode estar diretamente relacionada ao número expressivo de internações já com indicação de resolução por via alta, pelo diagnóstico de iteratividade.

A iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores) e o Sofrimento Fetal Agudo (SFA) foram os motivadores de indicações de cesarianas. É provável que a iteratividade represente reflexo de condutas obstétricas prévias. Nos Estados Unidos a cesariana de repetição constitui principal fator determinante no aumento das taxas de nascimento por este tipo de parto.²⁹

Durante a fase latente, a internação precoce, sem que haja uma indicação clara, aumenta o tempo de internação da parturiente e submete-a ao ambiente hospitalar sem necessidade e, ainda, pode predispor intervenções desnecessárias. Optou-se pela realização de cesariana nos casos de iteratividade, sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta em fase inicial de trabalho de parto.

Outra consideração importante, diz respeito aos achados que configuram o chamado "manejo ativo" de trabalho de parto, realizados na tentativa de acelerar o processo de parturição.³⁰⁻³¹ A amniotomia foi praticada em 75% das mulheres no estudo. A literatura pondera em relação aos riscos e benefícios inerentes a tal intervenção. Dentre os benefícios, ressalta-se a redução na duração do trabalho de parto e a diminuição no uso de ocitocina sintética. Por outro lado, observa-se tendência a um aumento nas taxas de cesarianas.³² Diante de tais evidências, os autores sugerem que a amniotomia deveria reservar-se para os casos de mulheres com evolução anormal de trabalho de parto.

Referente ao uso de ocitocina observa-se que a sua indicação foi relativamente restrita. No entanto, cabe questionar se a utilização da ocitocina

endovenosa associada à amniotomia enquanto tentativa do manejo ativo do trabalho de parto poderia ou não estar relacionada à porcentagem de cesarianas indicadas por sofrimento fetal agudo.

A monitorização fetal eletrônica tem sido alvo de discussão na literatura, dentre os fatores determinantes pelo incremento das taxas de cesáreas. No estudo, foi identificada a utilização da cardiocografia em mais de 50% da população.

Apesar de, segundo a OMS¹⁴, a monitorização fetal intra-parto apresentar vantagens para o acompanhamento de trabalhos de parto induzidos ou com correção da dinâmica, complicados por líquido amniótico meconial ou por qualquer outro fator de risco, sabe-se que esta, pode também ser contraproducente em trabalhos de parto de baixo risco, tanto por restringir a mulher ao leito, limitando sua movimentação, quanto por apresentar potencial de gerar maior número de intervenções desnecessárias.¹⁶

A análise das indicações mais frequentes para o parto cesárea observadas no estudo, denota consonância com as diretrizes propostas pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Segundo tais instâncias, responsáveis pela prática médica no país, nas seguintes condições a cesárea pode apresentar vantagens sobre o parto normal: apresentação pélvica em primíparas, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, mulheres com mais de uma cesárea prévia (iteratividade), sofrimento fetal agudo e desproporção céfalo-pélvica, entre outras.²

No que se refere à valorização da enfermagem obstétrica, estudos apontam a enfermeira obstétrica como profissional comprometida e qualificada, que resgata o parto normal como evento fisiológico e proporciona dignidade, segurança e autonomia. Desde 1998, o MS vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal. Na legislação profissional de enfermagem, os não médicos que podem realizar o parto normal são a enfermeira e a obstetrix/enfermeira obstétrica.²⁷

O Ministério da Saúde brasileiro vem elaborando dispositivos que também legitimam a atuação desse profissional no âmbito hospitalar e até mesmo fora dele, como a criação dos centros de parto normal. Essas ações visam também incentivar a transformação da assistência obstétrica centrada em práticas intervencionistas dos profissionais de saúde para práticas que estimulem o empoderamento da mulher e a vivência do parto fisiológico.³³

Em relação aos resultados neonatais, observou-se que, em sua maioria, os recém-nascidos apresentaram peso adequado para a idade gestacional. Além disso, os elevados valores de Apgar demonstraram boas condições de vitalidade neonatal, o que destarte, pode estar relacionado à indicação oportuna da via de nascimento.

Vale salientar que a avaliação da vitalidade do recém-nascido pelo índice de Apgar, embora sirva de parâmetro para comparação, é limitada e isoladamente não indica os cuidados necessários após o nascimento ou mesmo o prognóstico dos recém-nascidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que a taxa de cesarianas tenha permanecido acima dos valores estipulados pela OMS na maternidade campo do presente estudo, foi possível a constatação de que as indicações observadas para os partos operatórios permeiam o campo das indicações absolutas preconizadas, e, além disso, mulheres com perfil sócioeconômico menos favorecido, estão sendo contempladas com a acessibilidade à assistência obstétrica considerada mais “densa”, do ponto de vista tecnológico, quando esta se faz necessária para salvar vidas.

Apesar disso, a literatura considera que os índices de cesariana não refletem a qualidade da assistência obstétrica prestada. Muito há que se pensar acerca dos mecanismos institucionais e de organização das redes de saúde para o resgate da cultura voltada ao parto natural. O uso indiscriminado da cesariana se torna um importante problema de saúde pública por apresentar maior custo (maior tempo de internação, maior consumo de medicamentos) e maiores morbidade e mortalidade materna e do recém-nascido.

A multidimensionalidade e a regionalidade da cultura da cesárea no Brasil, indicam que as intervenções devam focar a equipe médica, as mulheres e a organização dos serviços nas maternidades. Nesse sentido, são potencialmente úteis estratégias administrativas e educacionais como feedback das taxas de cesarianas aos obstetras, o que acredita-se ser também uma forte contribuição do trabalho em questão.

