Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo

Cláudia de Azevedo Aguiar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo
2012

Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo

Cláudia de Azevedo Aguiar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Ana Cristina d'Andretta Tanaka

São Paulo
2012

Dedico este estudo...

À minha amada família, a quem devo esta e outras conquistas,
fruto de nossa resiliência.

A Marcelo Máximo: incentivador, amigo, cúmplice,
professor, aluno, esperança, dor, luz...
meu grande amor.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª *Ana Cristina d'Andretta Tanaka*, pela confiança, solicitude e por todos os ensinamentos. Orgulho-me ter sido orientada por alguém de tamanha coerência, sabedoria e humanidade.

À Profª Drª *Roselane Gonçalves*, exemplo de parteira, de professora e de amizade. Obrigada por sua presença durante meus primeiros passos acadêmicos e em todos os seguintes.

Às professoras *Nádia Zanon*, *Simone Diniz, Ruth Osava*, *Natalúcia Araújo*, e, especialmente, à professora e amiga *Jacqueline Brigagão*.

Às minhas queridas amigas *Mariana Viginotti*, *Luciana Gomes*, *Jussara Santos*, *Rosiane Alencar*, *Danielle* e *Giselle Silva*.

Ao *curso de Obstetrícia* da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.

À *Faculdade de Saúde Pública.*

Às mães e bebês que fizeram parte desse trabalho.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já têm a forma do nosso corpo,
e esquecer os caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares.
É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

Aguiar CA. Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011.

Introdução - As práticas obstétricas têm sido determinadas pela noção de risco, resultando em altas taxas de intervenções intraparto e de cesarianas no país. As indicações desta cirurgia não têm seguido um critério clínico-obstétrico fundamentado nos diferentes cenários de assistência, reduzindo o seu potencial protetor. **Objetivos -** Identificar e comparar as indicações de cesarianas intraparto em mulheres de baixo risco, a partir da assistência e das intercorrências que antecederam o nascimento, em dois modelos de assistência (Centro de Parto Normal e Centro Obstétrico); e caracterizar os locais de estudo quanto à equipe de saúde, às práticas protocolares e à estrutura física para assistência à mulher e ao bebê. **Métodos -** Estudo transversal, realizado por coleta de dados secundários, em dois hospitais públicos de São Paulo. Foram incluídas no estudo 158 parturientes de baixo risco submetidas à cesariana intraparto, em 2010. Para análise dos dados, estimou-se a *Odds Ratio*. **Resultados -** Os achados foram discutidos à luz da Medicina Baseada em Evidências. Os melhores resultados estiveram associados ao Hospital que dispõe de Centro de Parto Normal, com significância estatística na internação oportuna da parturiente, na presença de um acompanhante, no uso de partograma e nos métodos não farmacológicos para alívio das dores. Constataram-se alguns registros de práticas obstétricas realizadas de modo questionável em ambas as instituições, como uso de ocitocina e de amniotomia. Quanto às intercorrências, as mais frequentes foram: sofrimento fetal, presença de mecônio, distocia funcional e desproporção céfalo-pélvica, embora parte dessas indicações tenha divergido dos achados registrados no decorrer do trabalho de parto. **Considerações finais**: Fragilidades nas práticas obstétricas estiveram presentes em ambas as instituições, embora o Hospital com Centro de Parto Normal tenha demonstrado assistência menos restritiva e mais personalizada às mulheres. Evidenciou-se a presença de intervenções desnecessárias, com vistas à aceleração do trabalho de parto, o que demonstra resistência dos profissionais e das instituições às evidências científicas, bem como às recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Descritores: Cesáreas; Trabalho de Parto; Assistência à Saúde; Salas de Parto.

ABSTRACT

Aguiar CA. Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo./Obstetric practices and the question of intrapartum caesarean section in public health system of São Paulo [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

Background - The obstetrical practices have been determined by the notion of risk, resulting in high rates of intrapartum interventions and cesarean sections in the country. The recommendations of this surgery have not followed a well-founded clinical and obstetric criterion in different assistance scenarios, reducing its protective potential. **Objectives –** Identify and compare the recommendations for intrapartum caesarean sections in women with low-risk pregnancies from the assistance and the events that preceded the birth, in two models of care (Center for Childbirth and Obstetric Center); and characterize the study sites regarding the health team, protocol practices and the structure to assist the woman and the baby. **Methods -** A cross sectional study carried out by secondary data collection in two public hospitals in São Paulo. The study included 158 pregnant women with low-risk pregnancies, submitted to intrapartum cesarean section in 2010. For data analysis, we estimated the *Odds Ratio*. **Results –** The findings were discussed from the Evidence-Based Medicine. The best results were associated with a hospital that has a Childbirth Center, with statistical significance in the timely admission of the mother, in the presence of a companion, the use of partogram and non-pharmacological methods for pain relief. There were records of obstetrical practices in a way questionable in both institutions, such as use of oxytocin and amniotomy. As for complications, the most frequent were: fetal distress, meconium, functional dystocia and cephalopelvic disproportion, although part of these records have diverged from findings reported in the course of labor. **Conclusion:** Weaknesses in obstetric practices were present in both institutions, although the Hospital Childbirth Center has demonstrated a more personalized and less restrictive care to women. It was noted the presence of unnecessary interventions, aiming at the acceleration of labor, which shows resistance of professionals and institutions to the evidence-based medicine, and also to the recommendations and guidelines of the Ministry of Health and World Health Organization.

Descriptors: Cesarean Section; Labor; Delivery of Health Care; Delivery Rooms.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 11
1.1. O FISIOLÓGICO E O PATOLÓGICO NO PARTO E NASCIMENTO 11
1.2. AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS 13
1.3. A QUESTÃO DAS CESARIANAS 15
1.3.1. Cesarianas: implicações à saúde da mãe e do filho 21
1.4. CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL 23
1.5. A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS 25
2. OBJETIVOS 29
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 30
3.1. DESENHO DO ESTUDO 30
3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO 31
3.2.1. Critérios de inclusão e exclusão 31
3.2.2. Amostra 31
3.3. FONTE DE DADOS 34
3.3.1. Coleta 34
3.3.2. Instrumentos 35
3.3.3. Variáveis do estudo 35
3.3.4. Definições e classificações de termos utilizados no estudo 37
3.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 41
3.5. ASPECTOS ÉTICOS 42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 44
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTUDO 44
4.1.1. O H.CPN 44
4.1.2. O H.CO 48
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA 52
4.3. ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA 57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 90
REFERÊNCIAS 94
ANEXO I 103
ANEXO II 107
ANEXO III 108
ANEXO IV 109
ANEXO V 107
ANEXO VI 108
ANEXO VII 109
CURRICULOS LATTES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de parturientes do H.CPN e do H.CO, segundo as características sócio-demográficas 54

Tabela 2 – Distribuição de parturientes do H.CPN e do H.CO segundo as características obstétricas 56

Tabela 3 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo o estágio do trabalho de parto no ato da internação 57

Tabela 4 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto 60

Tabela 5 – Forma de utilização do partograma, segundo a instituição de saúde 62

Tabela 6 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a ocasião de administração de ocitocina 64

Tabela 7 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a adequação do uso de ocitocina 66

Tabela 8 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a ocasião do uso da amniotomia 68

Tabela 9 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo o uso de métodos não farmacológicos para alívio das dores 70

Tabela 10 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, submetidas a métodos não farmacológicos para alívio das dores, segundo a quantidade de técnicas registradas em cada prontuário 72

Tabela 11 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a prescrição da dieta 74

Tabela 12 – Distribuição de indicações de cesarianas, segundo a instituição de saúde 77

Tabela 13 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a convergência entre a indicação referida da cesariana e os registros da evolução do trabalho de parto 78

Tabela 14 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo registro da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) em cardiotocografia ou sonar ..81

Tabela 15 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a presença de mecônio durante o trabalho de parto 83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Amostra da população do H.CPN 32

Figura 2 – Amostra da população do H.CO 33

Figura 3 – Métodos não farmacológicos para alívio das dores utilizados, segundo a instituição de saúde 72

Figura 4 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por sofrimento fetal e a presença de registros de FCF alterada 81

Figura 5 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por distocia funcional e a presença de registros na evolução do trabalho de parto que caracterizam esta intercorrência 85

Figura 6 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por desproporção céfalo-pélvica e a presença de registros na evolução do trabalho de parto que caracterizam esta intercorrência 88

SIGLAS UTILIZADAS

CO – Centro Obstétrico

CPN – Centro de Parto Normal

CTG – Cardiotocografia

DCP – Desproporção céfalo-pélvica

DPP – Data provável do parto

DUM – Data da última menstruação

FCF – Frequência cardíaca fetal

H.CO – Hospital com Centro Obstétrico

H.CPN – Hospital com Centro de Parto Normal

IG – Idade gestacional

IC – Intervalo de Confiança

MBE – Medicina Baseada em Evidências

OR – *Odds Ratio*

PA – Pronto atendimento

PPP – Pré-parto, parto e pós-parto

PS – Pronto socorro

SAME – Serviço de arquivo médico e estatística

1. INTRODUÇÃO

1.1. O FISIOLÓGICO E O PATOLÓGICO NO PARTO E NASCIMENTO

Duas grandes racionalidades têm norteado as compreensões acerca do parto e nascimento. Uma entende este processo como fisiológico; a outra o entende como fenômeno potencialmente arriscado e, portanto, patológico. Estas racionalidades se configuraram a partir das mudanças científicas e socioculturais concernentes à assistência à saúde, transcorridas, sobretudo, no último século.

Os cuidados relativos ao parto foram, por muito tempo, prestados por parteiras, comadres ou aparadeiras, no âmbito domiciliar. Com o advento da medicina enquanto campo científico, parto e nascimento foram incorporados (estudados e assistidos) por esta arte e, no Brasil, a partir do início no século XX, foram institucionalizados (BRENES, 1991; RATTNER, 2009).

No momento em que gestantes e parturientes foram transferidas para os hospitais - ambiente de enfermos, conduzido por quem detém o saber sobre a enfermidade – houve importante redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal, mas o que era fisiológico para a maior parte das mulheres passou a ser visto como uma experiência vulnerável em função do risco iminente de intercorrências e, portanto, tornou-se dependente de cuidados médicos (RATTNER, 2009).

Como cita BRENES (1991), a introdução da medicina no espaço obstétrico inaugurou a “experimentação clínica articulada com o discurso

anátomo-patológico", centrando sua atuação sobre o corpo da mulher (com enfoque biológico) e buscando algum sinal que indicasse risco à vida materna e à vida fetal (p.135).

A concepção de risco - probabilidade que algo não desejado ocorra – adquiriu força no final do século XX, passando a representar um influente discurso na saúde. Sua compreensão ganhou enfoques quantitativo e qualitativo, de forma que o risco fosse caracterizado também pelo seu nível de gravidade: alto, médio e baixo (SARUE *et al*, 1984).

Os conceitos de risco alicerçaram-se na teoria de que é possível mensurar a probabilidade de ocorrência de algo. Com isto, os fatores associados ao evento (intercorrência/doença) poderiam ser identificados e a ocorrência do evento controlada (SARUE *et al*, 1984).

Na assistência obstétrica, gestação, parto e puerpério passaram a ser classificados como baixo e alto risco, isto é, inexistiam mulheres, bebês e fetos não vulneráveis à intercorrências. Como consequência, manuais técnicos, livros médicos, protocolos institucionais e as tecnologias desenvolvidas para o parto e nascimento passaram a fazer referência à mensuração dos níveis de risco.

Para ALVARENGA (1987):

> ...o que na realidade temos é a existência de uma série de propostas de mensuração dos níveis ou graus de risco buscando subsidiar processos de intervenção na prática institucional, mas praticamente desvinculadas de um conhecimento real do objeto, isto é, das probabilidades de ocorrência de determinados danos. E o que é mais grave: a partir de probabilidades idealizadas, portanto, fictícias e ahistóricas, esses instrumentos de mensuração passam, com seus resultados, a 'fundamentar' e a 'justificar' processos típicos de intervenção, que não atendem às necessidades concretas de saúde da população mais sim ao jogo de interesses de natureza política, econômica ou ideológica, definidos à margem do setor de saúde, isto é, no interior da sociedade inclusiva. (p. 21)

Os conceitos de riscos materno, fetal e perinatal, tal como colocam TANAKA e ALVARENGA (1999), tornaram-se parte do eixo estruturador do pensamento clínico-obstétrico.

A patologização do parto e nascimento, fruto dos usos e abusos da noção de risco, na medida em que foi incorporada ao discurso hegemônico obstétrico, perpassou os valores culturais de diversas sociedades, ganhando grande aceitação e, portanto, determinando as práticas assistenciais, como é o caso do Brasil.

1.2. AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS

No ocidente, a história recente da assistência ao parto foi consolidada a partir de dois modelos polares de assistência, chamados por RATTNER e TRENCH (2005) de “paradigma europeu” e “paradigma americano” (p.65). No europeu, há a valorização da fisiologia e do bem-estar materno e perinatal, por meio do uso parcimonioso e apropriado das tecnologias e das intervenções. O parto, neste contexto, ocorre nos domicílios ou em casas de parto, ficando os hospitais designados para os casos em que, comprovadamente, há a presença ou o prenúncio de complicações materno-fetais. Enquanto que o paradigma americano está pautado pela institucionalização e tecnologização do parto, pelo emprego excessivo de intervenções e por práticas que atendem, na maior parte das vezes, à conveniência dos profissionais de saúde.

O modelo americano teve grande influência dos trabalhos de K. O’Driscoll, a partir da década de 1960. O´Driscoll, visando prevenir o trabalho

de parto prolongado, entendido por ele como patológico, propôs algumas medidas que chamou de *pacote para o manejo ativo do trabalho de parto*, para que a mulher desse à luz no menor tempo possível. Objetivava, em sua teoria, garantir o bem estar materno e fetal e reduzir o número de cesarianas. (O'DRISCOLL, 1969).

O manejo ativo incluía critérios rigorosos para o diagnóstico do início do trabalho de parto, com base na avaliação da mulher. Uma vez diagnosticado o trabalho de parto, tanto amniotomia como ocitocina deveriam ser imediatamente empregadas para melhorar ou acelerar o andamento do trabalho de parto, aumentando, assim, a intensidade e a frequência das contrações uterinas. Durante a primeira fase do traballho de parto, a taxa aceitável de progresso foi fixada em 1 cm de dilatação cervical por hora e durante o progresso da segunda fase, foi medido em termos de descida e rotação posterior da cabeça (BROWN *et al,* 2009).

No entanto, estudos posteriores que avaliaram o manejo ativo do trabalho de parto, a exemplo de PEACEMAN *et al* (1993) e THORNTON e LILFORD (1994), questionaram a efetividade e segurança de tais medidas de intervenção. A desvantagem do manejo ativo, segundo estes e outros estudos, estaria relacionada à necessidade de mais interferências sobre o trabalho de parto, resultando em um processo de nascimento mais medicalizado, altamente monitorizado, em que as mulheres têm menos ou nenhum controle e participação (BROWN *et al*,2009).

Outro fator que incita atenção no manejo ativo do trabalho de parto é o que se denomina "cascata de intervenções". Trata-se de uma prática mal aplicada, que necessita de outras ações interventivas para sua correção. Um

exemplo clássico desse fenômeno é a amniotomia precoce combinada ao excesso de toques vaginais, os quais requerem o uso de antibioticoterapia em função da exposição materna e fetal à infecção ascendente. TRACY *et al* (2007) relatam que a grande queda nas taxas de parto vaginal observadas nas últimas décadas está diretamente relacionada à cascata de intervenções intraparto.

O modelo de assistência prevalente no Brasil segue o paradigma americano (RATTNER e TRENCH, 2005) influenciado por O'Driscoll, o que tem conferido ao país resultados maternos e perinatais muito aquém do desejado e esperado, a exemplo dos altos índices de cesariana, da medicalização excessiva no parto e da assistência desumanizada presente nas instituições de saúde.

Em um contexto de excesso de intervenções, em que a noção de risco obstétrico se faz fortemente presente, inclusive em gestantes caracterizadas como baixo risco, as cesarianas intraparto podem ser justificadas.

1.3. A QUESTÃO DAS CESARIANAS

Le foetus sort vivant, sans franchir le pelvis.
O feto sai vivo, sem passar pela pélvis.

Neste pequeno verso de lenda francesa, ilustra-se a história de um famoso touro que abriu a barriga de uma mulher grávida de tal maneira, que o bebê nasceu vivo sem passar pela pelve. Na mitologia grega, Esculápio, o Deus da Medicina, nasceu quando seu pai, Apolo, cortou o abdome da amada

Coronis, depois desta ter sido morta por infidelidade. O procedimento também é retratado em antigas gravuras chinesas. No “Épico dos reis”, que narra a história de heróis do Irã pré-islâmico, escrito por volta de 1000 d.C., há uma descrição em detalhes de um “nascimento por cima”. Estes exemplos ilustram que, possivelmente, a prática da cesariana é uma das intervenções de urgência mais antigas de que se tem conhecimento, geralmente realizada pós-morte (ODENT, 2004; TANAKA, 1995).

Os avanços científicos e as habilidades médicas, somados ao desenvolvimento nos campos da assepsia, anestesia, hemoterapia, antibioticoterapia e cirurgia promoveram o domínio sobre a operação cesariana (TANAKA, 1995). Sua incisão clássica era vertical e de grande extensão, partindo de dois centímetros acima do umbigo, até dois centímetros acima do osso pubiano. Por razões diversas, tal procedimento era feito como último recurso, pois oferecia grandes riscos maternos e fetais. A partir das décadas de 1940 e 1950 a técnica foi aprimorada, difundindo-se rapidamente a partir de 1960, por oferecer melhor aspecto e maior segurança, graças à associação com novos anestésicos e antibióticos. A incisão passou a ser horizontal e realizada em segmento inferior, isto é, logo acima dos pêlos pubianos. Desde então, a cesariana tem sido aperfeiçoada, tornando-se o procedimento cirúrgico mais realizado em todo o mundo (ODENT, 2004).

No entanto, o aumento crescente deste procedimento, a partir de meados do último século, tem causado uma acalorada discussão no meio científico e popular, sobretudo em função de suas vantagens, custos, indicações e implicações (CECATTI *et al*, 1999).

De “magnífica operação de salvamento” (ODENT, 2004), a cesariana transformou-se, para muitas mulheres e profissionais, em um procedimento comum, e uma das vias possíveis de nascimento do bebê, sem que sejam considerados os aspectos relativos à sua segurança. Com isto, o Brasil apresenta, atualmente, um dos maiores índices de cesarianas do mundo, tendo apresentado em suas estatísticas um aumento de mais 160% na ocorrência deste procedimento cirúrgico nos últimos 40 anos (CARNIEL *et al*, 2007).

Em 2010, segundo o DATASUS (2011), 52,3% dos nascimentos no Brasil, tanto na rede pública como na saúde suplementar, ocorreram por cesariana. Cabe lembrar que este percentual está muito acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (10-15%), fundamentado no número esperado de gestantes que tendem a apresentar alguma intercorrência (WHO, 1985).

