GABRIEL ALBERTO BRASIL VENTURA

**Viabilidade da redução de cesáreas em Maternidade
Universitária Pública no Município de São Paulo**

Tese apresentada ao Departamento
de Saúde Materno-Infantil da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de doutor.

Orientador: Prof.Dr. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira

SÃO PAULO
1998

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA, por ter aceito a orientação deste trabalho. Que ele encontre aqui a expressão da minha estima e do meu profundo respeito.

Ao Dr. PAULO BASTO DE ALBUQUERQUE, Chefe da Clínica Obstétrica do Hospital Universitário da USP, por sua inestimável colaboração na condução deste trabalho e pela sua caução, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À Dra. MARIA TERESA ZULLINI DA COSTA, responsável pela Unidade Neonatal do Hospital Universitário da USP, pelo carinho e compreensão que sempre soube disponibilizar.

Aos membros do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Aos colegas da Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da USP e em Particular à equipe do Berçário

Aos meus pais.

Às minhas filhas Gabriela e Rachel, pela paciência e compreensão. Minhas desculpas pelas ausências e a falta de disponibilidade. Encontrem aqui a expressão do amor e do carinho que sempre terei por vocês.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	1
1.1Taxas de Cesáreas no Brasil e no mundo	8
2.OBJETIVOS	13
3.METAS	14
4.POPULAÇÃO E MÉTODO	15
4.1 Local, População e Período de estudo	15
4.2 Procedimento Metodológico	16
4.2.1 Coleta de Dados	20
4.3 Variáveis de Controle	21
4.4 Estratégia de Análise	22
4.5 Caracterização da População estudada	24
4.5.1 A Maternidade do HU-USP	24
4.5.2 Dados Sócio-econômicos	25
4.5.3 Viés populacional	26
5.RESULTADOS	29
6.DISSCUSSÃO	49
6.1 O recurso à cesárea	49
6.2 As indicações de cesáreas	52
6.2.1 Cesáreas por Distocia	55
6.2.2 Cesáreas por Sofrimento Fetal Agudo	58
6.2.3 Cesáreas de repetição (ou iterativas)	63
6.2.4 Cesáreas por apresentação anômala	66
6.2.5 Outras indicações de cesáreas	67
6.2.6 Cesáreas sem indicação médica	69
6.3 Níveis de intervenção e estratégias de redução das cesáreas	75
6.3.1 Administrativo e governamental (organizacional)	76
6.3.2 Institucional	81
6.3.3 Individual	97
6.3.3.1 A participação do obstetra	97
6.3.3.2 A participação das obstetrizes	102
7.CONCLUSÕES	105
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	

RESUMO

Com o objetivo de verificar a possibilidade de redução da taxa de cesáreas em maternidade pública universitária da cidade de São Paulo, foi conduzido, durante o ano de 1997, um projeto de auditoria interna, através de uma adequação das indicações de cesáreas a parâmetros estabelecidos em conjunto pela equipe obstétrica e neonatal. Um dos instrumentos utilizados foi exigir maior precisão nos diagnósticos de cada uma das indicações de cesáreas. Após um ano de intervenção, foi possível obter uma queda significativa da taxa de cesáreas de 31,3% para 28,4%, sem criar danos à saúde do recém-nascido nem aumentar a morbidade materna. A redução da taxa de cesáreas foi possível graças à revisão do conceito e dos parâmetros que caracterizavam sofrimento fetal agudo. A queda ocorreu em todas as categorias de origem das pacientes, ordenadas segundo a sua procedência regional, que utilizam os serviços do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Ficou evidenciado que dentro do contingente de cesáreas, uma parte delas era desnecessária, ainda que nem sempre evitável. Este estudo demonstrou que o recurso de intervenção, baseado na avaliação crítica de cada cesárea, dentro de uma dada instituição, é um instrumento válido e suscetível de trazer bons resultados. Iniciativas desta natureza, cuja eficácia já foi demonstrada por outros autores, poderiam ser adotadas em instituições interessadas em conter o avanço e reduzir as taxas de cesáreas no Brasil.

SUMMARY

The author conducted a prospective study at a public university maternity at the city of São Paulo, with the primary goal of verifying the possibility of reduction of the cesarean section rates during the year of 1997. The study consisted of an internal audit project based on adequation of the indications for cesarean section, with the participation of the obstetric and neonatal department. The aim of this audit was to establish a more precise diagnosis for each cesarean section indication and therefore identify possible misdiagnosis that could have contributed to an alarming increase in cesarean section rates. After one year of intervention, it was possible to obtain a significant decrease of the cesarean section rates from a 31,3% level before the study to 28,4% after the institution of the audit, with no increase in neonatal nor maternal morbidity and/or mortality. The results demonstrated that the objectives of the study were achieved mainly by a review of the concept of acute fetal distress. The author observed that the reduction in the cesarean section rates reached all classes of patients that attend the University Hospital of the University of São Paulo. The main conclusion of this study was that the utilization of a intervention strategy based on critical evaluation of each cesarean section indication is a valid instrument. The efficacy of measures like the one adopted in the present study, and that were already tested by other authors, was confirmed. This strategy could be introduced in institutions concerned about the increase in cesarean section rates in Brazil.

1. INTRODUÇÃO

Desde os tempos remotos do século XVI de onde se tem notícia das primeiras cesáreas (TROLLE,1982), realizadas nas parturientes em situação de óbito ou pré-óbito com o intuito de salvar o recém-nascido (RN), até os dias de hoje, a cesárea contribuiu incontestavelmente para a melhoria das condições de nascimento e parto tanto para a mãe como para o concepto. Durante este percurso, diferentes conceitos permearam a sua prática, passando por uma fase de abuso de indicações até as tentativas atuais de contenção do fenômeno.

A partir do início dos anos 80 alguns autores (BOTTOMS e col.,1980; BREART e col., 1985; NOTZON e col., 1987) chamavam a atenção para a inexorável tendência de ascensão das cesáreas nas sociedades ocidentais, o que de fato veio a se confirmar mais tarde (PORRECO & THORP, 1996).

As discussões que se desenvolveram na Europa (BERGSJO e col., 1983; BUEKENS e col., 1986; THIERY e col., 1989) e nos Estados Unidos (BOTTOMS e col., 1980; NOTZON e col., 1994), tentando avaliar as razões das altas taxas de cesáreas e as eventuais formas de contenção do fenômeno, não tiveram uma repercussão na classe médica brasileira, desviando a cesárea da sua natureza técnica e humanística. Enquanto isso, as taxas de cesáreas no Brasil continuaram sua evolução até culminar na atual situação não invejável de recordista mundial de cesáreas (FAUNDES e col., 1985; CLAP, 1989; BARROS e col., 1991; PINTO E SILVA, 1994).

Apesar de ser considerada na literatura médica nacional e internacional como uma verdadeira intervenção cirúrgica, o recurso à cesárea no Brasil tornou-se a forma mais freqüente, em muitas regiões e em certas camadas da população, de resolução do parto (FAUNDES e col., 1985; BARROS e col., 1991). Considerada por muitos profissionais e muitas mulheres como uma forma prática de se dar à luz, a cesárea passou a ser um dos mais importantes problemas que assolam a Saúde Pública no Brasil. Sendo considerada até uma forma de bem de consumo (RATTNER, 1996).

Por envolver conceitos bastante amplos desde assistência médica e de Saúde Pública até direitos humanos e de exercício de cidadania, as cesáreas ganharam ao longo dos anos um espaço considerável na mídia não especializada tanto no Brasil^{*} como no exterior^{**}, particularmente nos últimos 5 anos. Tal evolução resultou em recentes manifestações de indignação e repúdio por parte de uma parcela da sociedade organizada, gerando movimentos de incentivo ao parto normal^{***}.

Ainda que tais avanços, apesar de tímidos, possam ser percebidos pelas camadas mais favorecidas da sociedade, a maior parte da população de mulheres brasileiras ainda permanece ausente do debate.

Embora a literatura médica nacional especializada faça comentários críticos que expressam um certo grau de indignação, inclusive por

^{*} Revista CRESCER ano 3, nº34, p.28-33. 1996; Revista CRESCER ano 5, nº50, p.42-57;

^{**} <http://www.childbirth.org/section/section.html> - <http://pregnancy.miningco.com/library/blsection.htm>

^{***} Jornal do Conselho Federal de Medicina. Cesarianas - Epidemia desnecessária. Ano X, nº84,p.3,1997.

responsáveis universitários, existem raras propostas originais de intervenção que visem uma contenção do fenômeno.

O avanço descontrolado das taxas de cesáreas no Brasil constitui um sério problema de Saúde Pública pela influência negativa que ela pode representar nos parâmetros de morbidade e de mortalidade tanto para a mãe como para o RN.

As responsabilidades pela situação atual das cesáreas no Brasil são compartilhadas, em proporções diversas, entre as autoridades políticas responsáveis pelas diretivas governamentais em Saúde Pública, as instituições de ensino e pesquisa, além da própria mulher que, apesar de ser a principal vítima dentro do processo, tem também uma parte de responsabilidade, como se verá mais adiante.

Os avanços do conhecimento científico, além de aperfeiçoar a técnica cirúrgica, inicialmente bastante rudimentar (REZENDE, 1987), fizeram com que as cesáreas fossem realizadas não mais como um último recurso de salvamento da mãe ou do conceito, quando estes encontravam-se na situação desesperadora de pré-óbito, mas também com o intuito de antecipar uma situação reconhecidamente de risco para um dos dois protagonistas. Assim, foi expandido o conceito de cesárea útil e necessária, seja na intenção de preservar a mãe de uma iminente complicação seja de poder extrair o feto em situação de sofrimento.

Juntamente com o avanço da técnica cirúrgica em si, os achados científicos que explicavam os mecanismos de contaminação microbiana assim

como o desenvolvimento de novas gerações de antibióticos e de produtos anestésicos, contribuíram para o sucesso das cesáreas enquanto que estratégia técnica propriamente dita de salvamento de vidas humanas. Além disso, a melhoria das condições de atendimento ao RN, e em particular aos prematuros dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatais, também fez com que as indicações de cesáreas tivessem uma certa expansão, na medida em que ela permite extrair o feto, mesmo prematuro, e dar a ele maiores chances de sobrevivência.

As justificativas iniciais do aumento da incidência de cesáreas ao longo dos anos 60 e 70 encontravam respaldo no fato de ser considerado um dispositivo que quanto mais freqüente a sua realização, menor seria a incidência de mortalidade materna e perinatal, numa proporção inversamente relacionada, isto é, a melhoria dos parâmetros de mortalidade materna e perinatais estaria diretamente relacionada a uma maior incidência de cesáreas.

Este raciocínio foi alimentado por autores norte-americanos (BOTTOMS e col., 1980) quando demonstravam claramente a queda progressiva na mortalidade perinatal à medida em que a incidência de cesáreas aumentava. A partir de publicações dessa natureza ficou reforçado o conceito de uma vez cesárea sempre cesárea, citado pela primeira vez em 1916 por CRAGIN E.B. (apud HAROWITZ e col., 1981).

Porém, nesta mesma época outras publicações demonstravam não haver relação direta entre prevalência de cesáreas e mortalidade materna ou

perinatal de maneira tão clara e direta como havia sido proposto. Tais constatações foram difundidas por pesquisadores europeus (LEBRUN e col., 1985; BREART e col., 1985) e em particular pela escola de Dublin (O'DRISCOLL & FOLLEY, 1983). Estes autores demonstravam que, ainda que as cesáreas tivessem algum efeito na melhoria dos parâmetros perinatais, tais melhorias poderiam ser obtidas sem recorrer ao aumento de sua incidência, ou que o bem estar materno e neonatal podem ser bem assegurados com taxas extremamente modestas.

Assim, ficou demonstrado que a melhoria da Saúde Perinatal de um país passa basicamente pela qualidade do acompanhamento pré-natal, e pela melhoria de outros tantos fatores tais como a organização do sistema de saúde, a acessibilidade aos serviços, o grau de informação e de educação da população de mulheres além da condição sócio-econômica de seus habitantes (BUEKENS e col., 1993).

Posteriormente outros autores, na América Latina (CLAP, 1989), no Brasil (TANAKA, 1994), e nos Estados Unidos (PORRECO & THORP, 1996), confirmaram e difundiram este importante conceito da não existência de relação direta entre cesáreas e melhorias dos indicadores de saúde perinatal.

Embora este procedimento possa ter sido um importante recurso que tenha salvo vidas humanas no passado, o seu uso indiscriminado e abusivo mostrou-se deletério tanto para a mãe como para o concepto.

Com efeito, é unânime a constatação de que as cesáreas representam um acréscimo no risco relativo de morte materna. Este risco varia de 5 a 35

vezes maior, segundo os diferentes autores pesquisados (FRIGOLETTO e col., 1980; COSTA, 1984 e 1991; FAUNDES e col. 1985; PIERRE & BERGER, 1988; BOUVIER-COLLE e col., 1991 e 1993; SCHUITMAKER e col., 1997). Também foi possível demonstrar que as cesáreas são suscetíveis de agravar a morbidade materna essencialmente pelas complicações hemorrágicas e infecciosas que elas podem gerar, além de serem responsáveis por uma relativa prematuridade iatrogênica e provocar distúrbios respiratórios nos RN (CUNNINGHAM e col., 1993; COSTA, 1985), sobretudo quando elas são realizadas fora do trabalho de parto, o que é geralmente o caso das cesáreas iterativas (HOOK e col., 1997) e naquelas denominadas “a pedido da paciente” e agendadas com data pré-fixada.

Dentre os seus efeitos deletérios, além dos mencionados acima, pode-se citar: a maior incidência futura de placenta prévia, de abortos espontâneos, de ruptura uterina, de complicações obstrutivas intestinais tardias, de acidentes de trombose venosa, de complicações urinárias e de endometriose entre outras.

Em trabalho realizado no Rio de Janeiro, ACOLET e col. (1993) demonstraram que, apesar das altas taxas de cesáreas, a morbidade neurológica neonatal encontrava-se em níveis semelhantes àqueles descritos na Europa nos anos 70, sendo que as asfixias neonatais estavam presentes em 50‰ dos nascimentos a termo, contra 4 a 6‰ nos países europeus. Estes autores confirmaram também que a mortalidade perinatal encontrava-se no patamar de 39,9‰ nascimentos, apesar de uma taxa de cesáreas de 33,8%.

Estes sérios inconvenientes à saúde materna e do RN são ainda agravados pelo fato da mãe ficar separada do seu filho durante a fase inicial do puerpério e de não poder amamentá-lo precocemente.

Em termos de evolução demográfica, as cesáreas limitam a fecundidade futura da mulher, limitando a taxa de natalidade (FAUNDES, 1986), participando assim diretamente no processo de envelhecimento precoce da população.

No Brasil, a parte relativa às ligaduras tubárias, dentro do contingente das cesáreas, é desconhecida por razões óbvias, em se tratando de um procedimento punido pela legislação vigente, quando realizado sem uma análise prévia e sem o aval de uma comissão interna institucional, o que geralmente acontece somente nos hospitais universitários. Em pesquisa realizada em 1989 com 174.900 mulheres laqueadas, citada por PINOTTI (1992), aproximadamente 30% das entrevistadas fizeram a laqueadura entre 25 e 34 anos, sendo que a grande maioria o fez durante uma cesárea. Ainda segundo este mesmo autor, 70% das mulheres estão cobertas por um contraceptivo oral, destas 30% estão esterilizadas. Para BARROS e col. (1991), as ligaduras tubárias foram realizadas em 40% das cesáreas eletivas, e que parece razoável assumir que a esterilização é um dos artifícios para muitas operações, além de existir uma nítida relação entre ligaduras tubárias e condição sócio-econômica. OSIS e col. (1990), em estudo realizado em São Paulo, constataram que, das mulheres entrevistadas, 17,9% na região metropolitana e 25,9% no interior foram laqueadas e que 72,2% foram

esterilizadas por ocasião de uma cesárea, assim, ela é também utilizada como forma de controle da natalidade.

Outro importante fator citado por vários pesquisadores, se refere aos custos adicionais das cesáreas, em particular aos cofres públicos. Com efeito, nos Estados Unidos o custo de cada cesárea é estimado em 3200 dólares, para cada procedimento (LAGREW & MORGAN, 1996), o que seria no mínimo o dobro do custo de um parto normal. Estima-se que se a província do Quebec, no Canadá, reduzisse os quase 19% de cesáreas para os 12% da Finlândia, haveria uma economia de 19 milhões de dólares aos cofres públicos, por ano. Um grupo de pesquisadores norte-americanos estimou que a metade das cesáreas realizadas em 1987 nos Estados Unidos, foram desnecessárias e além de contribuírem para a morte de 500 mulheres por hemorragias, infecções e outras complicações, provocaram um custo adicional estimado em 1 bilhão de dólares*. No Brasil estimava-se, em 1989, (FAUNDES, 1988) que o custo adicional para cada 1% de acréscimo nas taxas de cesáreas, seria de algo em torno de 4 milhões de dólares.

1.1. TAXAS DE CESÁREAS NO BRASIL E NO MUNDO

A falta de dados estatísticos confiáveis para o Brasil, não autoriza a tecer comentários de forma mais abrangente. Porém, alguns dados são demonstrativos da grave situação em que o país se encontra.

* <http://www.parenthoodweb.com/library/csecfact.htm>

As maternidades privadas ou conveniadas com planos de saúde privados dos grandes centros da região Sudeste tem taxas que afloram os 90%. Alguns hospitais públicos ostentam taxas em torno de 60%. A maioria dos hospitais públicos universitários da região Sudeste registram taxas de 30 a 60%. Estes índices encontram justificativa no fato destes hospitais serem centros que recrutam pacientes de alto risco.

Um importante trabalho produzido por pesquisadores da UNICAMP (FAUNDES e col., 1988) revelou que:

- os Estados mais ricos das regiões Sul e Sudeste têm maior incidência de cesáreas, provavelmente pelo fato de os Estados do Norte e Nordeste terem uma demografia médica menor, menor renda per capita, uma maior concentração populacional rural (e portanto, com menos acesso aos serviços de saúde) e pacientes “menos exigentes”.

- a taxa de cesáreas é tanto maior quanto maior a renda familiar. Isto se nota em particular nos Estados do Sul e Sudeste como São Paulo e mais ainda no interior de São Paulo, onde existe uma maior concentração de renda.

- as taxas tem evoluído de forma ascendente, com uma aceleração nos últimos 10 anos.

Segundo o Anuário Estatístico de 1996 da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados) do Estado de São Paulo, as taxas de cesáreas realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS/SP) são de 41% na média do Estado e 38% na Cidade de São Paulo. As menores taxas são encontradas na

região de Registro com 23% e as maiores em Guaratinguetá com mais de 72% e Catanduva com 85%. LOFFREDO & SIMÕES (1990) registravam taxa média de 76% de cesáreas nos hospitais de Araraquara em 1986, sendo que as parturientes com assistência médica gratuita tinham taxa de 44%, enquanto que as de assistência particular tinham uma cesárea em 92,4% dos casos. RATTNER (1996) constatou, em estudo transversal, uma grande variabilidade das taxas de cesáreas no Estado de São Paulo, variando de 0 a 100% nos hospitais, com média de 56% nos privados e 39% nos universitários.

Apesar de não se dispor de dados nacionais, os dados citados acima confirmam que as maiores taxas são realizadas nas regiões mais ricas, mais produtivas e nas camadas da população com maior poder aquisitivo. Fato este confirmado pelas taxas de 90% nas grandes maternidades privadas da Cidade de São Paulo.

Os autores norte-americanos que analisam as tendências evolutivas das taxas de cesáreas avaliam que, nos Estados Unidos a taxa de cesáreas em 1970 era de 5,8% e de 24,7% em 1988. As taxas dos últimos 5 anos vem se estabilizando em torno de 23% (PORRECO & THORP, 1996), sendo mais freqüentes em pacientes de classe econômica menos favorecida, e na população de imigrantes (GOULD e col., 1989).

As quatro principais indicações que justificam uma cesárea nos Estados Unidos são: distocia, sofrimento fetal, cesáreas anteriores e apresentação pélvica.

A parte relativa às cesáreas realizadas em gestantes que anteriormente foram submetidas a tal procedimento, vem regredindo progressivamente graças a um forte incentivo ao parto normal após um ou dois antecedentes de parto cirúrgico. Vários autores tem publicado resultados do sucesso de partos pelas vias naturais após cesáreas anteriores (FLAMM e col., 1994; MILLER e col., 1994). A parte relativa a primeiras cesáreas, é ainda o principal componente no conjunto de procedimentos (PORRECO & THORP, 1996).

Os serviços de saúde pública americanos fixaram para o ano 2001 o objetivo de não ultrapassar a marca dos 15% nas taxas de cesáreas. Segundo alguns autores esta média otimista não será atingida (ELLIOTT e col., 1997).

A Organização Mundial da Saúde considera que uma taxa de cesáreas abaixo de 20% seria razoável (WHO, 1996).

Uma organização de pacientes no Estado do Arizona (Estados Unidos) lançou um ultimato, onde fica estipulado que o obstetra que ultrapassar a taxa de 17% não poderá prestar atendimento aos pacientes desta associação. O serviço de saúde norte-americano publicou uma brochura onde as mulheres são encorajadas a questionar os obstetras a respeito das suas taxas de cesáreas e a decidir em função das suas convicções (ELLIOTT e col., 1997).

Na atual situação de verdadeira epidemia de cesáreas no Brasil, algumas alternativas de contenção do fenômeno vem sendo propostas nas mais variadas reuniões, seminários e congressos, onde este assunto é abordado. Nestes encontros existe uma quase unanimidade em apontar o médico obstetra como principal responsável pela progressão das cesáreas.

Com o intuito de avaliar a possibilidade de reduzir a taxa de cesáreas, através do recurso a uma auditoria interna das indicações de cesáreas pelos próprios obstetras, o presente estudo foi elaborado e proposto à Clínica Obstétrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Com efeito, se a responsabilidade destes profissionais é incontestável, pareceu importante demonstrar que iniciativas originais poderiam ser propostas e conduzidas pelos próprios obstetras, na tentativa de avaliar em que medida é possível se conseguir uma redução deste procedimento.

Conscientes da complexidade da questão e das dificuldades na realização de estudos de intervenção, o autor se propôs neste trabalho de tese de doutoramento, a dar início a um projeto de redução a longo prazo das taxas de cesáreas. Para este fim, se procurou criar um ambiente amigável de discussão e de colaboração obstétrico-pediátrica buscando, sempre que possível, dar maior precisão na definição dos termos utilizados no dia a dia, acreditando que assim se poderia eliminar as cesáreas evitáveis ou desnecessárias, assegurando-se, no entanto, que a iniciativa não infligisse à parturiente ou ao RN riscos desnecessários.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a possibilidade de redução da taxa de cesáreas em maternidade pública universitária.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1 - Buscar uma maior precisão nas definições para a indicação de cesáreas pela equipe obstétrica.

2.2.2 - Propor uma estratégia de intervenção objetivando promover a redução das cesáreas consideradas desnecessárias.

2.2.3 - Assegurar-se de que os critérios e métodos estabelecidos não provoquem agravos à saúde da parturiente e/ou do recém-nascido.

