

Determinantes relacionados ao parto cesáreo em maternidade pública da Região Metropolitana de Belo Horizonte-MG

Determinants related to cesarean section in a public maternity hospital in the metropolitan region of Belo Horizonte-MG

Bruna Rodrigues Moreira¹, Patrícia Lopes Carvalho¹, Juliana Pinheiro Dutra¹, Priscila Barreto Coelho¹, Regina Lunardi Rocha², Ana Luiza Lunardi Rocha³

RESUMO

Introdução: O Brasil possui taxa de cesariana de aproximadamente 50%, enquanto a Organização Mundial de Saúde considera taxas acima de 15% difíceis de serem justificadas do ponto de vista médico. **Objetivo:** Avaliar a prevalência, indicações e determinantes da cesariana em instituição do município de Vespasiano. **Métodos:** Estudo transversal de análise de dados dos prontuários de hospital de Vespasiano, cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, no período de agosto de 2012 a outubro de 2013. **Resultados:** Foram avaliadas 82 parturientes utilizando as variáveis propostas e comparando os dados de mulheres que realizaram parto vaginal com as que realizaram cesariana. A prevalência das cesarianas foi 63,41% e suas principais indicações foram a desproporção céfalo-pélvica (42,31%), iterativa 1 (17,31%) e o pós-datismo (17,31%). A classificação de Robson foi adotada para avaliação da taxa de cesárea, sendo que o grupo 2 (nulíparas, feto único céfálico, termo, com parto induzido ou cesariana sem trabalho de parto) foi o maior contribuinte para essa taxa, correspondendo a 26,83% das cesarianas. Comparativamente ao parto vaginal, os determinantes para a cesariana foram a presença de cesarianas anteriores ($p=0,04$), ausência de trabalho de parto ($p=0,000$) e bolsa amniótica íntegra ($p=0,002$) à admissão. **Conclusão:** A prevalência de cesariana na instituição avaliada foi superior a quatro vezes o recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Significativa proporção de cesarianas poderia ter sido evitada se as recomendações validadas pela literatura fossem aplicadas na condução do parto.

Palavras-chave: Cesárea; Fatores Epidemiológicos; Classificação.

¹ Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - FASEH. Vespasiano, MG - Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina - FM, Departamento de pediatria. Belo Horizonte, MG - Brasil.

³ UFMG/FM, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Ana Luiza Lunardi Rocha
E-mail: ana_lunardi@yahoo.com.br

Recebido em: 27/03/2015.

Approved em: 06/07/2016.

ABSTRACT

Introduction: Brazil has a cesarean rate of approximately 50% while the World Health Organization considers rates above 15% difficult to be justified from a medical standpoint. **Objective:** To evaluate the prevalence, indications and the determinants of cesarean in an institution of Vespasiano city. **Methods:** Cross-sectional study, with medical records analysis, from a Vespasiano's hospital, from August 2012 to October 2013. **Results:** By analyzing 82 medical records, using the proposed variables and comparing them between women who underwent vaginal delivery and those who underwent cesarean section, the prevalence of cesarean was 63.41% and its main indications were cephalopelvic disproportion (42.31%), one previous cesarean (17.31%) and post-term pregnancy (17.31%). Robson classification was used to evaluate the cesarean rate and group 2 (nulliparous, single cephalic fetus, term, with induced labor or cesarean delivery without labor) was the largest contributor to this rate, with 26.83% of cesareans. Comparatively with vaginal delivery, the determinants for cesarean section were the presence of previous cesarian section ($p=0.04$), absence of labor ($p=0.000$) and intact amniotic sac at admission ($p=0.002$). **Conclusion:** The prevalence of cesarean section at the institution evaluated was four times superior than the recommended by the World Health Organization. A significant proportion of cesarean deliveries could be avoided if the recommendations validated by the literature were applied in conducting the delivery.

Keywords: Cesarean Section; Epidemiologic Factors; Classification.

INTRODUÇÃO

O parto consiste no momento de resolução do ciclo grávido-puerperal, constituindo momento definitivo e condicionante do futuro da gestante e do recém-nascido.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como objetivo da assistência ao parto a manutenção de mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos.²

A elevação da taxa de cesarianas é fenômeno observado mundialmente, nos diversos níveis de desenvolvimento e vários fatores contribuem para isso, como a evolução das cirurgias e características do sistema de saúde.³ Modelos de assistência ao parto e a realização de cesárea são debatidos desde a década de 1980. Em 1985 ocorreu a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada ao Parto”, coordenada pela OMS, em que foi apontada a presença de menores taxas de mortalidade perinatal naqueles países que possuíam taxas de cesárea abaixo de 10%. A partir de então, a recomendação da OMS passou a ser, para todos os países, taxas de cesarianas inferiores a 15%, com a consideração de que valores acima disso são difíceis de serem justificadas do ponto de vista médico.^{2,4,5}