Os critérios técnicos, segundo CARNIEL *et al* (2007), não têm justificado as altas taxas de cesarianas no país. Ao contrário, existe uma associação entre a indicação desta cirurgia com diversos outros fatores não-clínicos, tais como:

- Fatores socioeconômicos, como alta escolaridade materna, maior poder aquisitivo e seguro privado de saúde;
- Características demográficas e reprodutivas, como idade materna e cesariana prévia;
- Fatores relacionados aos serviços de saúde, como partos realizados na rede privada, por conveniência médica, por falta de capacitação profissional, por admissão precoce da gestante na ocasião do parto, por vontade e desejo da gestante, por fatores institucionais e por mudanças nas práticas obstétricas.

As cesarianas são classificadas em eletivas, quando realizadas antes da deflagração do trabalho de parto, e de urgência, quando realizadas no intraparto. Em termos de risco, a cesariana intraparto tem sido apontada como a mais preocupante, em comparação à cesariana eletiva (MARTINS-COSTA e RAMOS, 2005). Este dado tem justificado a defesa clínico-cirúrgica em favor da cesariana à escolha, bem como pode influenciar algumas indicações desta cirurgia. No entanto, trata-se de um discurso reducionista, uma vez que, como citam estes autores, estudos têm mostrado que o parto vaginal está associado à maior segurança e aos melhores resultados maternos.

Discorre-se sobre a existência de indicações de cesariana absolutas e discutíveis (relativas). As indicações absolutas são raras, como prolapso de cordão umbilical, placenta prévia verdadeira, posição fetal transversa, apresentação fetal defletida persistente, descolamento prematuro de placenta e parada cardiorrespiratória materna (ENKIN *et al*, 2005; CUNNINGHAM *et al*, 2000; ODENT, 2004).

As indicações discutíveis ou relativas incluem: desproporção céfalo-pélvica, posição pélvica, líquido amniótico meconial, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora, distocia funcional, gemelaridade e gestação prolongada - acima de 42 semanas (ENKIN *et al*, 2005; CUNNINGHAM *et al*, 2000; ODENT, 2004).

Segundo ENKIN *et al* (2005), há grandes diferenças no emprego da cesariana, sugerindo que os obstetras e as sociedades em que estes atuam têm diferentes diretrizes práticas e expectativas em relação à sua indicação.

A frequência e a eficácia da cesariana devem estar associadas à menor morbidade e mortalidade possível. Do contrário, constituir-se-á um paradoxo.

ALTHABE e BELIZÁN (2006), citando dois grandes estudos observacionais realizados em países em desenvolvimento, avaliaram a associação entre as taxas de cesariana com a morbimortalidade materna e neonatal. Ambos os estudos não registraram reduções desses indicadores quando a frequência de cesariana foi superior a 15%. Outro dado encontrado nesses estudos revela o aumento da morbidade quanto maior se mostrava a taxa de intervenção.

Estes mesmos autores concluem que, até que pesquisas demonstrem novas evidências, uma frequência de cesarianas entre 5% e 10% parece conseguir os melhores resultados, enquanto que taxas menores que 1% ou superiores a 15%, possivelmente resultarão em maiores danos maternos e perinatais.

Na África subsaariana, a razão de morte materna chegou a 1500:100 mil nascidos vivos[1]. Isto é fruto, dentre outros motivos, da falta de assistência de profissionais qualificados (5% a 20% dos partos, apenas, são assistidos por parteiras qualificadas nesses locais) e, consequentemente, de um número absolutamente baixo de cesarianas: menos de 1%. (ALTHABE e BELIZÁN, 2006).

Exemplificando o contraponto do paradoxo das cesarianas, CECATTI *et al* (1999) relatam o clássico exemplo da evidência que derrubou os argumentos da hipótese de que morbimortalidade perinatal estava também associada com a via de parto; na Irlanda houve marcada redução da mortalidade perinatal nas últimas décadas, mantendo constantemente baixas as taxas de cesariana, ao contrário do que acontecera nos EUA. Esses autores acrescentam, ainda:

---

[1] Em países desenvolvidos, a razão de morte materna é abaixo de 10:100 mil nascidos vivos (SOUZA *et al*, 2006).

> Esse fato, de maneira nenhuma isolado, a exemplo do que aconteceu em diversos outros países europeus, permitiu a demonstração de que essa relação de causa e efeito não passava, utilizando terminologia epidemiológica, de falácia ecológica. Além disso, há outros exemplos de situações em que países com taxas elevadas de cesárea apresentam ainda altas cifras de mortalidade perinatal, como é o caso de Porto Rico e Brasil (p.239).

Desta forma, considerando que o Brasil, exemplo desse paradoxo, apresenta um grande índice de cesarianas, mas, igualmente, de mortes maternas e perinatais, algumas iniciativas recentes foram instituídas a fim de incentivar o parto normal e, consequentemente, melhorar os índices vitais brasileiros.

Em 2004, o governo brasileiro lançou o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo em vista o desafio de promover a maternidade segura e atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 5 para redução de 75% da mortalidade materna e neonatal até 2015 (DINIZ, 2009). Dentre as estratégias do pacto está o apoio à criação de Centros de Parto Normal (MS, 2004).

Em 2008, O Ministério da Saúde iniciou uma campanha nacional para incentivo ao parto normal, com o *slogan* "*Parto Normal. Deixe a vida acontecer naturalmente*". Propagandas, cartazes e folders foram veiculados na TV e internet, afixados e distribuídos nos serviços de saúde. Tinha como público alvo não só as mulheres e seus familiares, mas também os profissionais de saúde, atentando para a relação direta entre os melhores resultados maternos e perinatais e o baixo índice de cesarianas.

No atual governo federal, a Rede Cegonha – estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS -, busca garantir às mães e bebês, dentre

outras medidas, o parto e o nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção (MS, 2012).

No âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007) também iniciou há poucos anos um discreto movimento em favor do parto normal. Nele, reconhece o abuso das cesarianas, sobretudo as eletivas, por aumentarem o risco de complicações e de morte à mulher e ao recém-nascido.

Como se observa, a discussão acerca dos abusos da cesariana tomou grandes proporções no âmbito acadêmico e político, mas ainda incita desafios diversos com vistas à diminuição dos riscos maternos e perinatais.

1.3.1. Cesarianas: implicações à saúde da mãe e do filho

Não há dúvidas sobre a importância da cesariana. Trata-se de uma tecnologia apropriada para o manejo de complicações obstétricas específicas, que requerem a interrupção da gestação para a preservação da saúde materna e fetal (MS, 2001). No entanto, existe a falsa sensação de segurança absoluta da cesariana em relação à saúde do binômio mãe e filho.

Isoladamente, a cesariana apresenta riscos específicos de intercorrências “associadas à sua indicação e realização, como infecções, embolia pulmonar, acidentes anestésicos, hemorragias, acretismo placentário e outras” (CECATTI et al, 1999, p.246).

A morbidade materna após cesariana não foi estudada de forma sistemática tal como foi a mortalidade materna associada à cirurgia. No entanto, trata-se de uma questão importante. A infecção pós-operatória parece suceder a cesariana em pelo menos uma a cada cinco mulheres. “As infecções graves, como abscesso pélvico, choque séptico e tromboflebite venosa pélvica séptica, não são raras” (ENKIN *et al*, 2005, p.218).

Para o neonato, os riscos iminentes são: o nascimento pré-termo, a síndrome da angústia respiratória e diversas outras intercorrências, como hipoglicemia e sepse neonatal, desencadeadas em função de maior necessidade de internação do recém-nascido em terapia intensiva (CLARK *et al*, 2009)

A longo prazo, ODENT (2004) relata um estudo finlandês que pesquisou os riscos de asma entre adultos. Os resultados demonstraram que aqueles que haviam nascido por cesariana tinham um risco 3,23 vezes maior de ter asma, quando comparados com os indivíduos que haviam nascido via parto vaginal.

Ao binômio mãe e filho, fala-se da dificuldade de cuidados ao bebê e auto-cuidado materno, bem como de dificuldades na amamentação após o nascimento, haja vista as limitações motoras da mãe pós-anestesia. Além disso, verifica-se um impacto sobre o vínculo com o bebê, em função da recuperação mais lenta da mãe (MS, 2001).

1.4. CENÁRIOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Em 2009, aproximadamente 99% dos partos no Brasil ocorreram em hospitais e outras instituições de saúde (DATASUS, 2011).

Existem dois cenários institucionais de assistência ao parto no país, com algumas variações administrativas e/ou estruturais: os Centros Obstétricos e os Centros de Parto Normal. Ambos estão inseridos, principalmente, em hospitais gerais e maternidades.

Os Centros Obstétricos (C.O.) estão acoplados ao Centro Cirúrgico dos hospitais. Neles, realizam-se partos normais, partos vaginais instrumentais, cesarianas e curetagens. Estes centros estão separados do pré-parto e do pós-parto que, por sua vez, em geral, são coletivos.

Tradicionais, os C.O. dispõem de uma mesa obstétrica com finalidade cirúrgica, restringindo as parturientes à posição litotômica (decúbito dorsal horizontal), o que tem se constituído como inapropriado nos casos de parto normal.

Já os Centros de Parto Normal foram regulamentados pela Portaria GM 985/1999, que prevê a garantia do acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde em sua plena universalidade, por meio de ações que busquem a redução da mortalidade materna e perinatal por causas evitáveis (MS, 1999).

Os CPN, segundo a portaria citada, são definidos como unidades de saúde autônomas ou anexas ao hospital de referência, que assistem de forma humanizada e com qualidade os partos normais sem distocias, isto é, têm como público alvo gestantes e parturientes categorizadas como “baixo risco

obstétrico”. Devem funcionar em parceria com o nível de referência secundário para atendimento às emergências (MS, 1999).

O grande diferencial dos CPN é sua planta física. As salas unificadas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), possibilitam à mulher maior privacidade e liberdade. Além disso, dispõem de banheiros individuais (alguns com banheiras), para alívio das dores, bem como dispõem de algumas ferramentas que podem melhorar o desconforto materno, como bolas de fisioterapia para massagem perineal, som ambiente, banquinhos próprios para o parto e uma cama PPP. Esta permite à mulher outras variedades de posição, além da semi-sentada.

Uma unidade de reanimação neonatal deve ser estruturada com todos os materiais de rotina e de emergência necessários para assistência e reanimação do recém-nascido.

Os CPN devem contar, ainda, com uma equipe mínima obrigatória de um enfermeiro obstétrico e/ou obstetriz, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais e um motorista de ambulância. Esta equipe pode ser complementada com um médico pediatra ou neonatologista e uma parteira tradicional (MS, 1999).

Em recente revisão sistemática da *Cochrane*, HODNETT *et al* (2010), compararam os CPN (que chamaram de alternativos) com os centros obstétricos tradicionais. Concluíram que o modelo alternativo foi associado com risco reduzido de intervenções médicas, aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo, aumento da satisfação materna, maior probabilidade de amamentação após o parto e sem riscos aparentes para a mãe e bebê.

No entanto, é preciso considerar que, para além das paredes pintadas, o local para ser dado à luz um bebê deve ser composto por profissionais respeitosos, qualificados e, acima de tudo, dispostos a promover os ideais políticos e sociais voltados ao parto normal. Conforme citam GONÇALVES *et al* (2011), “devem ser garantidos o fortalecimento e a manutenção do modelo de assistência ao parto que atenda os preceitos do humanismo e aqueles relativos ao uso racional e seguro das tecnologias disponíveis” (p.69).

Neste contexto, dosar as práticas obstétricas e as tecnologias disponíveis, por meio de estudos validados, tal como faz a Medicina Baseada em Evidências, torna-se uma forma de salvaguardar o bem estar materno e perinatal.

1.5. A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

> Nem sempre as condutas clínicas aparentemente adequadas são de eficácia comprovada, e elas devem ser questionadas à luz das melhores evidências disponíveis no momento (GOMES, 2001).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) tem origens filosóficas em Paris, no século XIX (SACKETT *et al*, 1996). Estruturou-se, principalmente, a partir da década de 1980, com o movimento epidemiológico-clínico (CASTIEL e PÓVOA, 2001).

“Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados” (p.11), vendo-se, portanto, a necessidade de explicitar, minimizar e controlar os conhecimentos tendenciosos por meio de

iniciativas que pudessem sintetizar o conhecimento científico menos enviesado (DINIZ, 2010[2]; DINIZ e DUARTE, 2004).

Em 1974, Iain Chalmers conduziu a primeira iniciativa de avaliação crítica e síntese de evidências em saúde perinatal e, em dez anos, mobilizou colaboradores em todo o mundo de diversas especialidades e diversas áreas para avaliar cerca de 3 mil estudos. Assim, em 1989, este documento foi publicado, com o título de 'Guia para o cuidado efetivo na gravidez e parto'. Esta síntese foi difundida mundialmente em 1996, em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (DINIZ, 2010[1])

No que se refere à assistência ao parto, há, neste guia, quatro categorias de práticas recomendadas e que devem ser periodicamente revisadas pela ciência. A primeira diz respeito às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, como os métodos não farmacológicos para alívio das dores, a presença de acompanhante e o estímulo a posições não supinas. A segunda categoria se refere às práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para a sua adoção e, assim, devem ser utilizadas com cautela, até que novas pesquisas clarifiquem sua utilidade. Na terceira categoria, estão as práticas que frequentemente são utilizadas de modo inadequado, como o jejum durante o trabalho de parto, a amniotomia precoce e o uso de ocitocina. Finalmente, a quarta categoria faz referência àquelas práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que, por isto, devem ser eliminadas, como a realização liberal de cesarianas (OMS, 1996).

A crítica ao conhecimento e valorização do melhor disponível a ser oferecido ao paciente fundamentam a MBE. Seus preceitos estão alicerçados

---

[2] Diniz CSG. Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos? In: Paiva V, França Jr I, Ayres JR. Prevenção do HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. No prelo, 2010.

em pesquisas consistentes, preferencialmente as pesquisas clínicas (GOMES, 2001).

A MBE reduz as incertezas e as condutas aleatórias da prática clínica, tornando as decisões médicas mais seguras e custo-efetivas, isto é, propõe-se a minimizar os erros e aumentar a qualidade da assistência (GOMES, 2001)

As evidências mais fortes são aquelas que advêm de revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos, socializados por meio de bancos de dados especializados. Uma dessas iniciativas é a Colaboração *Cochrane*, que busca, por meio de revisões, sistematizar a produção científica, priorizando estudos clínicos randomizados. O grupo de gravidez e parto da *Cochrane* realiza importantes trabalhos de reanálise das práticas assistenciais, com vistas à busca de maior segurança à saúde da mulher e do bebê.

Conforme citam SACKETT et al (1996), a literatura acerca da MBE tem se propagado de forma crescente, atingindo inclusive a mídia leiga. No entanto, este entusiasmo tem causado algumas reações críticas, como a possibilidade deste movimento se constituir como uma ferramenta “arrogante”, que visa à redução de custos assistenciais e a supressão da liberdade clínica.

A evidência pode nortear mas jamais substituir a perícia clínica individual sobre cada paciente/cliente. Porém, a MBE é a melhor estratégia para sistematizar em que proporções a decisão clínica tomada a um único paciente poderá ser generalizada aos demais (SACKETT *et al*, 1996).

Não se pretende fazer da MBE um saber absoluto ou uma verdade soberana. Supervalorizá-la em detrimento da relação médico-paciente/cliente é um erro. A MBE não dispõe de todas as respostas às questões relacionadas à saúde; a própria ciência tem discutido as chamadas “incertezas”, que

demonstram as limitações das pesquisas. No entanto, como colocam ENKIN *et al* (2005), as evidências de comparações bem controladas são, hoje, as melhores bases disponíveis, uma vez que podem também apontar as práticas inúteis e prejudiciais.

Para além de um movimento científico-cartesiano, a MBE se mostra uma importante estratégia com vistas à segurança e ao bem-estar dos indivíduos. No caso da obstetrícia, pode reavaliar práticas que submetem mulheres, bebês e familiares a situações de angústia, medo, solidão, passividade, dor, risco e morte.

BERER (2008) ressalta que mesmo após décadas e diante de uma grande variedade de pesquisas desenvolvidas acerca do parto e nascimento, ainda se mostram presentes as dificuldades de implementação de práticas baseadas em evidências. A prática liberal de cesarianas, a exemplo, configura-se como um sinalizador dessas dificuldades.

Diante do exposto, o presente estudo considera que a cecariana intraparto é um bom indicador da saúde materna e perinatal e um bom indicador da qualidade da assistência obstétrica.

Desta forma, considerando o número reduzido de pesquisas que exploram as cesarianas intraparto realizadas em mulheres de baixo risco obstétrico no SUS, este estudo busca responder: Que impacto têm as práticas obstétricas sobre as indicações de cesarianas intraparto? O modelo de assistência (CPN e CO) favorece práticas obstétricas baseadas em evidências científicas?

2. OBJETIVOS

- Identificar as indicações de cesarianas intraparto em mulheres de baixo risco obstétrico, a partir da assistência e das intercorrências que antecederam o nascimento.

- Comparar a assistência que antecedeu a indicação de cesariana intraparto, em dois modelos de assistência (Centro de Parto Normal e Centro Obstétrico).

- Caracterizar os locais de estudo quanto à equipe de saúde, às práticas protocolares e à estrutura física para assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal realizado em dois hospitais-maternidades públicos localizados na zona leste do município de São Paulo. Em um dos hospitais, a assistência às gestantes de baixo risco é realizada em Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, e no outro, exclusivamente, em Centro Obstétrico tradicional. Neste estudo, os referidos hospitais serão denominados, respectivamente, de Hospital com Centro de Parto Normal (H.CPN) e Hospital com Centro Obstétricos (H.CO).

A escolha dos referidos hospitais foi definida tendo em vista a região em que se localizam, a estrutura física para assistência ao parto, apresentação de boa demanda de partos e por serem referências na região.

A zona leste é a região mais populosa de São Paulo; possui cerca de 4 milhões de habitantes (37% da população do município). Grande parte da região sofre com a carência de serviços de saúde, educação, saneamento básico, transportes e lazer, devido à ocupação desordenada e às más políticas de administração pública. A região possui pontos críticos, em que o agravamento das condições sociais culmina em significante degradação das condições de vida dos moradores. Trata-se de um contexto onde a exclusão social aumenta na medida em que o centro se distancia[3].

---

[3] Fórum para o desenvolvimento da Zona Leste e Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Disponível em: http://www.forumzonaleste.com.br/diretoria.php e http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/cap5-areas.pdf

3.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres submetidas à cesariana, no ano de 2010, em ambos os hospitais-maternidades em estudo.