2.2.4 - Estabelecer uma rotina de coleta informatizada de dados maternos e perinatais sequenciais e instituir uma avaliação periódica dos mesmos.

2.2.5 - Promover uma maior integração obstétrico-pediátrica.

3. METAS

3.1 Dar subsídio estratégico às instituições de ensino, às maternidades e às autoridades sanitárias que tenham interesse em promover alternativas de contenção das taxas de cesáreas.

3.2 Dar continuidade ao projeto de estudo na forma de um programa de longo prazo de contenção de cesáreas dentro da maternidade do HU-USP que deva se manter, uma vez terminada a fase inicial de intervenção.

4. POPULAÇÃO E MÉTODO

4.1. Local, População e Período de estudo

O estudo foi realizado no período de Janeiro a Dezembro de 1997, junto à Clínica Obstétrica e ao Departamento de Clínica Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), situado no Campus da Cidade Universitária da USP no bairro do Butantã, Zona Oeste da Cidade de São Paulo.

Foram incluídas no estudo todas as gestantes que, no ano de 1997, se apresentaram no Pronto Atendimento (PA) obstétrico do HU-USP, ou que já estavam internadas nos leitos da maternidade, e para as quais um dos assistentes da Clínica Obstétrica indicou a necessidade de recurso à cesárea. O projeto de estudo foi aceito pela Comissão de Ensino e Pesquisa do HU-USP e pela Comissão de Ética, em Outubro de 1996.

Foram avaliados no total do período 5125 partos, sendo 2884 em 1996 e 2241 em 1997. As cesáreas totalizaram 904 em 1996 e 636 em 1997, num total de 1540 cesáreas avaliadas. Nenhuma paciente foi excluída.

O estudo incluiu uma fase de coleta de dados retrospectiva referente ao período de Janeiro a Dezembro de 1996, e uma fase de intervenção propriamente dita, de Janeiro a Dezembro de 1997.

4.2. Procedimento Metodológico

O método utilizado no presente estudo consistiu em instituir, durante o ano de 1997, uma sistemática de análise detalhada das indicações de cesáreas, na forma de uma auditoria interna, objetivando avaliar em que medida era possível reduzir as cesáreas numa maternidade universitária.

Em se tratando de um processo que requer uma análise prévia da situação, antes que uma iniciativa seja proposta, foi feito um estudo retrospectivo das indicações de cesáreas de Janeiro a Dezembro de 1996. Os dados deste estudo retrospectivo foram confrontados com os resultados obtidos após o período de intervenção propriamente dito, ao longo do ano de 1997.

Tanto para o estudo retrospectivo, como durante o período de intervenção, as cesáreas foram codificadas segundo um critério interno, adotado pela Clínica Obstétrica do HU-USP e utilizado há alguns anos, com o qual a equipe está familiarizada, onde as indicações de cesárea são codificadas por três letras (Anexo I).

Após a coleta dos dados retrospectivos e a elaboração da estratégia a ser proposta, a etapa seguinte consistiu em informar aos membros da equipe médica e de enfermagem da intenção de se realizar o estudo, que contou com o aval do chefe da Clínica Obstétrica e da Superintendência do HU-USP. Foram apresentados os objetivos, as metas e a metodologia a ser adotada durante a fase de intervenção. Em seguida foram escolhidos, dentre os

próprios membros da equipe, os auditores responsáveis pela condução das discussões, sob a coordenação e supervisão do chefe da disciplina. A necessidade de mais de um auditor deveu-se às peculiaridades de funcionamento do serviço, com equipes matutinas e vespertinas.

A metodologia utilizada para se atingir o objetivo fixado foi a escolha de uma estratégia de intervenção baseada num processo de auditoria interna. Esta auditoria deveria ser realizada assim que a cesárea fosse indicada, na forma de uma discussão entre um dos auditores e o assistente responsável pelo caso. Além desta discussão inicial, também foi proposto que houvesse, a posteriori, uma discussão de todos os casos, inclusive aqueles onde foi possível evitar a cesárea, com todos os membros da equipe, na presença do chefe da disciplina. Além da auditoria e das avaliações conjuntas, foi proposta uma revisão bibliográfica sobre os assuntos que justificavam mais freqüentemente uma cesárea, com reuniões semanais e apresentação seqüencial dos resultados. Os médicos foram encorajados a especificar com maior precisão as indicações e a debater com outros colegas, com o chefe da disciplina e com um membro da equipe neonatal, sempre que existissem situações duvidosas.

Na eventualidade de haver um conflito de opiniões entre o auditor e o responsável pelo caso, optar-se-ia por fazer a cesárea, de maneira a não provocar eventuais danos à saúde da gestante e/ou ao concepto (atribuíveis à indicação que justificava a cesárea).

Considerou-se apenas uma indicação. Nos casos onde houvessem razões associativas ou complementares que justificassem a cesárea, foi proposto que se considerasse como indicação única, a principal.

Foi ainda solicitado ao auditor que, ao final de cada discussão de caso, preenchesse um questionário para cada paciente que devesse ser submetida a uma cesárea. O objetivo complementar deste questionário era de tentar avaliar a evitabilidade da cesárea, na opinião do obstetra responsável pela decisão naquele momento (Anexo II)*.

Durante o período de intervenção, a equipe de médicos assistentes permaneceu praticamente inalterada na sua composição.

Utilizando-se os conceitos admitidos pela literatura especializada internacional quanto à terminologia adotada para cada indicação, procurou-se identificar quais cesáreas poderiam ser consideradas desnecessárias, isto é, aquelas que não encontravam justificativa médica para a sua realização, uma vez avaliadas as condições maternas e fetais.

Na aplicação do protocolo de estudo, não foram estipuladas regras ou normas rígidas quanto às condutas a serem adotadas em situações específicas, nem foram fixadas metas quantitativas a serem atingidas ao final de um ano de intervenção. Foi proposto que as discussões envolvessem todas as cesáreas, sem exceção, mesmo aquelas para as quais existe, na literatura, um consenso quanto à indicação imperativa.

* Considerando que apenas uma pequena porcentagem destes questionários foi preenchida, os dados contidos neles não foram computados nos resultados do estudo.

Embora a estratégia não especificasse em que situações deveriam ocorrer as discussões e, considerando os dados do estudo retrospectivo, referente ao ano de 1996, onde se pôde notar uma forte predominância de cesáreas realizadas por Sofrimento Fetal Agudo (SFA), houve uma recomendação para que fossem analisadas com prioridade, e de forma mais detalhada, as cesáreas indicadas por SFA. Comparando os dados do estudo retrospectivo com aqueles disponíveis na literatura internacional, constatou-se que estaria havendo um excesso de cesáreas por esta indicação e foi aventada a hipótese de que parte delas poderia ser evitada.

O fato de ter sido encontrada uma nítida predominância de cesáreas por SFA, sugeriu que poderia estar havendo um possível viés representado pela população de gestantes usuárias do HU-USP, na medida em que uma parte das parturientes poderia estar se apresentando no Pronto Atendimento (PA) obstétrico com um feto em SFA, a ponto de justificar uma cesárea, em proporções bem acima daquelas mencionadas por outros serviços. Uma outra explicação para o fato, foi a possibilidade de estar havendo um uso inadequado da terminologia, ou uma imprecisão no critério adotado para a classificação do estado de saúde do feto, o que poderia sugerir que dentro do contingente de cesáreas por SFA, existiria uma proporção de casos que de fato não apresentavam este problema no momento da indicação, caracterizando assim uma indicação de cesárea desnecessária ou, no mínimo, inadequada.

Neste sentido, foi sugerido à equipe que procurasse rever os critérios

adotados para o diagnóstico de SFA, visto que este baseava-se sobretudo na presença de líquido amniótico meconial à amnioscopia, qualquer que fosse o seu aspecto e espessura, sem proceder a uma análise rigorosa da monitoragem eletrônica fetal. Com efeito, este último ainda é o principal critério para o diagnóstico de SFA e o fator que norteia o recurso a outras técnicas que venham confirmar ou negar esta suspeita.

4.2.1. Coleta de Dados

Utilizou-se a base de dados sobre informações disponíveis no HU-USP, tanto para a pesquisa retrospectiva, quanto para o período de intervenção. Foram monitoradas mensalmente as cesáreas para cada indicação, utilizando os códigos já mencionados, resultando numa listagem mensal para cada indicação, juntamente com a monitoragem do Escore de Apgar aos 1º e 5º minutos, além da categoria de origem da paciente, e da monitoragem das complicações maternas ("CID" 9ª revisão). Os mesmos critérios foram utilizados para os partos normais ou com o uso de fórcepe.

Quanto às complicações maternas, estas foram classificadas em três categorias: mecânicas, hemorrágicas e infecciosas. Foram utilizados os códigos da CID (9ª revisão) para a busca informatizada. Os diagnósticos de complicações obstétricas foram estabelecidos pela equipe de assistentes, no momento da alta da paciente.

Foram considerados complicações mecânicas os seguintes diagnósticos: Trauma de órgãos pélvicos; Deiscência de incisão de períneo; Deiscência de incisão de cesárea; Laceração do colo do útero e/ou da vagina; Rotura perineal de 1º, 2º e 3º grau; Rotura uterina antes ou durante o trabalho de parto. As complicações hemorrágicas analisadas foram as seguintes: Trombose venosa profunda ante e pós-parto; Deficiência de coagulação no pós-parto; Hematoma pélvico, da vulva e/ou do períneo; Hemorragia anteparto e coagulopatia; Hemorragia do 3º período; Retenção placentária com e sem hemorragia. Quanto às complicações infecciosas, foram considerados os seguintes diagnósticos: Endometrite; Infecção da cavidade amniótica; Abscesso de parede; Febre a esclarecer no pós-parto; Fisometria; Infecção da episiotomia; Infecção da incisão de cesárea; Infecção do trato genito-urinário no puerpério.

O estudo seria interrompido caso a monitoragem mensal dos parâmetros de morbidade materna (aumento da incidência de complicações mecânicas, hemorrágicas ou infecciosas) e neonatal (aumento da incidência de anoxia neonatal grave, definida como Apgar do 5ºmin $\leq$ 5) indicasse um aumento significativo ($>5\%$) em relação ao mês anterior.

4.3. Variáveis de Controle

As variáveis de controle utilizadas durante o estudo foram as seguintes: parto normal e com o uso de fórceps; categoria de origem da paciente

(cf. QUADRO I p.28); mortalidade perinatal; morbidade materna (complicações infecciosas e hemorrágicas) e vitalidade neonatal, avaliada pelo escore de Apgar no 1º e 5º minutos.

Considerando a falta de informações disponíveis na base de dados do HU-USP, não foi possível obter dados referentes à paridade, idade materna, idade gestacional e peso do RN, relacionados com o tipo de parto.

4.4. Estratégia de Análise

As comparações foram todas realizadas utilizando-se o teste do X^2 e eventualmente a correção de Yates para pequenos números (SCHWARTZ, 1981; ROUMEAU-ROUQUETTE, 1981). O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$) isto é, o resultado encontrado seria considerado estatisticamente significativo se a taxa de cesáreas global e para uma dada indicação tivesse uma modificação (aumento ou redução) igual ou superior a 5% no decorrer do período de intervenção.

Foram comparadas as taxas de cesáreas antes e ao longo da intervenção, assim como as indicações específicas, agrupadas em 5 categorias: Sofrimento fetal agudo, Distocia, Cesáreas anteriores, Apresentação pélvica e Outras indicações. A categoria distocia compreende as seguintes indicações: Distocia funcional; Desproporção cefalo-pélvica; Vício pélvico; Falha de indução; Fórcepe malogrado e Macrossomia fetal. A categoria Cesáreas anteriores compreende as gestantes que tiveram de 1 a 4 cesáreas

anteriores. Quanto às outras indicações, elas correspondem às cesáreas por: Descolamento prematuro da placenta; Oligoâmnio; Amniorrexe prematura; Gemelaridade; Hipertensão arterial materna; Iminência de eclâmpsia; Placenta prévia; Pós-datismo e Prolapso do cordão umbilical.

As cesáreas foram analisadas em função da origem das pacientes, agrupadas em 4 categorias, de maneira global e para cada indicação específica, assim como a morbidade materna, classificada em complicações de natureza mecânica, hemorrágica ou infecciosa, segundo o tipo de parto, normal ou cesárea .

Quanto à vitalidade neonatal, foram avaliados os escores de Apgar no 1º minuto (≤ 5 e ≥ 6) e no 5º minuto (≤ 6 e ≥ 7) para todos os tipos de parto. O escore ≥ 7 no 5º minuto foi utilizado de maneira a tornar mais sensível o valor do escore, isto é, de ter uma maior exigência em relação ao estado geral do recém-nascido (RN), tanto no parto normal como nas cesáreas. Critério utilizado também por ELLIOTT e col. (1997), além de outros pesquisadores (GOYERT e col., 1989; SANCHES-RAMOS e col., 1990).

Os escores de Apgar dos RN oriundos das cesáreas realizadas por SFA foram comparados com os escores de Apgar encontrados nas principais indicações, e em particular naquelas onde o resultado deste escore era esperado que fosse normalmente bom ou ruim. Assim, foram feitas comparações entre os escores de Apgar aos 5 minutos superior a 7 para as seguintes indicações de cesárea: SFA e 2 cesáreas anteriores; SFA e Descolamento Prematuro de Placenta; SFA e Parto Normal. A indicação de

SFA foi escolhida por se tratar da principal indicação de cesáreas encontrada no estudo retrospectivo e na qual a estratégia de discussão caso a caso deveria prioritariamente se concentrar.

4.5 Caracterização da população estudada

4.5.1 A Maternidade do HU-USP

Em se tratando de um hospital regionalizado, o HU-USP atende exclusivamente a população que reside na região do ERSA-2 (bairro do Butantã e imediações), assim como os funcionários, docentes e alunos da USP, além de seus dependentes.

A Maternidade do HU-USP é uma unidade de referência de gestantes normais ou de baixo risco atendidas nos postos de saúde da Região, sendo os casos de alto risco encaminhados à Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A Maternidade dispõe de 53 leitos. O serviço conta com uma equipe de 32 médicos assistentes dos quais 3 estão disponíveis durante cada plantão. Uma das particularidades do HU-USP é a alta incidência de fórceps (>18%), justificada, pelos responsáveis, pelo fato do HU ser um Hospital-Escola que recebe internos e residentes da FMUSP e desta maneira as indicações são mais alargadas para promover o ensino.

O HU-USP conta com uma Unidade Neonatal junto ao Departamento de

Clínica Pediátrica, com capacidade instalada de 32 leitos no berçário de patológicos e 5 leitos na UTI Neonatal. A equipe de Neonatologia é composta de 10 assistentes distribuídos entre os vários setores. A média de atendimento da Unidade de Neonatologia é de 2900 recém-nascidos (1996). Os índices de Mortalidade da Unidade são os seguintes: Natimortalidade 13‰ nascimentos, Mortalidade Neonatal Precoce 10‰ nascidos vivos, Mortalidade Neonatal Tardia 1,5‰ nascidos vivos e Mortalidade Perinatal 22‰ nascimentos. A distribuição segundo o peso é de: 1,4% < 1500g, 10% < 2500g e 17% de RN Pequenos para a Idade Gestacional (PIG). A incidência de partos prematuros é em média de 10 a 12%, e de 2% de pós-datismo.

4.5.2 Dados Sócio-econômicos

A população USP (alunos, docentes, funcionários da Universidade de São Paulo e seus dependentes) é estimada em 25000 pessoas para o Campus de São Paulo (recentemente foram incluídos os funcionários e dependentes dos Campi do interior do Estado de São Paulo). Não há informações disponíveis quanto à porcentagem desses funcionários que realmente utiliza os serviços do HU-USP.

Segundo dados fornecidos pelo IBGE, no último Censo de 1991, a população na região do ERSA-2 (Distrito de Saúde do Butantã), suscetível de utilizar os serviços do HU-USP, é composta de 373.010 habitantes, sendo 181.069 homens e 191.941 mulheres, das quais 109.078 situam-se em idade

fértil (de 15 a 49 anos). O nível de alfabetização da população é de 89%, a renda média do chefe de família é de 8,6 salários mínimos. Existem na região cerca de 94.000 domicílios com 3,8 moradores por domicílio. Quanto às instalações sanitárias, 89% dos domicílios estão ligados à rede geral com 98% de canalização interna; praticamente 100% tem coleta de lixo direta ou indireta. Segundo dados do Serviço Social do HU-USP houve um acréscimo populacional em pequena proporção, porém com uma degradação das condições sanitárias e de habitação, com o surgimento, nesta região, de novas favelas.

4.5.3 Viés populacional

Em se tratando de um hospital regionalizado, o HU-USP a priori somente aceita internar nos seus leitos pacientes da comunidade USP e seus dependentes, assim como aqueles provenientes da comunidade Butantã situada nas imediações do hospital, sendo encaminhados os pacientes considerados fora da comunidade para outras estruturas hospitalares, na medida em que esta transferência é possível, isto é, na medida em que não se trate de uma urgência. Porém, na tentativa de burlar o princípio da regionalização, um número importante de pacientes se apresenta no Pronto Atendimento (PA) do HU-USP em situações nas quais uma transferência não é mais possível. Este é o caso em particular das gestantes de fora da comunidade, que se apresentam na maternidade em fase de trabalho avançado, ou em período expulsivo, o que inviabiliza a sua transferência para outras maternidades.

Com efeito, quando foi implantado o PAS (Plano de Assistência à Saúde), da Prefeitura Municipal de São Paulo na região, em Julho de 1996, houve uma migração das gestantes que até então freqüentavam o HU-USP para uma outra maternidade situada na mesma região, porém pertencente ao PAS (Maternidade Jardim Sarah). Como houve na época um grande esforço de melhoria das condições técnicas das estruturas do PAS, num contexto político de momento, houve um grande interesse da população em utilizar os seus serviços, na medida em que as suas instalações estavam mais próximas dos locais de residência, o que associaria mais conforto para a população e melhorias técnicas.

Antes do advento do PAS estes fatos eram corriqueiros. Tão logo o sistema foi implantado, foi possível perceber a sua repercussão na seleção da população, com uma queda nas internações em todas as especialidades, e não somente na maternidade, conforme relatório de atividades do HU-USP para 1997.

Sendo assim, para efeito de estudos epidemiológicos, pareceu importante avaliar em que medida as mudanças ocorridas nas incidências das diferentes patologias encontradas no HU-USP durante este período, não são imputáveis a uma mudança no tipo de população que se utiliza dos seus serviços. É com este intuito que foi proposto analisar as incidências dos partos normais e das cesáreas, em função de cada categoria de pacientes.

Na tentativa de explicar as eventuais mudanças observadas nas taxas de cesáreas em 1997, de maneira a eliminar um eventual viés representado por mudanças que possam ter ocorrido na seleção espontânea da população atendida no HU-USP, as pacientes foram organizadas em 4 categorias, em função da sua origem ou procedência (QUADRO I).

QUADRO I - Categorias de origem das pacientes usuárias da Maternidade do HU-USP

Categoria 1 - Funcionários USP e seus dependentes

Categoria 2 - Alunos, docentes USP e seus dependentes

Categoria 3 - Pacientes da comunidade Butantã

Categoria 4 - Pacientes de fora da comunidade (nem USP, nem Butantã).

Finalmente, vale mencionar que as referências bibliográficas foram listadas e citadas de acordo com as normas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, bem como a forma de apresentação das tabelas.

5. RESULTADOS

Foram avaliados no total do período 5125 partos, sendo 2884 em 1996 e 2241 em 1997. Foram contabilizadas 904 cesáreas em 1996 e 636 em 1997, num total de 1540 cesáreas avaliadas. A taxa de cesáreas em 1996 foi de 31,3%, sendo que em 1997 houve uma redução significativa para 28,4% ($p<0,05$) (TABELA 1).

Tabela 1 - Distribuição do nº e % de partos segundo tipo. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996 e 1997

TIPO de Parto	1996		1997	
	nº	%	nº	%
CESÁREA	904	31,3	636	28,4
NORMAL	1980	68,7	1605	71,6
TOTAL	2884	100,0	2241	100,0

($p<0,05$)

Os partos normais totalizaram 1434 em 1996 e 1169 em 1997, tendo uma porcentagem relativa de 49,7% e 52,2% respectivamente, diferença não significativa. Os partos com o auxílio de fórceps contabilizaram 546 em 1996 e 436 em 1997, o que representa uma incidência de 18,9% e 19,4% respectivamente, diferença não significativa. Para efeito de cálculo, os partos com o auxílio de fórceps foram incluídos nas estatísticas de parto normal.

Os dados relativos às indicações de cesáreas para o ano de 1996 estão apresentados na TABELA 2, onde estão relacionadas todas as cesáreas (números absolutos) para cada indicação, e na TABELA 3 as porcentagens relativas para cada indicação.

Os resultados referentes ao ano de 1997, período de intervenção, estão expostos nas TABELAS 4 e 5, onde aparecem os números absolutos e as porcentagens relativas a cada uma das indicações respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição do nº de partos segundo mês de ocorrência, tipo de parto e indicação de cesárea.
Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996

INDICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SFA	43	36	28	31	35	29	22	26	19	23	17	18	327
Distocia Funcional	13	15	11	15	14	6	9	9	8	7	10	14	131
2 cesáreas ant.	7	5	9	5	13	9	11	5	11	4	4	5	88
Pélvico	12	9	4	3	5	13	5	2	4	2	7	8	74
Desp. Cef-Pélvica	3	3	1	6	1	6	4	2	5	4	1	3	39
1 Cesárea ant.	5	7	3	2	2	4	1	3	3	4	2	4	40
3 Cesáreas ant.	4	7	---	2	2	2	3	4	---	2	2	2	30
DPP	1	3	3	3	3	1	2	1	6	1	2	1	27
Vício Pélvico	---	4	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	17
Falha de Indução	---	---	1	1	1	---	4	1	7	---	1	1	17
Oligoâmnio	---	---	---	1	---	1	2	2	2	---	2	2	12
Gemelaridade	1	1	1	1	2	1	---	---	1	1	2	1	12
4 Cesáreas ant.	1	2	1	1	---	2	---	---	1	1	---	---	9
Macrossomia	3	2	1	---	1	---	1	1	1	1	---	---	11
Eclâmpsia	---	3	3	2	1	---	1	---	1	---	---	1	12
Fórcepe malogrado	1	2	---	1	1	---	---	---	1	1	---	---	7
HTA	---	1	---	3	---	2	---	---	1	---	---	1	8
Pós-datismo	1	1	1	---	---	---	---	1	---	1	---	1	6
Placenta prévia	---	---	2	1	1	1	1	---	1	---	---	---	7
Prolapso cordão	1	---	---	2	1	1	1	---	---	---	---	---	6
Outros	3	5	2	6	1	4	---	---	1	---	1	1	24
TOTAL Cesáreas	99	106	73	87	87	83	68	58	74	53	52	64	904
<i>Parto Normal</i>	156	143	154	130	156	123	114	92	76	91	95	104	1434
<i>Parto Fórcepe</i>	55	36	61	48	56	39	42	39	49	56	42	23	546
TOTAL GERAL	310	285	288	265	299	245	224	189	199	200	189	191	2884

Tabela 3 - Distribuição da porcentagem de partos segundo mês de ocorrência, tipo de parto e indicação de cesárea.

Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996

INDICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	%
SFA	43,4	34,1	38,4	35,6	40,2	34,9	32,4	44,8	25,6	43,4	32,7	28,1	36,2
Distocia Funcional	13,1	14,2	15,1	17,2	16,2	7,4	13,2	15,6	10,6	13,2	19,4	21,8	14,9
2 cesáreas ant.	7,2	4,7	12,3	5,7	14,9	10,8	16,2	8,7	14,9	7,5	7,8	7,8	10,2
Pélvico	12,1	8,6	5,5	3,4	5,7	15,6	7,4	3,4	5,4	3,8	13,5	12,4	7,9
1 Cesárea ant.	5,0	6,6	4,1	2,4	2,4	4,8	1,5	5,3	4,1	7,5	3,8	4,7	4,4
Desp. Cef-Pélvica	3,1	2,9	1,4	6,9	1,1	7,3	5,8	3,4	6,7	7,5	1,9	6,2	4,0
DPP	1,0	2,9	4,1	3,5	3,5	1,2	2,9	1,7	8,1	3,8	3,8	3,1	3,8
3 Cesáreas ant.	4,1	6,6	---	2,4	2,4	2,4	4,4	6,9	---	1,9	3,8	1,6	2,9
Falha de Indução	---	---	1,4	1,1	1,1	---	5,8	1,7	9,3	1,9	1,9	1,6	1,9
Oligoâmnio	---	---	---	1,1	---	1,2	2,9	3,4	2,7	---	3,8	1,6	1,8
Gemelaridade	1,0	0,9	1,4	1,1	2,4	1,2	---	---	1,4	---	3,8	3,1	1,4
4 Cesáreas ant.	1,0	1,8	1,4	1,1	---	2,4	---	---	1,4	1,9	---	1,6	1,3
Macrossomia	3,0	1,8	1,4	---	1,1	---	1,5	1,7	1,4	1,9	---	---	1,1
Eclâmpsia	---	2,8	4,1	2,4	1,1	---	1,5	---	1,4	1,9	---	---	1,1
Vício Pélvico	---	3,8	2,7	1,1	3,5	1,2	1,5	1,7	1,4	---	1,9	1,6	1,0
Fórcepe Malogrado	1,0	1,8	---	1,1	1,1	---	---	---	1,4	1,9	---	---	0,8
HTA	---	0,9	---	3,5	---	2,4	---	---	1,4	---	---	1,6	0,8
Pós-datismo	1,0	0,9	1,4	---	---	---	---	1,7	---	1,9	---	1,6	0,7
Placenta prévia	---	---	2,6	1,1	1,1	1,2	1,5	---	1,4	---	---	---	0,7
Prolapso cordão	1,0	---	---	2,4	1,1	1,2	1,5	---	---	---	---	---	0,5
Outros	3,0	4,7	2,7	6,9	1,1	4,8	---	---	1,4	---	1,9	1,6	2,6
% TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% Cesáreas	31,9	37,2	25,3	32,8	29,1	33,9	30,3	30,7	37,2	26,5	27,5	33,5	31,3%
% Parto Normal	50,3	50,2	53,5	49,1	52,2	50,2	50,9	48,7	38,2	45,5	50,3	54,5	49,7%
% Parto Fórcepe	17,8	12,6	21,2	18,1	18,7	15,9	18,8	20,6	24,6	28,0	22,2	12,0	18,9%

Tabela 4 - Distribuição do nº de partos segundo mês de ocorrência, tipo de parto e indicação de cesárea.
Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1997

INDICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SFA	6	11	19	16	22	21	14	17	13	19	20	15	193
Distocia Funcional	8	4	14	4	9	10	11	9	14	13	10	9	115
2 cesáreas ant.	4	6	8	8	8	5	3	2	7	1	9	5	66
Pélvico	9	3	3	6	3	6	1	4	6	7	4	5	57
Desp. Cef-Pélvica	7	4	5	2	4	4	6	4	3	4	5	4	52
1 Cesárea ant.	1	1	3	4	2	---	1	3	1	3	2	2	23
3 Cesáreas ant.	5	---	2	1	2	1	1	2	3	1	---	5	23
DPP	---	2	1	1	2	---	2	1	1	---	3	2	15
Vício Pélvico	---	3	2	---	---	4	---	1	2	1	5	2	20
Falha de Indução	1	1	1	3	---	---	---	1	---	---	2	1	10
Oligoâmnio	---	---	---	---	---	---	---	---	1	1	1	1	4
Gemelaridade	---	---	---	2	---	---	---	---	---	---	---	---	2
4 Cesáreas ant.	---	---	1	---	---	2	---	---	---	---	---	---	3
Macrossomia	---	1	---	1	1	---	1	---	1	---	2	---	7
Eclâmpsia	---	---	---	---	1	---	1	1	1	---	1	---	5
Fórcepe malogrado	1	1	1	1	---	1	---	---	2	1	2	---	10
HTA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0
Pós-datismo	1	---	---	1	---	---	---	---	---	---	2	---	4
Placenta prévia	1	1	---	---	1	---	1	---	---	1	---	---	5
Prolapso cordão	---	1	---	---	1	---	1	---	---	---	---	---	3
Outros	2	4	2	---	---	---	3	3	2	---	1	2	19
TOTAL Cesáreas	46	43	62	50	56	54	46	48	57	52	69	53	636
<i>Parto Normal</i>	84	93	112	99	100	74	98	104	80	101	101	123	1169
<i>Parto Fórcepe</i>	53	34	38	33	32	41	49	38	27	26	42	23	436
TOTAL GERAL	183	170	212	182	188	169	193	190	164	179	212	199	2241

Tabela 5 - Distribuição da porcentagem de partos segundo mês de ocorrência, tipo de parto e indicação de cesárea.

Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1997

INDICAÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	%
SFA	13,0	25,6	30,6	32,0	39,2	39,0	30,4	35,3	22,7	36,5	29,0	28,3	30,3
Distocia Funcional	17,4	9,4	22,7	8,0	16,1	19,0	23,8	18,7	24,4	25,1	14,6	17,0	18,1
2 cesáreas ant.	8,7	13,9	12,9	16,0	14,2	9,3	6,5	4,2	12,3	1,9	13,0	9,4	10,3
Pélvico	19,5	7,0	4,8	12,0	5,4	10,5	2,2	8,3	10,5	13,5	5,8	9,4	9,0
Desp. Cef-Pélvica	15,2	9,4	8,2	4,0	7,1	7,4	13,0	8,3	5,3	7,7	7,3	7,5	8,2
1 Cesárea ant.	2,2	2,3	4,8	8,0	3,6	---	2,2	6,3	1,8	5,8	2,9	3,8	3,6
3 Cesáreas ant.	10,8	---	3,2	2,0	3,6	1,8	2,2	4,2	5,3	1,9	---	9,4	3,6
DPP	---	4,6	1,6	2,0	3,6	---	4,4	2,1	1,8	---	4,3	3,8	2,4
Vício Pélvico	---	7,0	3,2	---	---	7,4	---	2,1	3,5	1,9	7,3	3,8	3,1
Falha de Indução	2,2	2,3	1,6	6,0	---	---	---	2,1	---	---	2,9	1,9	1,6
Oligoâmnio	---	---	---	---	---	---	---	---	1,8	1,9	1,4	1,9	0,6
Gemelaridade	---	---	---	4,0	---	---	---	---	---	---	---	---	0,3
4 Cesáreas ant.	---	---	1,6	---	1,8	3,7	---	---	---	---	---	---	0,5
Macrossomia	---	2,3	---	2,0	1,8	---	2,2	---	1,8	---	2,9	---	1,1
Eclâmpsia	---	---	---	---	---	---	2,2	2,1	1,8	---	1,4	---	0,8
Fórcipe malogrado	2,2	2,3	1,6	2,0	---	1,9	---	---	3,5	1,9	2,9	---	1,6
HTA	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0,0
Pós-datismo	2,2	---	---	2,0	---	---	---	---	---	---	2,9	---	0,6
Placenta prévia	2,2	2,3	---	---	1,8	---	2,2	---	---	1,9	---	---	0,8
Prolapso cordão	---	2,3	---	---	1,8	---	2,2	---	---	---	---	---	0,5
Outros	4,4	9,3	3,2	---	---	---	6,5	6,3	3,5	---	1,4	3,8	3,0
% TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% Cesáreas	25,1	25,3	29,2	27,5	29,8	31,9	23,8	25,3	34,8	29,1	32,5	26,6	28,4%
% Parto Normal	45,9	54,7	52,8	54,4	53,2	43,8	50,8	54,7	48,7	56,4	47,7	61,8	52,2%
% Parto Fórcipe	29,0	20,0	18,0	18,1	17,0	24,3	25,4	20,0	16,5	14,5	19,8	11,6	19,4%

A evolução mês a mês das taxas de cesáreas em 1996 e 1997 está representada na FIGURA 1.

Figura 1 - Evolução das taxas de cesáreas de 1996 e 1997 (%), segundo mês do ano. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

A análise dos dados referentes à distribuição dos partos ocorridos no HU-USP mostra que houve uma queda significativa no total de partos do ano de 1996 para o ano de 1997, passando de 2884 para 2241, o que significa uma queda de 22,3% do total de partos ($p < 0,0001$). A média mensal de partos ocorridos no HU-USP em 1996 foi de 240, enquanto que em 1997 essa média foi de 187 partos por mês (FIGURAS 2 e 3).

Figura 2 - Distribuição dos partos e das cesáreas. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996

Figura 3 - Distribuição dos partos e das cesáreas. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1997

A curva de freqüência de partos em 1996 mostra uma queda mais acentuada a partir do mês de Junho, com uma estabilização do número de

partos de Agosto em diante (FIGURA 2). A análise estatística destes dados revela que, apesar da média mensal de partos em 1996 ter passado de 240 para 193 ao mês, a partir de Agosto, a taxa média de cesáreas neste período permaneceu estável em 31% contra 31,1% na média anual (diferença não significativa).

Numa avaliação inicial é possível concluir que, apesar de ter havido uma queda notável na frequência mensal de partos, do primeiro para o segundo semestre de 1996, não houve mudanças significativas nas taxas de cesáreas neste período, quando analisadas mês a mês (FIGURAS 1 e 2). A mesma tendência de estabilidade na incidência das cesáreas verificou-se ao longo do ano de 1997 (FIGURA 3).

A queda observada do primeiro para o segundo semestre de 1996, deveu-se provavelmente, à implantação do PAS na região. Restava saber em que medida a implantação do PAS poderia criar um fator de confusão na análise dos resultados, considerando que a avaliação da estratégia proposta na metodologia deste estudo, foi a de comparar os resultados obtidos ao final de 1997, em relação àqueles verificados em 1996, e em que medida os resultados encontrados pudessem ser atribuídos à mudança de estratégia na conduta assistencial e não a uma mudança no tipo de população usuária do HU-USP, o que levaria erroneamente a concluir que a explicação pelas mudanças encontradas nos resultados teria sido unicamente resultante da estratégia.

Na tentativa de explicar o impacto provocado pela implantação do PAS e a sua eventual relação com as taxas de cesáreas, foi feita uma análise tanto dos partos normais como das cesáreas em função da categoria de origem das gestantes usuárias do HU-USP (cf. QUADRO I, p.28).

Entre 1996 e 1997 houve uma mudança significativa na distribuição dos partos entre as 4 categorias de pacientes (TABELA 6). Esta mudança se deu sobretudo na categoria 4, onde houve uma importante queda na proporção de partos, passando de 30,6% para 16,8% do total. Enquanto que na categoria 3 houve um acréscimo de 56,8% para 68,7%, bem como na categoria 1, ainda que mais discreto (de 9,4% para 10,7%). Na categoria 2, a proporção de partos se manteve praticamente estável, em torno de 3,5%.

Tabela 6 – Distribuição dos Partos por categoria de origem* das pacientes. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – 1996 e 1997 (nº e %)

Ano	Cat. 1		Cat. 2		Cat. 3		Cat. 4		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1996	271	9,4	92	3,2	1638	56,8	883	30,6	2884	100,0
1997	239	10,7	86	3,8	1540	68,7	376	16,8	2241	100,0
TOTAL	510		178		3178		1259		5125	

[p<0,0001]

- * Categoria 1 = Funcionários USP e seus dependentes
- Categoria 2 = Alunos, Docentes USP e seus dependentes
- Categoria 3 = Pacientes da comunidade Butantã
- Categoria 4 = Pacientes de fora da comunidade

A explicação mais provável para a queda proporcional observada na categoria 4 (pacientes de fora da comunidade) é justamente o advento do

PAS, visto que as pacientes que anteriormente se apresentavam ao HU-USP, ainda que a princípio não aceitas, pelas particularidades de regionalização do hospital, passaram a freqüentar a Maternidade Jardim Sarah, pertencente às novas estruturas do PAS.

Quanto à evolução das taxas de cesáreas, ordenadas em função da categoria de origem das pacientes, o estudo mostrou que a queda significativa de 1996 para 1997 (de 31,3% para 28,4%), não se deveu a uma modificação no tipo de população que utilizou os serviços do HU-USP. Com efeito, as taxas de cesáreas sofreram redução em todas as categorias, passando de 32,5% para 27,6% na categoria 1, de 27,2% para 16,3% na categoria 2, de 32,4% para 29,7% na categoria 3 e de 29,4% para 26,3% na categoria 4 (TABELA 7).

Tabela 7 – Cesáreas (nº e %) segundo categoria de origem das pacientes*. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – 1996 e 1997

Ano	Cat. 1		Cat. 2		Cat. 3		Cat. 4		TOTAL
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
1996	88	32,5	25	27,2	531	32,4	260	29,4	904
1997	66	27,6	14	16,3	457	29,7	99	26,3	636
TOTAL	154		39		988		359		1540

[p<0,001]

* Categoria 1 = Funcionários USP e seus dependentes
 Categoria 2 = Alunos, Docentes USP e seus dependentes
 Categoria 3 = Pacientes da comunidade Butantã
 Categoria 4 = Pacientes de fora da comunidade

Assim, ainda que tenha havido uma queda no número total de partos de 1996 para 1997, e uma modificação nas proporções de partos entre as 4 categorias, houve uma queda generalizada nas taxas de cesáreas, fator não

explicável pelas mudanças ocorridas nas características da população de gestantes. Com efeito, a padronização dos dados (TABELA 8) permite evidenciar que, quando aplicadas as taxas de cesáreas observadas em cada categoria de 1996 na população de gestantes de 1997, mantidas as proporções de pacientes em cada categoria, temos uma taxa global de 31,7% contra os 28,4% observados.

Por outro lado, se aplicamos para a população de gestantes de 1996 as taxas de cesáreas verificadas para cada categoria na população de 1997, temos uma taxa global de 28,0%, contra os 31,3% observados (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição do nº de cesáreas observado e calculado após padronização, segundo categoria de pacientes**. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. 1996 e 1997.

Categoria	1996 (n=2884)*		1997 (n=2241)*	
	observado	calculado	observado	calculado
Categoria 1	88	74,8	66	77,7
Categoria 2	25	15,0	14	23,4
Categoria 3	531	486,5	457	499,0
Categoria 4	260	232,2	99	110,5
Total de Cesáreas	904	808,5	636	710,6
	31,3%	28,0%	28,4%	31,7%

* total de partos do ano

**Categoria 1 = Funcionários USP e seus dependentes
 Categoria 2 = Alunos, Docentes USP e seus dependentes
 Categoria 3 = Pacientes da comunidade Butantã
 Categoria 4 = Pacientes de fora da comunidade

A padronização permite demonstrar que, se tivesse ocorrido a mesma intervenção em 1996, teríamos uma taxa de cesárea próxima da observada em 1997, evidenciando assim que as diferenças de composição quanto às

categorias de gestantes nas populações de 1996 e 1997 não interferiram nas análises e conclusões do estudo.

A indisponibilidade de dados, tais como a porcentagem de gestantes que fizeram pré-natal, sua idade, paridade ou condição sócio-econômica, não autoriza concluir que as pacientes de uma ou outra categoria sejam de maior ou menor risco. Porém, é possível aventar a hipótese de que as pacientes da categoria 2 tenham melhores condições socio-econômicas e que aquelas que se enquadram na categoria 4 tenham, a priori, um acompanhamento pré-natal menos adequado e piores condições socio-econômicas. Sendo assim, seria esperado que na categoria 4 houvesse uma porcentagem elevada de gestantes com riscos maiores do que nas categorias 1 e sobretudo 2, o que poderia influir nas taxas de cesáreas encontradas, no sentido que na categoria 4 deveriam ocorrer mais freqüentemente cesáreas. No entanto, a queda foi generalizada, ainda que um pouco mais acentuada na categoria 2 (TABELA 7 - p.39).

As indicações das cesáreas foram agrupadas em 5 categorias: SFA (Sofrimento Fetal Agudo); DISTOCIA; CESÁREAS ANTERIORES; APRESENTAÇÃO PÉLVICA e OUTRAS. A contribuição de cada grupo de indicações no total de cesáreas está apresentada na TABELA 9.

Os dados apresentados mostram que houve uma queda na participação relativa da indicação SFA de 1996 para 1997 de 23,9%, um acréscimo nas Distocias de 23,4%, uma redução acentuada de 35% nas cesáreas por outras indicações, além de uma redução mais discreta na participação das indicações

Cesárea anterior e Apresentação Pélvica.

Tabela 9 - Distribuição do nº e %* de cesáreas, segundo indicação. Variação percentual. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo . 1996 e 1997.

Indicação	1996 (n=2884)**		1997 (n=2241)**		variação % de 96 a 97
	nº	%	nº	%	
SFA	326	11,3	192	8,6	- 23,9%
DISTOCIA	222	7,7	214	9,5	+ 23,4%
CESÁREA ANT.	167	5,8	115	5,1	- 12,1%
APRES. PÉLVICA	74	2,6	57	2,5	- 3,8%
OUTRAS	115	4,0	58	2,6	- 35%
Total de Cesáreas	904	31,3%	636	28,4%	- 9,3%

* % calculada em relação ao total de partos

** total de partos do ano

A comparação dos dados observados no HU-USP em 1996, com os resultados relatados por NOTZON e col. (1994), está representada na TABELA 10.

TABELA 10 - Contribuição de cada indicação no total de cesáreas para cada 100 partos. Suécia, USA e Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Indicações	SUÉCIA * (1990)	USA* (1990)	HU-USP (1996)
SFA	1,6	2,3	11,3
DISTOCIA	1,7	7,1	7,7
CESÁREA ANT.	3,1	8,5	5,8
APRES. PÉLVICA	1,8	2,6	2,6
OUTRAS	2,4	3,2	4,0
TOTAL	10,7%	23,6%	31,3%

*Fonte: NOTZON e col. (1994)

Considerando que, ficou evidenciado no estudo retrospectivo de 1996, a principal indicação que justificou uma cesárea foi a indicação SFA, e que dentro da metodologia proposta neste estudo foi sugerido concentrar as discussões acerca desta indicação, as cesáreas por SFA foram analisadas de maneira mais detalhada.

A análise da evolução das cesáreas por SFA, mostra que houve uma queda significativa em 1997, em relação a 1996, de 11,3% para 8,6% ($p<0,01$). Com o intuito de avaliar em que medida o tipo de população seria suscetível de explicar o efeito encontrado, as cesáreas por SFA foram ordenadas segundo a categoria de origem das gestantes, tal como citado acima. Os resultados desta análise, expostos na TABELA 11, mostram que houve uma queda nas proporções de cesáreas por SFA em todas as categorias de gestantes, inclusive na categoria 4.

Tabela 11 – Cesáreas por Sofrimento Fetal Agudo (n° e %), segundo categoria de origem das pacientes, para cada 100 partos. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – 1996/1997

	Cat. 1		Cat. 2		Cat. 3		Cat. 4	
Período	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1996	25	9,2*	6	6,5	165	10,1	130	14,7
1997	18	7,5	3	3,5	127	8,2	44	11,7

[$p<0,01$]

Categoria 1 = Funcionários USP e seus dependentes
 Categoria 2 = Alunos, Docentes USP e seus dependentes
 Categoria 3 = Pacientes da comunidade Butantã
 Categoria 4 = Pacientes de fora da comunidade

* Em 1996 na categoria 1 houve 271 pacientes, nas quais foram efetuadas 25 cesáreas ($25/271 \times 100 = 9,2$), o que corresponde a 9,2% de cesáreas por SFA nesta categoria.

Quanto aos parâmetros perinatais, não houve diferença significativa de 1996 para 1997 entre os Escores de Apgar ≤ 5 no primeiro minuto e ≤ 6 no quinto minuto, tanto para os RN nascidos de parto cesárea como para aqueles que nasceram de parto normal. Os Escores de Apgar ≤ 5 no primeiro minuto, para os RN que nasceram por cesárea, totalizaram 3,7% em 1996 contra 3,5% em 1997, enquanto que no quinto minuto os Escores de Apgar ≤ 6 totalizaram 2% em 1996 contra 1,9% em 1997, diferenças não significativas. Os Escores de Apgar para os RN que nasceram de parto normal em 1997 não mostraram piora, tanto no primeiro como no quinto minuto de vida (TABELAS 12 e 13).

Tabela 12 – Distribuição do nº e % de nascidos vivos com Escore de Apgar ≤ 5 no 1º minuto segundo tipo de parto. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Tipo de Parto	1996 (n=2884)		1997 (n=2241)	
	nº	%	nº	%
CESÁREA	106	3,7%	79	3,5%
NORMAL	158	5,5%	126	5,6%

(NS)

Tabela 13 – Distribuição do nº e % de nascidos vivos com Escore de Apgar ≤ 6 no 5º minuto segundo tipo de parto. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Tipo de Parto	1996 (n=2884)		1997 (n=2241)	
	nº	%	nº	%
CESÁREA	58	2,0%	43	1,9%
NORMAL	96	3,3%	80	3,6%

(NS)

A incidência de mortalidade perinatal foi de 25,2‰ em 1997, enquanto que em 1996 ela foi de 22,3‰, diferença não significativa.

A proporção de RN que, em 1996, tiveram o escore de Apgar ≥ 7 no 5º minuto e que nasceram por cesárea por existirem indicações maternas (cesáreas anteriores) ou por parto normal, foi praticamente a mesma do que aquela dos RN que nasceram por cesárea pela indicação SFA (96,6%, 95,5% e 93,6% respectivamente). Enquanto aqueles que nasceram por cesárea por existirem verdadeiras justificativas que indicam uma cesárea, tais como o prolapso do cordão umbilical ou o descolamento prematuro da placenta, tiveram o escore de Apgar ≥ 7 no 5º minutos numa proporção bem inferior (60% e 61,5% respectivamente) àquela encontrada nos RN que nasceram por cesárea pela indicação SFA (93,6%), conforme dados apresentados na TABELA 14.

Tabela 14 - Escores de Apgar ≥ 7 no 5º minuto (%), em função do tipo de parto e das principais indicações de cesáreas. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Indicações	1996
SFA	93,6%
DPP	61,5%
PRC	60%
CESÁREA ANT.	96,6%
PARTO NORMAL	95,5%

DPP: Descolamento prematuro da placenta; SFA: Sofrimento fetal agudo; PRC: Prolapso do cordão umbilical.