O Brasil possui elevado índice de realização de cesarianas: aproximadamente 50%.^{2,6} Em 2010, cerca de 52,3% dos partos no Brasil eram cesáreas; taxa que se elevou, em 2011, para 53,7%, a maior do mundo, o que é grave considerando vários aspectos psicossociais e antropológicos relacionados ao parto. A diferença entre a taxa de cesáreas recomendada pela OMS e a encontrada sugere que determinantes não médicos, como socioeconômicos e demográficos, características do obstetra e da paciente, estejam envolvidos na indicação do parto operatório. Existem vários estudos no Brasil, e em outros países, tentando qualificar e quantificar essa interferência.^{4,5,7}

Este estudo visou avaliar a prevalência de cesarianas e identificar suas principais indicações e seus determinantes em instituição hospitalar de importância local, por ser a única que oferece serviços de baixa e média complexidade em sua área de atuação.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional transversal de análise de banco de dados construído a partir da aplicação de questionário modificado, baseado em questionário validado,

previamente aprovado pela Fundação Vespasianense de Saúde (FVS). A clientela da FVS é predominantemente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (possui 71 leitos, desses, 60 destinados ao SUS), mas também recebe pacientes particulares e conveniados. Os prontuários da Instituição foram numerados e sorteados através do site <http://random-numbergenerator.intemodino.com>, totalizando 82 prontuários, quantidade correspondente ao tamanho da amostra necessária para este projeto. Os prontuários que possuíam algum critério de exclusão (ilegíveis ou aqueles que não informavam a conduta realizada no parto) foram retirados e substituídos por meio de novo sorteio.

O tamanho da amostra de pacientes foi calculado considerando estudo comparativo envolvendo duas proporções. Mais especificamente, a comparação entre proporção de cesáreas realizadas na Fundação Vespasianense de Saúde (p_1) versus proporção preconizada pela OMS (p_2). Duas hipóteses foram avaliadas nesta situação: 1. Hipótese Nula (H_0): A prevalência da realização de parto cesárea da Fundação Vespasianense de Saúde (p_1) é igual à prevalência preconizada pela OMS (p_2); $p_1=p_2$; 2. Hipótese Alternativa (H_1): A prevalência da realização de parto cesárea da Fundação Vespasianense de Saúde (p_1) não é igual à prevalência preconizada pela OMS (p_2); $p_1 \neq p_2$.

Neste trabalho, considerou-se a proporção esperada de cesáreas preconizada pela OMS, de 15% para todos os países.³ Considerando nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e poder de 80% ($\beta=0,20$), seriam necessários 82 pacientes para se detectar diferenças de pelo menos 20% entre o percentual de parto cesáreo preconizado versus o efetivamente realizado na FVS. Diferenças menores poderiam ser detectadas, mas com poder menor.

Os prontuários selecionados eram de mulheres de todas as idades que realizaram partos cesáreos e naturais na FVS de agosto de 2012 até outubro de 2013. Durante todo o estudo foi preservado o anonimato das gestantes e solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), sob o número 477.206. As variáveis contempladas no questionário aplicado incluíam as quantitativas numéricas, como: idade da gestante; tempo de estudo completo; idade gestacional no momento do parto; número de partos prévios, cesarianas e abortos anteriores.

Dentre as variáveis qualitativas, foram analisadas: indicação para o parto cesariano; realização de pré-natal adequado (mínimo de seis consultas, segundo classificação do Programa de Humanização e Nascimento do Ministério da Saúde);⁸ presença do partograma e seu preenchimento de forma adequada ou não; tipo de gestação (feto único ou múltiplo); apresentação fetal (cefálica, pélvica ou outra anômala); e conduta do trabalho de parto (trabalho de parto espontâneo, induzido ou cesariana sem trabalho de parto).

Na variável indicação do parto cesáreo, foi coletada a justificativa descrita no prontuário que levou à realização do parto cirúrgico, para posteriormente avaliar se constituiu em uma indicação precisa de realização de cesárea.

A classificação de partograma como adequado ou não utilizou a seguinte definição: o partograma adequado deve ser iniciado na fase ativa do trabalho de parto (presença de duas a três contrações efetivas a cada dez minutos e pelo

menos três centímetros de dilatação do colo uterino).⁹ Além disso, a linha de alerta do partograma deve ser traçada imediatamente após o primeiro registro e a linha de ação paralelamente à primeira.