3.2.1. Critérios de inclusão e exclusão

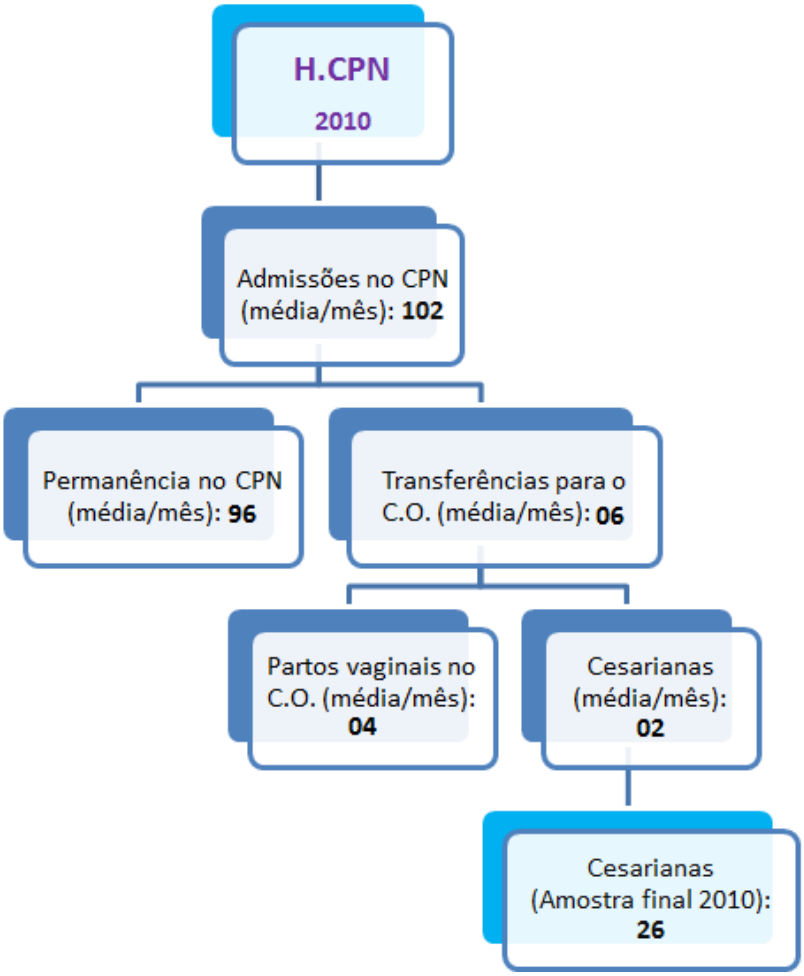
Foram incluídas no estudo parturientes com gestação a termo, feto(s) vivo(s), exames clínicos e obstétricos normais, que tenham sido admitidas com o diagnóstico de “trabalho de parto” e que foram submetidas à cesariana intraparto.

Foram excluídas do estudo mulheres que, antes da internação, apresentaram intercorrências que justificassem a indicação absoluta de cesariana.

3.2.2. Amostra

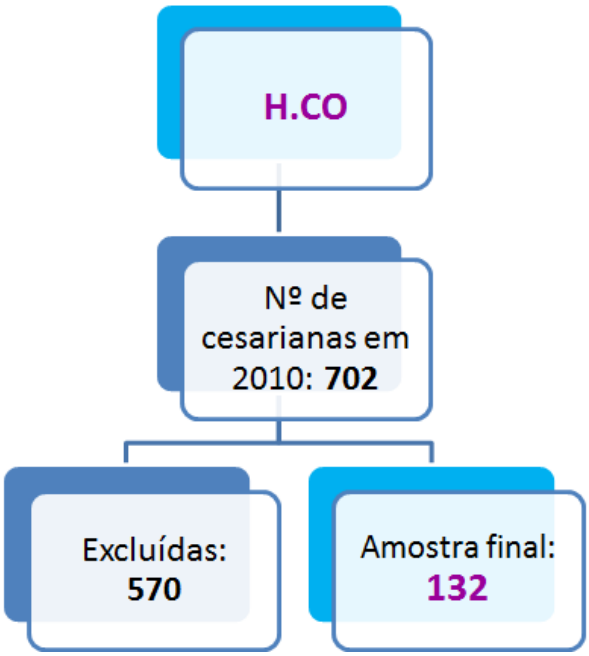
Amostra foi intencional, não probabilística, do tipo consecutiva, de modo que todas as mulheres elegíveis referentes ao período estudado (2010) foram incluídas, conforme se observa nas Figuras 1 e 2:

Figura 1 – Amostra da população do H.CPN



Cabe descrever que todas as mulheres admitidas no Centro de Parto Normal do H.CPN são classificadas como baixo risco obstétrico. Desta forma, a amostra foi calculada a partir da média mensal de mulheres que, admitidas no CPN, apresentaram, durante o trabalho de parto, alguma intercorrência, resultando em sua transferência ao CO. Com base nesses critérios, a amostra final de mulheres submetidas à cesariana intraparto do CPN foi de 26 casos.

Figura 2 – Amostra da população do H.CO



No hospital que dispõe apenas de Centro Obstétrico (H.CO), das 702 cesarianas realizadas em 2010, foram previamente excluídas 570 mulheres, por terem idade gestacional inferior a 37 semanas, por serem consideradas de alto risco (placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, eclâmpsia), que, pelo protocolo da instituição, eram encaminhadas diretamente para cesariana (iteratividade, gemelaridade, anormalidades de apresentação fetal) ou, ainda, aquelas que não tinham o diagnóstico de trabalho de parto. Assim, a amostra final desta instituição foi composta por 132 parturientes.

3.3. FONTE DE DADOS

A primeira etapa do estudo consistiu na consulta manual dos registros em prontuários das mulheres elegíveis (coleta de dados secundários). Num segundo momento, as gestoras responsáveis pelo Centro de Parto Normal no H.CPN e pelo Centro Obstétrico no H.CO foram entrevistadas. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2011 e foi realizada em sua totalidade pela pesquisadora.

3.3.1. Coleta

No H.CPN, foi feita uma consulta ao livro de internação do Centro de Parto Normal, onde estão registradas todas as admissões daquele setor, bem como todas as transferências ao Centro Obstétrico, em função de mau progresso no trabalho de parto. Assim, relacionaram-se todos os casos de 2010 em que parturientes transferidas foram submetidas à cesariana. De posse desta relação, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da instituição separou os prontuários para a pesquisadora.

No H.CO, a supervisão de enfermagem, de posse de uma relação previamente enviada pela pesquisadora contendo critérios mínimos de exclusão, providenciou uma relação contendo os números de prontuários possivelmente elegíveis. Esta relação foi encaminhada ao SAME que, por sua

vez, separou e entregou os prontuários à pesquisadora para que fizesse a seleção final.

Com relação às entrevistas com as gestoras, ambas foram feitas presencialmente.

3.3.2. Instrumentos

Para coleta dos dados secundários foi utilizado um formulário elaborado para este fim, utilizando-se o programa *Microsoft Access*® 2010. Antes do início da pesquisa, realizou-se um pré-teste deste instrumento em 10 prontuários de cada instituição, referentes aos anos de 2009 e 2011. Feitos os ajustes necessários, iniciou-se a coleta dos dados.

As entrevistas foram norteadas por um questionário pré-estruturado (Anexo IV) e por questões abertas (Anexo V). Durante a entrevista com as devidas autorizações, utilizou-se gravador de áudio para facilitar o registro dos relatos.

3.3.3. Variáveis do estudo

- Dados socioeconômico-demográficos: idade, estado conjugal, escolaridade, cor da pele, local de residência e ocupação/profissão.

- Antecedentes obstétricos: número de gestações, número de partos, número de filhos vivos, número de filhos mortos, número de abortos, via de parto anterior, histórico de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal anterior.
- Dados da gravidez atual: data da última menstruação (DUM), data provável do parto (DPP), idade gestacional na internação com base na DUM (IG-DUM) e com base na ultrassonografia (IG-USG) e evolução da gravidez (data de início do pré-natal, número de consultas no pré-natal, resultados dos exames físicos, laboratoriais e de imagem, vacinação).
- Dados da internação: data e horário da internação, exames clínico-obstétricos realizados, diagnóstico de trabalho de parto, monitoramento fetal, cardiotocografia, posição fetal, prescrições médicas e presença de acompanhante.
- Evolução do trabalho de parto: sinais vitais da parturiente, prescrição e administração de medicamentos/uterotônicos, horários dos registros, cardiotocografia, partograma, dilatação cervical, aspectos e consistência da cérvix uterina, aspecto do líquido amniótico, integridade das membranas, vitalidade fetal, bem estar materno, intercorrências, ingestão de líquidos e sólidos, uso de métodos não farmacológicos, presença de acompanhante, prescrições médicas e de enfermagem.
- Dados da cesariana e alta: indicação da cesariana, horário da cesariana, presença de acompanhante, intercorrências, vitalidade fetal, bem estar materno, prescrição e administração de medicamentos/analgesia, sinais vitais da mãe, notas Apgar, data e alta da mãe e do neonato.

3.3.4. Definições e classificações de termos utilizados no estudo

As parturientes saudáveis dispõem de uma fisiologia para a deflagração do seu parto em condições naturais, não sendo necessárias intervenções externas. Assim, considerando que a população em estudo foi submetida à cesariana intraparto, entende-se que algo saiu dos padrões de normalidade e, portanto, foram avaliados os registros de ações externas (intervenções) empregadas a elas no decorrer do trabalho de parto, bem como as intercorrências materno-fetais registradas no período, norteadas pelas seguintes referências:

A) Trabalho de parto ativo: parturientes com dilatação cervical maior que 3 cm (portanto, 4 cm ou mais) e presença de contrações uterinas dolorosas (LAUZON e HODNETT, 2009).

B) Internação oportuna: mulheres internadas em trabalho de parto ativo (LAUZON e HODNETT, 2009).

C) Uso do partograma: considerando que as duas instituições de saúde em estudo adotam o partograma em sua assistência, foi avaliado o seu correto uso e preenchimento (MS, 2001).

D) Uso de ocitocina: foi considerado o uso adequado de ocitocina quando administrada às mulheres em franco trabalho de parto, mas que

apresentaram contrações uterinas ineficazes (menos de 3 contrações em 10 minutos, de média ou baixa intensidade); parada de progressão da dilatação do colo uterino de pelo menos 2 horas. O esquema de administração deve ser iniciado por baixa dosagem - 5UI em 500 ml de soro glicosado e/ou fisiológico a 4gts/min ou 12ml/h, dobrando-se a dose a cada 30 minutos, com os devidos registros e controle da dinâmica uterina. A dose limite não deverá ultrapassar 40 gts/min ou 120 ml/h. Finalmente, outras intervenções (amniotomia e métodos não-farmacológicos), adjuntas a esta técnica, foram consideradas, uma vez que o uso isolado de ocitocina não demonstra efeitos (MS, 2001; CLARK *et al,* 2009; BROWN *et al,* 2009; WHO, 2011).

E) Uso de amniotomia: consideraram-se oportunas as amniotomias realizadas em mulheres que estavam na fase ativa do trabalho de parto, com suspeita de líquido meconial e/ou que apresentaram dinâmica uterina inadequada (menos de 3 contrações em 10 minutos, de média ou baixa intensidade) e parada de progressão da dilatação do colo uterino, de pelo menos 2 horas. A apresentação fetal deveria estar fixa. Além disso, considerou-se o uso de outras intervenções (ocitocina e métodos não farmacológicos) adjuntas a esta técnica, já que, isoladamente, a amniotomia não demonstra efeitos (BRISSON-CARROLL *et al*, 1996; BROWN *et al*, 2009).

F) Uso de métodos não farmacológicos para o alívio das dores: massagens, banho, musicoterapia, bola fisioterápica (bola suíça), acupuntura, banho, deambulação, entre outros, foram considerados

fatores protetores à fisiologia do trabalho de parto (SIMKIN e O'HARA, 2002).

G) Dieta: foram considerados inadequados os prontuários com prescrições de jejum ou restrição de líquidos ou sólidos (ENKIN *et al,* 2005; SINGATA *et al,* 2011).

H) Acompanhante durante o trabalho de parto: a presença de um acompanhante foi considerada um fator protetor à fisiologia do trabalho de parto e parto (BRÜGGEMANN *et al,* 2007)

I) Intercorrências materno-fetais: intercorrências graves, como prolapso de cordão umbilical, descolamento prematuro de placenta e ruptura uterina foram considerados indicações absolutas de cesariana. Outras intercorrências, como as descritas a seguir, foram avaliadas de acordo com as seguintes referências:

- Mecônio: como as duas instituições em estudo utilizam a classificação em cruzes de mecônio (1+/4+ a 4+/4+), consideramos anormais os casos registrados com uma ou duas cruzes concomitantes a um padrão anormal de FCF ou 3 ou 4 cruzes com ou sem alterações na FCF (ENKIN *et al*, 2005).

- Frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora: A FCF fisiológica deveria estar entre 100-120 e 160 batimentos cardíacos

fetais por minuto, conforme encontrado por ENKIN *et al* (2005). No caso da cardiotocografia (CTG), utilizou-se a classificação de SUNDSTRÖM *et al* (2000), conforme quadro 1:

Quadro 1 – Classificação da Cardiotocografia (CTG).

Classificação CTG	Frequência cardíaca basal	Variabilidade reativa	Desacelerações
CTG Normal	• 100-160 bpm.	• 5-25 bpm • Acelerações.	• Desacelerações precoces • Desacelerações variáveis não complicadas com uma duração <60 segundos e queda de batimentos <60.
* Uma conjugação de diversas observações intermediárias resultará num CTG anormal			
CTG Intermediário	• 100-110 bpm • 160-170 bpm • Pequeno episódio de bradicardia.	• >25 bpm sem acelerações • <5 bpm por >40 min.	• Desacelerações variáveis não complicadas com duração <60 segundos e queda dos batimentos >60.
CTG Anormal	• 160-170 bpm e variabilidade reduzida • >170 bpm • Bradicardia persistente.	• <5 bpm por >60 min • Padrão sinusoidal	• Desacelerações variáveis complicadas com duração >60 segundos • Desacelerações tardias repetidas.
CTG Pré-terminal	Ausência total de variabilidade e reatividade com ou sem desacelerações ou bradicardia.		

Extraído e adaptado de: SUNDSTRÖM *et al*, 2000.

- <u>Distocia funcional</u>: falha na dilatação do colo uterino em função de contratilidade miometrial inadequada. Se a dilatação cervical permanece inalterada após dois toques sucessivos, com intervalo de duas horas ou mais, inicia-se ou repete-se o uso de métodos não farmacológicos, como deambulação e balanço pélvico e, se

necessário, faz-se a administração de ocitocina e/ou amniotomia para correção das contrações uterinas (SEITCHIK, 1987; MS, 2001).

- Desproporção cefalopélvica: diante do progresso lento do trabalho de parto, foram excluídas as causas funcionais (hipotonia uterina) e feto com apresentação defletida. Foi verificado se as contrações uterinas tinham intensidade adequada, por estimulação, se necessário, como deambulação e amniotomia. A presença de amoldamento do crânio fetal foi considerada um sinal evidente de desproporção. (ENKIN *et al*, 2005; MS, 2001).

3.4. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados em prontuários foi feita em programa estatístico *STATA*®, versão 11.0. Levou-se em consideração o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e Índice de Confiança (IC) de 95%. Para identificar a presença ou não de associação entre as variáveis e o desfecho estudados, estimou-se a *Odds Ratio* (OR). Esperava-se, para algumas variáveis, encontrar valores nulos. Desta forma a OR, nesses casos, não se aplicou.

Os achados foram descritos em forma de tabelas, gráficos e quadros.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, lidas e relidas até a obtenção das informações necessárias para a caracterização dos locais de estudo.

Para discussão dos resultados, utilizou-se a abordagem metodológica da Medicina Baseada em Evidências (MBE). A MBE é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões sobre o cuidado dos indivíduos. A prática da MBE significa integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível, a partir de pesquisas sistemáticas. Por experiência clínica individual, entende-se a proficiência e o julgamento que os profissionais de saúde adquirem através da experiência e prática clínicas. Por melhor evidência clínica externa disponível, leem-se as pesquisas clinicamente relevantes, tanto das ciências básicas da medicina, quanto as pesquisas centradas no paciente que consideram a veracidade e a precisão dos testes de diagnósticos (incluindo exames clínicos), dos marcadores prognósticos e dos esquemas terapêuticos, de reabilitação e prevenção (SACKETT *et al*, 1996).

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Obedecendo a Resolução 196/96 (CNS, 1996), de Diretrizes e Normas Regulamentadoras, que trata de pesquisa com seres humanos, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas (COEP-FSP/USP, CEP-SMS/SP e ao CEP interno de uma das instituições), conforme Anexos I, II e III.

Um Termo de Responsabilidade do Pesquisador foi assinado, visando à garantia da citada Resolução, bem como a preservação, integridade e organização dos prontuários médicos utilizados (Anexo VI).

Para as entrevistas, os gestores do H.CPN e do H.CO), assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo VII).

Sendo um estudo de levantamento de dados em prontuários, e considerando a impossibilidade e inviabilidade de contatar todas as mulheres elegíveis para o estudo (população adstrita), a autorização para obtenção dos dados foi solicitada aos respectivos diretores dos hospitais/maternidades em estudo. Cabe destacar que se trata de uma pesquisa com risco mínimo, em que foram preservados o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, bem como das instituições envolvidas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTUDO

Para caracterização dos locais de estudo, contou-se com os depoimentos das diretoras de enfermagem de cada instituição, bem como com os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2011).

4.1.1. O H.CPN

O H.CPN foi fundado há mais de 60 anos e está localizado em região central da zona leste. É um hospital público estadual, conveniado ao SUS, especializado em maternidade, com nível de atenção de média e alta complexidade (internação, ambulatório e emergência). É, ainda, hospital-escola, atendendo universidades públicas e privadas do Estado. Trata-se de um hospital de referência em alto risco, em que o fluxo de clientes ocorre via demanda espontânea e referência da Central de Regulação de Leitos. Possui UTI neonatal (14 leitos) e não dispõe de UTI adulto. O hospital conta, também, com banco de leite e núcleo de hemoterapia próprios.

Em 2010, houve na instituição um total de 6.883 nascimentos. Destes, 4.462 foram partos normais (3.003 ocorreram no CO e 1.459 no CPN). Houve, ainda, 256 partos vaginais instrumentais (fórceps). Finalmente, as cesarianas totalizaram 2.165 (31,45% dos nascimentos).

No que se refere ao espaço físico para assistência obstétrica, esta maternidade conta com um Pronto Atendimento (PA), um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPN), um Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto. O PA está localizado no térreo e possui três consultórios para avaliação inicial e admissão das gestantes, contendo, cada, além do mobiliário e instrumentos convencionais, uma mesa ginecológica. O CPN, também naquele pavimento, possui três quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato) - todos com banheiros individuais contendo chuveiros e, em um deles, banheira de hidromassagem. Cada quarto possui uma cama PPP e todo o aparato tecnológico, farmacológico e não farmacológico para assistência às parturientes e puérperas. Com relação a esse último, os quartos dispõem de bola suíça, banquinho, barra e bolsa de água quente. Há no CPN espaço para deambulação dentro dos quartos e também no corredor. O CO dessa instituição fica no 1º andar, cujo acesso se dá via a escadas e elevadores. Neste local, há duas salas pré-parto coletivas, com dois leitos cada, divididos por cortinas. Há, ainda, 04 salas para parto, sendo duas para cesarianas e duas para parto vaginal. Há também dois banheiros coletivos com chuveiros. Uma sala de estar para os acompanhantes também está disponível no andar.

Com relação aos recursos humanos para assistência obstétrica e neonatal, há no hospital por plantão: 04 médicos obstetras no CO, 04 médicos neonatologistas, 04 médicos anestesiologistas, 02 enfermeiros obstétricos no

CPN, 03 enfermeiros obstétricos no CO e 08 auxiliares de enfermagem que se dividem entre CO, CPN e PA. Além disso, há, por plantão, 08 doulas voluntárias, 01 fisioterapeuta, 01 psicóloga, 01 assistente social, 01 nutricionista e número variável de residentes médicos, estagiários de obstetrícia e de enfermagem. Cursos de atualização e capacitação são oferecidos aos funcionários; alguns, como o *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO), têm recursos e incentivos da Secretaria Estadual de Saúde.