A incidência de cesáreas por Distocia teve um acréscimo de 23,4% de 1996 para 1997, passando de 7,7% para 9,5% do total de partos (TABELA 9 - p.42). Quando ordenadas em função da categoria de origem das gestantes, a análise mostra que não houve diferença significativa de 1996 para 1997. O acréscimo verificado foi distribuído entre as categorias 1, 3 e 4, sendo que na categoria 2 houve uma discreta redução, conforme dados apresentados na TABELA 15.

Tabela 15 – Cesáreas por Distocia (nº e %), segundo categoria de origem das pacientes, para cada 100 partos. Maternidade do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo 1996/1997.

	Cat. 1		Cat. 2		Cat. 3		Cat. 4	
Período	n	%	n	%	n	%	n	%
1996	20	7,4*	8	8,7	155	9,5	37	4,2
1997	22	9,2	7	8,1	167	10,8	20	5,3

[NS]

Categoria 1 = Funcionários USP e seus dependentes
 Categoria 2 = Alunos, Docentes USP e seus dependentes
 Categoria 3 = Pacientes da comunidade Butantã
 Categoria 4 = Pacientes de fora da comunidade

* Em 1996 na categoria 1 houve 271 pacientes, nas quais foram efetuadas 20 cesáreas ($20/271 \times 100 = 7,4$), o que corresponde a 7,4% de cesáreas por Distocia nesta categoria.

Os resultados referentes às complicações maternas (mecânicas, hemorrágicas e infecciosas) mostram que, no total de partos não houve diferença significativa na incidência de complicações maternas (13,5% em 1996 contra 13,4% em 1997) (TABELA 16 - p.47), nem quando se procede à análise destas complicações em função do tipo de parto, normal (TABELA 18 - p.48) ou cesárea (TABELA 17 - p.47). Com efeito, a incidência de complicações no parto normal, apesar de ter sido inferior em 1997 (15,8%

contra 16,3% em 1996), não foi significativa (TABELA 18 - p.48). É interessante notar que as complicações infecciosas foram mais freqüentes nas cesáreas do que nos partos normais, tanto em 1996 como em 1997, enquanto que as complicações mecânicas foram responsáveis pelo essencial de complicações dos partos normais (que incluem os partos normais propriamente ditos, e os partos com o auxílio de fórceps).

Tabela 16 - Distribuição (nº e %*) das complicações maternas no total de partos.
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996 e 1997

Complicação	1996 (n=2884)		1997 (n=2241)	
	nº	%	nº	%
MECÂNICA	230	8%	192	8.6%
HEMORRÁGICA	38	1.3%	14	0.6%
INFECCIOSA	120	4.2%	95	4.2%
TOTAL	388	13.5%	301	13.4%

[NS] * % calculada em relação ao total de partos

Tabela 17 - Distribuição (nº e %*) das complicações maternas nas cesáreas.
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996 e 1997

Complicação	1996 (n=904)		1997 (n=636)	
	nº	%	nº	%
MECÂNICA	12	1.3%	8	1.3%
HEMORRÁGICA	1	1.2%	1	0.2%
INFECCIOSA	52	5.7%	38	6.0%
TOTAL	65	7.2%	47	7.4%

[NS] * % calculada em relação ao total de cesáreas

Tabela 18 - Distribuição (n° e %*) das complicações maternas nos partos normais.
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - 1996 e 1997

Complicação	1996 (n=1980)		1997 (n=1605)	
	n°	%	n°	%
MECÂNICA	218	11%	184	11.5%
HEMORRÁGICA	37	4.1%	13	0.8%
INFECCIOSA	68	3.4%	57	3.6%
TOTAL	323	16.3%	254	15.8%

[NS]

* % calculada em relação ao total de partos normais

6. DISCUSSÃO

6.1. O Recurso à Cesárea

A cesárea é uma prática cirúrgica reconhecida e divulgada pelas instituições formadoras de profissionais destinados às áreas de Saúde, em todo o mundo, nas mais variadas culturas e religiões. Com efeito, a cesárea constitui um instrumento que, ao longo da história, permitiu salvar um grande número de mães e de RN, o que resultou na sua unânime aceitação, e o reconhecimento universal da sua prática (TROLLE, 1982).

Ainda que as taxas de cesáreas tenham tido ao longo do tempo uma compreensiva ascensão, pelo incremento de indicações de natureza médica, é de difícil aceitação que tenhamos hoje no Brasil taxas que aflorem os 90% de cesáreas sem que haja um questionamento quanto às suas reais motivações.

Enquanto que as pacientes de classes mais pobres justificariam mais freqüentemente uma cesárea, por ser uma população de maior risco e com menos acesso aos serviços de saúde, justamente estas são as que menos tem cesáreas.

Podemos inferir, sem grande chances de erro, que existe hoje no Brasil um exagero de cesáreas desnecessárias, que não encontram justificativa médica.

A noção de que se possa realizar uma cesárea como uma alternativa para o término da gravidez supõe que, uma vez analisadas as condições para

o parto, tenha-se chegado à conclusão de que o parto normal não é possível e a cesárea seja a *única* opção, ou que não tenha sido possível perceber um avanço suficiente no trabalho de parto e que este tenha chances mínimas ou nulas de ser realizado com sucesso e segurança pelas vias naturais, sendo assim o recurso à cesárea a *última* opção. Existe uma sensível diferença entre estes dois conceitos.

É curioso notar que a evolução do conceito de praticidade e domínio técnico tenham sido preponderantes no Brasil, na medida em que, também para a própria mulher, a cesárea passou a ser percebida como sendo uma solução prática que evitaria, além dos inconvenientes da dor do parto, as eventuais deformações físicas decorrentes de complicações perineais, o que poderia sugerir dificuldades nas relações sexuais futuras, ou ainda desinteresse do parceiro pela possível deformação genital.

Assim, levado ao extremo num raciocínio bastante simplista e sem fundamento científico, poder-se-ia pensar que a cesárea seria a solução ideal, na medida em que ela antecipa e portanto evita os riscos eventuais de um parto natural tanto para a mãe como para o RN, além de poupar o obstetra do transtorno de acompanhar o trabalho de parto ou de ter de passar por um instante de ansiedade. É o que se poderia chamar de política de risco 0%, ou de neutralização do risco. Porém, é evidente que tal raciocínio deixa de considerar que a própria cesárea envolve um risco tanto para a parturiente como para o concepto.

O que se discute aqui não é a utilidade da cesárea mas sim o uso abusivo de uma técnica que incontestavelmente permite salvar vidas humanas, porém cujo risco de execução não pode ser maior do que a razão que a motivou. Assim, cesáreas executadas sem indicação médica fazem a gestante incorrer num risco desnecessário. A noção de que esta técnica comporta um risco deve estar presente ao espírito de quem a executa, visto que está suficientemente bem demonstrado que ela é suscetível de agravar os parâmetros de mortalidade e de morbidade materna e perinatal.

Paradoxalmente, as taxas de cesáreas no Brasil tem, como vimos, uma incidência maior nas camadas da população mais bem assistida e nas regiões mais ricas do país. Assim, se praticam mais cesáreas para quem menos precisa. É justamente nas camadas mais bem informadas da sociedade e nas instituições mais bem equipadas que existem as piores distorções na forma de abordagem do parto tanto pelo médico, que assume uma postura bastante cômoda, como pela própria mulher.

Apesar do crescente aumento das cesáreas, a mortalidade perinatal não diminuiu de forma significativa na média nacional. Do mesmo modo, o padrão de evolução constante das cesáreas nas últimas três décadas no Brasil não melhorou os índices de mortalidade perinatal, nem os índices de mortalidade materna (TANAKA, 1994). O que confere ao Brasil uma característica peculiar, na medida em que diferentes autores demonstraram que houve nas últimas duas décadas uma queda constante da mortalidade perinatal nos países desenvolvidos, alguns com taxas relativamente altas de cesáreas (23 % nos

Estados Unidos), outros com baixas taxas de cesáreas (em torno de 10% nos países nórdicos e no Reino Unido) (NOTZON e col., 1994).

6.2. As Indicações de Cesáreas

Dentro da estratégia de intervenção sugerida neste trabalho, o principal instrumento utilizado para alcançar o objetivo de reduzir a incidência de cesáreas foi a busca junto à equipe de obstetras do HU-USP de um consenso na definição precisa dos critérios que definem cada indicação. Razão pela qual parece importante tecer alguns comentários a respeito das diferentes classificações de indicações de cesáreas, ainda que o exame das indicações propriamente ditas, que do ponto de vista médico justificam uma cesárea, não esteja contemplado no âmbito deste estudo.

Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea tem suas indicações. Elas podem ser classificadas de diferentes formas. Assim, a opção por uma cesárea pode se dar antes mesmo da concepção, desde o início da gravidez, ou ainda no decorrer desta. A grande maioria das indicações de cesáreas se dá no decorrer da gravidez e, mais especificamente no final, isto é, no momento do parto. Podendo a cesárea ser feita fora ou durante o trabalho de parto, às vezes num contexto de extrema urgência, como um gesto salvador da parturiente ou do concepto.

As cesáreas podem também ser realizadas por existirem indicações maternas, fetais ou anexiais, indicações que podem ser subdivididas em absolutas e relativas (REZENDE, 1987).

Segundo ELLIOTT e col. (1997) existem sete categorias nas quais é razoável que uma cesárea seja realizada. São elas: placenta prévia, descolamento prematuro de placenta na admissão da paciente, gêmeos discordantes, trabalho de parto contra-indicado por razões maternas ou fetais (Anexo III), apresentação anormal (pélvica, transversa, etc.) e três ou mais cesáreas transversais anteriores. Nestas situações espera-se ter praticamente 100% de cesáreas. Assim, a comparação de dados de uma instituição para outra, de um país para outro, deve considerar as cesáreas evitáveis e as contra-indicações relativas ao parto normal. Estas comparações podem ser realizadas após excluir as gestantes que pertençam às sete categorias citadas acima, nas quais é razoável proceder a uma cesárea. As restantes, consideradas de baixo risco, podem ser comparadas entre os diferentes profissionais e ajustadas segundo paridade, idade gestacional, peso do RN ao nascer entre outros.

LEBRUN e col. (1985) utilizam uma lista de códigos de cesáreas onde as indicações codificadas estão subdivididas em cesáreas realizadas fora e durante o trabalho de parto (Anexo IV)*.

* Em pesquisa (não publicada) coordenada pelo autor em maternidade do Rio de Janeiro foi utilizada esta codificação, adaptada às circunstâncias locais.

A recomendação de que se faça uma cesárea quando não existirem condições técnicas que permitam acompanhar com segurança um parto normal é compreensível e unânime.

Estudos recentes tendem a propor uma forma global de classificação das indicações de cesáreas em 5 categorias: 1.*Cesáreas anteriores*; 2.*Distocia*; 3.*Sofrimento Fetal*; 4.*Apresentação pélvica*; 5.*Todas as outras situações*. O evidente interesse aqui é o de harmonizar as indicações assim agrupadas de forma a poder comparar os resultados das diferentes equipes (SANCHES-RAMOS e col., 1990; NOTZON e col., 1994; PORRECO & THORP, 1996). Esta também foi a classificação adotada na condução do presente estudo. Na categoria “cesáreas anteriores” são incluídas as pacientes que tiveram uma ou mais cesáreas, ainda que o ideal seria especificar quantos procedimentos foram realizados, por evidentes razões de comparabilidade, como será comentado adiante.

O agrupamento de indicações, tal como proposto acima, pode aparentemente sugerir uma falta de precisão no diagnóstico, uma vez que, como se viu, as cesáreas podem ser classificadas e ordenadas de diferentes formas e de maneira mais detalhada. Porém, é importante que, não havendo um consenso global, comparações possam ser feitas baseadas em critérios harmonizados, ainda que aparentemente imprecisos.

A TABELA 10 (p.42) resume a comparação dos resultados do presente estudo com dados da literatura internacional. Não foi possível encontrar na

literatura nacional dados que permitissem comparações válidas quanto às indicações precisas das cesáreas.

6.2.1. As cesáreas por Distocia

Globalmente entende-se por distocia as situações nas quais há uma anormalidade na progressão do trabalho de parto. Ainda que não exista uma definição precisa, os critérios seguem as recomendações de FRIEDMAN (apud SANCHES-RAMOS e col., 1990).

A indicação de cesárea por distocia, segundo NOTZON e col. (1994), compreende os seguintes diagnósticos (com os respectivos códigos CID 9ª revisão): Desproporção Céfalo-Pélvica (653.4/0); Distocia óssea (660.1/0); Distocia Funcional (661.0; 661.2; 661.4; 661.5; 661.6; 661.6; 661.8 e 661.9); Fórcepe malogrado (660.7/9); Falha de indução (660.6/0); Trabalho de parto prolongado (662.0; 662.1; 662.2; 662.3).

A paridade da parturiente deve ser considerada nesta indicação, já que as cesáreas primárias por distocia ocorrem sobretudo no primeiro parto, sendo um evento relativamente incomum em múltiparas (PORRECO & THORP, 1996). A cesárea primária por distocia seria uma das principais razões que explicam a escalada das cesáreas, na medida em que elas criam condições para as futuras cesáreas de repetição (ou iterativas). Com efeito, a cesárea por distocia foi responsável por 30% das indicações de cesáreas primárias em 1991 nos Estados Unidos (PORRECO & THORP, 1996) e por 61% das

cesáreas na França (POISSON-SALOMON e col., 1994). Para alguns autores a analgesia peridural também contribui para aumentar o risco de cesáreas por distocia, além do uso inadequado e abusivo de ocitocina na tentativa de indução do parto (ELLIOTT e col., 1997).

Segundo NOTZON e col. (1994) a contribuição relativa da distocia nas cesáreas é da ordem de 2 a 7% (de cada 100 partos, 2 a 7 terminam em cesárea por distocia). Dados de 1990 mostram que os países nórdicos como Noruega, Escócia e Suécia, ostentam os índices mais baixos (entre 2 e 4 %) enquanto que nos Estados Unidos os índices alcançam 7%.

Neste estudo, a parte relativa à distocia foi de 7,7% e 9,5% em 1996 e 1997 respectivamente (TABELA 9 - p.42). É possível que o acréscimo observado em 1997 se deva a um aumento de partos induzidos e possivelmente a uma maior precisão no diagnóstico, identificando como portadoras de distocia pacientes que, em casos similares, no ano anterior tiveram cesáreas indicadas por outros diagnósticos. Quando analisadas segundo a categoria de origem da gestante, a diferença encontrada de 1996 para 1997 não foi significativa, apesar de ter havido o acréscimo mencionado acima. Este aumento se distribuiu entre as categorias 1, 3 e 4, sendo que o total foi compensado por uma discreta redução nas cesáreas por distocia da categoria 2 (TABELA 15 - p.46).

Infelizmente o HU-USP ainda não dispõe do gel de prostaglandina, para uso rotineiro. Este é um dos recursos que, quando usado em condições ideais, já demonstrou a sua eficácia em assegurar maiores chances de sucesso ao

parto pelas vias naturais (SANCHES-RAMOS e col., 1990; LAGREW & MORGAN, 1996).

A abordagem ativa da distocia através do uso de roteiros ou normas para condutas ativas no trabalho de parto é um importante instrumento suscetível de promover a redução de cesáreas por distocia, particularmente em primíparas (SANCHES-RAMOS e col., 1990; LAGREW & MORGAN, 1996; ROBSON e col., 1996). A descrição da filosofia da abordagem ativa do trabalho de parto espontâneo em primíparas com feto único, em apresentação cefálica de termo, se deve aos trabalhos de O'DRISCOLL e col. (1984).

Ainda que não haja dados precisos, este autor tem a convicção de que, na problemática que envolve as taxas de cesáreas no Brasil, as incidências de cesáreas globalmente denominadas Distocias, tais como a Desproporção Céfalo-Pélvica ou a Distocia Funcional ("não ter dilatação suficiente"), são certamente exageradas, particularmente no setor privado conveniado. É importante notar que, ainda que os critérios para definição da terminologia sejam relativamente objetivos, existe uma certa subjetividade no diagnóstico de distocia funcional e de desproporção cefalo-pélvica, o que deixa margem para eventuais abusos, não havendo elementos objetivos de discussão a posteriori, nem provas documentais.

Uma das estratégias visando maior precisão nos critérios de avaliação é o uso do partograma, que permite uma análise, mesmo a posteriori, da dinâmica do parto conjugada à avaliação da vitalidade fetal. A esse respeito, a OMS através da OPAS e do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP)

elaborou um partograma de fácil manuseio, acompanhado de um programa informatizado de avaliação de dados. Segundo a OMS, o uso rotineiro do partograma é um dos elementos que também participa na redução das taxas de cesáreas*.

6.2.2. Cesáreas por Sofrimento Fetal Agudo

A terminologia que designa Sofrimento Fetal Agudo (SFA) surgiu a partir do uso generalizado da monitoragem eletrônica contínua do Ritmo Cardíaco Fetal (RCF), combinado à avaliação da dinâmica das contrações uterinas pela Cardiotocografia (CTG). Porém, após uma longa experiência com o uso desse equipamento, existe um certo consenso em considerar que, ainda que a sensibilidade da CTG seja elevada, ela tem uma baixa especificidade, quando utilizada isoladamente, no diagnóstico de SFA (MACDONALD e col., 1985).

Na presença de um traçado anormal outras técnicas, tais como a medida do pH do couro cabeludo fetal, a dosagem de lactato ou a dosagem do pH fetal por cordocentése, podem ser utilizadas a fim de confirmar esta suspeita. Técnicas que incluem hidratação, oxigenação e mudança de posição da parturiente, além de técnicas menos confirmadas, tais como a infusão intra-amniótica de solução salina, podem ser válidas na tentativa de prosseguir o trabalho de parto pelas vias naturais e evitar a cesárea (PORRECO & THORP, 1996). Parece bastante promissora a possibilidade de monitorar a saturação

* WHO partograph reduces complications of labour and childbirth.. www.who.ch - press Release WHO/45 - 7/6/94

de oxigênio fetal através da oximetria de pulso, o que para LUTTKUS e col. (1995) é um interessante instrumento que, na presença de um RCF preocupante, pode trazer algum benefício na redução das cesáreas.

O uso indiscriminado e a falta de hábito na interpretação dos dados da CTG podem, ao contrário, ser responsabilizados pelo aumento das cesáreas, na medida em que a monitoragem pode ser considerada como uma fonte suplementar de ansiedade, induzindo assim a erros de interpretação e a condutas intempestivas (ELLIOTT e col., 1997; MACDONALD e col., 1985).

Neste estudo ficou evidenciado que a indicação de cesárea por SFA foi a mais freqüente, tanto em 1996 como em 1997, apesar de ter havido no período uma queda significativa (TABELA 9 - p.42). A alta incidência de SFA no HU-USP, nitidamente diferente daquelas encontradas por autores estrangeiros (TABELA 10 - p.42), sugere que estaria havendo um problema de população particularmente recrutada ou uma falta de consenso quanto aos critérios (sintomas e sinais) que definem o diagnóstico de SFA.

Quanto ao aspecto populacional, os resultados mostram que as taxas de cesáreas diferem pouco da média nas 4 categorias de pacientes, conforme dados da TABELA 7 (p.39), ainda que as pacientes de maior risco teórico (categorias 3 e 4) estejam presentes em maior proporção (TABELA 6 - p.38).

As mesmas afirmações não podem ser feitas no que se refere à indicação SFA. Como mostram os dados da TABELA 11 (p.43), para cada 100 pacientes da categoria 4 (fora da comunidade) 14,7% tiveram uma cesárea por SFA em 1996, enquanto que na categoria 2 (alunos, docentes e seus

dependentes) apenas 6,5% tiveram uma cesárea por SFA. É interessante notar que no ano de 1997 houve uma queda de cesáreas por SFA em todas as categorias, o que sugere que o efeito da estratégia aqui proposta foi positivo.

O fator que explica a alta incidência de SFA encontrada no HU-USP não parece ser imputável à população que utiliza os seus serviços pois até mesmo nas categorias 1 e 2, consideradas de baixo risco, a porcentagem relativa de SFA (9,2 e 6,5% respectivamente) é bem maior do que aquelas encontradas na literatura, em torno de 2% (FRIGOLETTO e col., 1995; NOTZON e col., 1994). Portanto, parece mais razoável acreditar que haja uma falta de consenso quanto aos critérios utilizados para caracterizar SFA.

Um elemento suplementar, que vem sustentar a afirmação de que esteja havendo uma falta de consenso ou o uso inadequado da terminologia, é o fato de que dentre os RN que nasceram por cesárea pela indicação de SFA em 1996, 93,6% tiveram o escore de Apgar aos 5 minutos ≥ 7 . Ainda que a cesárea tenha tido um efeito profilático na eventual prevenção do sofrimento fetal, é fácil supor que a grande maioria destes RN possivelmente não tinha um SFA. Afirmação esta que encontra respaldo também no fato de que os RN que nasceram de parto normal, neste mesmo ano, tinham em 95,5% dos casos os escores de Apgar ≥ 7 no 5º minuto, o que difere muito pouco dos 93,6% para aqueles que supostamente tinham um SFA que justificasse uma cesárea (TABELA 14 - p.45).

A análise estatística revela ainda que não houve diferença significativa entre os escores de Apgar ≥ 7 no 5º minuto entre os RN nascidos de parto cesárea por SFA e aqueles que nasceram por cesárea pela indicação

cesáreas anteriores, portanto fora do trabalho de parto, e para os quais era esperado que o escore de Apgar fosse normalmente bom. Já quanto às indicações de cesárea, por verdadeiras razões fetais, nas quais era esperado que este escore fosse possivelmente ruim, houve de fato uma menor proporção de RN com Apgar ≥ 7 no 5º minuto (TABELA 14 - p.45).

Assim, as cesáreas indicadas por SFA, não justificavam a sua realização, nas proporções encontradas em 1996, já que a maioria dos RN, ao nascer, encontravam-se em tão bom estado quanto aqueles que nasceram de parto normal ou por cesáreas indicadas por existirem cesáreas anteriores, e em melhor estado do que aqueles que nasceram por cesárea por existirem razões fetais reconhecidamente de risco, como foi o caso nas cesáreas por prolapso do cordão umbilical, assim como nas cesáreas por descolamento prematuro de placenta.

Um importante dado que vem corroborar essa hipótese é o fato de que no HU-USP as porcentagens de RN que tenham nascido por cesárea, com escore de Apgar ≤ 5 no primeiro minuto e ≤ 6 no quinto minuto são praticamente idênticas àsquelas encontradas por outros autores, da ordem de 3,5% e 2% respectivamente, para cada 100 partos. As Tabelas 12 e 13 (p.44) mostram que de 1996 para 1997 não houve uma piora no escore de Apgar dos RN que nasceram de parto normal. Confirmando, inclusive, que em 1996, quando havia uma elevada incidência de cesáreas por SFA, os escores de Apgar (no 1º e 5º minutos, tanto para parto normal como para cesáreas) já se situavam nos mesmos níveis que os da literatura internacional (SANCHES-RAMOS e col., 1990; JOFFE e col. 1994; LAGREW & MORGAN 1996)

Não há na literatura internacional relatos de cesáreas indicadas exclusivamente pela presença de líquido amniótico meconial. Ainda que a visualização de líquido meconial à amnioscopia possa expressar algum grau de desconforto ou mesmo de sofrimento fetal, a sua simples presença não significa necessariamente que o feto encontra-se em sofrimento e nem permite prejulgar da profundidade ou da gravidade deste. Portanto, a presença de líquido meconial não significa Sofrimento Fetal Agudo (SFA) e não justifica, por si só, uma cesárea.