O intervalo entre as duas linhas é de quatro horas. O intervalo entre cada toque deve ser de aproximadamente duas horas, devendo sempre ser registrado no partograma.⁹ No momento em que a dilatação cruza ou atinge a linha de alerta foi recomendado acompanhamento mais atencioso da parturiente. Os diferentes tipos de intervenção só deveriam ser realizados quando a linha de ação foi alcançada, não se tratando obrigatoriamente de manejo cirúrgico.

Na qualidade conduta do trabalho de parto foi considerado trabalho de parto espontâneo aquele em que a gestante foi admitida com duas a três contrações efetivas a cada 10 minutos e pelo menos três centímetros de dilatação do colo uterino.⁹ Foi considerado trabalho de parto induzido aquele em que houve estímulo artificial das contrações uterinas coordenadas e efetivas antes do seu início espontâneo, para todas aquelas pacientes com idade gestacional acima de 22 semanas. Gestantes que tiveram a realização da cesariana sem trabalho de parto (duas a três contrações efetivas a cada 10 minutos e pelo menos três centímetros de dilatação do colo uterino) foram classificadas como cesariana sem trabalho de parto.⁹

Para comparação da prevalência da cesariana, foi adotado o sistema de classificação de Robson, sendo considerado o melhor método para avaliar essa taxa entre instituições.^{10,11} Robson¹⁰ divide as gestantes em 10 grupos de acordo com categorias obstétricas relevantes para a definição da via de parto, mutuamente exclusivas e totalmente inclusivas, propondo análise comparativa por meio da construção de tabela.

Para a formação desses grupos, foram utilizados os seguintes critérios obstétricos no momento do parto: tipo de gestação (única ou múltipla, cefálica ou não cefálica); história obstétrica pregressa (nulípara ou múltipara, com ou sem cicatriz uterina); tipo de trabalho de parto e parto (induzido, espontâneo ou cesariana sem trabalho de parto) e idade gestacional.

Os cálculos realizados na construção da tabela foram: tamanho relativo desses grupos (total de puérperas em cada grupo dividido pelo total de puérperas); proporção bruta de cesarianas e proporção de parto cesáreo em cada grupo (número de cesarianas em cada grupo dividido pelo total de puérperas em cada grupo); contribuição de cada grupo para a proporção bruta do parto cesáreo (número de cesarianas em cada grupo dividido pelo total de puérperas).^{10,11} A Tabela 1, a seguir, demonstra os grupos da classificação de Robson.

Para avaliação do banco de dados e a construção dos resultados, foi realizada análise descritiva e comparativa das respostas coletadas. As informações foram apresentadas mediante a construção de tabelas, além do cálculo de medidas como porcentagens. Comparações entre o parto vaginal versus o parto cesáreo, assim como das indicações de cesáreas versus outras variáveis envolvidas, para verificar a adequação de cada indicação segundo recomendações da literatura, foram feitas por meio de testes de hipóteses bilaterais e o teste exato de Fisher, considerando nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), em análise univariada com intervalo de confiança de 95% e obtenção do valor-p calculado.

Tabela 1. Grupos da Classificação de Robson.

Classificação de Robson
1. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana sem trabalho de parto
3. Múltipara (excluindo cesariana prévia), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4. Múltipara (excluindo cesariana prévia), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana sem trabalho de parto
5. Cesariana prévia, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas
6. Todas as nulíparas, apresentação pélvica
7. Todas as múltiparas (incluindo cesarianas prévias), apresentação pélvica
8. Todas as gestações múltiplas (incluindo cesarianas prévias)
9. Todas as apresentações anômalas (incluindo cesarianas prévias)
10. Todas as gestações únicas, cefálicas, ≤ 36 semanas (incluindo cesariana prévia)

RESULTADOS

A amostra foi composta por 82 mulheres, todas de nacionalidade brasileira. Em mais da metade dessas mulheres foi realizada cesariana, 52 casos (63,41%), enquanto 30 (36,59%) realizaram o parto vaginal. A Tabela 2 evidencia as características das parturientes comparando o parto vaginal com o parto cesáreo.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre o parto vaginal *versus* a cesariana nas variáveis: cesarianas anteriores ($p=0,04$), conduta do trabalho de parto ($p=0,000$) e bolsa amniótica ($p=0,002$).

Dentre as faixas etárias apresentadas pelas pacientes que realizaram o parto cesáreo, uma (1,92%), 11 (21,15%), 13 (25%), sete (13,46%), 18 (34,62%) e duas pacientes (3,85%) possuíam idade entre 10 e 15, 16 e 20, 21 e 25, 26 e 30, 31 e 35, 36 e 40 anos, respectivamente. A faixa etária das mulheres que realizaram parto vaginal situou-se em uma (3,33%), quatro (13,33%), nove (30%), sete (23,33%), cinco (16,67%), três (10%) e uma (3,33%) entre 10 e 15, 16 e 20, 21 e 25, 26 e 30, 31 e 35, 36 e 40 e 41 e 45 anos, respectivamente.