A assistência no CPN é feita exclusivamente por enfermeiros obstétricos e auxiliares de enfermagem, ficando o médico obstetra do CO de sobreaviso para os casos em que a evolução do trabalho de parto está anormal.

Com relação ao controle da qualidade assistencial, de acordo com a gestora, até o ano de 2010 a instituição participava do Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Após a interrupção do programa, a diretoria concentrou esforços em grupos de mortalidade materna e perinatal, dor, infecção hospitalar, auditoria de prontuários, reuniões científicas e revisões protocolares.

No que diz respeito à auditoria de prontuários, a gestora informou que o hospital dispõe de um grupo composto por duas enfermeiras e um médico. Esses funcionários escolhem, aleatoriamente, 20% dos prontuários mensais e os avaliam. Não havendo conformidade na maioria dos prontuários auditados, as diretorias são acionadas.

No que concerne à assistência propriamente dita, ao chegar no H.CPN, a gestante é atendida no Pronto Atendimento (PA). Neste local, segundo a entrevistada, são os residentes médicos quem prestam assistência, na maior parte do tempo. Em algumas circunstâncias, um enfermeiro obstétrico é

chamado. Para admissão, as parturientes passam por uma triagem para avaliação e classificação de risco. Nesta triagem, recebem identificação no vestuário por meio de tarjas coloridas que indicam se deverão esperar, se requerem atenção ou se a internação deverá ser imediata. Com esta seleção, segundo a gestora, são evitadas as internações precoces.

Por outro lado, mulheres oriundas do pré-natal de alto risco, mesmo estabilizadas e saudáveis, eram, até pouco tempo, direcionadas ao Centro Obstétrico. Exemplo disso eram as parturientes com hipertensão que, mesmo chegando ao hospital em franco trabalho de parto e normotensas, eram encaminhadas para cesariana. Como as evidências científicas mostraram que essa não é uma prática recomendada, a partir deste ano foi acrescentado ao protocolo de admissão um adendo relativizando estes casos e orientando o encaminhamento dessas mulheres ao CPN.

De acordo com o protocolo daquela instituição, para que a mulher seja encaminhada ao CPN, ela deverá ser classificada como “baixo risco”, estar com gestação a termo ou pós-termo, feto único, em posição cefálica e pré-natal realizado. Duas ou mais cesarianas prévias, mecônio não fluido, posições não cefálicas, sofrimento materno-fetal e HIV positivo em trabalho de parto avançado são indicações diretas de cesariana.

As induções de trabalho de parto também são feitas no CPN, desde que mãe e feto estejam saudáveis.

Finalmente, no que diz respeito ao manejo do trabalho de parto no CPN, o partograma, com linhas já traçadas, é aberto após 4 cm de dilatação cervical e dinâmica uterina eficaz (3 contrações a cada 10 minutos, com duração mínima de 40 segundos). Os batimentos cardíacos fetais são auscultados a

cada 30 minutos, e o exame de toque realizado a cada 1 hora. Métodos não farmacológicos para alívio das dores são estimulados durante todo o trabalho de parto. A amniotomia deve ser feita o mais tardiamente possível e em casos de atividade uterina inadequada ou suspeita de mecônio. A ocitocina também deve ficar reservada à correção das contrações uterinas, de acordo com o protocolo, e é 100% instalada em bomba de infusão. Esta deve ser iniciada com 4 gts/min, dobrando-se a dose a cada 30 minutos, até que a dinâmica uterina adequada seja alcançada. Caso as contrações não sejam normalizadas, suspende-se a dose aos 162 ml/h, esperando-se duas horas para iniciar um 2º e último ciclo da droga com doses progressivas. Não havendo êxito, a cesariana "por distocia funcional" é indicada (*sic*).

Após o nascimento, bebê e mãe ficam em alojamento conjunto.

4.1.2. O H.CO

O H.CO, um hospital geral municipal que está em atividade há 27 anos, é conveniado ao SUS e tem administração por autarquia pública do município. Está localizado em região periférica da zona leste de São Paulo e presta assistência médico-ambulatorial de baixa, média e alta complexidade (consultas, internações, emergências e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia). O fluxo de clientes é estabelecido por demanda espontânea e por referência da Central de Regulação de Leitos.

Sendo um hospital geral, atende diversas especialidades, como cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, neonatologia, pediatria e psiquiatria. Possui UTI adulto, neonatal e pediátrica.

No que se refere à estrutura física para assistência obstétrica, o hospital dispõe de Pronto Socorro (PS), Centro Obstétrico (CO) e Alojamento Conjunto. Há, no PS, uma sala para exame e admissão das gestantes. O CO está no 1º andar e possui uma sala coletiva para pré-parto, com 5 leitos sem divisórias/cortinas separando as camas - que são do tipo hospitalar tradicional. Segundo a diretora, existe no pré-parto uma única cama PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato) que não está em uso por orientação da ANVISA, uma vez que o local não possui divisórias entre os leitos. Um único banheiro com sanitário e chuveiro é compartilhado pelas parturientes no pré-parto. Quanto aos partos, estes ocorrem em duas salas cirúrgicas, sendo um para parto normal e um para cesarianas (ambos com mesa cirúrgica tradicional).

No que concerne à assistência às gestantes e bebês, no ano de 2010, ocorreram 2.197 nascimentos, sendo 1.493 partos normais, 02 fórceps e 702 cesarianas.

O cuidado obstétrico é compartilhado entre auxiliares de enfermagem, enfermeiros obstétricos, médicos obstetras e neonatologistas. A admissão é feita exclusivamente pelo corpo médico. O trabalho de parto de baixo risco, segundo a gestora, é acompanhado pelas enfermeiras. Os casos de anormalidades ou partos distócicos são conduzidos por médicos. Por plantão, o H.CO conta com uma equipe de 02 enfermeiras obstétricas, 07 técnicos de enfermagem, 01 doula voluntária, 03 médicos obstetras, 01 médico neonatologista e 01 médico anestesiologista. Estes dois últimos são

profissionais de outros setores que ficam na retaguarda da Obstetrícia. Costuma-se ter no hospital, ainda, estagiários das diversas áreas de saúde.

Sobre a avaliação da qualidade hospitalar, a entrevistada informou que existe um grupo de gestores que faz visitas, orientações, reuniões e avaliação de risco em todo o hospital. Especificamente em prontuários, duas profissionais de enfermagem avaliam os registros feitos pelos profissionais de classe, enquanto um médico auditor avalia a parte que cabe aos registros médicos. A gestora não soube informar o percentual de prontuários auditados mensalmente, mas acredita ser a maioria deles.

Com relação à capacitação e atualização profissional, foi informado que médicos e enfermeiros do CO fazem bianualmente o *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO) e, sempre que disponíveis, outros cursos menores, como o de cardiotocografia.

Conforme informado pela entrevistada, os critérios para admissão das gestantes de baixo risco em trabalho de parto são definidos por cada médico de plantão, mas acredita que “com menos de 3 cm de dilatação cervical a parturiente não seja internada” (*sic*). Apresentação pélvica, gemelares e duas ou mais cesarianas anteriores são indicações diretas de cesariana. Uma vez admitida, a parturiente de baixo risco é submetida a uma cardiotocografia de rotina e é direcionada ao seu leito, onde permanecerá a maior parte do tempo, em função da falta de espaço físico para deambular. Os únicos equipamentos não farmacológicos disponíveis para alívio das dores são: chuveiro e a cadeira-cavalinho.

Cabe destacar que os acompanhantes ficam em sala de espera, dada a impossibilidade de permanecerem ao lado das parturientes durante o trabalho

de parto e parto. De acordo com a diretora, o hospital não tem estrutura para acomodar os acompanhantes no pré-parto. A falta de biombos ou cortinas faz com que as parturientes fiquem expostas durante os exames e os procedimentos e, portanto, vulneráveis a constrangimentos diante dos acompanhantes de outras mulheres. É exceção, todavia, as gestantes menores de idade, que devem ter ao seu lado um responsável.

Com relação às prescrições médicas no ato da internação, a gestora explicou que podem ser alteradas pela enfermeira obstétrica no decorrer do trabalho de parto. A alimentação é uma delas, ou seja, se a parturiente foi internada com prescrição de jejum, a enfermeira tem liberdade para indicar e solicitar a dieta, conforme a necessidade.

Não está pré-definido, em protocolo, o intervalo entre as avaliações da dilatação cervical das parturientes. Por outro lado, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais e a dinâmica uterina ocorrem a cada hora ou a cada 30 minutos. Os registros são feitos em ficha de evolução e em partograma. Este possui as linhas de alerta e ação traçadas e deve ser aberto, segundo a diretora, quando a mulher está na fase ativa do trabalho de parto.

A amniotomia deve ser realizada com segurança (um bom plano de DeLee, de acordo com a gestora) ou para confirmar suspeitas de mecônio. O uso de ocitocina vem prescrito da internação, no entanto, caso a parturiente apresente boa dinâmica uterina e uma evolução normal da descida da apresentação e da dilatação cervical, cabe à enfermeira obstétrica ponderar por sua utilização ou não. No entanto, nos casos em que há a necessidade de uso deste hormônio sintético, a gestora informou que é indicado iniciá-la com

baixas doses (4 a 6 gts/min) em bomba de infusão, aumentando a dosagem, conforme a necessidade e “bom senso do profissional” (*sic*).

Ao final da entrevista, a diretora afirmou que, infelizmente, a assistência às parturientes e puérperas está longe de alcançar os ideais da humanização, devido às limitações físicas e materiais do hospital. No entanto, em comparação ao que dispunham há 15 anos, muito foi melhorado na instituição e muito ainda será conquistado.

O ambiente em que ocorre o parto e o nascimento tem grande relevância sobre a experiência materna e familiar, bem como sobre os resultados da assistência. Por este motivo, há algumas décadas os Hospitais Gerais, compostos por centros obstétricos tradicionais, são desestimulados. NAGAHAMA e SANTIAGO (2005) citam, como dificuldades de implantação de um modelo de assistência humanizada, as más condições estruturais das instituições, o despreparo para acolher o acompanhante e a participação incipiente de uma equipe multiprofissional, conforme também observado na caracterização do H.CO.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Conforme se observa na Tabela 1, as 26 mulheres do H.CPN e as 132 do H.CO tinham entre 14 e 40 anos de idade. Eram, em maior número, donas de casa (61,4% no H.CPN e 63,6% no H.CO) e casadas (50% no H.CPN e

37,9% no H.CO%). No que diz respeito à cor de pele, 50% das mulheres do H.CPN e 37,9% do H.CO constavam como brancas.

Com relação à escolaridade, apesar do grande número de prontuários que não continham tal informação, houve um percentual maior de mulheres que declararam ter concluído o Ensino Médio (38,5% no H.CPN e 28% no H.CO).

De acordo com a gestora do H.CPN, as mulheres usuárias daquela instituição são predominantemente jovens e carentes, sendo cerca de 20% delas bolivianas. Grande parte dessa população chega ao hospital com o pré-natal realizado de, no mínimo, seis consultas. No entanto, embora tenham feito o pré-natal, são mulheres pouco esclarecidas para o parto normal e para o modelo de assistência preconizado pela instituição.

Quanto ao H.CO, a diretora informou que a população usuária do hospital pode ser caracterizada como de baixa renda, embora o desenvolvimento e crescimento da região das últimas décadas estejam contribuindo com algumas melhorias, como o nível de instrução.

Tabela 1 – Distribuição de parturientes do H.CPN e do H.CO, segundo as características sócio-demográficas. São Paulo, 2010.

Características sócio-demográficas	H.CPN		H.CO	
	N	%	N	%
Idade (anos)				
14-20	10	38,5	43	32,6
21-25	10	38,5	40	30,3
26-30	04	15,4	31	23,5
31-35	02	7,6	15	11,4
36-40	-	-	03	2,2
Cor da Pele				
Branca	13	50,0	50	37,9
Negra	04	15,4	11	8,3
Amarela	04	15,4	-	-
Parda	02	7,6	13	9,8
Sem informação	03	11,6	58	44,0
Escolaridade				
Ensino Fundamental I Incompleto	01	3,8	-	-
Ensino Fundamental II Completo	02	7,6	05	3,9
Ensino Fundamental II Incompleto	-	-	30	22,7
Ensino Médio Incompleto	01	3,8	23	17,4
Ensino Médio Completo	10	38,5	37	28,0
Superior Incompleto	-	-	01	0,8
Sem informação	12	46,3	36	27,2
Estado conjugal				
Casada	13	50,0	50	37,9
Solteira	09	34,6	48	36,3
União estável	04	15,4	30	22,7
Viúva	-	-	01	0,8
Desquitada/Divorciada	-	-	01	0,8
Sem informação	-	-	02	1,5
Ocupação				
Do Lar	16	61,4	84	63,6
Serviços de Costura	03	11,6	-	-
Serviços de Limpeza	03	11,6	14	10,6
Comércio	03	11,6	13	9,8
Sem informação	01	3,8	12	9,1
Outros	-	-	09	6,9
Região de residência				
Zona leste de São Paulo	24	92,2	132	100,0
Outra região de São Paulo	02	7,6	-	-

Com relação à história obstétrica (Tabela 2), as parturientes tinham entre 37 e 42 semanas de gestação, sendo que em 02 prontuários do H.CPN e 09 do H.CO não havia tal informação, fazendo-se necessário o cálculo desse dado por meio do registro da data da última menstruação (DUM).

No H.CPN, 80,8% das mulheres haviam passado por 6 ou mais consultas no pré-natal. No H.CO, este dado foi de 58,3%.

Quanto ao número de gestações, primigestas representaram 69,2% das mulheres no H.CPN e 55% delas no H.CO. Das secundigestas do H.CPN (07 parturientes), duas tinham histórico de aborto.

Cabe ressaltar que uma das mulheres do H.CO estava na 13ª gestação, aos 29 anos de idade. Esta mulher havia sofrido 07 abortos espontâneos e passou por 05 partos normais, antes da atual cesariana. Acredita-se que essa longa história genésica se deva à questão religiosa, uma vez que a parturiente declarou-se evangélica e, dependendo da congregação, o planejamento familiar é proibido. Trata-se de um só caso da amostra, mas que chama a atenção por sua complexidade: uma mulher jovem, em plena idade reprodutiva e que, possivelmente, continuará engravidando. Sete abortos representam um risco considerável à vida de qualquer pessoa. Por outro lado, como fazer com que esta mulher tenha adesão aos programas de Planejamento Familiar, diante de uma opção de vida e de valores e princípios religiosos? Ao discursar sobre a pedagogia protestantista, GOMES (2006) aponta a norma da sexualidade presente em parte desta população, em que não existe um referencial à identidade do sujeito e tampouco uma referência ao prazer. É uma religiosidade ascética com vistas ao matrimônio e à geração de filhos.

Tabela 2 – Distribuição de parturientes do H.CPN e do H.CO segundo as características obstétricas. São Paulo, 2010.

Características obstétricas	H.CPN		H.CO	
	N	%	N	%
Idade Gestacional (em semanas)				
37 - 39 $^{6}/_{7}$	09	34,6	69	52,2
40 - 40 $^{6}/_{7}$	10	38,6	31	23,5
41 - 41 $^{6}/_{7}$	04	15,4	19	14,4
≥ 42	01	3,8	04	3,0
Sem informação	02	7,6	09	6,9
Nº consultas no pré-natal				
Nenhuma	-	-	01	0,8
1-5 consultas	01	3,8	17	12,9
6-10 consultas	21	80,8	77	58,3
11 ou mais	04	15,4	18	13,6
Sem informação	-	-	19	14,4
Gestações				
Primigesta	18	69,2	73	55,3
Secundigesta	07	27,0	39	29,5
Tercigesta	01	3,8	14	10,6
≥ 4 gestações	-	-	04	3,1
Sem informação	-	-	02	1,5
Paridade				
Nulípara	20	77,0	66	50,0
Primípara	05	19,2	39	29,6
Secundípara	01	3,8	07	5,3
≥ 3 partos	-	-	03	2,2
Sem informação	-	-	17	12,9
Nº cesárea anterior				
Nenhuma	25	96,2	96	72,7
Uma	01	3,8	27	20,4
Sem informação	-	-	09	6,9
Dilatação cervical na internação				
0-3 cm	-	-	70	53,0
4-5 cm	15	57,7	56	42,3
6-7 cm	06	23,1	04	3,1
8-10 cm	03	11,6	01	0,8
Sem informação	02	7,6	01	0,8
Estado das membranas				
Íntegras	17	65,4	83	62,9
Rotas	05	19,2	39	29,6
Sem informação	04	15,4	10	7,5
Aspecto do líquido amniótico				
Claro	18	69,2	96	72,7
Sem informação	08	30,8	19	14,4
Médico não conseguiu visualizar	-	-	04	3,1
Sem informação	-	-	13	9,8

4.3. ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Neste capítulo será feita a análise conjunta dos resultados acerca da assistência prestada e registrada em cada instituição.

Cabe retomar que 158 mulheres compuseram a amostra deste estudo, sendo 132 do hospital tradicional (H.CO) e 26 do hospital com CPN (H.CPN).

O trabalho de parto é uma experiência singular. É um período de ansiedade, medo, alegria, angústias e fragilidades. Neste contexto, fica fácil entender o porquê de muitas gestantes, sobretudo nos grandes centros urbanos, procurarem o serviço de saúde com maior frequência, à medida que a data prevista do parto se aproxima. Muitas atribuem a sua segurança e a de seus filhos à assistência hospitalar que receberão e, assim, ao menor sinal, recorrem ao serviço de saúde. Isto, algumas vezes, resulta em sua internação precoce – fenômeno que abarca uma série de implicações discutidas na literatura científica.

Desta forma, o primeiro item analisado foi em relação ao momento da internação, isto é, se as mulheres estavam na fase ativa do trabalho de parto. Os dados constam na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo o estágio do trabalho de parto no ato da internação. São Paulo, 2010

	H.CPN		**H.CO**	
	Freq	%	Freq	%
Fase ativa	26	100	49	37,12
Outra	-	-	69	52,27
Inconclusivo*	-	-	14	10,61
	26	100	132	100

* Dados insuficientes para estabelecer a fase do trabalho de parto.

Observou-se que no H.CPN todas as parturientes elegíveis para o estudo estavam na fase ativa do trabalho de parto, no ato da internação. Trata-se de um achado esperado, tendo em vista o modelo de assistência preconizado e o protocolo instituído naquele local.

No H.CO, mais da metade dos prontuários apontavam que a internação das parturientes foi precoce, algumas, mesmo internadas com diagnóstico de "trabalho de parto", não tinham dilatação e apresentavam contrações típicas de *Braxton Hicks*. Este número pode ser ainda maior, visto que em 14 prontuários os dados eram insuficientes para classificar em que fase do trabalho de parto as parturientes se encontravam.

Por ser uma região carente do município, a locomoção de muitos pacientes até o hospital se faz com dificuldades. Este quadro acaba por refletir na decisão de internação, fazendo com que algumas mulheres sejam internadas por uma razão social e não clínico-obstétrica.