Por ser a principal indicação de cesáreas encontrada no HU-USP, decidiu-se priorizar as discussões internas mais especificamente acerca desta indicação, e na conduta mais adequada a ser adotada na presença de mecônio, isto é, numa maior precisão do diagnóstico de SFA. Com efeito, LOMAS e col. (1989) afirmam que o principal problema, quando se aplicam estratégias de auditoria em maternidades, relaciona-se ao diagnóstico de SFA e à dificuldade em harmonizar os conceitos.

Os resultados do ano de 1997 sugerem que a estratégia proposta teve um sucesso relativo, na medida em que foram reduzidas as cesáreas por SFA em todas as categorias, sem criar danos ao RN, com uma queda global de 23,9% (de 11,3% em 1996 para 8,6% em 1997, para cada 100 partos) o que, apesar de se situar em níveis bastante mais elevados do que o encontrado por outros autores, é um elemento bastante encorajador.

6.2.3. As cesáreas de repetição (ou iterativas)

Considerando que, como foi visto, o Brasil ostenta as maiores taxas de cesáreas do mundo, um importante componente nas taxas atuais e futuras é evidentemente a indicação de cesárea por cesárea(s) anterior(es). A noção de “uma vez cesárea sempre cesárea” ainda encontra adeptos nos dias de hoje no Brasil, apesar de ter sido proposto o abandono desta expressão desde meados dos anos 80 (PHELAN e col., 1987).

A contribuição do componente cesáreas anteriores no total das cesáreas é um dos principais fatores responsáveis pela ascensão das cesáreas nos Estados Unidos, nas últimas duas décadas (PORRECO & THORP, 1996; PAUL, 1996; LAGREW & MORGAN, 1996).

O conceito de parto normal após cesárea(s) anterior(es) é o principal componente que, juntamente às rotinas de indução e condução do trabalho de parto nas distocias, vem contribuindo fortemente para a contenção das cesáreas nos países que tiveram taxas em ascensão no final da década de 80 e no início dos anos 90, em particular nos Estados Unidos (SANCHES-RAMOS e col., 1990; LAGREW & MORGAN, 1996; ROBSON e col., 1996; PORRECO & THORP, 1996).

Autores de vários horizontes confirmaram o sucesso com vantagens de parto normal após cesáreas anteriores, sem risco suplementar para o binômio mãe-filho, sob a condição de que sejam finamente avaliadas as parturientes candidatas ao parto normal, em particular as que tiveram cesáreas com cicatrizes transversais baixas (FLAMM e col., 1990; ROSEN & DICKINSON,

1990; COWAN e col., 1994; FLAMM e col., 1994; MILLER e col., 1994; WEINSTEIN e col., 1996; TURNER, 1997; MARTIN e col., 1997). O êxito geralmente reportado por estes autores é da ordem de 80%. As maiores chances vão, como era de se esperar, para as parturientes que tiveram uma única cesárea anterior. Para PHELAN e col. (1987) é possível reduzir a taxa de cesáreas em 54% na população que já teve uma cesárea anterior, sem aumento significativo na morbidade materna ou fetal.

McMAHON e col. (1996), ainda que não tenham observado óbito materno ou complicações maiores (nem agravos ao bem estar do RN) nas parturientes submetidas a um trabalho de parto após cesáreas anteriores, consideraram que os casos eleitos devem ser muito bem analisados, caso contrário, as complicações podem ser maiores que os benefícios do parto normal.

Em nosso meio FAÚNDES e col. (1988) também demonstraram ser possível levar a cabo um parto normal após uma cesárea anterior, sem piorar o prognóstico materno e fetal.

Neste estudo a contribuição das cesáreas anteriores no total das cesáreas foi de 5,8% em 1996, o que é inferior aos dados dos Estados Unidos (8,5%) e superior aos 3,1% da Suécia para o ano de 1990 (TABELA 10 - p.42). A considerar a atual situação brasileira, é bastante razoável supor que, nos próximos anos, a incidência do HU-USP e a do Brasil de maneira geral, serão crescentes.

A análise dos resultados deste estudo mostra que, de 1996 para 1997, houve uma queda de 5,8% para 5,1% na incidência de cesáreas por cesáreas anteriores (TABELA 9 - p.42). É provável que a queda se deva principalmente a uma queda no número de gestantes que tinham um único antecedente de cesárea anterior (3,6% do total de cesáreas em 1997 contra 4,4% em 1996; cf. TABELAS 3 e 5 p. 32 e 34). Este também foi um dos assuntos para o qual foram propostas discussões durante o período de intervenção.

Os dados da literatura permitem concluir que, nas gestantes com um único antecedente de cesárea anterior transversal, que tenham feto único em apresentação cefálica, é possível deixar que se instale um trabalho de parto espontâneo e que este seja acompanhado de perto, na tentativa de diagnosticar precocemente uma eventual rotura uterina. Esta foi a conduta adotada durante o período de intervenção, ainda que os dados da literatura autorizem a proceder desta mesma forma também para as gestantes com duas cesáreas anteriores.

A esse respeito, LEUNG e col. (1993) (apud PORRECO & THORP, 1996) afirmam que, com uma atenção particular ao RCF durante o acompanhamento do trabalho de parto, e a possibilidade de realizar uma cesárea urgente dentro do prazo de 30 minutos, não se observou morte ou asfixia perinatal nos conceitos das pacientes com uma ou duas cesáreas anteriores.

A incidência de cesáreas por cesáreas anteriores verificada neste trabalho, relativamente baixa, se justificaria na medida em que a população de

mulheres em questão, dada a sua situação sócio-econômica, não tivesse ainda uma excessiva taxa de cesáreas anteriores, o que não é o caso das mulheres que utilizam os serviços do setor privado e conveniado, onde essa incidência é sabidamente elevada, ainda que desconhecida. Este mesmo fator, a baixa condição sócio-econômica (na média nacional) das gestantes, faz com que a taxa de cesáreas na média nacional seja relativamente baixa, compensada pelas altas taxas do setor privado.

Um dado importante a ser considerado nesta indicação é a cesárea anterior como elemento coadjuvante no contexto geral. Ou seja, a presença de um outro elemento (ex. a presença de mecônio) que, combinado ao antecedente de cesárea, contribua para a decisão de se proceder a uma nova cesárea. É possível que tenha havido, no presente estudo, esta situação, porém procurou-se considerar a principal razão que, na opinião dos obstetras, justificasse a cesárea. Assim, o que foi aqui contabilizado como cesárea anterior, compreende as cesáreas realizadas por esta razão principal, considerada isoladamente.

6.2.4. Cesáreas por apresentação anômala

Na problemática que envolve as cesáreas, as apresentações anômalas e em particular a apresentação pélvica representam uma pequena parcela de contribuição no total das cesáreas.

Conforme dados apresentados na TABELA 10 (p.42), a apresentação pélvica contribui com 2,6% das indicações nos Estados Unidos e apenas 1,8% na Suécia, enquanto que no HU-USP houve 2,6% em 1996.

Considerando que o benefício relativo na redução de cesáreas em apresentação pélvica é bastante pequeno, em relação ao elevado risco perinatal de um parto pelas vias naturais, não foi sugerida nenhuma estratégia que visasse redução de cesáreas para esta indicação, o que se traduziu numa estabilidade da incidência em 2,5% para o ano de 1997 (TABELA 9 - p.42), correspondendo a uma redução não significativa.

Com efeito, ainda que o parto pela via vaginal seja possível nas apresentações pélvicas, a sua realização depende sobretudo da segurança e da experiência pessoal de cada um. Quanto às outras apresentações anômalas (transversa, face e etc.) existe um consenso unânime em indicar cesárea nestas condições.

6.2.5. Outras indicações de cesáreas

No que se refere às outras indicações, elas compõem um conjunto de situações variadas detalhadas no Anexo I.

Ainda que algumas indicações estivessem incluídas nesta categoria, seria interessante poder analisá-las em separado, como é o caso das cesáreas por hipertensão materna. Com efeito, este é, além de um problema de Saúde Pública na população em geral, um importante fator de morbidade e de

mortalidade materna, onde certamente é possível promover melhorias e, assim, reduzir as cesáreas indicadas por Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) em todas as suas formas. Aqui também o componente qualitativo do acompanhamento pré-natal teria uma importância capital, na medida em que a gestante poderia receber um aconselhamento e um eventual tratamento durante a gravidez minimizando, assim, os graves efeitos da sua evolução. É bastante compreensível que o obstetra que receba uma parturiente com DHEG na sua forma grave, sem o adequado acompanhamento pré-natal, não tenha outra solução a não ser proceder a uma cesárea salvadora, que poderia ter sido eventualmente evitada.

Neste estudo a incidência de cesáreas por HTA materna foi muito pequena em 1996 (0,8% do total das cesáreas) e nenhum caso de cesárea por HTA foi computado em 1997 (TABELAS 3 E 5). Este fato também merece uma reflexão, pois ele certamente não traduz a realidade, na medida em que a HTA, em todas as suas formas, ainda é um importante critério de agravo da morbidade e da mortalidade materna no Brasil. A quase total ausência de casos no nosso estudo reflete possivelmente, aqui também, um problema de uso inadequado da terminologia, ou ainda porque a HTA foi considerada uma razão acessória e não a principal para indicar a cesárea.

Na estratégia de intervenção proposta neste estudo, as discussões foram centradas essencialmente nas indicações de SFA e distocia, porém também se encorajou a equipe a evitar, sempre que possível, as cesáreas no seu conjunto, e a procurar definir com maior precisão cada uma das

indicações. É possível que esta iniciativa global seja a responsável pela notável queda de 35% (cf.TABELA 9 - p.42) observada em 1997 (2,6%), em relação a 1996 (4%), e mais especificamente a busca de uma precisão do diagnóstico. Os achados (cf.TABELA 10 - p.42) correspondem globalmente àqueles apresentados por NOTZOL e col. (1994), porém, considerando que esta categoria engloba uma variedade distinta de indicações de cesáreas, foi impossível determinar com maior precisão se houve uma mudança interna na categoria, ou para uma indicação em particular.

Espera-se poder melhor controlar as indicações específicas desta categoria de maneira mais detalhada nas fases seguintes do programa de redução gradativa das cesáreas que foi proposto para o HU-USP, do qual este estudo traduz apenas os resultados iniciais.

6.2.6. Cesáreas sem indicação médica

A própria evolução da prática da obstetrícia obriga a considerar as cesáreas ditas “sem indicação médica” que resumidamente poderiam ser classificadas em cesáreas realizadas por pressões legais ou jurídicas e as cesáreas realizadas por comodidade ou conveniência (do médico ou da parturiente).

A praticidade da cesárea agendada com dia e hora marcados, a organização pessoal da disponibilidade do obstetra (sobretudo no setor privado conveniado), e o receio da mulher quanto aos inconvenientes do parto

normal, tiveram uma influência preponderante na ascensão das cesáreas nas últimas décadas. Tal fato teve uma pequena influência nos países europeus e uma maior influência nos Estados Unidos (PORRECO & THORP, 1996), porém sem comparações com a verdadeira explosão do fenômeno que ocorreu e continua ocorrendo no Brasil.

Por conveniência pessoal, tanto do médico como da parturiente, mas também por algumas perversões no sistema de saúde, que envolve os planos de seguro e os convênios médicos, é do interesse das maternidades privadas e conveniadas que se executem procedimentos pré-agendados, por evidentes razões de organização interna.

Além da questão organizacional, é também do interesse das maternidades, e dos próprios médicos que se execute um grande número de procedimentos num intervalo de tempo reduzido de maneira a aumentar ao máximo o rendimento do tempo disponível.

Na opinião do autor, a preferência pela cesárea, expressa pela paciente, é justa e compreensível pois a mulher tem, nesta ocasião, o direito de expressar suas angústias e ansiedades, acreditando ser a cesárea uma forma de evitar o sofrimento no momento do parto, e de ser a forma menos penosa de dar à luz ao seu filho. Nesta curiosa situação, o obstetra não está isento da sua responsabilidade, pois cabe a ele informar e tranquilizar a futura mãe sobre as vantagens e a naturalidade do parto normal, bem como sobre os riscos da cesárea.

É bastante lógico deduzir que as “cesáreas a pedido da paciente” ocorram nas gestantes pertencentes às categorias socio-econômicas mais elevadas. Segundo PORRECO & THORP (1996), quando as pacientes pagantes do setor privado são comparadas com as demais pacientes (conveniadas ou indigentes), há um acréscimo significativo, em todas as categorias de cesáreas, da ordem de 10%. As mesmas constatações foram feitas também por GOYERT e col. (1989) assim como por GUOLD e col. (1989) e outros autores.

Dentro da problemática brasileira, as cesáreas consideradas sem indicação médica incluem aquelas realizadas com o intuito de proceder a uma ligadura tubária concomitante, procedimento que, como se viu, é punido pela legislação vigente. Para BARROS e col. (1991), as ligaduras tubárias foram realizadas em 40% das cesáreas eletivas, na sua maioria em gestantes de condição sócio-econômica mais baixa. A técnica obstétrica moderna permite que se faça esta ligadura por via periumbilical direta ou endoscópica, sem a necessidade de recorrer a uma cesárea.

No presente estudo a eventualidade da cesárea a pedido não foi considerada, por se tratar de um hospital universitário, onde são realizadas somente cesáreas com indicação médica sob supervisão acadêmica. Esse fato explica possivelmente as taxas de cesáreas relativamente baixas encontradas nas maternidades públicas universitárias, se comparadas às médias nacionais e regionais.

Assim, os hospitais e maternidades públicas (universitários ou não) talvez tenham taxas relativamente altas, quando comparadas com outros países, por concentrarem gestantes de risco e de baixa condição sócio-econômica e, paradoxalmente, taxas relativamente baixas pela menor incidência de cesáreas a pedido ou sem indicação médica o que, como é notório, ocorre com maior frequência nos hospitais e maternidades privados ou conveniados.

Um outro importante fator, freqüentemente citado por autores norte-americanos, é a pressão exercida pelos meios jurídicos sobre o obstetra. Com efeito, lhes é freqüentemente imputada a responsabilidade de não ter realizado uma cesárea em tempo hábil, o que resulta em processos jurídicos envolvendo volumosas indenizações e acréscimo nos custos pessoais, com seguros de responsabilidade civil e criminal.

O conflito de um dilema ético e médico é um importante assunto de discussão, em particular nos Estados Unidos (PINKERTON & FINNERTY, 1996), onde a opinião da parturiente é praticamente sempre considerada, e a autonomia da sua postura em eventualmente recusar uma cesárea, expõe os tribunais a sérias dificuldades de decisão, também por envolver os direitos do médico de exercer sua prática de forma autônoma. A possibilidade de participação ativa da parturiente na decisão sobre a via de parto, ou o que se convencionou denominar a “cesárea a pedido da paciente”, encontra respaldo legal em recente lei votada também na Itália (TRANQUILLI & GARZETTI, 1997). O essencial das ações jurídicas se concentra em denunciar os

obstetras por não terem feito uma cesárea em tempo hábil, em particular nas situações onde haja seqüelas neurológicas neonatais.

Curiosamente, existem também nos Estados Unidos processos onde a própria mulher solicita o apoio das autoridades jurídicas para fazer valer e impor a sua vontade em optar por um parto normal. Assim, pode haver conflitos de opinião entre o obstetra e a parturiente, que podem resultar em processos onde a questão ética é suscitada.

Para alguns, a influência da pressão dos meios legais vem se desenhando também no Brasil, onde é a cada dia mais freqüente o número de processos contra obstetras.

Tanto a ocorrência de acidentes e, em particular, a ocorrência de seqüelas neurológicas neonatais, como a divulgação de uma iminência de processo jurídico contra a equipe, são suscetíveis de provocar aumentos transitórios nas taxas de cesáreas.

Durante o nosso estudo foi possível vivenciar algumas situações nas quais houve dano neurológico ao RN nascido por via vaginal ou com a ajuda de fórceps. Ainda que esta situação seja esperada (em termos estatísticos) e infelizmente nem sempre previsível, o advento de um fato como esse cria na equipe assistencial um momento de intensa comoção e de questionamento sobre a oportunidade de se realizarem mais cesáreas, esperando assim reduzir estes desastrosos e indesejáveis acidentes.

Porém, é importante que, nestas ocasiões, além de se dar espaço para que todos possam expressar suas opiniões, o responsável pela área tenha também a postura clara de não deixar que tais fatos influenciem na conduta posterior, expressando a necessária solidariedade sempre que esta for justificada, encorajando toda a equipe a manter a postura de não se deixar influenciar por fatos pontuais, ainda que marcantes emocionalmente para todos, porém inerentes à função médica.

Foi possível constatar que na seqüência de tais eventos, há um aumento na frequência de cesáreas, que nem sempre encontram respaldo. Situações nas quais uma cesárea não seria justificada, caso a situação fosse avaliada em momento distinto e menos influenciado pelo estado emocional da equipe ou por fatos recentes desastrosos.

6.3. Níveis de Intervenção e Estratégias de Redução das Cesáreas

As estratégias que visem à redução das cesáreas podem ser propostas a nível governamental, institucional ou individual, em função do objetivo que se quer atingir. Geralmente as iniciativas se situam no nível institucional, em se tratando de populações estáveis e mais facilmente controláveis. Porém os estudos conduzidos em hospitais e maternidades tem o inconveniente de não serem representativos dos níveis nacional, ou regional, e nem mesmo local pela importância que pode representar o viés de seleção populacional, como foi o caso deste estudo.

Ainda que estes inconvenientes possam existir, é importante que estudos possam ser conduzidos e exemplos de iniciativas possam ser divulgados e adotados por outras instituições, adaptados às suas realidades populacionais e aos recursos tecnológicos e humanos disponíveis.

STAFFORD (1990) propõe seis estratégias para controlar as ascendentes taxas de cesáreas: 1.Educação dos profissionais e avaliação das indicações por obstetras (segunda opinião); 2.Análise e revisão externa dos prontuários; 3.Divulgação pública das taxas de cesáreas por hospitais; 4.Modificação na forma de pagamento dos médicos; 5.Modificação na forma de pagamento dos hospitais, com eventual descredenciamento; 6.Reforma dos critérios de imperícia médica em termos jurídicos.

Para PORRECO & THORP (1996) as soluções para as altas taxas de cesáreas seriam as seguintes: 1.Obter estatísticas precisas; 2.Autorizar o trabalho de parto em pacientes com cesáreas anteriores; 3.Prestar atenção na má progressão do trabalho de parto; 4.Modificar o uso da condução anestésica; 5.Induzir o trabalho de parto para indicações específicas após

preparação cervical.; 6.Certificar-se do diagnóstico de Sofrimento Fetal; 7.Considerar as práticas consideradas alternativas; 8.Organizar atendimento obstétrico domiciliar; 9.Ampliar os esforços educacionais tanto para médicos, enfermeiros e educadores como para os pais.

Existem, portanto, várias estratégias passíveis de serem implantadas nos diferentes níveis envolvidos nesta complexa questão.

Serão detalhados a seguir os níveis nos quais seria ser possível intervir e as eventuais estratégias para cada nível.

6.3.1. Administrativo e governamental (organizacional)

No decorrer dos últimos 15 anos, quando já era possível desenhar uma perspectiva ascendente para as taxas de cesáreas no Brasil, as autoridades governamentais da época propuseram que o pagamento para os partos normais e as cesáreas realizadas no âmbito dos hospitais públicos, fossem semelhantes afim de evitar distorções na prática das cesáreas, com falsas justificativas de intervenção, o que era visto como uma astúcia de ganho suplementar pelas equipes de obstetrícia e de anestesia. Tal fato, ainda que a priori dissuasivo, não provocou o efeito esperado de queda substancial das taxas de cesáreas a nível nacional, nem um movimento transitório de redução do fenômeno, nem mesmo nas maternidades públicas ou conveniadas com o poder público (ROCHA e col., 1986). Enquanto isso, nas maternidades conveniadas com empresas privadas de seguro saúde ou com planos de saúde privados, as cesáreas prosseguiram a sua fulgurante ascensão até os atuais 90% ou mais, em alguns casos.

Fica assim evidenciado que as ações a nível governamental não podem se restringir a medidas ou portarias isoladas, impositivas e que tenham uma abrangência parcial. Atualmente se discute um acréscimo no valor do repasse de verbas do Ministério da Saúde aos hospitais que estimulem os partos normais. Tal medida atinge somente os hospitais públicos ou conveniados com leitos públicos, estruturas nas quais as taxas de cesárea não são necessariamente as mais altas. Tais medidas pontuais não contemplam a necessidade de um maior controle das taxas de cesáreas nas instituições sem vínculo com o SUS.

Outro grave fator de natureza administrativa é o fato de não ser paga pelo SUS a anestesia peridural para partos normais, o que desestimula a sua prática.

As diretivas governamentais mais recentes buscam esclarecer as gestantes quanto às vantagens do parto normal. Ainda que bastante tímidas, porém acertadas, tais medidas são certamente suscetíveis de promover resultados benéficos, porém a longo prazo.

A associação das estruturas de tutela governamental com as sociedades de classe (em particular com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e com os Conselhos de Medicina) é também uma necessidade. Além destas, parece indispensável que a própria Universidade também reivindique uma maior participação tanto nas discussões como na elaboração de estratégias de intervenção, considerando que boa parte da discussão está centrada na formação do profissional.

A falta de uma clara política de saúde, onde o sistema de saúde seja regulado por órgãos que tenham também uma autoridade punitiva, deixa espaço para que possam ocorrer abusos. Por outro lado, há de se considerar

que o eventual controle não deve interferir na liberdade de exercício profissional, o que desfigura uma forma democrática de gestão de política de saúde.

Nos países onde as autoridades de saúde, associadas às autoridades de política monetária, elaboraram dispositivos de controle centralizado, com monitoração dinâmica dos parâmetros de Saúde Perinatal, há uma melhor organização das políticas a serem adotadas e das estratégias a serem propostas, assim como das suas avaliações periódicas (BUEKENS, 1990a). BUEKENS (1990b) propõe que para a avaliação da qualidade da assistência perinatal nos países em desenvolvimento, sejam monitorados no mínimo os seguintes parâmetros: mortalidade e morbidade materna e perinatal, hemorragia do pós-parto, escore de Apgar e convulsões neonatais precoces.

É indispensável que haja centros de controle e monitoramento de dados epidemiológicos. Vários métodos de avaliação das práticas profissionais são possíveis. POISSON-SALOMON e col. (1994) detalharam alguns destes métodos de avaliação que podem ser aplicados tanto a nível institucional como regional ou nacional. A avaliação rotineira permite medir os efeitos das estratégias propostas em relação aos objetivos pré-fixados.