Em relação aos anos de estudo completos, 3,85%, 21,15%, 67,31%, 5,77% das gestantes que haviam realizado o parto cesáreo possuíam entre um a três, quatro a sete, oito a 11 anos e mais de 12 anos de estudo, respectivamente, e em um caso não havia informação em seu prontuário.

Dentre as gestantes que realizaram o parto vaginal, 26,67%, 63,33%, 6,67% apresentaram de quatro a sete, oito a 11, e mais de 12 anos de estudo, respectivamente, e uma não possuía informação em seu prontuário.

A Tabela 3 demonstra os grupos de Robson e sua contribuição para a prevalência da cesariana na Instituição, assim como a porcentagem do parto cesáreo em cada um deles.

Entre as profissões declaradas pelas mulheres da amostra, não houve nenhuma que apresentasse maior prevalência, ou seja, cada uma das profissões citadas apareceu no máximo para duas mulheres. De acordo com a condição de emprego ou não, 47 das profissões descritas foram “do lar”.

A maioria das parturientes que foi submetida ao parto cesáreo, perfazendo o total de 65,38%, teve o partograma presente em seu atendimento, todos classificados como inadequados. Dentre as gestantes que realizaram o parto vaginal, 83,33% tiveram o partograma presente em seu atendimento, dos quais 68% deles foram classificados como inadequados e 32% como adequados.

A Tabela 4 lista todas as indicações para a realização do parto cesáreo que foram encontradas nos prontuários avaliados, assim como suas frequências e proporções.

Ao serem avaliados os nove casos de indicação por pós-datismo em relação às idades gestacionais (IG), observou-se que sete deles (77,78%) correspondiam a IG entre 37 a 41 semanas e dois deles (22,22%) referente a IG maior que 41 semanas.

Dos casos de desproporção céfalo-pélvica (DCP), 31,82% não tinham o partograma em seus prontuários e 68,18% o tinham presente, sendo que 100% deles foram preenchidos inadequadamente. Ao serem avaliadas as outras indicações para cesariana, que não o DCP, 63,33% tiveram o partograma presente em seus prontuários, sem relação estatística significativa entre as variáveis DCP e partograma ($p=0,774$). Dentre os casos de pós-datismo, 33,33% não tinham o partograma em seus prontuários e 66,67% o tinham, sendo que 100% deles foram preenchidos inadequadamente. Ao serem avaliadas as outras indicações para cesariana, que não o pós-datismo, 65,12% tiveram o partograma presente em seus prontuários, sem relação estatística significativa entre as variáveis pós-datismo e partograma ($p=1,000$).

DISCUSSÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi introduzido no ano 2000 com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorando o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.¹² Com base neste programa, os hospitais deveriam seguir um protocolo mínimo de ações para o acompanhamento da gestação e assistência ao parto.

Neste estudo, como em outros já realizados, demonstra-se que esse conteúdo mínimo não está sendo executado para a maioria das gestantes, em diversos lugares do país. De fato, a morbimortalidade neonatal sofreu pequena redução e a mortalidade materna permanece estável desde 1996.^{12,13} A Rede Cegonha, outro programa do Governo Federal, foi implementado em 2011 e consiste em estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.¹⁴

Tabela 2. Comparação entre parto vaginal e cesariana em 82 mulheres atendidas na Fundação Vespasiano de Saúde de agosto de 2012 a outubro de 2013.