O diagnóstico precipitado da fase ativa do trabalho de parto e a internação precoce da gestante poderão resultar no diagnóstico equivocado de distocia, uma vez que na fase latente há lenta progressão da dilatação cervical, bem como não há contrações uterinas rítmicas e de intensidade eficaz. Isto, muitas vezes, faz desencadear, no âmbito hospitalar, uma sucessão de intervenções para acelerar ou corrigir o parto reconhecido erroneamente como distócico, e a possibilidade de indicações de cesariana se torna maior.

Conforme citam ENKIN *et al* (2005), estudos têm mostrado que mulheres que são internadas precocemente têm maior probabilidade de diagnóstico de trabalho de parto difícil, são submetidas a maior intervenção intraparto e a mais cesarianas.

Em revisão sistemática sobre programas de admissão no trabalho de parto com vistas à internação oportuna, as mulheres randomizadas para a unidade de avaliação permaneceram menos tempo em trabalho de parto, estiveram menos propensas a receber ocitócitos e analgesia intraparto e relataram maior sensação de controle durante o processo, em comparação às mulheres que foram internadas diretamente, sem avaliação do estágio em que se encontravam. Além disso, as mulheres com internação direta foram submetidas mais vezes à cesariana, no entanto, este resultado não foi estatisticamente significante (LAUZON e HODNETT, 2009).

D'ORSI *et al* (2006) observaram que a dilatação cervical no ato da internação é uma variável fortemente associada com a via de nascimento. Em seu estudo, as mulheres admitidas com menos de 3 cm de dilatação cervical tiveram 8,5 vezes mais chances de serem submetidas à cesariana, em comparação às parturientes admitidas com mais de 3 cm.

No estudo de BARBOSA *et al* (2003) sobre a preferência por cesarianas, incluindo 909 puérperas, foi observado que, quanto maior o intervalo de tempo entre a admissão da parturiente no hospital e o momento do parto, mais frequente é a solicitação materna por essa cirurgia. Cabe destacar que a maioria delas (82,9%) não desejava esta via de nascimento. A assistência recebida durante o trabalho de parto e a ausência de um acompanhante nesse momento foram, segundo o estudo, fatores que estiveram relacionados com o pedido de cesariana.

Sobre a presença de um acompanhante, há algumas décadas a OMS (1996) recomenda que a parturiente tenha ao seu lado alguém de sua confiança e com que se sinta à vontade. Os efeitos do apoio de um

acompanhante estão associados à redução na insatisfação ou percepção negativa das mulheres sobre o parto, bem como à redução do uso de analgesia/anestesia, à redução da frequência de parto vaginal instrumental (fórceps e extração a vácuo) e de cesarianas.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto foi o próximo dado analisado. No H.CPN, 88,46% das mulheres puderam ter um acompanhante ao seu lado, enquanto que no H.CO apenas 12,12% delas tiveram essa prerrogativa, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO				
Acompanhante	n	%	n	%	Valor de p	IC (95%)	OR
Sim	23	88,46	16	12,12	0,000	14,97 - 206,36	55,58
Não	3	11,54	116	87,88			
Total	26	100	132	100			

Ter um acompanhante de escolha da parturiente se mostrou estatisticamente significante, apontando melhor resultado no H.CPN. Cabe destacar que, nesta instituição, só não houve totalidade da presença do acompanhante porque três mulheres chegaram e permaneceram desacompanhadas. Em contrapartida, as 16 parturientes que tiveram um acompanhante durante o trabalho de parto no H.CO só foram beneficiadas por serem menores de idade.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, embora esteja prevista na lei nº 11.108 de 2005 (BRASIL 2005), ainda não se mostra uma rotina nos hospitais e maternidades. O H.CO não é um exemplo isolado, pois outras instituições públicas e privadas de

saúde continuam restringindo ou negando este direito, alegando, na maioria das vezes, falta de estrutura física para acolherem o acompanhante e falta de privacidade às outras parturientes.

Conforme cita BRÜGGEMANN (2005), a incorporação da presença de um acompanhante na rotina e na filosofia das instituições tem grande dependência dos profissionais de saúde. “Fazer políticas e práticas assistenciais baseadas em evidências certamente pode melhorar a qualidade e os resultados de saúde das mulheres e seus recém-nascidos. No entanto, apenas a informação sobre as melhores práticas não é suficiente” (p.32). É preciso que a equipe de saúde e os gestores sejam estimulados e motivados a fazer valer este direito, levando em consideração sua eficácia.

Em revisão sistemática sobre o suporte contínuo no trabalho de parto, HODNETT *et al* (2007) encontraram 16 ensaios clínicos randomizados, em que o suporte foi dado por uma acompanhante do sexo feminino (leiga ou profissional). O suporte intraparto foi associado com maiores benefícios quando o provedor não era um membro da equipe do hospital e quando este suporte acontecia desde o início do trabalho de parto. Os autores pontuaram que a presença contínua de uma pessoa que apoie a parturiente reduziu a probabilidade do uso de medicação para alívio da dor, parto vaginal operatório e cesariana. Além disso, o apoio contínuo também foi associado a uma ligeira redução no tempo total do trabalho de parto e à melhor satisfação e controle materno em relação ao parto.

É preciso considerar, ainda, que frente ao movimento mundial que critica e aponta as deficiências ligadas à assistência à saúde – muitas vezes iatrogênica -, o acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério se

torna um agente fiscalizador (NAKANO *et al*, 2007), protegendo as mulheres da violência institucional.

No que se refere à assistência obstétrica propriamente dita, os dois hospitais-maternidades pesquisados adotam o uso de partograma durante o trabalho de parto. A aplicação desse instrumento permite a rápida visualização do progresso do trabalho de parto, bem como a troca de informações entre os profissionais, como a evolução da dilatação cervical e a descida da apresentação fetal. Sua eficácia, no entanto, é inerente a sua correta utilização.

Na análise dos prontuários, observou-se que o H.CO tem quase 300 vezes mais chances de utilizar incorretamente o partograma, em comparação ao H.CPN - uma diferença estatisticamente significante (Tabela 5).

Tabela 5 – Forma de utilização do partograma, segundo a instituição de saúde. São Paulo, 2010.

	H.CPN		**H.CO**				
Uso	n	%	n	%	Valor de p	IC (95%)	OR
Incorreto	06	23,08	102	77,27			
Correto	17	65,38	01	0,76	0,000	32,7 - 2552,4	289
Não fez uso	03	11,54	29	21,97			
Total	26	100	132	100			

Segundo ENKIN *et al* (2005), estudos apontaram melhora nos resultados da assistência com o uso de um partograma, como redução do risco de morte perinatal, de parto prolongado e de cesarianas de emergência.

WINDRIM *et al* (2007), randomizaram 1932 primíparas de baixo risco obstétrico, dividindo-as em dois grupos: um deles com o uso do partograma e outro sem, apenas utilizando a evolução em ficha hospitalar. Não encontraram diferenças significantes entre os dois grupos quanto às taxas de cesarianas.

LAVENDER *et al* (2009), revisaram sistematicamente dois estudos randomizados e, igualmente, concluíram que usar ou não o partograma não tem efeito sobre a decisão de parto cirúrgico. No entanto, recomendam que esta evidência seja discutida entre profissionais de saúde e gestantes até que mais estudos sejam feitos.

No estudo de FAHDHY e CHONGSUVIVATWONG (2005), realizado na Indonésia para avaliar a eficácia do partograma, os autores também não encontraram redução sobre o número de cesarianas ou sobre o trabalho de parto prolongado, nos casos em que o partograma foi preenchido.

Cabe destacar que os estudos citados não avaliaram os resultados acerca do uso incorreto do partograma sobre as taxas de cesarianas. A abertura deste instrumento na fase latente do trabalho de parto, quando há o traçado das linhas, tal como ocorreu com significante frequência no H.CO, poderá fazer com que as linhas de alerta e ação sejam ultrapassadas com facilidade e, consequentemente, intervenções sucessivas e desnecessárias sejam adotadas. Outra forma de uso incorreto do partograma é sua evolução em intervalos maiores que 1 hora por avaliação, de modo que uma distocia verdadeira possa não ser identificada em tempo de resguardar o bem estar materno e fetal.

O uso do partograma tem sido motivo de muita discussão na obstetrícia contemporânea. Muitos entendem que se trata de um recurso que “engessa” a assistência, por ser um instrumento cujas medidas registradas pressupõem a evolução do trabalho de parto balizada num tempo pré-concebido como ideal para a fase ativa - 1cm por hora. Nesta ótica, não havendo a evolução esperada do trabalho de parto, o diagnóstico de distocia se torna possível.

Entretanto, não se pode desconsiderar o valor do partograma quando bem empregado, sobretudo em instituições superlotadas, em que a assistência um-para-um é utópica. Visualizar, em tempo, uma verdadeira intercorrência intraparto pode ser decisivo no desfecho do parto com garantia da segurança materno-fetal.

Outra questão de extrema relevância na análise da assistência obstétrica é o uso de ocitocina sintética. Conforme citam CLARK *et al* (2009), esta droga foi incluída na lista de 11 medicamentos de alto risco do *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) – uma organização sem fins lucrativos, que avalia a segurança dos medicamentos. Assim, neste estudo, buscou-se verificar se a ocasião de administração da ocitocina foi oportuna, isto é, frente à necessidade de corrigir contrações uterinas ineficazes. Os dados são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a ocasião de administração de ocitocina. São Paulo, 2010.

	H.CPN		**H.CO**		
Ocasião da Administração	n	%	n	%	Valor de p
Oportuna	8	30,78	13	9,85	
Inoportuna	9	34,61	39	29,55	0,09
Não fez uso	9	34,61	80	60,60	
Total	26	100	132	100	

Observa-se que, dentre as parturientes que foram submetidas à ocitocina (17 no H.CPN e 52 no H.CO), 75%[4] delas no H.CO e 52,9%[4] no H.CPN receberam o hormônio sintético sem razão aparente, uma vez que os registros não apontavam contrações uterinas ineficazes ou irregulares. Este dado, porém, não teve significância estatística (p=0,09). Pode-se pensar que o uso de ocitocina, nestes casos, ao contrário do que se propõe a droga (induzir o trabalho de parto ou corrigir uma atividade uterina inadequada), destinou-se à aceleração do trabalho de parto.

Esperava-se que no H.CPN a decisão pelo uso da ocitocina fosse mais rigorosa, sobretudo considerando-se o protocolo existente e reiterado pela gestora entrevistada, bem como em função do modelo de assistência preconizado pela instituição.

O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) aponta que a ocitocina tem um risco acrescido de danos quando utilizada incorretamente. Outros medicamentos da lista citada anteriormente, como a insulina e o nitroprussiato, possuem protocolos bem definidos, que minimizam os riscos à saúde humana por inadvertência. Entretanto, este não é o caso da ocitocina, que continua sendo usada indiscriminada e empiricamente em diversas instituições de saúde (CLARK *et* al, 2009).

Na Tabela 7 pode-se verificar como foi o uso deste uterotônico, com base nos parâmetros descritos no item 3.3.4-D deste estudo. Foi considerado se a dose administrada (quantidade e progressão) e seu o gotejamento eram adequados e precederam a evolução da dinâmica uterina.

---

[4] Percentuais calculados sobre o número de mulheres submetidas à ocitocina. Excluíram-se os casos em que não houve a administração da droga.

Tabela 7 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a adequação do uso de ocitocina. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO	
Uso	n	%	n	%
Adequado	-	-	-	-
Inadequado	17	65,39	52	39,39
Não fez uso	9	34,61	80	60,61
Total	26	100	132	100

Em todos os casos em que a ocitocina foi utilizada, tanto no H.CO, como no H.CPN, houve o uso inadequado da droga, seja no gotejamento ou na progressão da dose, isto é, eram iniciadas com altas doses e/ou não havia registros sobre a progressão da mesma, concomitante à averiguação e registro da dinâmica uterina. Em um dos casos do H.CPN, a parturiente foi transferida ao Centro Obstétrico com taquissistolia, o que resultou na indicação de cesariana. Noutro exemplo, desta vez no H.CO, a parturiente, também taquissistólica, teve a droga suspensa somente após serem constatadas alterações na frequência cardíaca fetal.

No estudo de OSAVA *et al* (2011), a ocitocina foi administrada em 41,4% da população (2.441 mulheres de baixo risco obstétrico assistidas num CPN) e a droga não teve associação com a ocorrência de cesarianas.

Na revisão sistemática de WEI *et al* (2010) para avaliar a eficácia e a segurança de altas doses (24-60ml/h ou 08-30 gts/min) *versus* baixas doses de ocitocina (06-24ml/h ou 02-08gts/min) sobre o risco de cesarianas e sobre os indicadores de morbidade materna e neonatal, foram incluídos dez ensaios clínicos randomizados com 5.423 mulheres. Altas doses de ocitocina foram associadas à uma pequena diminuição do risco de cesariana e pequeno aumento no parto vaginal espontâneo. No entanto, altas doses estiveram

relacionadas com o aumento do risco de hiperestimulação uterina, muito embora não tenham sido encontradas evidências sobre o aumento da morbidade materna e neonatal. Destaca-se que, segundo os autores, a adminstração de ocitocina, nestes casos, ocorrera em função de falha na progressão do trabalho de parto, por atividade uterina irregular, o que não reflete a realidade das mulheres que recebem ocitocina sem a presença de um quadro de distocia, o que representou parte das parturientes no presente estudo.

Por outro lado, SAKAE *et al* (2009), avaliando os fatores relacionados à realização de cesariana, mostraram que o uso de ocitocina teve associação com esta via de nascimento. Segundo os autores, como houve significância estatística, concluíram que existe o dobro de risco de cesarianas, quando a ocitocina é utilizada.

São comuns, em obstetrícia, discursos favoráveis ao uso de ocitocina para abreviar o tempo de sofrimento da mulher (que sente as contrações uterinas), ao mesmo tempo em que se pensa na otimização dos leitos obstétricos, por meio do aumento de sua rotatividade. Neste contexto, costuma-se acrescentar ao manejo da assistência a amniotomia, com vistas à efetividade da ocitocina e à aceleração do parto. No entanto, ocitocina e amniotomia não são condutas isentas de riscos. No caso da amniotomia, os sucessivos toques vaginais, comuns em âmbito hospitalar, representam, por exemplo, riscos de infecção ascendente e maior exposição da apresentação fetal aos impactos sobre a pelve materna.

Embora a bolsa das águas desempenhe, durante o trabalho de parto, importante papel de “proteção mecânica” à apresentação fetal, algumas vezes,

sua ruptura pode auxiliar na descida fetal, bem como na ritmicidade e intensidade das contrações uterina (CUNNINGHAN, 2000; ENKIN *et al*, 2005).

Com base nos parâmetros pré-definidos no item 3.3.4-E deste estudo, buscou-se investigar se a técnica foi empregada oportunamente, isto é, com a devida segurança e com vistas à correção da dinâmica uterina ou à suspeita de líquido meconial. A Tabela 8 apresenta estes dados.

Tabela 8 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a ocasião do uso da amniotomia. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO		
Ocasião de uso	n	%	n	%	Valor de p
Oportuna	7	26,92	25	18,94	0,32
Inoportuna	7	26,92	24	18,18	
Não fez uso	11	42,31	76	57,58	
Sem informação	1	3,85	7	5,30	
Total	26	100	132	100	

Verifica-se, em ambas as instituições, que a amniotomia foi inoportuna em aproximadamente metade dos casos em que o procedimento se fez presente, isto é, foi realizada sem que houvesse uma indicação de anormalidade no trabalho de parto. Este dado, porém, não teve significância estatística (p=0,32), na compração entre as instituições.

Em um dos casos do H.CO, cabe descrever, a parturiente estava com 1cm de dilatação cervical no momento em que ocorreu a amniotomia, e não havia registros da altura da apresentação, submetendo mãe e feto a risco de prolapso de cordão umbilical.

Em revisão sistemática incluindo 14 estudos com 4.893 mulheres, para estudar os efeitos da amniotomia sobre a taxa de cesariana e outros

indicadores de morbidade materna e neonatal, FRASER *et al* (2009) não encontraram diferenças estatísticas na duração da primeira fase do trabalho de parto e na satisfação materna com a experiência do parto. Por outro lado, houve associação com um risco aumentado de cesarianas no grupo submetido à amniotomia de rotina, embora tal diferença também não tenha se mostrado estatisticamente significante.

MIKKI *et al* (2007), randomizaram 533 multíparas e 157 nulíparas para investigar, dentre outros, o efeito da amniotomia sobre as intervenções intraparto e sobre os desfechos maternos e neonatais. Parte das mulheres foi submetida à amniotomia de rotina e outro grupo teve as membranas conservadas. Os autores não encontraram diferenças no tipo de parto e nos resultados imediatos. No entanto, concluíram que, em função dos riscos iminentes desta intervenção, a mesma deve ser reservada às mulheres cujo trabalho de parto tem evolução anormal.

Em alternativa ao uso excessivo das intervenções, como a amniotomia, tem-se discutido sobre o emprego de métodos não farmacológicos para alívio das dores e facilitação do parto.

Os métodos não farmacológicos vêm sendo usados ao longo da história, mas ainda é um tema escasso na literatura científica. Muitas são as opções desses métodos para alivio das dores, como massagens, banho, musicoterapia, bola fisioterápica, acupuntura, banho, deambulação, entre outras. Acredita-se que a adoção destas práticas pode oferecer às parturientes opções para melhorar seu conforto e facilitar o trabalho de parto.

O uso de métodos não farmacológicos para alívio das dores foi analisado em ambas as instituições, conforme se verifica na Tabela 9:

Tabela 9 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo o uso de métodos não farmacológicos para alívio das dores. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO				
Uso	n	%	n	%	Valor de p	IC (95%)	OR
Sim	19	73,08	23	17,42	0,000	4,8 - 34,1	12,9
Não	7	26,92	109	82,58			
Total	26	100	132	100			

Observa-se que no H.CPN foram utilizados os métodos não farmacológicos em grande parte de suas parturientes, ao contrário do H.CO. Este resultado teve significância estatística.

Em revisão sistemática incluindo 38 estudos sobre o uso de técnicas para o alívio das dores, dentre eles, o banho, a movimentação e a massagem, SIMKIN e O'HARA (2002) concluíram que estes são seguros, eficazes e satisfatórios para muitas mulheres.

O banho durante o trabalho de parto ativo reduz momentaneamente a dor das contrações uterinas, mas torna-se mais seguro e eficaz quando a temperatura da água não ultrapassa a temperatura corporal e quando a mulher está com mais de 5 cm de dilatação cervical (SIMKIN e O'HARA, 2002; ENKIN *et al*, 2005)

No estudo caso-controle de SILVA e OLIVEIRA (2006), o banho de imersão foi experimentado por parturientes nulíparas com mais de 6 cm de dilatação cervical. A temperatura da água foi definida de acordo com o desejo da mulher. Não houve significância estatística na duração do trabalho de parto e na frequência das contrações uterinas. Por outro lado, houve ligeira redução na duração das contrações. Em conclusão, as autoras afirmam que o banho de

imersão é uma alternativa para o conforto das mulheres, sem interferências na progressão do trabalho de parto ou no bem estar fetal.

A movimentação (deambulação ou mudanças de posições) mostrou-se eficaz tanto na 1ª fase do trabalho de parto (posições verticais), como na 2ª fase (posição de cócoras), podendo acelerar o trabalho de parto e aumentar o conforto materno de mulheres de baixo risco obstétrico. (SIMKIN e O'HARA, 2002; ENKIN *et al*, 2005).