Durante a elaboração deste estudo, nas consultas feitas junto aos órgãos competentes, pudemos constatar que não há disponibilidade detalhada de informações. A nível nacional a Fundação Nacional de Saúde (FNS), o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o DATASUS, são exemplos de imensas estruturas que produzem pouca informação detalhada, não permitindo a definição precisa de estratégias. Seria útil, por exemplo, conhecer as taxas de cesáreas em função dos diferentes setores públicos e privados e dentro de cada um deles (público universitário ou não, privado

conveniado ou não, filantrópico público ou privado), com a análise detalhada e ordenada por faixa etária, paridade, classe social, por região, pela demografia médica, custo aos cofres governamentais, etc.

Se a informação da ocorrência de maior taxa de cesáreas nos hospitais privados, nas primíparas, nas gestantes de melhor condição econômica, nas regiões mais ricas do país, além de outras, corresponde de fato a uma realidade, as autoridades de tutela que orientam as políticas de saúde deveriam tomar as providências cabíveis com estudos de monitoração e propostas de intervenção seguidas de avaliações periódicas. O paralelismo das intervenções nas diferentes instâncias de tutela, é sabidamente contraproducente além de dispendioso e não confiável por não ser representativo a nível nacional.

Talvez o principal problema no Brasil de hoje seja a indisponibilidade de parâmetros confiáveis e evolutivos, que abranjam toda a população. Segundo PORRECO & THORP (1996) o primeiro e mais importante passo para se reduzir cesáreas é a disponibilidade dos dados e a qualidade das estatísticas que deles resultam; caso contrário, qualquer estratégia para redução de cesáreas está fadada ao insucesso.

A disponibilidade da simples taxa de cesáreas nacional, além de certamente subestimar boa parte dos dados, por não haver ainda uma forma centralizada de circulação da informação, não permite uma análise detalhada da evolução dos parâmetros, nem uma avaliação do impacto eventual de alguma estratégia adotada. Alguns dos dados poderão estar em breve disponíveis com a implementação em maior escala da Declaração de Nascidos Vivos (DNV).

Certamente a implantação generalizada do SUS no seu âmbito integral, deverá permitir, num futuro próximo, um melhor controle tanto em termos de gestão de despesas públicas como de monitoração de parâmetros epidemiológicos. Este é um desafio que compete às autoridades de saúde em nível nacional, o de elaborar e aplicar políticas de saúde adequadas à sociedade para a qual se destinam.

Ainda no que se refere às estruturas governamentais, os Conselhos da Condição Feminina (em todas as esferas de governo), peças certamente indispensáveis numa sociedade democrática, não podem se restringir a uma ação primordialmente política. Estas estruturas deveriam também elaborar e promover propostas de conscientização da população de mulheres sobre a importância e as vantagens do parto normal e difundir informações, também de natureza técnica, às gestantes para que estas pudessem dispor de bases que lhes permitissem elaborar uma opinião sobre a questão.

Parece indispensável insistir que a definição de estratégias ou a adoção de políticas de saúde devem associar, além da parcela da sociedade organizada, as comunidades científicas, para que estas possam medir também a dimensão da sua parte de responsabilidade em todo o processo de elaboração de políticas de saúde. Com efeito, devem ser consideradas as opiniões dos pesquisadores, assim como das instituições formadoras de profissionais e seus principais responsáveis acadêmicos, que deveriam reivindicar e destinar um espaço, dentre as suas diversas ocupações, à participação na elaboração de tais estratégias. A participação da comunidade científica parece dar uma maior garantia de continuidade e controle às políticas de saúde que, do contrário, ficam totalmente expostas às forças políticas do momento, e na dependência de estratégias que possam visar benefícios exclusivamente políticos e portanto transitórios e parciais.

Os organismos de fomento à pesquisa são certamente a base sobre a qual está alicerçada a produção científica e a esse título devem disponibilizar prioritariamente recursos nesta área.

Poder-se-ia também questionar a parcela de responsabilidade dos Conselhos de Medicina, que poderiam ter uma ação mais enérgica em conscientizar e disciplinar o exercício ético da obstetrícia moderna, sem ferir a liberdade do exercício profissional. Liberdade que certamente encontra limites na medida em que o recurso desenfreado à cesárea pode provocar danos à saúde materna ou do RN.

6.3.2. Institucional

A problemática acerca das cesáreas é diferente quando se considera os dois setores da assistência médica propriamente dita, os setores público e privado. O setor considerado “filantrópico” se assemelha ora a um ora a outro, segundo o tipo de instituição no qual ele está inserido.

Com efeito, as cesáreas realizadas no setor público tem uma dimensão totalmente diferente daquelas realizadas no setor privado quanto à forma de acompanhamento da gestação e à decisão no momento do parto.

Ainda que as questões relativas às particularidades de cada setor não estejam contempladas no âmbito deste estudo, parece importante nesta ocasião tecer alguns comentários sobre as possíveis implicações da influência do modo de exercício profissional nas taxas de cesárea no Brasil.

Quanto ao acompanhamento pré-natal, sabe-se que o mais importante não é o número de consultas que se pode fazer durante a gestação mas o que é feito durante essas consultas, ou seja, deve ser privilegiado o aspecto qualitativo e não o quantitativo. A OMS sugere que sejam feitas 6 consultas durante toda a gravidez, mas também e sobretudo o acompanhamento em termos qualitativos, que deve ser privilegiado. A incidência das cesáreas é um dos parâmetros relacionados ao aspecto qualitativo do pré-natal, ainda que o número de consultas tenha evidentemente sua importância.

Atualmente, no Brasil, o pré-natal não pode ser considerado de boa qualidade nas estruturas públicas e nem mesmo no setor privado conveniado, ainda que em termos quantitativos ele possa ser considerado bom em algumas regiões mais desenvolvidas do país. As razões que perpetuam esta situação estão possivelmente relacionadas à forma como os profissionais que atuam no setor público não universitário são avaliados pelas instâncias de tutela administrativa. Com efeito, a avaliação se limita a controlar a presença e avaliar o número de pacientes atendidas por profissional durante sua jornada de trabalho. Esta forma de avaliação deixa margem para que possam existir possíveis deformações, ora burlando a obrigatoriedade da presença, ora efetuando um número de consultas adequado para efeitos de controle, sem considerar a qualidade do que está sendo feito. Estes fatos perversos atingem em particular a população das camadas mais desfavorecidas da população, que se utiliza dos serviços de saúde da rede pública.

A esse respeito TANAKA (1988) constatou que, apesar de 86% das gestantes terem feito alguma forma de acompanhamento pré-natal, a mortalidade perinatal na população estudada foi de 67‰ e que a metade das mortes poderiam ter sido evitadas se melhores condições de assistência tivessem sido dadas à mãe e ao RN. A maioria dos problemas foram relacionados à má condição de saúde da gestante e à sua baixa situação sócio-econômica.

O pré-natal deveria idealmente ser conduzido pelas próprias equipes encarregadas do parto ou ainda por equipes avançadas, tal como os Postos de Saúde. O que importa é que entre a equipe que fez o pré-natal e a maternidade haja uma constante comunicação. É o que se poderia chamar de integração dos serviços de saúde, contando com sistemas de referência e contra-referência.

A falta de um sistema integrado faz com que as gestantes tenham que perambular pelas maternidades na busca de um leito disponível (TANAKA & MACIEL, 1990), já que não há uma regionalização generalizada dos leitos, nem a obrigatoriedade de acolher a parturiente. O resultado perverso desta situação é que, além de criar agravos à saúde da mãe e do feto, piorando ainda mais as estatísticas perinatais, permite às maternidades privadas recusar pacientes graves, encaminhando-as aos hospitais públicos e limitando-se a atender somente gestantes de baixo risco. Fatos como estes contribuem para as estatísticas desfavoráveis de taxas de cesáreas, visto que as parturientes chegam nas urgências obstétricas das maternidades

freqüentemente em período expulsivo ou em situações de emergência onde não há outra solução senão realizar uma cesárea.

O setor público não universitário, ainda responsável por boa parte das estruturas de atendimento no Brasil, tem também as suas peculiaridades de funcionamento e sobretudo a grande desvantagem de nem sempre estar vinculado a uma instituição de ensino, o que também merece uma reflexão à parte. O exercício profissional neste tipo de estrutura, qualquer que seja a especialidade, está de fato menos sujeito a uma avaliação crítica rotineira e ao necessário questionamento acadêmico que deve prevalecer numa equipe. De maneira geral, com algumas exceções, o profissional é pouco solicitado a prestar contas sobre o que fez ou deixou de fazer, além de não ser suficientemente solicitado a dar esclarecimentos a um superior hierárquico ou aos próprios colegas.

Sob o pretexto de que deva haver uma liberdade de exercício profissional, com as devidas responsabilidades legais, onde cada um age por si, não existe uma participação colaborativa, uma discussão colegiada e uma eventual crítica formal quanto à real necessidade de se realizar uma cesárea. Nestas instituições, geralmente dependentes de uma hierarquia governamental regional ou federal, não há uma sistemática de avaliação do desempenho de cada unidade. O controle, quando há, é limitado geralmente a parâmetros quantitativos e não qualitativos. Os profissionais que trabalham nestas instituições se sentem pouco motivados, possivelmente por não perceberem a utilidade de um maior investimento no seu trabalho.

Nos hospitais universitários, além da necessária discussão, onde os futuros profissionais devem poder participar, é imprescindível que existam dispositivos tanto de controle preciso dos parâmetros envolvidos na questão, como constantes iniciativas que busquem direcionar os avanços do conhecimento científico às melhorias das condições de saúde.

A adoção de estratégias que comportam atitudes mais rígidas, com aplicação de normas controladas, também é suscetível de promover bons resultados. SANCHES-RAMOS e col. (1990) em protocolo de intervenção proposto por perinatologistas, demonstrou a sua eficácia na redução de cesáreas. O protocolo envolvia as seguintes condutas: 1. Aconselhamento da mulher que já tivesse tido uma ou duas cesáreas anteriores sobre as vantagens do parto normal; 2. Não foi oferecida a possibilidade de uma cesárea a pedido (com o consentimento materno); 3. Não foi oferecida a opção rotineira de cesárea para as mães que expressassem o desejo de uma ligadura tubária; 4. Monitoração durante todo o trabalho de parto; 5. Indicações precisas de cesárea foram estabelecidas para Distocia, SFA e apresentações anômalas; 6. Revisão semanal de todas as cesáreas. Foram avaliados concomitantemente os seguintes parâmetros: 1. Taxas de cesáreas primárias e secundárias; 2. Classificação das cesáreas por indicação; 3. Proporção de sucesso de parto vaginal em mulheres com uma cesárea anterior submetidas a trabalho de parto; 4. Mortalidade perinatal e neonatal.

Os resultados mostraram uma queda das cesáreas de 27,5% para 10,5% em três anos. Esta queda se deu à custa de uma redução na incidência das cesáreas por cesárea anterior e nas indicações de cesárea por distocia e

SFA essencialmente. Queda que se acompanhou também de uma redução da mortalidade perinatal (de 31,8‰ para 14,9‰) e neonatal (de 16,4‰ para 6,4‰) e uma estabilidade da incidência de convulsões neonatais.

Nos hospitais e maternidades privadas, onde o profissional age de forma autônoma, individual, contribuindo para os interesses da instituição em executar o máximo de procedimentos, seria possível questionar qual a exata dimensão da responsabilidade dos gestores de tais instituições, na medida em que não há uma dinâmica de atualização científica e de conscientização dos profissionais da sua parte de responsabilidade nesta questão. O argumento de que a liberdade do exercício profissional não deva ser restringida, sob hipótese alguma, encontra aqui alguns limites de interpretação que parecem úteis de serem abordados, em particular no que se refere às cesáreas.

Nas maternidades privadas também é possível promover estratégias tais como as que foram instituídas por LAGREW & MORGAN (1996). Estes autores criaram um sistema de informação confidencial para cada médico das suas próprias taxas de cesáreas, sem a definição de regras estritas porém com as seguintes estratégias pontuais: 1.Alteração do protocolo para uso de ocitocina; 2.Utilização de gel de prostaglandina; 3.Orientação da mãe durante o trabalho de parto; 4.Educação continuada para a enfermagem sobre monitoração fetal e acompanhamento dos estágios do trabalho de parto; 5.Cursos de preparação das gestantes orientados para o parto normal; 6.Coleta rigorosa dos dados maternos relacionados à paridade, histórico médico e obstétrico prévio, codificação das complicações pré-natais, diagnósticos intra-parto, tipo de parto, e a indicação precisa da cesárea; 7.Cálculo das taxas de indicação de

cesárea (nº pacientes com indicação de cesárea/nº total de pacientes); 8.Taxa de parto normal após cesárea anterior (nº de partos normais/nº total de pacientes com cesárea anterior); 9.Dados neonatais (sexo, peso, Apgar, presença ou não de mecônio, trauma obstétrico, reanimação neonatal). Os resultados eram revisado em reuniões mensais do departamento e cada obstetra recebia os seus índices de maneira confidencial. O resultado foi uma queda significativa das cesáreas em 5 anos (de 31,1% para 15,4%) em todas as indicações e em particular nas cesáreas anteriores (de 13,2% para 5,7%) nas distocias (de 9,8% para 3,5%) e no SFA (de 4% para 1,9%), sem modificar os parâmetros de morbidade e mortalidade neonatal.

As estratégias a nível institucional que visem a reduzir cesáreas devem comportar, como já foi visto, antes de mais nada uma forma de coleta de dados constantemente atualizada, através de programas informatizados que contenham todos os parâmetros envolvidos. Um interessante sistema de coleta e disponibilidade instantânea de dados proposto por MARESH e col. (1986) é utilizado há mais de 10 anos por maternidades da Inglaterra. Este sistema denominado SMMIS (St.Mary's Maternity Information System), pode ser utilizado tanto para iniciativas do tipo operacional como para auditorias e estudos epidemiológicos, como o estudo conduzido por JOFFE e col. (1994).

As estratégias devem considerar as peculiaridades de funcionamento e de hierarquização dos serviços de cada instituição. Assim, uma maternidade pública universitária tem na sua população geralmente pacientes de maior risco, enquanto que as pequenas maternidades privadas ou conveniadas

atendem na sua maioria pacientes de baixo risco, o que justifica um ajuste caso comparações sejam feitas.

As taxas de cesáreas podem ser ajustadas, de maneira que, comparações entre diferentes hospitais ou países possam ser interpretadas de forma mais adequada. Assim, é proposto ajustar as taxas de cesáreas para cada médico, em função da paridade materna, segundo o peso do RN, a categoria de hospital, o estado do RN avaliado pelo escore de Apgar aos 5 minutos, e ainda outros critérios (ELLIOTT e col., 1997). O ajuste consiste em comparar as incidências de cesáreas em função do grau de risco da gravidez para as pacientes assistidas por cada médico, isto é, uma vez eliminadas as gestantes nas quais é praticamente certo que elas venham a ter uma cesárea (contra-indicações relativas ao parto normal - Anexo III), as restantes, consideradas de baixo risco, são ajustadas para cada médico, obtendo-se assim a taxa de cesáreas por médico.

Um interessante instrumento que permite analisar a situação de forma dinâmica é o partograma. Nas maternidades não equipadas de monitoragem eletrônica o uso rotineiro do partograma e o acompanhamento da vitalidade fetal com o sonar ou o estetoscópio de Pinard que, usados em condições ideais, a cada 15 minutos, permitem um controle bastante bom.

Uma outra iniciativa suscetível de produzir resultados seriam os cursos de preparação ao parto que, como estratégias coadjuvantes, já demonstraram ser eficazes na redução das taxas de cesáreas, no sentido de prepararem emocional e psicologicamente a gestante ao processo de parto, o que inclusive reduz o uso de anestesia. A motivação das gestantes que já tiveram

uma cesárea anterior em ter um parto normal, também encontra nestes programas educacionais um apoio eficaz, segundo FRASER e col. (1997).

Considerando as particularidades da população usuária do HU-USP, assim como a estrutura de revezamento e formação das equipes assistenciais, acredita-se que a iniciativa de uma auto-auditoria interna tenha sido uma boa alternativa para dar início a um programa de longo prazo de contenção das cesáreas. O recurso à prática de auditoria interna das indicações de cesáreas não é um instrumento original em si, porém não se tem conhecimento de outros centros brasileiros que tenham recorrido a esta estratégia.

Para ROBSON e col. (1996), a auditoria médica engloba as etapas seguintes: avaliação do estado atual, comparação com as práticas usualmente aceitas, e a instituição de protocolos de condutas. Na seqüência deve haver uma análise crítica e sistemática da assistência médica, incluindo os procedimentos utilizados no diagnóstico e tratamento, o uso de recursos disponíveis e o resultado evolutivo na qualidade de vida do paciente. O autor conclui que a aplicação de um protocolo de auditoria médica, baseada em conceitos cientificamente definidos, é suscetível de reduzir as taxas de cesáreas. No estudo citado, foi feita uma auditoria retrospectiva durante 5 anos e, após uma análise detalhada das indicações de cesáreas, foram propostas estratégias direcionadas às cesáreas por distocia em primíparas, aplicando os princípios de diagnóstico precoce e tratamento. O resultado foi uma queda de 12% para 9% no total das cesáreas em 4 anos, essencialmente à custa de uma redução das cesáreas por distocia. No ANEXO V estão

apresentados tanto os dados coletados como a estratégia de análise dos mesmos proposta por ROBSON e col. (1996).

Para o presente estudo foi proposto à equipe de assistência obstétrica do HU-USP que procedesse a uma análise rigorosa das indicações e que procurasse sempre que possível avaliar a evitabilidade de cada cesárea. Considerando que para o ano de 1996 ficou evidenciado que a indicação de cesárea por SFA e por distocia predominaram, um esforço concentrado foi sugerido nestas duas indicações.

A estratégia utilizada para atingir o objetivo do estudo foi a avaliação da oportunidade de cada cesárea feita por um auditor, nomeado entre os próprios obstetras, além do obstetra responsável pelo caso, para que pudesse ser avaliada a evitabilidade da cirurgia e que, ao final desta discussão, um questionário fosse preenchido. Além da auditoria interna, foram propostas reuniões mensais com os membros da equipe e uma revisão a posteriori dos casos, na presença de toda a equipe e do responsável pela área. A intenção destes encontros era de discutir mais a fundo sobre as definições precisas de cada indicação e em particular nos diagnósticos de distocia e SFA. Não foi proposta nenhuma norma rígida, nem uma estratégia precisamente definida para nenhuma das indicações, somente uma discussão baseada em conceitos acadêmicos e uma revisão de prontuários.

Considerando que a questão da realização ou não de uma cesárea envolve uma gama importante de variáveis, desde o estado de saúde da gestante, até as normas de funcionamento de uma instituição, passando pelas

condições técnicas e de formação profissional, além dos aspectos culturais, os estudos analíticos prospectivos, que visam reduzir as taxas de cesáreas encontram sérias dificuldades de execução, também por envolverem problemas éticos, não podendo ser conduzidos de forma controlada ou randomizada. Ainda que os estudos controlados apresentem importantes vantagens quanto ao controle de variáveis de confusão e eventuais vieses de recrutamento populacional.

Para o presente estudo, a escolha do método de intervenção, na forma de uma simples auditoria, baseou-se no fato que não havia condições práticas (técnicas e humanas) de ser conduzido um estudo que adotasse normas rígidas, além do que a intenção era de promover, num primeiro tempo, uma conscientização da equipe quanto ao problema das altas taxas de cesáreas, tanto a nível local como nacional, e demonstrar que estariam havendo cesáreas em excesso, que poderiam ser evitadas. Além de criar as condições de instalação de um processo de redução a longo prazo das cesáreas, do qual o presente estudo representa a primeira etapa.

Um outro tipo de estudo que poderia ser proposto para se atingir o objetivo fixado, seria o de comparar duas maternidades, onde o protocolo de intervenção seria aplicado numa delas, ficando a segunda como caso-controle. Porém, dadas as circunstâncias e o modo de funcionamento da maternidade do HU-USP, não é possível eleger outra maternidade que tenha as mesmas características, tanto do ponto de vista organizacional e de disponibilidade de recursos técnicos e humanos, como das características da população que

utiliza os seus serviços. A Maternidade mais próxima que poderia ser adotada como controle é a Maternidade Jardim Sarah, que se situa na mesma região, porém ela depende da estrutura da Prefeitura Municipal de São Paulo e a população é totalmente diferente da encontrada no HU-USP. Além do que, dentro dos objetivos do presente estudo, procurou-se demonstrar que o recurso a uma estratégia definida, seria suscetível de reduzir as cesáreas dentro do HU-USP, sem a pretensão de considerar o resultado do estudo representativo, qualquer que fosse o nível de representatividade, além da própria instituição.

Quanto à adesão dos médicos ao protocolo de estudo, inicialmente houve uma adesão bastante grande da parte de todos os membros e um engajamento dos auditores em promover uma maior discussão, porém com o passar do tempo houve uma diminuição da participação, tanto da parte dos auditores como dos próprios obstetras. Graças a um maior engajamento por parte do responsável pela área, foi possível finalizar a primeira parte do estudo, durante o ano de 1997. O que resultou numa queda discreta, porém significativa, da taxa de cesáreas de 31,3% para 28,4%. Ficou evidenciado que, não havendo uma pressão constante por parte do coordenador do estudo e um acompanhamento por parte do chefe da equipe, as chances de sucesso teriam sido certamente menores, e os objetivos não teriam sido atingidos.

É possível que um dos fatores que explicasse a pouca participação dos obstetras, tenha sido o fato do estudo ter sido proposto e coordenado por um pediatra, membro da equipe de neonatologistas da maternidade, o que pode sugerir uma avaliação preconceituosa e crítica, sem o embasamento científico

necessário à altura das discussões. Ainda que o coordenador tivesse demonstrado, no decorrer do estudo, uma grande compreensão das limitações técnicas e humanas, assim como a percepção da importância do estado clínico da parturiente no momento do parto, fator suscetível de influenciar na decisão pelo tipo de parto, não foi possível manter um alto nível de discussões internas. O autor considera que o sucesso teria sido maior, caso o estudo tivesse sido proposto por um dos membros da equipe de obstetras, o que a priori supõe uma maior adesão.

É possível que a figura do auditor interno, ainda que pertencente à equipe de assistentes, não tenha tido uma boa repercussão, na medida em que possam ter existido conflitos de opinião e algum mal estar na relação entre os profissionais possa ter ocorrido, desestimulando a continuidade da auditoria.

Um fato interessante é que o resultado deste primeiro ano de intervenção, uma vez divulgado e analisado pela equipe, representou um elemento encorajador para que se dê continuidade ao programa de contenção de cesáreas a longo prazo. Acredita-se que o incremento de novas rotinas, tanto no que concerne a sistemática de reuniões, como das normas a serem propostas, serão fatores coadjuvantes na melhoria dos índices num futuro próximo.

Outro fator que na opinião do autor teria contribuído de maneira significativa, seria a adoção de rotinas de forma rígida pela chefia da disciplina, seguidas de uma análise detalhada das taxas de cesáreas por indicação, para cada médico, além de uma rotina de reuniões diárias com

revisão de todos os prontuários, quando seria exigida a presença obrigatória de todos os membros da equipe. Esta também é uma proposta para a continuidade do programa.