Variável	Parto Cesáreo N (%)	Parto Vaginal N (%)	p
Faixa Etária			
≤ 35 anos	50 (60,97)	26 (31,70)	0,18
> 35 anos	2 (2,45)	4 (4,88)	
Estado Civil			
Casada/União Estável	23 (44,23)	19 (63,33)	0,21
Solteira	28 (53,85)	11 (36,67)	
Vínculo Empregatício			
Empregada	19 (37,25)	14 (46,67)	0,53
Não Empregada	32 (62,75)	16 (53,33)	
Gestações anteriores			
0	23 (44,23)	6 (20)	0,08
1 – 3	24 (46,15)	22 (73,33)	
≥ 4	5 (9,62)	2 (6,67)	
Cesarianas anteriores			
0	33 (63,46)	28 (93,33)	0,04
≥ 1	18 (34,62)	2 (6,67)	
Abortos anteriores			
0	43 (82,70)	28 (93,33)	0,33
≥ 1	9 (17,30)	2 (6,67)	
Idade Gestacional			
34 a 36 semanas	0 (0)	2 (6,67)	0,17
37 a 41 semanas	50 (96,15)	27 (90)	
Mais de 41 semanas	2 (3,85)	1 (3,33)	
Pré-natal			
Adequado	40 (76,63)	18 (60)	0,08
Inadequado	12 (23,07)	12 (40)	
Indução do parto			
Presente	0 (0)	2 (6,67)	0,08
Ausente	52 (100)	28 (93,33)	
Apresentação			
Cefálica	47 (90,38)	29 (96,67)	0,48
Pélvica	3 (5,78)	1 (3,33)	0,63
Outras anômalas	2 (3,84)	0 (0)	
Feto			
Único	51 (98,08)	30 (100)	
Múltiplo	1 (1,92)	0 (0)	
Conduta do trabalho de parto			
Cesárea sem trabalho de parto	49 (94,23)	0 (0)	0,000
Espontâneo	3 (5,77)	28 (93,33)	
Induzido	0 (0)	2 (6,67)	
Bolsa amniótica			
Integra	29 (55,77)	10 (33,33)	0,002
Rota	7 (13,46)	15 (50)	

Teste estatístico utilizado para obtenção do valor P: Teste de Fisher para duas proporções.

Além disso, percebe-se, na última década, vários movimentos a favor do parto humanizado e menos medicalizado. Do total de prontuários avaliados, em relação ao tipo de parto, a maioria correspondeu a cesáreas (63,41%), o que extrapola a recomendação da OMS, que considera taxas acima de 15% difíceis de serem justificadas do ponto de vista médico. O resultado condiz com o encontrado na literatura que mostra a elevação do nível de tomatocia como fenômeno mundial, nos diversos níveis de desenvolvimento.³

A partir da segunda metade do século 20 ocorreu a medicalização do parto, processo em que o trabalho de parto, as dores do parto e o nascimento deixaram de ser administrados no ambiente familiar e passaram a ser conduzidos em ambiente hospitalar, por médicos. Uma de suas consequências foi o aumento da taxa de cesarianas. As cesarianas, quando bem indicadas, modificam positivamente o prognóstico materno-fetal. Por outro lado, muitas mulheres passaram a optar ou a preferir a cesariana como via de parto. Atualmente, no Brasil, cerca de um quarto dos partos ocorrem em hospitais privados, sendo que em 2006 foi identificada uma proporção de 80,7% de cesarianas no sistema de saúde privado, enquanto no SUS essa proporção foi de 30,1%.⁴

As taxas de cesariana e os determinantes para sua realização variam de acordo com o contexto da gestação, tipo da instituição na qual o parto será realizado, experiências pessoais do médico e outros.¹⁵ Ainda, segundo estudo de 2010, que avaliou os fatores associados à realização de tomatocia em hospitais brasileiros, houve relação da incidência desse tipo de parto com a idade, escolaridade, Índice de Massa Corporal (IMC) e estado civil da gestante, assim como a presença de comorbidades, como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o desejo de realização de laqueadura tubária no mesmo momento cirúrgico, a preservação da genitália externa, a realização de cesárea prévia e o medo de complicações e da dor.^{5,16}

Haddad e Cecatti⁴ relatam a decisão por essa via ao final da gestação, antes do início do trabalho de parto, como o maior preditor de parto abdominal. Dentro desse contexto, a Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) definiu através do Comitê de Aspectos Éticos da Reprodução Humana que a prática de cesariana sem indicação médica formal não é ética.¹⁷

São descritos vários fatores que interferem na incidência de cesarianas, como aspectos socioeconômicos, preocupações ético-legais e até características culturais e psicológicas dos médicos e das pacientes. Neste estudo foi feita análise demográfica que avaliou idade, escolaridade, estado civil, nacionalidade e situação empregatícia das parturientes, possibilitando traçar um perfil da mulher submetida à cesárea e seus determinantes.

Em conformidade com o estudo de Carniel et al.,¹⁸ que demonstrou maior risco de cesariana na faixa etária de 20 a 34 anos, neste trabalho observou-se maior prevalência de partos por via alta nas faixas etárias dos 31 aos 35 anos e dos 21 a 25 anos. Esse dado, porém, pode apenas refletir o índice de gestações mais elevado nessas idades, pois essas faixas também predominaram nas mulheres que tiveram parto vaginal e de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), essa população foi responsável por 72,22% da proporção dos nascidos vivos por idade materna, em 2009.¹⁹ Não houve relação estatística entre a variável idade e a prevalência de cesarianas.