Mamede (2005) estudou o efeito da deambulação sobre o trabalho de parto. Constatou que quanto maior o tempo de caminhada durante o início da fase ativa, maior é o encurtamento do trabalho de parto.

Com relação ao toque e a massagem, estas são intervenções que não foram submetidas a estudos científicos suficientes para fornecerem conclusões claras sobre os benefícios e riscos. No entanto, como citam esses autores, ao que parece, um toque reconfortante e massagem durante o trabalho de parto podem aliviar a dor e reduzir a ansiedade da parturiente (SIMKIN e O'HARA, 2002; ENKIN *et al*, 2005).

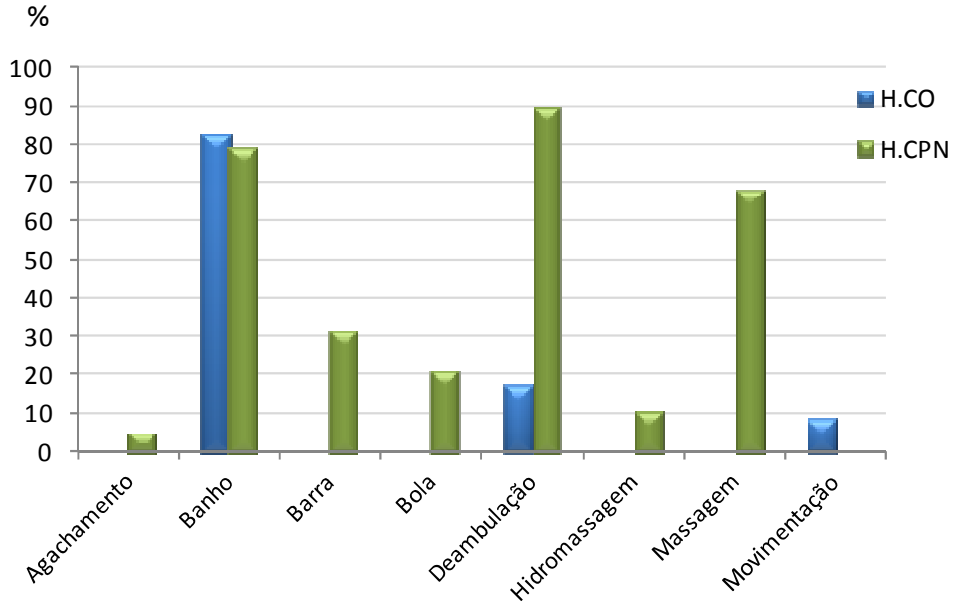
No estudo de DAVIM *et al* (2009), a combinação de dois ou mais métodos não farmacológicos se mostrou ainda mais eficaz no alívio das dores e nos desconfortos durante o trabalho de parto. Desta forma, buscou-se nos prontuários as técnicas utilizadas em cada instituição, bem como quantas mulheres haviam sido estimuladas a combinar dois ou mais métodos. Os dados são apresentados na Figura 3 e Tabela 10:

Tabela 10 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, submetidas a métodos não farmacológicos para alívio das dores, segundo a quantidade de técnicas registradas em cada prontuário. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO				
Quantidade de	n	%	n	%	Valor de p	IC (95%)	OR
Uma	02	7,7	19	14,4			
Duas ou mais	17	65,4	4	3,0	0,000	3,8 - 83,3	17,8
Não fez uso	7	26,9	109	82,6			
Total	26	100	22	100			

Cabe destacar que apenas 04 dos 23 prontuários no H.CO continham informações sobre o uso de dois ou mais métodos não farmacológicos para alívio das dores. Isto representa uma diferença significativa (OR = 17,8; IC 95% - 3,8 a 83,3; p = 0,000), apontando que no H.CPN as mulheres têm mais chances de utilizarem, conjuntamente, tais técnicas não farmacológicas.

Figura 3 – Métodos não farmacológicos para alívio das dores utilizados, segundo a instituição de saúde. São Paulo, 2010.



As parturientes do H.CPN usufruíram de um leque maior de opções de técnicas para alívio das dores. Isto é facilitado pelo modelo de assistência

vigente e, sobretudo, pela estrutura física e material do local, que permite às mulheres vivenciarem tais métodos. O quarto PPP possivelmente é a figura que mais contribui para o êxito do uso de métodos não farmacológicos. Cabe destacar que os métodos que requerem maior esforço físico, como agachamento, bola e barra, fizeram-se menos frequentes, o que talvez traduza uma cultura de passividade materna durante o trabalho de parto.

As relações humanas também têm papel importante no estímulo ao uso de tais técnicas, uma vez que muitas parturientes encontram-se ansiosas, preocupadas e vulneráveis às dores. A dor no trabalho de parto é uma experiência subjetiva, vivenciada de modo singular pela mulher, influenciada por seus costumes e crenças. No entanto, é comum a todas que diversas estruturas se mobilizam para a passagem e descida do bebê, e isto, inegavelmente, causa sensações, no mínimo, desconfortantes. Conforme cita o Ministério da Saúde, há a dilatação do colo uterino, a contração e distensão das fibras miometriais, a distensão do canal vaginal, a tração dos anexos e peritônio, pressão sobre a uretra, bexiga e outras estruturas, além de pressão sobre as raízes do plexo lombossacral. Por este conjunto de fatores, minimizar a dor e oferecer medidas para melhorar o conforto das mulheres podem ser iniciativas de grande valor (MS, 2001). A oferta de ingesta, neste contexto, também se mostra benéfica, como será observado no próximo item analisado.

A parturiente, embora saudável, está em estado temporário de esforço extremo, análogo ao estado de um atleta durante um exercício extenuante. Os atletas, antes do exercício, são incentivados a consumir muito carboidrato e pouca gordura, em conjunto com grandes quantidades de líquidos. Não obstante, durante as atividades, são instruídos a fazer pausas frequentes para

repor os líquidos esgotados. Neste contexto, incentivar as mulheres, no início do trabalho de parto, a consumirem uma boa refeição, tal como fazem os atletas, pode aumentar a energia e força necessárias para o trabalho de parto (SLEUTEL e GOLDEN, 1999)

Desta forma, buscou-se verificar, a partir das prescrições da internação, quais eram as dietas indicadas às parturientes deste estudo (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a prescrição da dieta. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO	
Dieta	n	%	n	%
Geral /Livre	24	92,31	10	7,58
Leve / Branda	-	-	48	36,36
Jejum	-	-	65	49,24
Sem informação	02	7,69	09	6,82
Total	26	100	132	100

É bastante considerável o número de mulheres internadas com prescrição de jejum no H.CO (49,24% delas). Esta medida se deve, muitas vezes, a pré-suposição de que a mulher poderá apresentar alguma intercorrência no decorrer do trabalho de parto, de modo que seja necessária a administração de analgesia/anestesia. O risco de broncoaspiração é o grande receio dos profissionais nestes casos, mas, conforme citam ENKIN *et al* (2005, p.139), trata-se de uma preocupação mal orientada, “já que o grau de risco está diretamente relacionado à frequência com que a anestesia geral acompanha o parto, e aos cuidados e habilidades com que o anestésico é administrado”. Além disso, sabe-se que o jejum no trabalho de parto não tem o efeito desejado de garantir o esvaziamento do conteúdo gástrico e, ao contrário, pode resultar em desidratação e cetose materna.

O jejum esgota os carboidratos disponíveis, obrigando o organismo a metabolizar gordura para obter energia. A disponibilidade de aminoácidos da mãe e do feto diminui neste caso, enquanto que os ácidos graxos e as cetonas aumentam. Além disso, as gestantes são conhecidas por terem níveis mais baixos de glicose em jejum e, assim, desenvolvem corpos cetônicos e ácidos graxos livres com mais rapidez e em maior grau, em comparação às mulheres não grávidas (SLEUTEL e GOLDEN, 1999)

Na revisão sistemática de SINGATA *et al* (2011) sobre os riscos e benefícios da restrição de líquidos e sólidos durante o trabalho de parto, incluindo 5 estudos com 3130 mulheres, os autores concluíram que não há justificativas para adotar tal medida, tanto em mulheres de baixo risco, quanto de alto risco obstétrico. Segundo os autores, a maioria das mulheres parece reduzir, naturalmente, o consumo de sólidos e líquidos com o decorrer do trabalho de parto, porém, devem ter a autonomia e a liberdade de optarem ou não por uma ingestão de alimentos e líquidos. Devem, ainda, estar cientes que, se consumirem algo, não haverá impacto sobre o trabalho de parto, bem como sobre os resultados maternos e fetais.

SLEUTEL e GOLDEN (1999) avaliando a literatura científica sobre a ingesta durante o trabalho de parto apontam que restringir a alimentação e a hidratação oral durante o trabalho de parto tem resultados negativos inesperados. O jejum, durante o parto, é uma tradição que continua sem nenhuma evidência de melhores resultados à mãe ou ao recém-nascido, segundo as autoras.

Como foi visto, algumas intervenções podem ter influenciado a indicação de cesariana. Da mesma forma, algumas intercorrências durante o trabalho de parto podem ser decisivas na condução e finalização do parto. Neste contexto, buscou-se relacionar, conforme mostra a Tabela 12, quais foram as indicações de cesarianas em ambas as instituições.

Tabela 12 – Distribuição de indicações de cesarianas[5], segundo a instituição de saúde. São Paulo, 2010.

Indicação	H.CPN	H.CO
Alteração da contratilidade	-	1
Apresentação defletida	-	1
Apresentação pélvica	1	-
Ausência de prensa abdominal	1	-
Bolsa rota	-	4
Bradicardia fetal	3	3
Cesárea prévia	-	8
Colo / Bishop desfavorável	1	1
CTB Alterado/Não tranquilizador	1	1
Desproporção céfalo-pélvica (DCP)	13	17
DIP II	-	1
Distócia	-	1
Distócia de bacia	3	1
Distocia de rotação	1	-
Distócia funcional	4	35
Descolamento prematuro de placenta (DPP)	-	2
Expulsivo prolongado	1	-
Hipertensão arterial sistêmica	-	1
Macrossomia	-	2
Macrossomia fetal anterior (3800g)	-	1
Mecônio	1	7
Mecônio 1+/4+	-	2
Meconio 2+/4+	1	4
Mecônio 3+/4+	1	6
Meconio 4+/4+	2	-
Mecônio fluido	-	1
Obesidade	-	1
Oligoamnio	-	1
Parada de progressão	-	13
Parada de progressão fetal	1	1
Parada secundária da dilatação	-	2
Parto prolongado	-	1
Pós-datismo	-	4
Prolapso de cordão	-	1
Rotura Prematura de Membrana	-	1
Síndrome hipertensiva	-	1
Sofrimento fetal	-	11
Sofrimento fetal agudo	2	15
Suspeita de HIV	-	1
Taquicardia fetal	-	3
Sem indicação	-	13

[5] Alguns prontuários continham duas ou mais indicações de cesarianas. Por este motivo, o total de indicações é diferente do total de prontuários incluídos no estudo.

Observam-se algumas indicações absolutas de cesarianas, como descolamento prematuro de placenta e prolapso de cordão. Por outro lado, foi possível identificar indicações que, por si só, não refletem um quadro clínico preocupante, como “bolsa rota”, “cesariana prévia”, “obesidade”, “mecônio fluido”, “hipertensão arterial sistêmica” e “pós-datismo”. Outras, ainda, mostraram-se pouco esclarecedoras, como “distocia” e “macrossomia”.

Cabe pontuar que em 13 prontuários do H.CO não foram justificadas as indicações de cesarianas. Este achado, diante da política pública nacional de redução de cesarianas e incentivo ao parto normal, mostra-se relevante. A decisão médica de indicar a interrupção da gestação por via abdominal deve ser devidamente justificada, sobretudo ao serem considerados os riscos inerentes a esta cirurgia. O código de ética médica faz referência à proibição do profissional em exceder-se em quaisquer procedimentos médicos, bem como em registrar de forma ilegível (ou não registrar) os prontuários, que por sua vez, deverão conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso (CFM, 2009).

Ao analisar se o quadro clínico registrado em prontuário tinha convergência com a indicação de cesariana, observaram-se os seguintes resultados, dispostos na Tabela 13:

Tabela 13 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a convergência entre a indicação referida da cesariana e os registros da evolução do trabalho de parto. São Paulo, 2010.

	H.CPN		**H.CO**				
Convergência	n	%	n	%	Valor de p	IC (95%)	OR
Sim	19	73,1	53	40,2	0,002	1,59 - 10,29	4,05
Não	7	26,9	79*	59,8			
Total	26	100	132	100			

*Incluindo os 13 casos sem indicações.

A convergência entre a indicação de cesariana e os achados da evolução do trabalho de parto registrados teve significância estatística na comparação entre as instituições, mostrando que o H.CO tem 4 vezes mais chances de fazer uma indicação duvidosa de parto cirúrgico (OR = 4,046; IC 95% - 1,59 a 10,29; p = 0,002).

Frente a estes resultados, sobretudo no H.CO, pode-se arguir acerca de alguns diagnósticos registrados, bem como, cogitar a existência de falhas no registro do progresso do trabalho de parto. Uma ou outra possibilidade, no entanto, demonstra a necessidade de implementação de sistemas de avaliação nestas instituições, que orientem à adoção de práticas assistenciais baseadas nas melhores evidências.

Sobre os possíveis sub-registros e sub-notificações em prontuários, ENKIN *et al* (2005, p.154) afirmam que, ao monitorar o progresso do trabalho de parto, o registro dos achados é quase tão importante quanto fazer as avaliações". Além de facilitar a visualização do trabalho de parto em curso, registrar os achados e as intercorrêncais é uma forma de individualizar a assistência, garantindo a segurança, a integridade e o respeito devidos à mãe e filho.

Ainda sobre as indicações de cesarianas encontradas no estudo, percebe-se que algumas intercorrências estiveram presentes com maior frequência em ambas as instituições, como sofrimento fetal, mecônio, distocia funcional e desproporção céfalo-pélvica, os quais serão avaliados individualmente, conforme será visto seguir.

O sofrimento fetal é caracterizado por alterações na frequência cardíaca fetal (FCF). Essas alterações são divididas em três grupos: alterações da frequência basal, alterações periódicas relacionadas às contrações uterinas e alterações na variabilidade da frequência basal. As bradicardias (diminuição anormal da FCF) podem estar associadas a bom resultado fetal e, nestes casos, têm padrão constante ou "basal". Mas, quando representam uma alteração da FCF previamente maior, poderão representar riscos, sobretudo quando sucedem os picos das contrações uterinas – que nestes casos poderão estar associadas à insuficiência uteroplacentária. Enquanto que as desacelerações variáveis podem ser atribuídas à compressão do cordão umbilical. Nos casos em que há reduções na variabilidade dos batimentos, espera-se uma redução da influência do sistema nervoso central sobre o coração fetal. (ENKIN *et al*, 2005). As taquicardias (aumento anormal da FCF), geralmente estão associadas à febre materna ou infecção em curso. (SUNDSTRÖM *et al*, 2000).

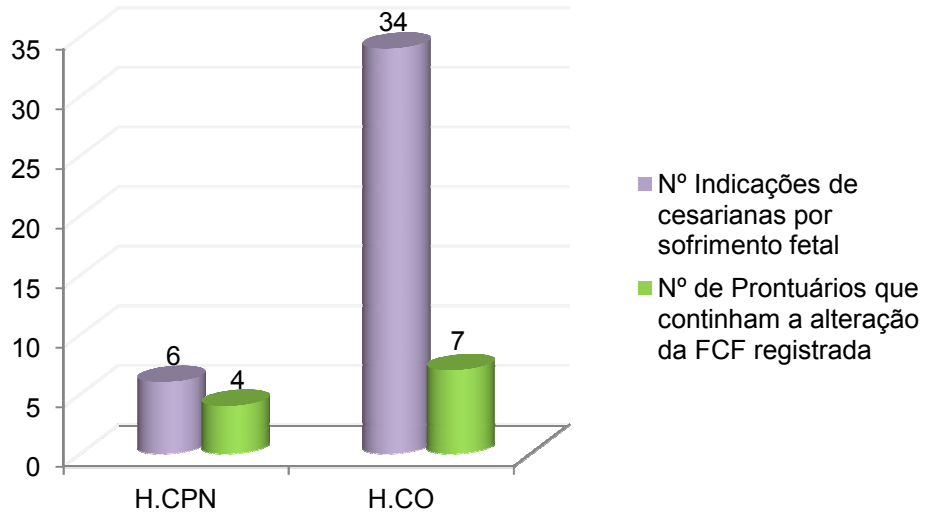
O sofrimento fetal, também encontrado nos prontuários deste estudo como "sofrimento fetal agudo, bradicardia, taquicardia e frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora" foram analisados a partir dos registros de ausculta em sonar Doppler e nos impressos da cardiotocografia (Tabela16).

Tabela 14 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo registro da Frequência Cardíaca Fetal (FCF) em cardiotocografia ou sonar. São Paulo, 2010.

	H.CPN		**H.CO**		
FCF	n	%	n	%	Valor de p
Tranquilizadora	22	84,6	125	94,7	0,095
Não tranquilizadora	4	15,4	7	5,3	
Total	26	100	132	100	

Não houve significância estatística na comparação entre as instituições no que se refere à presença de FCF não tranquilizadora (p = 0,095). Por outro lado, cabe destacar a diferença, em cada hospital, entre o número de indicações de cesarianas oficialmente registradas como “sofrimento fetal” e o número de prontuários que, de fato, continham registros de alterações na frequência cardíaca fetal (Figura 4).

Figura 4 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por sofrimento fetal e a presença de registros de FCF alterada. São Paulo, 2010.



Observando-se tais resultados, com destaque aos números do H.CO, indaga-se se a compreensão do profissional acerca de “sofrimento fetal” não é diferente de “presença de alterações na frequência cardíaca fetal” ou, ainda, se esse diagnóstico não está banalizado, uma vez que tal intercorrência pode suceder outras instaladas.

A monitorização eletrônica fetal intermitente ou contínua é o método mais usado para identificar o sofrimento fetal. Como citam ENKIN *et al* (2005) diversos estudos randomizados têm avaliado os métodos para monitorar o bem estar fetal e, embora tenham produzido resultados confiáveis, ainda há

controvérsias sobre a forma como deve ser realizada a monitorização e sobre qual o manejo apropriado nos casos de um resultado alterado.

THACKER *et al* (1995) e ALFIREVIC *et al* (2007) revisaram 12 estudos clínicos randomizados sobre a eficácia e a segurança do monitoramento eletrônico fetal contínuo (cardiotocografia) de rotina com a ausculta intermitente, durante o trabalho de parto. Encontraram um risco aumentado de cesarianas e de parto vaginal instrumental em gestantes de baixo risco que usaram cardiotocografia, muito embora este resultado seja oriundo de estudos randomizados de média e baixa qualidade. Neste contexto, os autores concluem que, com exceção da redução da taxa de convulsões neonatais, o uso da cardiotocografia de rotina não tem impacto mensurável sobre a morbidade e mortalidade fetal.

> Embora a monitorização eletrônica contínua do coração fetal forneça bem mais informações sobre a frequência cardíaca fetal, a interpretação dos traçados de frequência cardíaca fetal está sujeita a grande variação. Os traçados frequentemente são interpretados de formas diversas por diferentes obstetras, ou até pelo mesmo obstetra em momentos diferentes. O problema da monitorização eletrônica fetal não está em sua capacidade de medir, mas em sua interpretação (ENKIN *et al*, 2005, p.146).