Os dados disponíveis na literatura confirmam que as iniciativas e propostas de mudanças de condutas e rotinas emanam geralmente da chefia do departamento de obstetrícia, e que os protocolos sugeridos são geralmente baseados em conceitos acadêmicos aplicados de forma rígida, segundo normas internas bem estabelecidas. ROBSON e col. (1996) propuseram uma auditoria baseada em critérios rígidos, visando a redução das taxas de cesáreas. O efeito foi uma queda em 3 anos de 12% para 9,5%. SANCHES-RAMOS e col. (1990) propuseram um protocolo conduzido durante 3 anos por perinatologistas para reduzir as cesáreas em hospital universitário e, após um rígido controle dos parâmetros maternos e perinatais, obtiveram uma queda de 27,5% para 10,5% nas taxas de cesáreas.

Ainda que a imposição de normas rígidas tenha alguns inconvenientes de aplicação na prática diária, ela parece necessária quando se trata de aplicar estratégias que deverão ser avaliadas cientificamente, ainda que ela possa criar alguns conflitos de opinião, os quais devem ser considerados como benéficos e contributivos.

Embora a metodologia utilizada neste estudo tenha sido avaliada e aceita pela Clínica Obstétrica do HU-USP, não houve uma adesão duradoura da equipe no decorrer do estudo. Na opinião do autor, ainda não é perceptível uma conscientização suficiente na equipe de obstetras no sentido de promover mudanças de comportamento, nem um hábito de se conduzirem estudos

prospectivos colaborativos inter-disciplinares. Acredita-se que este seja um obstáculo transponível sem grandes dificuldades, uma vez que a chefia da área e boa parte dos assistentes, demonstrem interesse em prosseguir nesse sentido, e incorporem a noção da importância da sua função enquanto elementos formadores de futuras gerações de especialistas e da real possibilidade de se atingir o objetivo essencial de reduzir as cesáreas desnecessárias.

De maneira geral, ainda não está incorporado na cultura médica brasileira um espírito de colaboração obstétrico-pediátrica. Os estudos são geralmente conduzidos ora pelas equipes de berçário, ora pelas equipes de obstetrícia, raramente associadas entre si e, excepcionalmente, com a participação das outras áreas que deveriam estar envolvidas nesta complexa questão, eminentemente inter-disciplinar, tais como a epidemiologia e a enfermagem, além de outras. Neste sentido, é sintomática a ausência quase total de trabalhos referentes às cesáreas, ou mesmo outros assuntos obstétricos, nos encontros nacionais de perinatologia. Também não foi possível encontrar na literatura nacional alguma referência de estudo sobre cesáreas que tivesse sido conduzido por perinatologistas ou por neonatologistas. O essencial da produção científica resulta de estudos descritivos, sem protocolos de intervenção, não analíticos e geralmente baseados em dados retrospectivos, onde são citadas as taxas de cesáreas.

O HU-USP adota na sua prática diária rotinas definidas pela Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), também aplicadas no Hospital das Clínicas da FMUSP. O índice de cesáreas

no Hospital das Clínicas é de mais de 50 %. Esta elevada taxa é atribuível ao fato que o Hospital das Clínicas atende sobretudo a gestantes com gravidez de alto risco.

Embora não tenha sido possível encontrar na literatura americana ou européia hospitais universitários que tivessem taxas superiores a 25%, é provável que os altos índices da FMUSP encontrem uma explicação no tipo de população que se utiliza destes serviços, ainda que estudos neste sentido deveriam demonstrar tal fato. Na atual circunstância, não é possível se estabelecer comparações com dados de outros autores, visto que não há disponibilidade detalhada de dados, nem mesmo dos hospitais universitários, utilizando os mesmos critérios, nos mesmos moldes de pesquisa, que permitam tal análise.

Acredita-se que, embora a estratégia inicial de auditoria interna, com o recurso a uma segunda opinião, não tenha sido implantada de forma ideal pelas razões citadas acima, o objetivo do estudo de avaliar em que medida era possível promover a redução das cesáreas foi atingido, considerando que houve uma queda significativa na taxa de cesáreas, graças a uma queda nas cesáreas por SFA, fator não imputável à população usuária do HU-USP. Considerando as dificuldades encontradas, será sugerida, para a continuidade do programa, uma maior rigidez na aplicação de normas de classificação das cesáreas pelo chefe da área, além de uma sistemática de avaliação individual, sem o recurso à segunda opinião.

Embora consciente de que o recurso a uma auditoria interna, com o

recurso a auditores pertencentes à mesma equipe, possa criar um clima de tensão ou mesmo de desconfiança, pelo sentimento de controle que pode vir a reinar, além dos eventuais conflitos de opinião e susceptibilidades individuais, o autor considera válida a iniciativa, ainda que ela não tenha sido aplicada na plenitude da concepção inicial, pelas razões citadas acima. Na opinião do autor, é certamente preferível o recurso a auditores internos do que a presença de elementos estranhos à equipe. O ambiente de discussões coletivas e construtivas, onde todos possam ter a ocasião de expressar suas opiniões e eventuais críticas, deve prevalecer sobre o corporativismo.

6.3.3. INDIVIDUAL

6.3.3.1. A participação do obstetra

É incontestável que, neste contexto, a responsabilidade do obstetra seja grande e muito provavelmente a maior, porém há de se considerar que ele é o último elo da cadeia e o realizador do ato, portanto o mais visado, o que dá uma noção ainda maior da sua responsabilidade na decisão pelo tipo de parto. É ainda importante salientar que o obstetra também está exposto aos efeitos perversos da falta de estruturação dos serviços de saúde, e em particular no setor público brasileiro, o que nem sempre lhe dá a chance de escolher entre parto normal e cesárea pelas contingências no momento do parto.

Um fator considerável na escolha do tipo de parto é sem dúvida a condição de saúde da gestante e a qualidade do acompanhamento pré-natal.

Estudos neste sentido poderiam ser conduzidos com o objetivo de verificar em que medida exata a má qualidade do pré-natal influencia a conduta dos obstetras na escolha do tipo de parto. Este é um argumento freqüentemente invocado pelos obstetras que atuam no setor público, responsabilizando de alguma forma a própria gestante por ter chegado tarde à maternidade, com a bolsa rota há mais de 24 horas e etc. Ora, por mais que exista uma parte de verdade neste raciocínio, a gestante é apenas uma vítima das várias distorções do sistema de saúde vigente no Brasil. A sua parte de responsabilidade é certamente mínima se comparada à dos profissionais da área de saúde, das instituições formadoras destes profissionais e das autoridades que elaboram e implantam as políticas de saúde. Por mais que o estado de saúde da gestante, tanto durante a gestação como no momento do parto influencie o tipo de parto, não pode ser imputada à gestante a responsabilidade pelas altas taxas de cesáreas.

Uma gravidez é sem dúvida um momento peculiar na vida de cada mulher. Justamente por ser um momento que envolve um componente emocional, os profissionais que tem a função de atender esse tipo de paciente devem estar sensibilizados, compromissados e conscientes da sua função.

O profissional do setor privado decide, geralmente sozinho, a via de parto, por opção pessoal, enquanto que no setor público e, em particular, nos hospitais universitários, a decisão é a priori fruto de uma discussão coletiva que permeia o exercício do dia a dia, ainda que a decisão final seja pessoal, o que é também o caso do HU-USP.

É clara a responsabilidade das instituições formadoras de profissionais obstetras na pouca conscientização destes durante sua formação. Os exemplos presenciados no exercício profissional do dia a dia consolidam a convicção de que é melhor, mais prático e portanto mais remunerador que se realizem cesáreas.

Estudo conduzido por GOYERT e col. (1989) demonstrou claramente que o estilo individual da prática médica foi, juntamente com a primiparidade, o principal fator que influenciou a taxa de cesáreas em pacientes de baixo risco. As taxas de cesáreas variaram de 19% a 42% entre os vários médicos, diferenças imputáveis ao estilo de cada um.

No presente estudo procurou-se criar um ambiente de colaboração e incentivo às discussões, onde todos tivessem a possibilidade de opinar. Foi possível perceber, ao longo do estudo, uma nítida convicção de que não seria possível reduzir as taxas de cesáreas, visto que se estava considerando que somente eram realizadas cesáreas com indicação médica. O benefício das discussões foi de demonstrar que estaria havendo problemas de definição e uso inadequado da terminologia.

Ao longo do estudo ficou demonstrado que, por mais que o estado das parturientes pudesse justificar uma cesárea, nos moldes da concepção atual, ainda assim era possível promover uma redução, em particular na indicação de cesárea por SFA, para a qual a simples presença de mecônio estaria justificando a intervenção, sem se considerar outros parâmetros.

Assim, além da busca de uma melhor definição nos conceitos, uma maior cautela e solidariedade por parte da equipe de neonatologia contribuiu para que se criasse um ambiente de colaboração científica. Com efeito, o neonatologista é geralmente visto como um elemento essencialmente crítico sem embasamento científico, uma vez que ele se posiciona como um crítico a posteriori, e de fato tem uma pequena participação nas discussões do dia a dia da atividade obstétrica, o que também mereceu uma reflexão por parte de toda a equipe de neonatologistas, e uma progressiva mudança de comportamento. O espírito de discussão interna deve prevalecer, e prioridade deve ser dada à melhor alternativa de parto no interesse exclusivo do binômio mãe-filho.

Na opinião do autor, a conduta do obstetra também depende do ambiente de compreensão e solidariedade que se possa criar dentro de uma equipe que dá assistência a parturientes. Cautela e solidariedade que, apesar de necessárias, não devem necessariamente endossar condutas e comportamentos em desacordo com os princípios da ética médica. Neste sentido, cesáreas desnecessárias devem ser condenadas e as discussões devem ser embasadas em conceitos cientificamente aceitos.

É necessário que se possa dar inclusive condições de segurança ao obstetra, com a presença constante de um pediatra na sala de parto, que tenha, além das qualidades técnicas indispensáveis, o espírito de complementaridade e saiba adequar sua participação às necessidades do momento de forma humanizada.

Na seqüência do presente estudo, espera-se criar melhores condições de colaboração entre as equipes de obstetrícia e neonatologia, além de uma proposta de integração da maternidade com os Postos de Saúde que atendem gestantes na região do HU-USP. Esta iniciativa é parte integrante de um projeto mais amplo que procura associar as estruturas de atendimento à gestante ao HU-USP de forma integrada, o que também seria suscetível de reduzir os custos, na medida em que as cesáreas constituem um elemento que sabidamente encarece os custos de funcionamento de um hospital, pelo acréscimo de material utilizado, de pessoal médico e não médico mobilizado, além de aumentar a duração de estadia da puérpera na maternidade.

Finalmente, para que se obtenha sucesso na redução de cesáreas através de uma maior conscientização do obstetra quanto à sua parte de responsabilidade, o autor considera que é necessário que a administração da instituição também participe deste esforço, no sentido de incentivar tais iniciativas e dar condições inclusive materiais, além de um suporte financeiro para pesquisas.

6.3.3.2. A participação das Obstetrizas

No Brasil a figura da obstetriz ou enfermeira obstétrica, tem sido quase que totalmente desconsiderada nesta importante questão.

Com efeito, não há no Brasil a cultura de um trabalho colaborativo entre obstetras e obstetrizes, possivelmente pela pressão corporativista que os médicos exercem, impedindo que a figura da obstetriz participe do processo de parto (OSAVA, 1996). Ainda que tal atitude possa em parte ser compreendida, pelas circunstâncias atuais de formação das obstetrizes, não se justifica a quase nula participação destes profissionais.

Os países que ostentam baixos índices de cesáreas tem uma longa tradição da participação das obstetrizes. Estes profissionais constituem um elo, que na opinião do autor é indispensável, essencialmente pela sua capacidade em humanizar e acompanhar o trabalho de parto de forma mais delicada, menos tecnológica, mais compreensiva que a clássica abordagem exclusivamente médica, além de reduzir a incidência de episiotomias e de partos induzidos, em particular nas gestações e partos de baixo risco. TURNBULL e col. (1996), além de confirmar estes dados, afirmam que, havendo uma triagem cuidadosa no início da gravidez, o pré-natal e a assistência ao parto e puerpério de mulheres com gestações sem complicações ou intercorrências obstétricas, podem ser realizados com segurança por obstetrizes, com resultados semelhantes aos obtidos por obstetras, tanto para a parturiente como para o RN.

São vários os exemplos da melhoria dos índices de cesáreas nas instituições que contam com a participação de obstetizes tanto em países em desenvolvimento (WOLLAST e col., 1993) como nos países desenvolvidos (BUTLER e col., 1993). Uma das práticas utilizadas pelas obstetizes é a presença quase que constante ao lado da parturiente, além do encorajamento à deambulação que, dentre as práticas alternativas, é uma técnica que já demonstrou sua eficácia em reduzir cesáreas (LUPE & GROSS, 1986).

Parece também incontestável que na problemática que hoje envolve a Saúde Perinatal, de maneira geral e, em particular, as condições de parto, a figura da obstetiz é uma das perspectivas realistas de mudança a curto e médio prazo, a um custo praticamente nulo, considerando que estes profissionais tem um estatuto universitário e profissional legalmente reconhecido, e instituições universitárias responsáveis pela sua formação. O que se discute atualmente é o conteúdo do programa de formação que, idealmente deveria ser orientado exclusivamente à assistência obstétrica propriamente dita e não uma simples habilitação ou especialização, como é atualmente proposto por algumas instituições.

É importante salientar que, para que esses profissionais possam exercer o seu talento de forma ampla, é necessário que exista, da parte dos obstetras, uma grande parcela de tolerância e humildade em reconhecer que cada um tem a sua parte de ação em todo o processo de nascimento e parto, e que as experiências de cada um podem ser úteis e complementares também na formação das novas gerações de profissionais. O espírito de respeito mútuo e

de trabalho de equipe deve prevalecer e visar exclusivamente ao bem estar do binômio mãe-filho.

As Universidades, através das suas áreas de Medicina e Enfermagem, têm condições de propor uma formação a estes profissionais que poderiam estar atuando também nos Centros de Saúde do SUS, como uma linha de frente de acompanhamento do pré-natal para gestantes consideradas de baixo risco. Na opinião do autor, esta iniciativa seria suscetível de conduzir a melhorias substanciais na qualidade do pré-natal e, conseqüentemente, nas taxas de cesáreas.

7. CONCLUSÕES

- Foi possível reduzir a taxa de cesáreas, de maneira significativa, ao final de um ano de intervenção na população de gestantes usuárias do HU-USP, sem provocar danos à saúde do RN, nem aumentar a morbidade materna.

- A redução gradativa da taxa de cesáreas na população considerada, é uma meta alcançável num curto e médio prazo, como ficou demonstrado.

- A estratégia adotada de auditoria interna, buscando maior precisão nos diagnósticos que justificam uma cesárea, é um recurso suscetível de atingir o objetivo fixado.

- O estudo permitiu demonstrar que, dentro do contingente de cesáreas, havia uma porcentagem de cesáreas desnecessárias (sem indicação médica), ainda que nem sempre evitáveis, considerando o contexto.

- A revisão dos diagnósticos permitiu rever questões até então ancoradas em conceitos nem sempre fundamentados cientificamente, o que permitiu identificar e evitar cesáreas consideradas desnecessárias.

- Ao final de um ano de intervenção foi possível estabelecer uma rotina de coleta de dados informatizados, contendo dados maternos e perinatais sequenciais a serem avaliados de forma periódica e em tempo real.

- Houve maior integração obstétrico-pediátrica, na medida em que o coordenador do estudo é pediatra, e procurou criar um ambiente de conscientização quanto à responsabilidade de todos na atual situação de excesso de cesáreas, assim como a noção de responsabilidade na formação de futuras gerações de profissionais mais conscientes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há razões para que a tendência de alta das cesáreas não se consolide e que nos encontremos na próxima década em taxas ainda mais elevadas independente das categorias de hospitais, de população e de regiões brasileiras.

Se considerarmos que de fato a cesárea é, como vimos, uma solução prática para a gestante, cômoda para o médico, conveniente para os hospitais (conveniados ou particulares) e planos de saúde privados, além de, ao que parece, pouco preocupar os meios acadêmicos e os responsáveis pela gestão da Saúde Pública, poderíamos nos questionar: “A quem incomoda a situação atual de altas taxas de cesáreas encontrada no Brasil?”. Ou ainda: “A quem interessa a perenização da atual situação?”. São questões essenciais como estas que conduziram o autor do presente estudo a se interessar por este polêmico, complexo e controverso assunto.

A estratégia adotada no presente estudo teve a pretensão de demonstrar que a colaboração obstétrico-pediátrica, apesar de estar ainda engatinhando no contexto brasileiro, é certamente possível e necessária, considerando a amplitude da sua responsabilidade na alarmante situação em que se encontra a Saúde Perinatal no Brasil, particularmente nos setores menos privilegiados da nossa sociedade.

Dentre as possíveis estratégias de contenção das cesáreas, o recurso à auditoria interna parece ser uma forma de abordagem que, além de permitir a

análise mais precisa de cada caso, cria condições internas propícias a processos de conscientização e eventuais mudanças de comportamento dentro da equipe.

A conscientização de todos os membros da equipe assistencial, da responsabilidade de cada um neste processo, sobretudo dentro de uma instituição de ensino universitário, é também uma condição necessária ao sucesso de iniciativas da mesma natureza da que foi utilizada neste estudo.

A forte adesão do chefe da unidade obstétrica assistencial é fundamental, não só na promoção de reuniões e encontros de atualização, mas também no sentido de exigir maior precisão na elaboração de bancos de dados atualizados constantemente, abrangendo os parâmetros mais relevantes referentes à gestante e ao RN.

O sucesso das estratégias que visem a reduzir cesáreas numa dada instituição, requer ainda que a administração da maternidade participe intensamente, tanto na coleta dos dados, como no estímulo às equipes, dando as condições materiais necessárias e o aval para que propostas deste tipo sejam implementadas.

Os resultados devem ser vislumbrados num longo prazo, após a fase inicial de adequação e de conscientização, além de uma sistematização de coleta de dados bem elaborada.

Acredita-se que será possível promover a queda gradativa num futuro próximo, à medida em que o programa seja melhor estruturado e que toda a equipe tenha a consciência da sua responsabilidade.

Considerando as várias formas de estruturação das maternidades no Brasil, entre os diferentes setores público (universitário ou não), privado (universitário ou não) e filantrópico (privado ou conveniado), parece impossível definir uma única estratégia de redução de cesáreas que seja aplicável e válida para todos os tipos de maternidades.

Porém, é certamente possível a criação de programas de incentivo ao parto normal que podem ser propostos por qualquer maternidade, independente do tipo de estabelecimento e da forma de exercício profissional. Tais programas deveriam contar com o apoio das autoridades de Saúde Pública, dos Conselhos de Medicina e da Condição Feminina, assim como de iniciativas da sociedade organizada tanto a nível local como regional e nacional. Além do apoio necessário, há de se buscar formas de controle da atividade profissional sem ferir a liberdade de exercício. A divulgação de taxas de cesárea por maternidade e por profissional poderia ser uma destas formas de controle, na medida em que as mulheres pudessem escolher em que maternidade e com que profissional elas pretendem fazer o acompanhamento da sua gravidez. Esta é uma das estratégias que atualmente está em curso nos Estados Unidos e que está trazendo bons resultados, aumentando sobretudo a incidência de partos normais em gestantes que tiveram uma ou até duas cesáreas anteriormente.

Dentre as principais iniciativas, nos parece fundamental insistir mais uma vez em privilegiar a qualidade do acompanhamento pré-natal. É, com certeza, no pré-natal que se pode ter a ocasião de informar às pacientes e

proceder às avaliações técnicas necessárias, no sentido de prevenir moléstias suscetíveis de influenciar o curso normal de uma gravidez.

Parece interessante tentar estabelecer qual seria a “taxa ideal de cesáreas” para uma dada maternidade, ou ainda tentar definir o que seria a “taxa incompressível” de cesáreas para uma dada maternidade, ou seja, o mínimo de cesáreas uma vez considerado o tipo de população que se utiliza dos seus serviços e as disponibilidades técnicas e de recursos humanos da instituição em questão, sem criar danos à saúde materna ou perinatal.

Antes de definir estratégias que visem a diminuir as cesáreas numa dada instituição é necessário que se proceda primeiramente a uma análise precisa das indicações e uma definição do perfil das parturientes e dos recém-nascidos. Deste perfil devem constar: idade materna, paridade (gesta-para), nº de consultas durante o pré-natal, antecedentes de cesárea anterior, tipo de apresentação, tipo de gravidez (única ou múltipla), idade gestacional, peso do recém-nascido, escore de Apgar aos 5 minutos, se o trabalho foi espontâneo ou induzido e finalmente se a cesárea foi feita fora ou durante o trabalho de parto. Além dos dados de natureza médica, é importante que se possa dispor do perfil sócio-econômico da gestante. Para efeito de análise os mesmos dados devem estar disponíveis para as pacientes que não tiveram uma cesárea.

A partir destes dados iniciais deve-se proceder a uma análise detalhada de cada cesárea e discutir a eventualidade de controle em situações específicas. Assim, deve-se proceder a uma análise das indicações de

maneira a concluir quais seriam razoavelmente evitáveis ou desnecessárias, isto é, em que situações seria possível vislumbrar um parto normal sem que a gestante e/ou o feto estivessem expostos a um risco desnecessário.

Os protocolos a serem propostos devem ser adequados a cada tipo de instituição. Assim, o uso de rotinas rigidamente estabelecidas ou um amplo programa de conscientização dos profissionais e das gestantes podem não ter a mesma eficácia segundo a estrutura de maternidade à qual eles se destinam.

Dentro dos objetivos deste estudo, um importante componente foi a busca de uma maior precisão nas indicações de cesáreas e, em particular, nos diagnósticos de SFA e distocia, além de uma conscientização coletiva da equipe. A análise e revisão dos prontuários também foi um fator determinante.

A falta de uma sistemática de coleta de dados, e a sua atualização, resultou na elaboração de um banco de dados informatizado, contendo as informações epidemiológicas maternas e perinatais, a partir do qual espera-se poder avaliar em tempo real e com maior precisão a evolução dos parâmetros e as eventuais estratégias futuras.

Acredita-se que uma maternidade universitária tem como principal meta a formação de novas gerações de profissionais e deve produzir trabalhos que permitam vislumbrar melhorias, criando ambientes propícios ao avanço dos conhecimentos e alternativas para que possam servir como estímulo de novas perspectivas.

As dramáticas complicações decorrentes das cesáreas, quais sejam as

elevações dos índices de morbi-mortalidade maternos e perinatais, são de tal forma impactantes que suscitam um reposicionamento da conduta obstétrica. Políticas, práticas e estratégias que visem a conter o fenômeno atual de verdadeira epidemia de cesáreas no Brasil, serão benéficos para as equipes de obstetrícia e neonatologia que atuam nas maternidades, com vantagens para toda a população, alvo primordial de nossas atividades.