O acompanhamento do parto normal requer preparo profissional e consciência de que por si, o não intervencionismo, constitui a melhor atuação em situações de ausência de risco obstétrico. O estudo identificou condutas de manejo ativo de trabalho de parto, as quais, por sua vez, podem

ser interrogadas quanto ao potencial gerador de distócias e sofrimento fetal, contribuindo para as parcelas de cesárea realizadas em razão de tais diagnósticos.

Como desdobramento de tais achados está a ênfase pela valorização da Enfermagem Obstétrica no cenário de atendimento ao parto normal de baixo risco, considerando seu caráter não-intervencionista inerente à sua formação.

Define-se que, de 70 a 80% todas as gestações podem ser consideradas de baixo risco, no início do trabalho de parto, afirma-se ainda que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal.

A discussão sobre os modelos de assistência ao parto e sobre sua excessiva medicalização permeia o processo de trabalho da enfermeira obstétrica, que por sua vez, não consegue no atual modelo de atenção obstétrica centrada no profissional médico, espaço e autonomia para sua atuação profissional, a qual comprovadamente pode atuar no controle das taxas de cesarianas no país. Por sua vez, o processo de organização da assistência obstétrica deve assumir sua parcela de responsabilidade frente ao descontrole dos índices de parto cesárea no país.

A sociedade civil organizada tem importante papel na reivindicação de políticas públicas que de fato permitam a retomada do protagonismo da mulher no seu processo de parturição, devolvendo a ela o direito histórico de escolha e opinião frente à sua condição, destituído pelo saber médico ao longo da evolução da ciência.

Diante dos achados, encontramos subsídios que corroboraram ao embasamento científico, oferecendo oportunidades de reflexão e de intervenção para a prática de enfermagem obstétrica, aproximando-a do ideário consubstanciado nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento.

Podem ser citadas como limitações do estudo o fato de ter sido realizado em um hospital universitário, com características peculiares e com uma clientela com determinado perfil socioeconômico, sendo questionável o grau de generalização para a população geral.

REFERÊNCIAS

1. Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007 Mar; 21(2):98-113.

2. Sass N, Mei Hwang S. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2009 Set; 14(4):7-33.
3. Sakaël TM, Freitas TS, Dörsi E. Fatores associados à taxa de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009 Jun; 43(3):472-80.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun; 367(3):1819-29.
5. Zorzetto R. Escolha errada. *Revista Lancet*. Pesquisa Fapesp 124. [documento da internet] São Paulo (SP) Junho 2006; 40-4 [acesso 2010 Set 26] Disponível em: <http://www.cepia.org.br/doc/mulheres.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2815, de 29 de maio de 1998. Institui importância e necessidade de reduzir o número de cesarianas e o índice de morbimortalidade materna e perinatal. *Diário Oficial* 29/05/98; Seção I.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 466, de 10 de maio de 2000. Institui limites percentuais máximos de cesarianas, em relação ao número total de partos realizados por hospital. Brasília (DF): Ministro de Estado da Saúde; 2000.
8. Ministério da Saúde (BR). Portarias 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. Brasília (DF): MS; 2000.
9. Campana HCR, Pelloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Rev Eletr Enf*. [online] 2007 Abr [acesso 2012 Mar 10]; 9(1):51-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>
10. Goldani AM. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: Galvão L, Diaz J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo (SP): Hucitec; 1999. p. 25-69.
11. Schneck CA. *Intervenções obstétricas no centro de parto normal do hospital geral de Itapeverica da Serra Seconci-OSS [dissertação]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.
12. Fundação Maternidade Sinhá Junqueira. *Relatório técnico da maternidade do complexo Aeroporto*. Ribeirão Preto (SP): Fundação Maternidade Sinhá Junqueira; 2007.
13. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dimensão "atenção à saúde" 2ª fase: taxa de parto cesárea [online]. Brasília (DF): ANS; 2007 [acesso 2010 Set 29]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf
14. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24; 2(8452):436-7.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Comunicação social de 02 de Setembro de 2009 [online] [acesso 2012 Mar 10]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php.
16. Ministério da Saúde (BR). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
17. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores e dados básicos para a saúde 2007 (IDB-2007)* [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [acesso 2010 Set 29]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>
18. Greenhil JP, Friedman EA. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 1976.
19. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. [online]. 2000 Apr [acesso 2012 Abr 16]; 22(3):175-9.
20. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SR. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet*. 1991 Jul; 338(8760):167-9.
21. Ministério da Saúde (BR). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
22. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(10):2067-78.
23. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de orientação: assistência ao parto e tococirurgia*. São Paulo: Ponto; 2002.
24. Neme B. *Intervenções durante o parto*. In: Neme B. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Editora Sarvier; 2000. p 1107-16.
25. Rezende J. *Operação cesariana*. In: Rezende J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p 1217-70.
26. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 687-94.
27. Souto JCS, Cardozo SE, Schwartz IVD, Passos EP. Cesariana e parto vaginal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1998. *J Bras Ginecol*. 1993; 103(8):297-301.
28. Thornton JG, Lilford R J. Active management of labour: current knowledge and research issues. *JM & WH*. 2004 Feb; 24(8):24-31.
29. Riesco MLG, Fonseca RMGS. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):685-98.

30. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2007 Jul 18 [acesso 2010 Set 29];(3):CD000015. Disponível em: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD006167.pdf>
31. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao pré-natal: um guia prático. Saúde materna e neonatal/ Unidade de maternidade segura saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS; 1996.
32. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* [online]. 2005 Out [acesso 2012 Abr 01]; 39(5):761-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102005000500010&lng=pt
33. Porfirio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Rev Eletr Enf.* [online]. 2010 [acesso 20 Ago 2010]. 12:331-6. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>