Em relação a presença de mecônio no líquido amniótico, esse não é diagnóstico certo de “sofrimento fetal”, mas tem associação com o aumento do risco de morte intraparto, morbidade e morte neonatal, sobretudo em função de problemas respiratórios causados por sua aspiração. Estudos apontam que o pior prognóstico está nos casos em que o líquido amniótico apresenta mecônio espesso, representando cinco a sete vezes mais risco de morte perinatal (ENKIN *et al*, 2005; SOUZA e AMORIN, 2008).

Na análise dessa variável, conforme se verifica na Tabela 15, identificou-se, nas instituições estudadas, um percentual de mecônio maior do que o

encontrado na literatura - 10-20% (ZIADEH e SUNNA, 2000; RAMIN *et al,* 1996).

Tabela 15 – Distribuição de parturientes, por instituição de saúde, segundo a presença de mecônio durante o trabalho de parto. São Paulo, 2010.

	H.CPN		H.CO		
Mecônio	n	%	n	%	Valor de p
Sim	9	34,6	38	28,8	0,56
Não	17	65,4	94	71,2	
Total	26	100	132	100	

Não houve significância estatística na comparação entre as instituições quanto à presença de mecônio (p=0,56). Cabe destacar, porém, que dos 05 prontuários do H.CPN e 20 do H.CO em que o mecônio foi a indicação de cesariana, apenas 02 em cada instituição foram acompanhados de um padrão anormal da FCF, o que indica que a presença de mecônio, por si só, é uma ameaça aos profissionais de saúde frente aos possíveis e supostos efeitos adversos ao neonato.

ZIADEH e SUNNA (2000) realizaram um estudo na Jordânia para avaliar a morbidade e mortalidade perinatal relacionadas à coloração do mecônio em líquido amniótico (não espesso e com espessura moderada). Parturientes com gestação a termo, feto único em posição cefálica foram recrutadas, totalizando 390 parturientes com mecônio e, no controle, 400 com líquido amniótico claro. Houve significância estatística na mortalidade perinatal, no índice de cesarianas, no Apgar ≤ 3 no 1º e 5º minutos e na síndrome de aspiração meconial, apontando aumento dos riscos na presença de mecônio, em comparação ao líquido amniótico claro. Os riscos foram ainda maiores, quanto mais espesso se apresentava o mecônio. Os autores alertam, porém, que

mulheres com mecônio fluido (não espesso), na presença de um padrão normal da frequência cardíaca fetal, podem continuar sendo assistidas clinicamente, com a devida segurança. Ao contrário, a presença de mecônio espesso deve ser manejada como alto risco.

O estudo de MAYMON *et al* (1998) realizado em Israel, para determinar a prevalência e o significado clínico de líquido amniótico meconial em mulheres de muito baixo risco, apontou que dos 37.085 binômios estudados, 6.194 apresentaram mecônio. O número de cesarianas, parto instrumental, sofrimento fetal, corioamnionite, Apgar de 1º minuto menor que 3 e neonatos pequenos para a idade gestacional (PIG) foram significantemente maiores nos casos em que houve a presença de mecônio. Os autores afirmam que, embora a maioria dos casos de mecônio em líquido amniótico não esteja associada à hipoxemia fetal ou à acidemia metabólica, neste estudo, ficou claro que, em populações de muito baixo risco, o mecônio se torna um preditor de risco aumentado de efeitos fetais e neonatais adversos.

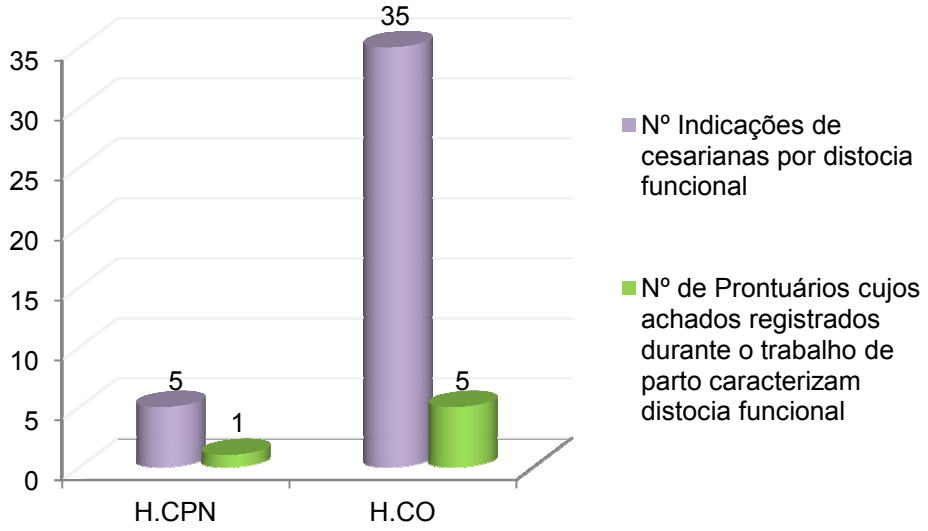
PIPER *et al* (1998) realizaram um estudo nos Estados Unidos com o objetivo de testar a hipótese de que existe associação entre infecção materna e neonatal com líquido amniótico meconial (fluido, moderado ou espesso). De 936 mulheres, 259 apresentaram mecônio. Destas, 9% tinham o aspecto fluido, 12% moderado e 7% espesso. A presença de mecônio esteve associada com líquido amniótico aumentado, endometrite e infecção geral. Este último se fez ainda mais presente nos casos de mecônio espesso.

Em relação a distócia funcional, também conhecida como fase ativa prolongada, esta é caracterizada quando a dilatação do colo uterino ocorre lentamente. Em partograma, as linhas de alerta e ação costumam ser

ultrapassadas. É também definida como a falha na dilatação do colo uterino em função de contratilidade miometrial inadequada. Se a dilatação cervical permanece inalterada após dois toques sucessivos, com intervalo de duas horas ou mais, inicia-se ou repete-se o uso de métodos não farmacológicos, como deambulação e balanço pélvico e, se necessário, faz-se a administração de ocitocina e/ou amniotomia para correção das contrações uterinas. Não havendo progressão da dilatação, a distocia funcional poderá ser confirmada (SEITCHIK, 1987; MS, 2001).

No presente estudo, o número de indicações oficialmente registradas como "distocia funcional" foi maior do que o número de mulheres que de fato apresentaram esta intercorrência, segundo os registros da evolução do trabalho de parto, conforme mostra a Figura 5:

Figura 5 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por distocia funcional e a presença de registros na evolução do trabalho de parto que caracterizam esta intercorrência. São Paulo, 2010



No H.CO, com destaque, a diferença observada na Figura 5 foi notável. Embora não se possa afirmar que essas parturientes não necessitavam de uma cesariana, os registros em seus prontuários não se mostraram suficientes para justificar a indicação desta intervenção cirúrgica.

Não foram localizados estudos randomizados e/ou revisões sistemáticas acerca de distocia funcional. Outros estudos, porém, têm relacionado a distocia funcional como um dos principais diagnósticos de cesariana.

LLUSIÁ (1997), em estudo feito na Espanha, encontrou em sua população 41% de indicações que chamaram de 'distocias dinâmicas' (debilidade das contrações, retardo da dilatação e incoordenação contrátil). NOMURA *et al* (2004), também estudando a indicação referida de cesariana, encontraram 12,5% desta intercorrência. YAZLLE *et al* (2001), no Brasil, encontraram 3,9 e 1,5% de indicações de cesarianas por distocia funcional, respectivamente, no setor privado e no SUS.

GIFFORD *et al* (2000), visando estimar a ocorrência de falta de progresso no trabalho de parto enquanto justificativa de cesariana, estudaram 733 puérperas submetidas à cesariana não planejada, nos Estados Unidos. Encontraram o diagnóstico de "falta de progresso" em 68% das cesarianas realizadas. Destas, 28% foi em função de distocia funcional (fase ativa prolongada e parada da dilatação). Apontaram, ainda, que do total de cesarianas realizadas por "falta de progresso", 24% foram realizadas enquanto as mulheres estavam na fase latente do trabalho de parto e 36% delas, embora estivessem na fase ativa no momento da cesariana, o trabalho de parto não se caracterizava como prolongado.

Finalmente, a última intercorrência analisada foi a desproporção céfalo-pélvica (DCP). A DCP pode ser caracterizada como a obstrução da passagem do feto pelo canal vaginal, seja por macrossomia fetal ou anormalidades na pelve materna.

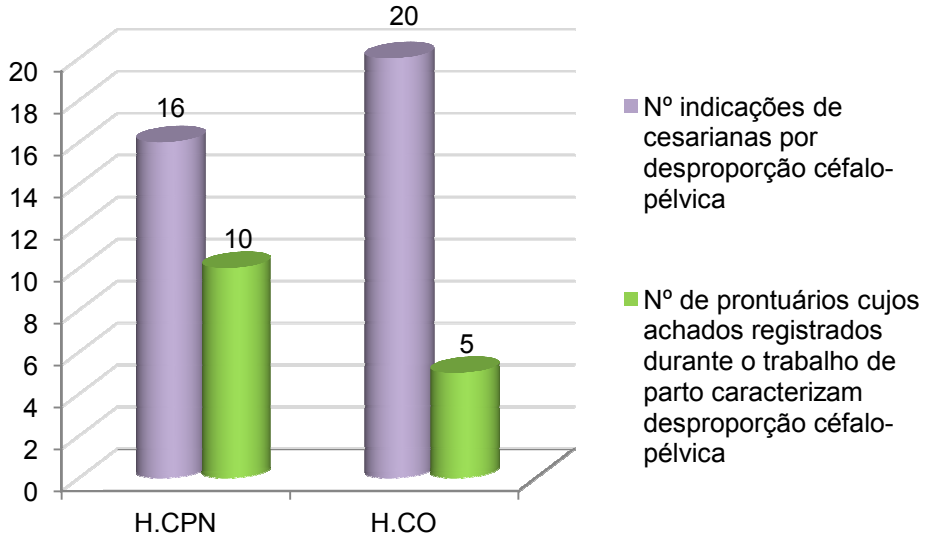
Fetos grandes podem levar a um prolongamento do trabalho de parto, cesariana, distocia de ombro e lesões do plexo braquial. Pesos entre 4500g e 5000g, segundo CHAUHAN *et al* (2005), representam riscos de morbidades neonatais aumentados, incluindo a necessidade de ventilação assistida e aspiração de mecônio. Nos casos de bebês nascidos com mais de 5000g, as taxas de mortalidade neonatal aumentam consideravelmente. Para a mãe, costumam ocorrer hemorragias, infecções pós-parto e lacerações de esfíncter anal.

Ao contrário de anormalidades na pelve, que são mais facilmente identificadas, estimar o peso do bebê antes do seu nascimento é pouco provável.

Independente das dificuldades de diagnóstico, a DCP tem sido uma das principais indicações de cesariana intraparto apontada também por outros estudos brasileiros, a exemplo de YAZLLE *et al* (2001), DIAS *et al* (2008), NOMURA *et al* (2004) e SILVA (2006).

Na presente pesquisa, o número de indicações de cesarianas por DCP (ou macrossomia fetal ou distocia de bacia), em ambas as instituições, foram divergentes do número de prontuários que continham registros de aspectos clínico-obstétricos que caracterizassem este diagnóstico (Figura 6).

Figura 6 – Número de parturientes, por instituição de saúde, segundo a indicação referida de cesariana por desproporção céfalo-pélvica e a presença de registros na evolução do trabalho de parto que caracterizam esta intercorrência. São Paulo, 2010.



Em alguns casos, tanto no H.CO como no H.CPN, em que a indicação da cesariana foi a DCP, verificaram-se registros de contrações uterinas ineficazes (baixa intensidade). No H.CO, cabe ressaltar, as parturientes permanecem grande parte do tempo deitadas em seus leitos, o que não favorece a descida fetal. É possível que a anormalidade, em alguns desses casos, tenha decorrido de falta de "motor" e falta de posturas verticais maternas durante o trabalho de parto.

Estudo realizado na Dinamarca para avaliar o diagnóstico de DCP em primíparas e descrever os parâmetros materno-fetais comuns nesses casos, dividiram puérperas que haviam sido diagnosticadas com esta intercorrência, em três grupos: aquelas que tiveram parto normal, as que tiveram cesarianas, porém o colo esteve impérvio e, finalmente, um grupo de mulheres submetidas à cesariana, mas com dilatação cervical em curso. Com exceção da idade materna e idade gestacional – que foram menores no grupo de parto normal -,

não houve qualquer diferença entre os três grupos em relação a outros parâmetros clínico-obstétricos. Com base nesses resultados, os autores concluíram que não foi possível identificar, na população estudada, características da DCP que resultassem numa indicação verdadeira de cesariana (JUUL *et al*, 1993).

No caso de macrossomia, na revisão sistemática de SANCHEZ *et al* (2002), incluindo 09 estudos observacionais e 02 estudos randomizados, foram avaliados os efeitos sobre a conduta expectante e a indução do parto em casos de suspeita de macrossomia fetal. Na análise estatística dos estudos observacionais, os autores encontraram menor incidência de cesariana entre as mulheres que entraram em trabalho de parto espontâneo, bem como maiores taxas de parto vaginal. No entanto, ao incluírem os dois estudos randomizados na análise, tais resultados não se mostraram estatisticamente significantes. Por outro lado, não foram observadas diferenças nas taxas de partos operatórios vaginais, no número de distocias de ombro e em baixas notas de Apgar.

Na revisão sistemática de CHAUHAN *et al* (2005) para avaliar a possível identificação de fetos macrossômicos (neste caso, definido como> 4000g) e propor formas de tratamento nos casos suspeitos, os autores afirmam que, em mulheres de baixo risco, devido às imprecisões diagnósticas, a suspeita de macrossomia não deve ser uma indicação de cesariana.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer, em dois cenários, as indicações de cesarianas intraparto, a partir dos registros da assistência e das intercorrências que antecederam o nascimento dos bebês.

O modelo preconizado pelo H.CPN, ainda que campo de algumas resistências profissionais e institucionais, oferece às mulheres, bebês e familiares meios para vivenciarem o parto e nascimento de forma menos restritiva, mais personalizada e privativa, a exemplo dos quartos PPP, do uso de métodos não farmacológicos para alívio das dores, da presença de um acompanhante e da internação oportuna.

A escolha de dois modelos assistenciais implementados em estruturas físicas e organizacionais distintas foi motivada pela crença na existência de diferenças importantes entre as instituições. Os Centros de Parto Normal são a materialização da ideologia de um ambiente adequado para assistência às gestantes de baixo risco. No entanto, verificou-se a presença de práticas não baseadas em evidências, também nesse local.

Embora os Centros de Parto Normal se caracterizem como espaços apropriados às parturientes consideradas de baixo risco obstétrico, precisam contar com uma equipe multidisciplinar, coesa e atualizada. As evidências científicas existem para nortear as práticas em saúde (neste caso, a atenção obstétrica e neonatal) com vistas à segurança e aos melhores resultados, e não devem ser apenas um instrumento de referência bibliográfica nos protocolos institucionais.

Nesta pesquisa foi possível constatar que o modelo de assistência oferecido pelo H.CPN favorece parcialmente práticas obstétricas baseadas em evidências, enquanto que no H.CO as práticas são predominantemente baseadas na experiência clínica e individual de cada profissional. A falta de adesão aos protocolos existentes nessa instituição talvez responda por alguns dos resultados negativos encontrados na presente pesquisa.

O sub-registro e o diagnóstico indiscriminado de algumas intercorrências como justificativa para realização da cesariana chamam atenção, demonstrando a necessidade de intensificar o trabalho de auditoria aos prontuários médicos, bem como a necessidade de investir em atualização e qualificação dos profissionais envolvidos.

Evidenciou-se a marcante presença de intervenções desnecessárias, com vistas à aceleração do trabalho de parto, bem como a presença de práticas há muito desencorajadas pela literatura científica, como o jejum. Verifica-se a supervalorização de um saber médico tradicional, norteado por teorias patológicas e pela noção de risco sobre a parturição.

Pelo desenho do estudo (coleta de dados secundários), não foi possível conhecer as motivações dos profissionais acerca das indicações de cesariana. No entanto, os registros em prontuários permitiram concluir que algumas das práticas obstétricas presentes nestas instituições, a exemplo do uso de ocitocina, refletem a dificuldade na adesão profissional e institucional às recomendações e diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. Enquanto os estados brasileiros forem federativos e, assim, puderem optar por aderir ou não às normas ministeriais, continuaremos frente a resultados aquém do que se espera e aquém do que se idealiza.

Em relação ao acompanhamento do trabalho de parto e parto de baixo risco por obstetrizes e enfermeiras obstétricas em CPN, este tem se mostrado benéfico à promoção do parto normal. No entanto, é preciso repensar a assistência em que há apenas um profissional, e não uma equipe multidisciplinar de, no mínimo, médico e obstetriz atuando complementarmente. No H.CPN, por exemplo, os residentes médicos ficam exclusivamente no pronto atendimento e no centro obstétrico. Desta forma, como incentivar as "boas práticas" também a esses profissionais, se os mesmos não participam do cotidiano da assistência prestada no Centro de Parto Normal? O processo de parto e nascimento deve ser compreendido como fisiológico por todas as categorias profissionais; a intervenção, sempre norteada por estudos baseados em evidências, deve ser direcionada às mulheres e bebês que de fato necessitarem.

A falta de concordância identificada entre os achados clínico-obstétricos registrados durante o trabalho de parto e a indicação de cesariana aponta para as fragilidades assistenciais e administrativas de ambas as instituições. Se fosse possível reescrever algumas das indicações de cesarianas deste estudo, "distocia de assistência" seria uma opção pertinente.

Além disso, cabe ressaltar a questão das cesarianas sem menção de indicação, também presente nesse estudo, que é um entrave à obstetrícia normal, ao movimento de humanização do parto e nascimento e à redução do número de cesarianas no país. A existência do CID[6] O82.9 (parto por cesariana, não especificada) é conivente com a política liberal de realização

[6] Classificação Internacional de Doenças.

desta cirurgia, o que representa, no caso do Brasil, uma afronta aos programas de incentivo ao parto normal.

Cabe, ainda, uma breve reflexão acerca da formação em saúde, especificamente a formação médica, responsável pelas indicações cirúrgicas. A profissão de Medicina, uma das mais tradicionais do país, é reconhecida por sua dispendiosa dedicação aos estudos, pelo cuidado ao próximo, mas também é reconhecida por proporcionar, aos que nela se formam, certo *status* social. Este *status* confere à profissão poder e autonomia sobre o corpo, a saúde e a doença da população, tornando o saber médico hegemônico e, portanto, incontestável. Desta forma, não há por que temer procedimentos desnecessários e diagnósticos duvidosos, desde que o produto final seja uma vida salva. FOUCAULT (2008) afirma que “existe todo um trabalho da medicina que consiste em alcançar sua própria condição, mas por um caminho em que ela deve apagar cada um de seus passos, desde que atinja seu fim” (p.8).

Em obstetrícia, a atuação médica tem sido descrita e criticada pela mudança de papeis, em que o profissional se coloca como a figura central durante a assistência. Num cenário onde um novo ser virá à luz, muitas vezes aguardado com ansiedade e medo, destacam-se o conhecimento, a experiência e as instruções médicas, ficando qualquer outra figura ou qualquer outra necessidade em segundo plano.