Há de se conseguir formas de conscientizar todos os atores envolvidos nesta complexa questão para que possamos vislumbrar o uso adequado de uma técnica cirúrgica que incontestavelmente pode salvar vidas humanas, mas não deve ser executada sem a devida indicação, nem sob os mais cândidos, ou perversos e distorcidos argumentos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOLET, D. e al. Morbidade neurológica de recém-nascido a termo e incidência de cesarianas na cidade do Rio de Janeiro: estudo colaborativo de quatro maternidades públicas. **Arq. bras. med.** v.67(5), p.379-83, 1993.
- BARROS, F.C. et al. Epidemic of cesarean section in Brazil. **Lancet**, v.338, p.167-9, 1991.
- BERGSJO, P.; SCHMIDT, E.; PUSCH, D. Differences in the reported frequencies of some obstetrical interventions in Europe. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, v.90, p.628-32, 1983.
- BOTTOMS, S.F.; ROSEN, M.G.; SOKOL, R.J. The increase in the cesarean birth rate. **N. Engl. J. Med**, v.32 (10), p.559-63, 1980.
- BOUVIER-COLLE, M.H. et al. Mortalité Maternelle en France. **J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.**, v.20, p.885-91, 1991.
- BOUVIER-COLLE, M.H.; VARNOUX, N.; BREART, G. Facteurs évitables de la mortalité maternelle: Résultats de l'enquête INSERM. In: Tourraine M. **Mises à jour en Gynecologie et Obstétrique**. Paris, France. Ed. Vigot, 1993. p.327-49.
- BREART, G. et al. Evolution de la fréquence des césariennes. Comparaisons internationales, évolution des indications. In: Journées Nationales de Médecine Périnatale, 15ème, Nice, 1985. **Annales**. Paris, Ed. Arnette, 1985. p.41-7.

- BUEKENS, P. et al. La fréquence des césariennes en Belgique [Letter]. **J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod**, v.15, p.1095, 1986.
- BUEKENS, P. Outcome measures of obstetrical and perinatal care. **Quality Assurance in Health Care.**, v.2(3/4), p.253-62, 1990a.
- BUEKENS, P.; CLERIES ESCAYOLA, M.; DEROM, R. Prenatal outcomes of immigrants in Belgium. **Arch. Public. Health.**, v.48(5-6), p.33-40, 1990b.
- BUEKENS, P. et al. A comparison of Prenatal Care Use in the United States and Europe. **Am. J. Public Health.**, v.83, p.31-6, 1993.
- BUTLER, J.; ABRAMS, B.; PARKER, J.; ROBERTS, J.M.; LAROS, J.R.
Supportive nurse-midwife care is associated with a reduced incidence of cesarean section. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.168 (5), p.1407-13, 1993.
- CHAMBERLAIN, G. What is the correct caesarean section rate? [Letter]. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v.100, p.403-4, 1993.
- CLAP-OMS/OPS. Epidemiologia da cesariana na América Latina. Comité Latino Americano de Perinatologia. **CLAP. Doc.Int.** 8. 1989.
- COSTA, C.F.F et al. Mortalidade materna e perinatal na operação cesariana e no parto transpelviano. Maternidade Prof.Monteiro de Moraes, 1979.
J.Bras. Ginecol. v.94(4), p.143-6, 1984.
- COSTA, C.F.F. et al. Peso do neonato na cesárea eletiva: estudo comparativo; Maternidade da Encruzilhada, Recife, 1982-1983. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v.7(4), p.145-7, 1985.

COSTA, C.F.F. Via de parto e mortalidade materna. In: Faundes, A. e Cecatti, J.G. org. **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas. Ed.Unicamp, 1991, 77-87.

COWAN, R.K. et al. Trial of labor following cesarean delivery. **Obstet. Gynecol.**, v.83 (6), p.933-6, 1994.

CUNNINGHAM, F.G. Cesarean Section and Cesarean Hysterectomy. **Williams Obstetrics**. Cap.26 p.591-613. Ed. Appleton & Lauge, 1993.

ELLIOTT, J.P.; RUSSELL, M.M.; DICKASON, L.A. The labor-adjusted cesarean section rate. A more informative method than the cesarean section "rate" for assessing a practitioner's labor and delivery skills. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.177 (1), p.139-43, 1997.

FAUNDES, A.; HERRMANN, V.; CECATTI, J.G. Análise da mortalidade materna em partos cesáreos no Município de Campinas, 1979-1983. **Femina**, v.13 (6), p.516-25, 1985.

FAUNDES, A. As cesáreas e as modificações nos níveis de fecundidade. In: Seminário Latino Americano de População e Saúde. Núcleo de Estudos de População, Unicamp. **Anais**. Campinas, Ed. Unicamp, p.73-91, 1986.

FAUNDES, A. et al. Trabalho de parto em pacientes com antecedentes de cicatriz de cesárea. **Gin. Obst. Bras.** v.11(2), p.103-9, 1988.

FLAMM, B.L. et al. Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborativs study. **Obstet. Gynecol.**, v.76 (5), p.750-4, 1990.

FLAMM, B.L. et al. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. **Obstet. Gynecol.**, v.83 (6), p.927-32, 1994.

- FRASER, W. et al. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.176 (2), p.419-25, 1997.
- FRIGOLETTO, F.D.; RYAN, K.J.; PHILLIPPE, M. Maternal mortality rate associated with cesarean section: An appraisal. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.136 (7), p.969-70, 1980.
- FRIGOLETTO, F.D. et al. A clinical trial of active management of labor. **N. Engl. J. Med.**, v.333 (12), p.745-50, 1995.
- GOULD, J.B., DAVEY, B.; STAFFORD, R.S. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. **N. Engl. J. Med.**, v.321 (10), p.233-9, 1989.
- GOYERT, G.L. et al. The physician factor in cesarean birth rates. **N. Engl. J. Med.**, v.320 (11), p.706-9, 1989.
- HAROWITZ, B.J.; EDELSTEIN, S.W.; LIPPMAN, L. Once a cesarean..... always a cesarean? **Obstet. Gynecol. Survey** (36). p.592, 1981.
- HOOK, B. et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. **Pediatrics** v.100(3), p.348-53, 1997.
- JOFFE, M. et al. What is the optimal caesarean section rate? An outcome based study of existing variation. **J. Epidem. Com. Health** v.48, p.406-11, 1994.
- LAGREW, D.C.; MORGAN, M.A. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: Success without mandated clinical changes. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.174 (1), p.184-91, 1996.

- LEBRUN, F.; CABROL, D.; AMIEL-TISON, Cl. Sécurité de la naissance à terme et taux de césarienne. In: Journées Nationales de Médecine Périnatale, 15ème, Nice, 1985. **Annales**. Paris, Ed. Arnettep, 49-59, 1985.
- LOFFREDO, L.C.M.; SIMOES, M.J.S. Peso ao nascer e padrões de atendimento ao parto em município do Estado de São Paulo, Brasil, 1986. **Rev. Saúde Pública** v.24(1), p.80-3, 1990.
- LOMAS, J. et al. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. **N. Engl. J. Med**, v.321 (19), p.1306-11, 1989.
- LUPE, P.J.; GROSS, T.L. Maternal upright posture and mobility in labor-a review. **Obstet. Gynecol.** v.67, p.727-34, 1986.
- LUTTKUS, A.; FENGLER, T.W.; FRIEDMAN, W.; DUDENHAUSEN, J.W. Continuous monitoring of fetal oxygen saturation by pulse oxymetry. **Obstet. Gynecol.** v.85, p.183-6, 1995.
- MARTIN, J.N. et al. The case of trial of labor in the patient with a prior low-segment vertical cesarean incision. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.177 (1), p.144-8, 1997.
- MACDONALD, D. et al. The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.152 (5), p.524-39, 1985.
- McMAHON, M.J. et al. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. **N. Engl. J. Med.**, v.335 (10), p.689-95, 1996.

- MILLER, D.A.; DIAZ, F.G.; PAUL, R.H. Vaginal birth after cesarean: A 10-years experience. **Obstet. Gynecol.**, v.84 (2), p.255-8, 1994.
- NOTZON, F.C.; PLACEK, P.J.; TAFFEL, S.M. Comparisons of national cesarean-section rates. **N. Engl. J. Med**, v..316 (7), p.386-9, 1987.
- NOTZON, F.C. et al. Cesarean section delivery in the 1980's: International comparison by indication. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.170 (2), p.495-504, 1994.
- O'DRISCOLL, K.; FOLEY, M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. **J. Am. Col. Obstet. Gynecol.**, v.61 (1), p.1-5, 1983.
- O'DRISCOLL, K.; FOLEY, M.; MACDONALD, D. Active management of labor as na alternative to caesarean section for dystocia. **Obstet. Gynecol.** v. 63, p.485-90, 1984.
- OSAVA, R.H. A redução das taxas de operações cesarianas no Brasil: Um desafio para a enfermagem obstétrica. **J. Bras. Ginec.** v.106 (11/12), p.421-27, 1996.
- OSIS, M.J.D. et al. Laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. **Rev.ginecol.obstet.**v.1(3), 195-204, 1990.
- PAUL, R.H. Toward fewer cesarean sections: The role of a trial of labor. **N. Engl. J. Med.**, v.335 (10), p.735-6, 1996.
- PHELAN, J.P.; CLARK, S.L.; DIAS, F.; PAUL, R.H. Vaginal birth after cesarean. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.157 (6), p.1510-5, 1987.

PIERRE, F.; BERGER, Ch. La césarienne. In: LANSAC, J.; BODY, G.

Pratique de l'accouchement. Paris, France. Ed. SIMEP, p.281-92. 1988.

PINKERTON, J.V.; FINNERTY, J.J. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.175(2), p.289-95, 1996.

PINOTTI, J.A. Uma nova proposta de assistência integral à saúde da mulher.

In: Simpósio Franco-Brasileiro sobre prevenção da mortalidade materna com ênfase na gravidez na adolescência, Série I.S.M.C.A. v.2, **Anais**, São Paulo, FSP/USP, p.151-71, 1992.

PINTO e SILVA, J.L. Taxas de Cesáreas no Brasil. In: Iº Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal. Série I.S.M.C.A. v.3, **Anais**, São Paulo. FSP/USP, p.121-4, 1994.

POISSON-SALOMON, A.S.; CRENN-HEBERT, C.; BLOT, P. Evaluation en Gynecologie-Obstétrique. Propositions pour une évaluation de routine des pratiques professionnelles. **J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.** v.23, p.858-64, 1994.

PORRECO, R.P.; THORP, J.A. The cesarean birth epidemic: Trends, causes, and solutions. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.175 (2), p.369-74, 1996.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v.30(1), p.19-33, 1996.

RELATÓRIO DE ATIVIDADES do Hospital Universitário - Universidade de São Paulo, 1997.

- REZENDE, J. Operação cesariana. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara. Koogan S.A. cap. 49, p.825-69, 1987.
- ROBSON, M.S.; SCUDAMORE I.W.; WALSH S.M. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.174 (1), p.199-205, 1996.
- ROCHA, J.S.Y; ORTIZ, P.C.; YANG, T.F. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Rev. Paul. Med.** v.104(3), p.167-71, 1986.
- ROSEN, M.G.; DICKINSON, J.C. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of indicators. **Obstet. Gynecol.**, v.76 (5), p.865-9, 1990.
- ROUMEAU-ROUQUETTE C.; BREART, G.; PADIEU, R. **Méthodes en épidémiologie**. 2ª edição. Collection Statistique en Biologie et en Médecine. Ed. Flammarion Médecine Sciences. 1981.
- SANCHES-RAMOS, L. et al. Reducing cesarean sections at a teaching hospital. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.163 (3), p.1083-8, 1990.
- SCHUITEMAKER, N. et al. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. **Acta. Obstet. Gynecol. Scand.**, v.76, p.332-4, 1997.
- SCHWARTZ, D. **Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes**. 6ª edição. Collection Statistique en Biologie et en Médecine. Ed. Flammarion Médecine Sciences. 1981.
- STAFFORD, R. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. **Jama**. v.263(5), p.683-7, 1990.

- TANAKA, A.C.d'A. Obstetric assistance during labor and childbirth as a perinatal risk factor. **Health Policy and Planning**, v.3 (3), p.245-7, 1988.
- TANAKA, A.C.d'A.; MACIEL, A.A. Condições de nascimento como fator de risco perinatal. In: Congresso Brasileiro de Perinatologia 12º, Rio de Janeiro, 1990, *Resumo*, Rio de Janeiro. Soc.Bras.Ped., p.25, 1990.
- TANAKA, A.C.d'A. Estatísticas de Mortalidade Perinatal. In: 1º Simpósio Franco-Brasileiro de Metodologias de Pesquisa em Saúde Perinatal. Série I.S.M.C.A. v.3, **Anais**, São Paulo. FSP/USP, p.13-20, 1994.
- THIERY, M.; DEROM, R.; BUEKENS, P. Frequency of cesarean deliveries in Belgium. **Biol. Neonate**, v.55, p.90-6, 1989.
- TRANQUILLI, A.L.; GARZETTI, G.G. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: Cesarean section "on maternal request" [Letter]. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.177(1), p.245-6, 1997.
- TROLLE, D. **The History of Cesarean Section**. Copenhagen, University Library. Careitzel Booksellers, 1982.
- TURNBULL, D et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. **Lancet**. v. 348, p.213-18, 1996.
- TURNER, M.J. Delivery after one previous cesarean section. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.176 (4), p.741-4, 1997.
- WEINSTEIN, D. et al. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.174 (1), p.192-8, 1996.
- WHO. Giving Birth Normally. **Safe Motherhood**. nº 20, p.4-8, 1996.

WOLLAST, E.; RENARD, F.; VANDENBUSSCHE, P.; BUEKENS, P.

Detecting maternal morbidity and mortality by traditional birth attendants in Burkina Faso. **Health Policy and Planning**. v.8(2), p.161-8, 1993.

endereço na Internet referentes ao assunto cesáreas:

- ♦ <http://www.parenthoodweb.com/library/csecfact.htm>
- ♦ <http://www.childbirth.org/section/section.html>
- ♦ http://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/cesarean_1.html
- ♦ <http://pregnancy.miningco.com/library/blsection.htm>

ANEXO I

RELAÇÃO DOS CÓDIGOS UTILIZADOS NA CLASSIFICAÇÃO DAS CESÁREAS

(Clínica Obstétrica - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo)

SFA	SOFRIMENTO FETAL
DFU	DISTÓCIA FUNCIONAL
PEV	APRESENTAÇÃO PÉLVICA
DCP	DESPROPORÇÃO CÉFALO-PÉLVICA
DPP	DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA
VIP	VÍCIO PÉLVICO
FLI	FALHA DE INDUÇÃO
OLI	OLIGOAMNIO
GEM	GEMELARIDADE
MAC	FETO MACROSSÔMICO
IEC	IMINÊNCIA DE ECLAMPSIA
FOM	FÓRCIPE MALOGRADO
HTA	HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA e PRÉ-ECLAMPSIA
PDT	PÓS-DATISMO
PPR	PLACENTA PRÉVIA
PRO	PROLAPSO DE CORDÃO
C1A	CESÁREA ANTERIOR (UMA)
C2A	CESÁREA ANTERIOR (DUAS)
C3A	CESÁREA ANTERIOR (TRÊS)
C4A	CESÁREA ANTERIOR (QUATRO)

CATEGORIAS:

- **CESAREAS ANTERIORES** = C1A + C2A + C3A + C4A
- **DISTÓCIA** = DFU + DCP + VIP + FLI + FOM + MAC
- **SFA** = SFA
- **PELVICO** = PEV
- **OUTRAS** = DPP + OLI + GEM + IEC + HTA + PPR + PDT + PRO

ANEXO II**QUESTIONÁRIO** (a ser preenchido pelo auditor)nº

1. DATA:

2. IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE:

nº de atendimento:

RH:

3. QUAL A INDICAÇÃO DA CESÁREA?

CÓDIGO CID ./

4. Teria sido possível evitá-la?

NÃO ☐ (indicação imperativa ex: DPP, placenta prévia, prolapso do cordão, etc.)**SIM** ☐ (nesse caso responda a uma das questões a seguir)

- ☐ Se a paciente tivesse chegado antes na maternidade
- ☐ Se a paciente tivesse tido um melhor acompanhamento pré-natal
- ☐ Se tivéssemos condição de induzir o parto de outra forma com segurança (ex: com o uso de gel de prostaglandinas) = falta de condições técnicas
- ☐ Se pudéssemos fazer a qualquer momento algum exame que nos desse mais informações sobre o estado do feto (ex: pH fetal, L/S, etc.)
- ☐ Não é rotina da equipe
- ☐ outros: especificar _____

ANEXO III

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS AO TRABALHO DE PARTO*

CAUSAS FETAIS

- I. Macrossomia - Peso estimado $\geq 4500\text{g}$, mãe não diabética
- II. Macrossomia - Peso estimado $\geq 4000\text{g}$, mãe diabética
- III. Macrocefalia - Diâmetro Bi-Parietal $\geq 10,5\text{cm}$
- IV. Bloqueio Atrio-Ventricular Total.
- V. Taquicardia Supra-Ventricular Fetal.
- VI. Infecção herpética ativa.
- VII. Malformação fetal considerada indicação de cesárea
- VIII. Gêmeos monoamnióticos
- IX. Gestação múltipla (≥ 3 Fetos)
- X. Posição fetal (Mento-Sacra)
- XI. Monitor cardíaco fetal evidenciando mal-estar fetal agudo ou crônico:
 - Acidose fetal (desacelerações tardias, DIP II, com ou sem taquicardia).
 - Suspeita de dano neurológico no feto; traçado plano de longa duração (sem qualquer tipo de desacelerações).
 - Padrão saltatório da frequência cardíaca fetal
 - Padrão sinusoidal da frequência cardíaca fetal, na ausência de uso de narcóticos na mãe.
 - Bradicardia prolongada.

CAUSAS MATERNAS

- I. Doença materna na qual as condições fisiológicas do Trabalho de Parto ou o tempo necessário para chegar ao parto vaginal causaria danos à mãe e à sua situação de base (Doença pulmonar dependente de Ventilação Mecânica, HELLP Síndrome, DHEG)
- II. Cicatriz uterina de cesárea clássica (vertical), miomectomia com abertura do endométrio.
- III. Inadequação pélvica comprovada por pelvimetria ou tomografia devido a fratura pélvica ou problema ortopédico.
- IV. Doença cervical maligna invasiva.
- V. Suspeita de rotura uterina antes do parto (dor abdominal sobre área de cicatriz uterina prévia, estado fetal incerto, evidência de choque).

* ELLIOT, J.P.; RUSSELL, M.M.; DICKASON, L.A. The labor-adjusted cesarean section rate. A more informative method than the cesarean section "rate" for assessing a practitioner's labor and delivery skills. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.177 (1), p.139-43, 1997.

ANEXO IV

INDICAÇÕES CODIFICADAS DE CESAREAS†**Cesáreas FORA do trabalho de parto****INDICAÇÕES GESTACIONAIS**

Risco Materno Predominante.....	1
(hipertensão, diabetes...)	
Risco Fetal Predominante.....	2
(pós-maturidade, hipotrofia...)	
Associação dos dois (febre, amniorrexe prematura, placenta prévia...)	3

INDICAÇÕES MECÂNICAS**A. Apresentação Cefálica***Indicação Permanente*

Bacia Patológica.....	4
≥ 2 cicatrizes uterina.....	5
Outras dificuldades mecânicas	6
(malformação uterina, cicatriz perineal)	
1 cicatriz + dificuldades mecânicas.....	7
(bacia limite, feto grande)	

Indicação Relativa ou circunstancial

1 cicatriz uterina + dificuldades gestacionais.....	8
---	---

B. Apresentação Pélvica*Indicação Absoluta*

Bacia patológica.....	9
Bacia limite.....	10
≥ 1 cicatriz uterina.....	11

Indicação Relativa

Feto estimado GIG ou PIG.....	12
Associação de fatores Gestacionais.	13

C. Apresentações Distócicas.....14**Cesáreas DURANTE o trabalho de parto****SOFRIMENTO FETAL AGUDO (S.F.A.)**

(bradicardia < 100/min durante 10 min ou mais, ou taquicardia ≥ 180/min)	
S.F.A. puro.....	15
S.F.A. com bacia limite.....	16*
S.F.A. mais fatores gestacionais.....	17

ANORMALIDADES DO TRABALHO DE PARTO (ATP)

Pura (distocia motora primária, parada de dilatação, defeito na progressão).....	18
+ fatores mecânicos (bacia limite ou anomalia de apresentação).....	19.
+ fatores gestacionais.....	20
+ apresentação distócica.....	21
(pélvica incluída)	

ASSOCIAÇÃO DOS DOIS (SFA + ATP)

com uma bacia normal.....	22
com uma bacia limite.....	23*

ÚTERO CICATRICIAL associado a outra anomalia.....24**ITERATIVIDADE (um único antecedente de cesárea, sem nenhuma outra anomalia gestacional nem do parto).....25..**

os códigos * permitem reagrupar as provas de trabalho de parto; **** o código 25** foi adaptado para o Brasil.

† Segundo LEBRUN, F.; AMIEL-TISON, CI.; SUREAU, C. - Arch.Fr.Pediatr. 1985, v.42- pg:391-6 (modificado)

ANEXO V

DADOS A SEREM COLETADOS*

1. CATEGORIA DA GESTAÇÃO

- ÚNICA: CEFÁLICO, PÉLVICO, OU OUTRA POSIÇÃO ANORMAL
- MÚTIPLA

2. PARIDADE

- PRIMÍPARA
- MULTÍPARA: SEM CICATRIZ UTERINA
- MULTÍPARA : COM CICATRIZ UTERINA

3. EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

- ESPONTÂNEO OU INDUZIDO
- CESÁREA FORA DE TRABALHO DE PARTO

4. IDADE GESTACIONAL

- DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO
- ULTRASSONOGRAFIA NO 1º TRIMESTRE

ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

1. POR CATEGORIA DE GESTAÇÃO

- ÚNICA, CEFÁLICO, TERMO
- PÉLVICAS E OUTRAS POSIÇÕES ANORMAIS
- PREMATUROS (<37s), ÚNICAS, CEFÁLICAS
- GESTAÇÕES MÚTIPLAS

2. POR PARIDADE, EVOLUÇÃO, CATEGORIA E GESTAÇÃO

PRIMIPARAS

- FETOS ÚNICOS, CEFÁLICOS E DE TERMO: PARTO ESPONTANEO, INDUZIDO OU CESÁREA FORA DE TRABALHO DE PARTO
- DEMAIS: PARTOS PÉLVICOS, GRAVIDEZ MÚTIPLA, POSIÇÃO ANÔMALA E PARTO PREMATURO

MULTÍPARAS

- FETO ÚNICO, CEFÁLICO E DE TERMO
COM E SEM CICATRIZ UTERINA PRÉVIA
- DEMAIS
PÉLVICO, GRAVIDEZ MÚTIPLA, POSIÇÃO ANÔMALA E TRABALHO DE PARTO PREMATURO COM OU SEM CICATRIZ UTERINA

* ROBSON, M.S.; SCUDAMORE I.W.; WALSH S.M. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.174 (1), p.199-205, 1996.