Tabela 3. Frequência e proporção da cesariana em cada um dos grupos de Robson e desses sobre o total da amostra colhida na Fundação Vespasianense de Saúde de agosto de 2012 a outubro de 2013.

Grupos	Número de cesáreas no grupo sobre total de puérperas no grupo	Tamanho relativo dos grupos (%)	Taxa de cesariana em cada grupo (%)	Contribuição de cada grupo para a taxa de cesarianas global (%)
1. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	2/7	7/82 (8,54%)	2/7 (28,57%)	2/82 (2,44%)
2. Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesariana sem trabalho de parto	22/23	23/82 (28,04%)	22/23 (95,65%)	22/82 (26,83%)
3. Múltipara (excluindo cesariana anterior) gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	0/18	18/82 (21,95%)	0/18 (0,00%)	0/82 (0,00%)
4. Múltipara (excluindo cesariana anterior) gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesariana sem trabalho de parto	6/7	7/82 (8,54%)	6/7 (85,71%)	6/82 (7,32%)
5. Com cesariana anterior, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas	16/18	18/82 (21,95%)	16/18 (88,89%)	16/82 (19,51%)
6. Todos os partos pélvicos em nulíparas	1/1	1/82 (1,22%)	1/1 (100,00%)	1/82 (1,22%)
7. Todos os partos pélvicos em múltiparas (incluindo cesariana anterior)	2/3	3/82 (3,66%)	2/3 (66,67%)	2/82 (2,44%)
8. Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana anterior)	1/1	1/82 (1,22%)	1/1 (100,00%)	1/82 (1,22%)
9. Todas as outras apresentações anormais (incluindo cesariana anterior)	2/2	2/82 (2,44%)	2/2 (100,00%)	2/82 (2,44%)
10. Todas as gestações únicas, cefálicas, ≤ 36 semanas (incluindo cesariana anterior)	0/2	2/82 (2,44%)	0/2 (0,00%)	0/82 (0,00%)

Tabela 4. Frequência e proporção das indicações para realização do parto cesáreo da Fundação Vespasianense de Saúde de agosto de 2012 a outubro de 2013.

Indicação para Cesariana	Frequência	%
1 cesariana em parto anterior	9	17,31
≥ 2 cesarianas em partos anteriores	5	9,62
Desproporção céfalo-pélvica	22	42,31
Apresentação de face	1	1,92
Apresentação pélvica	2	3,85
Apresentação transversa	1	1,92
Placenta Prévia Total	1	1,92
Gemelar céfálico	1	1,92
Pós-datismo	9	17,31
Ausência de Justificativa	1	1,92

Em relação ao estado civil, esse estudo não mostrou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de parto vaginal e cesariana, condizente com a literatura. Estudo realizado em 2009 no Maranhão, que comparou determinantes de cesáreas em uma instituição pública e em uma privada, também não constatou diferença significativa em relação ao estado civil e o desfecho de cesariana em nenhuma das instituições.¹⁷

Todos os prontuários analisados foram de brasileiras e a maioria nos dois grupos apresentava entre oito e 11 anos completos de estudo. Além disso, a maioria das gestantes estava desempregada, sendo que dentre as profissões declaradas não houve nenhuma que apresentasse maior prevalência. Vale ressaltar que o pré-natal foi realizado de forma adequada na maior parte das mulheres, não havendo relação estatística entre essas variáveis e a realização de cesarianas.

Ainda comparando os grupos, observa-se que, em ambos, a maior parte das parturientes apresentava entre 37 a 41 semanas de gestação, não havia sofrido aborto e a maior parte delas teve gravidez anteriormente. A maioria não havia se submetido à cesariana anterior, não eram primigestas, e

não houve relação significativa entre ser ou não primigesta e realizar cesariana.

Foi constatado que, apesar do fato de ser primigesta não estar relacionado diretamente com o desfecho cesariana, o elevado número de cesáreas em primigestas é dado importante, uma vez que a indicação da cesárea devido à cesariana em parto anterior é frequentemente usada como justificativa. O efeito da primeira cesárea constitui-se em ciclo vicioso, pois, como observam Pádua *et al.*,¹⁶ existe forte associação entre realizar cesárea em parto anterior e terminar a gestação atual dessa forma. Neste estudo foi validada tal informação, já que a maioria das mulheres com uma cesariana prévia foi submetida a nova cesariana e essa variável foi associada a desfecho positivo para cesariana ($p=0,04$).

Ainda, neste estudo observou-se que houve relação significativa entre a condição de bolsa íntegra e o desfecho cesariana ($p=0,02$). Tal fato pode ser explicado, pois em apenas 10% de todas as gestações ocorre a rotura de membrana amniótica antes do início do trabalho de parto, definida como rotura prematura das membranas. Sendo assim, como a maioria das gestantes que realizaram cesárea não entraram em trabalho de parto, essa associação era esperada.²⁰

Em 2001 foi proposta por Robson uma classificação que agrupa mulheres em 10 grupos de acordo com categorias obstétricas importantes para definir a via de parto, considerando o antecedente obstétrico, feto único ou múltiplo, posição fetal, idade gestacional, trabalho de parto espontâneo, induzido ou cesariana sem trabalho de parto.^{10,11} Essa estratificação das gestantes permite a comparação de prevalência de cesariana entre os grupos.

O grupo que mais contribuiu para a taxa global de cesariana foi o grupo dois, constituído por mulheres nulíparas, reforçando a importância das intervenções para a prevenção de cesáreas em mulheres que nunca tiveram partos ou em múltiparas que nunca realizaram cesarianas anteriores, as mulheres do grupo quatro, que também se destacou em relação à prevalência de cesáreas.⁴ Ainda, em relação à importância de prevenir o efeito da primeira cesárea, o segundo grupo que mais contribuiu foi o cinco, que incluiu mulheres com cesariana anterior.¹⁶

Tal fato mostra que se houver abordagem para reduzir cesáreas nos grupos dois e quatro, a médio e longo prazo poderá ocorrer redução também no grupo cinco.^{4,13} Ainda, quanto à alta prevalência de cesáreas no grupo cinco, pode-se observar que, apesar de todas as evidências quanto à recomendação de se tentar o parto vaginal após uma cesárea em parto anterior, isso ainda é desafio no meio médico.²¹ Esses resultados estão concordantes com aqueles encontrados na literatura: um estudo realizado em 2001 no Reino Unido com 2769 mulheres constatou os grupos dois e cinco como os principais responsáveis pela taxa de cesáreas, bem como um estudo brasileiro de 2014 que analisou 1.664 puérperas de hospitais localizados na região Sudeste.^{10,11}

Em relação às indicações de parto cesáreo encontradas nos prontuários, a maioria dos partos foi por DCP, seguidas por uma cesariana em parto anterior e pós-datismo. Ainda, foram mencionadas as indicações duas ou mais cesarianas em partos anteriores; apresentação de face, pélvica e transversa, placenta prévia total e gemelares cefálicos.

A indicação por DCP foi a predominante no estudo (42,31%), em concordância com resultados encontrados por Villar *et al.*²² Em 68,18% os partogramas foram abertos, porém nenhum foi adequadamente preenchido, de acordo com os critérios do MS já citados na metodologia. O diagnóstico de DCP só é adequado quando realizado após a prova de trabalho de parto, representado graficamente pelo partograma, seja através da parada da dilatação cervical ou através da parada da descida.^{23,24} Isso leva à seguinte reflexão: se os partogramas fossem utilizados em todas as gestantes e preenchidos adequadamente, uma grande quantidade de cesarianas poderia ser evitada.

Um estudo multicêntrico publicado em 1994 pela OMS mostrou que houve redução no número de cesarianas de emergência e das realizadas em gestações de baixo risco, com uso adequado de partogramas com linha de ação de quatro horas, com grau de evidência B (classificação Associação Médica Brasileira - AMB) e qualidade da evidência razoável (classificação da *US Preventive Services Task Force* - USPSTF).^{21,25}

A indicação devido a uma cesariana em parto anterior, por sua vez, é frequente na prática médica, coincidindo com o estudo atual (17,31%), respaldada pelo argumento de que uma cicatriz uterina prévia aumenta o risco de rotura uterina. Em uma metanálise de estudos observacionais, esse risco realmente existe em mulheres com cesarianas prévias que são submetidas a trabalho de parto.²⁶

Entretanto, é contrabalançado pela redução da morbidade materna, de rotura e deiscência uterina e histerectomia, quando o parto vaginal é exitoso, os benefícios do procedimento se sobrepõem aos riscos. Sendo assim, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o Colégio Real de Ginecologistas e Obstetras e a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá orientam a realização do parto vaginal sucedendo uma cesariana, uma vez que houver consentimento da parturiente, após informada a respeito dos benefícios e riscos do procedimento.²⁷⁻²⁹ Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO,²¹ recomenda-se parto vaginal após uma cesariana em parto anterior com grau de evidência B (classificação AMB) e qualidade da evidência boa (classificação da USPSTF).

O pós-datismo foi apontado como indicação em 17,31% dos prontuários; dentre esses, 77,78% não coincidiram com

o conceito que define uma gravidez prolongada como aquelas com mais de 41/42 semanas, variando de acordo com a literatura.^{30,31} Conforme descrito na meta-análise de Sanchez-Ramos *et al.*,³² quando comparada à conduta expectante, a indução rotineira do parto com mais de 41 semanas reduziu o número de cesáreas, sem alterar o desfecho perinatal com nível de evidência A. Nenhuma parturiente teve parto induzido antes da realização da cesariana.

De acordo com a FEBRASGO,²¹ há algumas estratégias que possibilitam a redução das cesarianas, direcionadas aos profissionais da área da Saúde, são elas: indução do parto com 41 semanas; parto vaginal após uma cesariana; amniotomia e ocitocina para acelerar o parto; realização da versão cefálica na apresentação pélvica; utilização do partograma e ausculta fetal intermitente.

Também existem estratégias direcionadas para a instituição, como às propostas por Haddad e Cecatti.⁴ Dentre essas, destacam-se: definição das indicações precisas de cesárea; adoção de protocolos e fluxogramas baseados em evidências como os disponibilizados pelo MS, OMS, federações das especialidades médicas, entre outros e prevenção do efeito da primeira cesárea já discutido nesse artigo.

Como visto, se essas medidas fossem instituídas, uma significativa proporção de partos cesáreos poderia evoluir com parto vaginal. Dentre as indicações encontradas nesse estudo, as três principais representam cesáreas que poderiam ter sido evitadas: os casos de DCP sem partograma adequado, os de pós-datismo que não foram induzidos e os das gestantes que haviam realizado uma cesárea em parto anterior, totalizando 76,92% das cesáreas encontradas. Além dessas, algumas apresentações anômalas poderiam ser corrigidas com a tentativa de realização das versões externas e também aquelas com indicação sem respaldo na literatura.

É importante salientar que, para avaliar a adequação das indicações das cesarianas, as informações foram coletadas dos prontuários. Esse foi um fator limitante, pois, algumas vezes, foram encontrados registros incompletos, incorretos e até divergentes entre profissionais que redigiam o mesmo prontuário.

O presente estudo mostrou uma taxa de cesárea elevada na FVS, sendo que a maior parte das indicações não apresentou respaldo científico, sem evidência de que, nesses casos, a intervenção resultaria em benefícios que justificassem o procedimento. Esse trabalho permitiu traçar um perfil com as características mais frequentes das mulheres que se submeteram à cesariana na FVS, sendo que os fatores determinantes para o desfecho cesariana, comparativamente ao parto vaginal, foram: mulher submetida à cesariana prévia, ausência de trabalho de parto e bolsa íntegra. Uma significativa proporção de partos cesáreos poderia ter sido evitada caso as recomendações validadas pela literatura fossem aplicadas na condução do parto.

REFERÊNCIAS

1. Oliva CMPS. Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer [Internet] [Dissertação de Mestrado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto; 2011. [citado 2013 Set 18]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/52793>
2. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):185-94.

3. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):2009-20.
4. Haddad SEMT, Cecacci JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(5):252-62.
5. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn Tratamento*. 2009;14(4):133-7.
6. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(11):2480-8.
7. Bezerra MGA, Cardoso MVL. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(3):414-21.
8. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.
9. Cunha AA. Partograma: o método gráfico para monitoração clínica do trabalho de parto. *Femina*. 2008;36(6):353-9.
10. Robson MS. Can we reduced the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
11. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme Filha MM, *et al*. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Sup.1):S220-31.
12. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(3):269-79.
13. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1053-64.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, *et al*. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1521-34.
16. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):70-9.
17. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, *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*. 2009;25(7):1587-96.
18. Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(1):34-40.
19. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [citado 2013 Set 15]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/dados/nov_indice.htm#dados
20. Corrêa Júnior MD, Melo VH. Rotura Prematura das Membranas. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2008.
21. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério. São Paulo: FEBRASGO; 2010.
22. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, *et al*; WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
23. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010;38(10):527-37.
24. Dungal G. Preventing prolonged labor by using partograph. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;7(1):1-4.
25. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet*. 1994;343(8910):1399-404.
26. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(3):224-31.
27. ACOG Practice Bulletin #54: vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol*. 2004;104(1):203-12.
28. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline nº 45. London: RCOG; 2007.
29. Martel MJ, MacKinnon CJ; Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Caesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(2):164-88.
30. Spong CY. Defining "term" pregnancy: recommendations from the Defining "Term" Pregnancy Workgroup. *JAMA*. 2013;309(23):2445-6.
31. Miyadahira S, Francisco RPV, Zugaib M. Indução do parto em gestações pós-termo com 41 semanas. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(3):237.
32. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2003;101(6):1312-8.