Assistir, nesta pesquisa, foi intervir, como se isto fosse um símbolo da competência profissional.

REFERÊNCIAS

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of efetronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 31 out 2011]; 4: [85 screens]. Disponível em: http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD006066ru.pdf

Althabe F, Belizán JM. Caesarean: the paradox. Lancet. 2006; 368(9546): 1472-73.

Alvarenga AT. O Enfoque de Risco. In: Anais do II Encontro Estadual de Saúde da Criança; 1987; São Paulo, BR. p. 19-26.

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto normal: Movimento ANS em favor do parto normal e da redução das cesarianas desnecessárias no setor suplementar. [monografia na internet]. Brasília (DF); 2007 [acesso em 14 out 2010]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/carta_parto_normal.pdf

Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, *et al*. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública. [periódico na internet] 2003. [acesso em 16 out 2011]; 19(6): [10 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf

Berer M. Mortalidade e morbidade materna: a gravidez está ficando mais segura para as mulheres? Quest. Saúde Reprodutiva. 2008; 3(3): 10-21.

Brasil. Lei nº 11108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [lei na internet]. Disponível em: http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm

Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. Cad. Saúde Pública. [periódico na internet]. 1991 abr/jun [acesso em 26 nov 2010]; 7(2):[15 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en

Brisson-Carrol G, Fraser W, Breart G, Krauss I, Thornton J. The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis. Obstetrics and Gynecology. [periódico na internet]. 1996 [acesso em 20 out 2011]; 87: (6 screens). Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784496804601

Brown HC, Paranjothy S, Downwell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews. [periódico na internet] 2009. [acesso em 31 jan 2011]; 4. Disponível em:
http http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=pt&lib=COC

Brüggemann OM. O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2005.

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 fev [acesso em 30 nov 2011]; 41(1): 44-52. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=en.

Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [periódico na internet]. 2007 jan [acesso em 05 jun 2010]; 29(1): [07 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100006&lng=en.

Castiel LD, Póvoa EC. Dr. Sackett & "Mr. Sacketeer"... Encanto e desencanto no reino da expertise na medicina baseada em evidências. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em: 26 out 2010]; 17(1):[10 screens]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100021&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2001000100021.

Cecatti JG, Pires HMB, Goldenberg P. Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: Galvão L, Díaz J, organizadores. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed.Hucitec; 1999.

CFM - Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. [resolução na internet]. [acesso em 10 nov 2011]. Disponível em:
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122

Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magan EF, et al. Suspicion and treatment os the macrosomic fetus: a review. Am.J.Obstetr.Gynecol. [Periódico na internet]. 2005 [acesso em 20 nov 2011]; 193(2). Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937804021039

Clark SL, Miller DD, Belfort MA, Dildy GA, Frye DK, Meyers JA. Neonatal and Maternal outcomes associated with elective term delivery. Am.J.Obst.Gynecol. 2009; 200(2):156.e1-156.e4.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [base de dados na internet]. Brasília (DF). 2011 [acesso em 08 nov 2011]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/

CNS – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [resolução na internet]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm

Cunningham FG *et al*. Williams Obstetrícia. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

DATASUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde. [homepage na internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2011 [atualizado em 22 out 2011; acesso em 26 out 2010]. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev.Esc.Enferm.USP. [periódico na internet]. 2009. [acesso em 13 out 2011]; 43(2): [8 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf

Deslandes S.F. (org). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM et al . Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2008 out. [acesso em 25 nov 2011]; 13(5): 1521-1534. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500017&lng=en.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev.Bras.Crescimento Desenvolv. Hum. [periódico na internet]. 2009 [acesso em 17 set 2010]; 19(2):[14 screens]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf.

Diniz SG, Duarte AC. Parto Normal ou Cesárea? O Que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também). São Paulo: Editora Unesp, 2004.

D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al . Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2006 out [acesso em 2011 nov 02]; 22(10): 2067-2078. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000012&lng=pt.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, *et al*. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. Midwifery. [periódico na internet]. 2005. [acesso em 01 nov 2011]; 21: [10 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613805000240

Foucault M. O nascimento da clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [periódico na internet] 2009. [acesso em 26 set 2010]; 9. Disponível em: http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=12&id=CD000015&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes

Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keesey J, Keeler E, Kahn K. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. Obstretr.Gynecol. [periódico na internet]. 2000. [acesso em 04 nov 2011]; 95(4): [7 screens]. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2000/04000/Lack_of_Progress_in_Labor_as_a_Reason_for_Cesarean.21.aspx?WT.mc_id=HPxADx20100319xMP

Gomes AMA. As representações sociais do corpo e da sexualidade no Protestantismo brasileiro. Rev.Estudos Religiosos [periódico na internet] 2006 [acesso em 20 nov 2011]; 1: [38 screens]. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/ENSINORELIGIOSO/artigos1/representacoes_sociais.pdf

Gomes MM. Medicina Baseada em Evidências: princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso Ed, 2001.

Gonçalves R., Aguiar C.A., Merighi M.A.B., Jesus M.C.P. Viventiando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev.Esc.Enferm.USP. 2011; 45(1), p.62-70

Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. [periódico na internet] 2010. [acesso em 23 set 2011]; 9. Disponível em: http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000012.html

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for woman during childbirth (Review). The Cochrane Library [periódico na internet]. 2007 [Acesso em 30 out 2011]; 4: [72 screens]. Disponível em: http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003766.pdf

Juul SM, Clausen IH, Nielsen EK. Fetal-pelvic disproporcion. Ugeskr Laeder. [periódico na internet]. 1993. [acesso em 25 nov 2011]; 155(48): [3 screens]. Disponível em: http://www.mendeley.com/research/fetalpelvic-disproportion/

Lauzon L, Hodnett ED. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. Cochrane Database of Systematic Reviews [periódico na internet] 2009. [acesso em 18 set 2010]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000936/full

Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database of Systematic Reviews [periódico na internet] 2009. [acesso em 28 set 2010]. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub2/full

Llusiá JB. El útero: fisiologia y patologia. Espanha: Ed.Díaz de Santos, 1997.

Mamed FV. O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto. [Tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Martins-Costa S., Ramos J.G.L. A questão das cesarianas. Rev.Bras.Ginel.Obst. [periódico na internet]. 2005. [acesso em 01 dez 2011]; 27(10): [4 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n10/27569.pdf

Maymon E, Chaim W, Furman B, Ghezzi F, Sholan Vardi I, Mazor M. Meconium stained amniotic fluid very low risk pregnancies at term gestation. European J.Obstetr.Gynecol.Reprod.Biol. [periódico na internet]. 1998. [acesso em 12 set 2011]; 80(2): [5 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211598001225

Mikki N, Wick L, Abu-Asab N, Abu-Rmeileh NM. A trial of amniotomy in a Palestinian hospital. Journal of obstetrics and gynaecology. [periódico na internet]. 2007 may. [acesso em 26 nov 2011]; 27(4): [6 screens]. Disponível em: http://marketspace.ritaj.ps/uploads/File/trial%20of%20amniotomy%20in%20Pal%20hosp%20Nahed%20etc%202007.pdf

MS - Ministério da Saúde. Portaria nº 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 06 ago. 1999.

MS - Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

MS - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégias. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. [documento na internet]. 2004 [acesso em 21 out 2010]. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf

MS – Ministério da Saúde. Rede Cegonha. [homepage na inernet]. Brasília: Departamento de ações programáticas estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher; 2012. [Acesso em 15 jan. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [periódico na internet]. 2005 [acesso em 13 nov 2010]; 10(3): [7 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300021&script=sci_arttext&tlng=ES

Nakano AMS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. O acompanhante durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Acta Paul Enferm. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 20 set 2011]; 20(2): [7 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a04v20n2.pdf

Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Maternal complications associated with type of delivery in a university hospital. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2004 fev [acesso em 25 nov 2011]; 38(1): [7 screens]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100002&lng=en

O'Driscoll K, Jackson RJA, Gallagher JT. Prevention of prolonged labour. BMJ. 1969; n.2, p.477-480

Odent M. A cesariana. São José: Saint Germain, 2004.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília (DF), 1996.

Osava RH, Silva FMB, Tuesta EF, Oliveira SMJV, Amaral MCE. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. Rev.Saúde Pública. [periódico na internet]. 2011. [acesso em 20 jan 2011]; 45(6): [8 screens]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600005&script=sci_arttext

Peaceman AM, Lopez- Zeno JA, Minogue JP, Socol ML. Factors that influence route of delivery - active versus traditional labor management. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1993; 169:940-944.

Piper JM, Newton ER, Berkus MD, Peairs WA. A marker for peripartum infection. Obstetr.Gynecol. [periódico na internet]. 1998. [Acesso em 01 nov 2011]; 91(5): [5 screens]. Disponível em:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784498000489

Ramin K.D., Leveno K.J., Kelly M.A., Carmody T.J. Amniotic Fluid Meconium: A fetal environmental Hazard. Obstetr.Gynecol. [periódico na internet]. 1996. [acesso em 28 nov 2011]; 87(2): [4 screens]. Disponível em:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0029784495004033

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface (Botucatu). [periódico na internet]. 2009 [acesso em 21 jan 2012]; 13 (supp 1): [8 screens]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=en

Rattner D., Trench B. (orgs). Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac, 2005.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal. [periódico na internet]. 1996. [acesso em 29 nov 2011]; 312:[2 screens]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/

Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 jun [acesso em 02 nov 2011]; 43(3): [9 screens]. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300011&lng=en.

Sanchez-Ramos L, Bernstein S, Kaunitz AM. Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review. Obstetr.Gynecology. [periódico na internet]. 2002. [acesso em 26 nov 2011]; 5(1): [6 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784402023219

Sarue HE, Dias AG, Serrano CV. O conceito de risco e a programação dos cuidados à saúde: manual básico de aprendizagem inicial. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano CLAP, 1984.

Seitchik J. The management os functional dystocia in the first stage os labor. Clin. Obst.Gynecol. [periódico na internet]. 1987. [acesso em 13 nov 2011]; 30(1): [8 screens]. Disponível em:
http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/1987/03000/The_Management_of_Functional_Dystocia_in_the_First.7.aspx

Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. Rev. esc. enferm. USP [periódico na internet]. 2006 mar [acesso em: 2012 Jan 20]; 40(1): 57-63. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100008&lng=en.

Silva RLDT. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais, Maringá, Paraná. Ciência Cuid.Saúde. [periódico na internet]. 2006. [acesso em 20 nov 2011]; 5(supl): [9 screens]. Disponível em:
http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5186/3354

Simkin P, O'Hara MA. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. Am. J. Obstet. Gynecol. [periódico na internet]. 2002. [acesso em 02 out 2010]; 186(5): [29 screens]. Diponível em:
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802701889

Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. [periódico na internet]. 2011. [acesso em 22 out 2011]. Disponível em:
http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews&mfn=2206&id=CD003930&lang=pt&dblang=&lib=COC&print=yes

Sleutel M, Golden SS. Fasting in labor: relic or requirement. J. Obstet. Gynec. Neon. Nursing. [periódico na internet]. 1999. [acesso em 29 out 2011]. 28(5). Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.1999.tb02024.x/pdf

Souza AR, Amorim MR. Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. Acta Med Port [periódico na internet]. 2008. [acesso em 22 out 2011]; 21(3): [12 screens]. Disponível em:
http://www.amazon.com.br/gobe/Parto/Avalia%E7%E3o%20de%20vitalidade%20fetal%20intraparto/Artigos%20em%20portugu%EAs/vitalidade%20fetal%20intraparto.pdf

Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Souza MH, Serruya SJ. Revisão sistermática sobre morbidade materna near miss. Cad. Saúde Públ. [periódico na internet]. 2006. [acesso em 03 jan 2012]; 22(2). Disponível em:
http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200003&script=sci_abstract&tlng=enen

Sundström AK *et al*. Vigilância fetal. Gotemburgo: Noventa Medical, 2000.

Tanaka, ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Hucitec Abrasco, 1995.

Tanaka ACA; Alvarenga AT. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: Galvão L; Díaz J (orgs.). Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. São Paulo: Ed.Hucitec. 1999.

Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an updade. Obst.Gynecol. [periódico na internet]. 1995. [acesso em 02 nov 2011]; 86(4): [8 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029784495800271

Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. BMJ. [periódico na internet]. 1994. [acesso em 13 nov 2011]; 309: [4 screens]. Disponível em: http://www.bmj.com/content/309/6951/366.short

Tracy SK, Sullivan E, Wang YA, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. Women and Birth [periódico na internet]. 2007. [acesso em 04 dez 2011]; 20(2): [8 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151920700025X

Wei SQ, Luo ZC, Qi HP, Xu H, Fraser WD . High-dose vs low-dose oxytocin for labor augmentation: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology [periódico na internet]. 2010 [acesso em 25 out 2011]; 203(4) [8 screens]. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937810003054

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet.1985; II:436–437

WHO - World Health Organization. Recommendations for induction of labor. Geneva: WHO, 2011.

Windrim R et al. A Randomized Controlled Trial of a Bedside Partogram in the Active Management of Primiparous Labour. J Obstet Gynaecol Can. [periódico na internet]. 2007. [acesso em 25 out 2011]. [8 screens]. Disponível em: http://www.sogc.org/jogc/abstracts/full/200701_obstetrics_3.pdf

Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. Rev Saúde Pública. [periódico na internet]. 2001. [acesso em 13 out 2011]; 35(2): [5 screens]. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n2/4406.pdf

Ziadeh SM, Sunna E. Obstetric and perinatal outcome of pregnancies with term labour and meconium-stained amniotic fluid. Arch.Gynecol.Obstet. [periódico na internet]. 2000. [Acesso em: 10 out 2011]; 264: [4 screens]. Disponível em: http://www.springerlink.com/content/e7jkljdy7rgyqbfv/

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/273/11

15 de agosto de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **6.ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **05/08/2011**, analisou de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º **2218**, intitulado **"PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E A QUESTÃO DAS CESARIANAS INTRAPARTO"**, do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Claudia de Azevedo Aguiar** e orientação da Professora **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**, considerando **HOMOLOGADA A APROVAÇÃO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1)** Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; **2)** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; **3)** Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; **4)** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5)** Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública/USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César - CEP 01246-904 - São Paulo - SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

ANEXO II

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0010.0.207.162.-11

São Paulo, 28 de Março de 2011
PARECER Nº 85/11 – CEP/SMS

Ilma Sra.
Claudia de Azevedo Aguiar.

Projeto de Pesquisa: "Práticas Obstétricas e a Questão das Cesarianas Intraparto".
Pesquisador Responsável: Claudia de Azevedo Aguiar.
Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – Departamento de Saúde Materno e Infantil.
Patrocinador: Recursos Próprios

CAAE: 0010.0.207.162.-11

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Fica apenas uma recomendação ao autor do projeto: entendemos que a metodologia de avaliação clínica utilizada na ficha de coleta de dados seja técnica rotineira na área ortopédica (este estudo não envolve uso de técnicas experimentais), porém em se tratando de projeto de pesquisa faz-se recomendável indicar no projeto referência bibliográfica relacionada.

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

ANEXO III

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde

Comitê de Etica em Pesquisa

São Paulo, 16 de março de 2011.

Ref. Protocolo CEP 004//11

Para

Claudia de Azevedo Aguiar

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa do , vem pela presente informar que a pesquisa: **"Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto"**, foi aprovada em reunião do dia 15/03/2011, atendendo a Resolução 196/96.

Salientamos que a responsabilidade ética junto ao Órgão de Classe é atribuída ao pesquisador. O Consentimento Livre e Esclarecido, após assinado pelo sujeito pesquisado deverá permanecer arquivado por um período de 5 anos e uma cópia deve ficar obrigatoriamente com o voluntário da pesquisa.

Este Comitê sente-se no direito de interromper o estudo científico, caso os princípios éticos não venham a ser cumpridos. O pesquisador deverá apresentar relatórios das atividades parciais e o trabalho concluído ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, inciso IX.2, letra "C").

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa

Dados de identificação do hospital omitidos para garantia do sigilo da instituição.

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

1 ESTRUTURA FÍSICA

Espaço Físico	Sim	Quantidade
Sala de exame e admissão de parturientes		
Salas de PPP (pré-parto, parto e puerpério imediato)		
Pré-parto coletivo dividido por cortinas / biombos		
Sala de estar e outros espaços, para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes		
Banheiro para parturientes (com lavatório, bacia sanitária, chuveiro com água quente e banheira)		
Banheiro para parturientes (com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente)		
Outros		

- Acesso ao centro cirúrgico:_____

Equipamentos / Materiais	Sim	Quantidade
Mesa para exame ginecológico		
Cama de PPP		
Suporte para soro e medicamentos com rodinhas		
Bola suíça		
Cavalinho		
Outros métodos não farmacológicos para alívio da dor		

2 EQUIPE DE SAÚDE

Profissional de Saúde	Está presente no TP?	Conduz o trabalho de parto?	Está presente no Parto?	Conduz o parto?	Quantidade/ plantão
Médico(a) generalista					
Médico(a) obstetra					
Médico(a) neonatologista / pediatra					
Médico(a) anestesiologista					
Enfermeiro(a) generalista					
Enfermeiro(a) obstétrico(a) / Obstetriz					
Técnico(a) / Auxiliar de enfermagem					
Doula					
Outros					

ANEXO V

QUESTÕES NORTEADORAS PARA CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

I. ADMISSÃO DA GESTANTE NO C.P.N./C.O.

- Qual(is) profissional(is) realizam a admissão da parturiente?
- Quais são os critérios para admissão da parturiente no CPN/CO?
- Existem prescrições de rotina no momento da admissão? Quais? Que profissional faz as prescrições? (alimentação controlada, ocitocina, BGP, tricotomia, enema, analgesia etc).
- Existem exames (laboratoriais, físicos, clínicos) de rotina no ato da admissão? Quais?
- Em que circunstâncias a parturiente recebe indicação absoluta de cesariana no ato da admissão?

II. DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- Qual(is) profissional(is) acompanha(m) a parturiente?
- Com que frequência a parturiente é examinada?
- Em qual(is) documento(s) a evolução do trabalho de parto é registrada?
- Em que circunstância é aberto o partograma?
- Como se costuma utilizar o partograma?
- Em que circunstâncias a amniotomia é prescrita e realizada?
- Em que circunstâncias a ocitocina é prescrita e realizada?
- Como é caracterizada a parada de progressão do trabalho de parto? Como se procede após a determinação deste quadro?

III. INFORMAÇÕES GERAIS

- Se pudesse caracterizar a população que utiliza o Hosp.Planalto, como o faria?
- Existem reuniões periódicas/índices de qualidade para avaliação da assistência?
- É política do hospital incentivar/promover aos profissionais do CO cursos de atualização?

ANEXO VI

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, *Cláudia de Azevedo Aguiar*, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado *Práticas Obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública do Estado de São Paulo*, declaro estar ciente sobre os requisitos da Resolução CNS 196/96, de Diretrizes e Normas Regulamentadoras que trata de pesquisa com seres humanos. Assim, assumo o compromisso de preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos e das instituições envolvidas.

Assumo a responsabilidade de preservar a integridade e organização dos prontuários médicos e comunicar imediatamente às instituições (nome das instituições) toda e qualquer complicação ocorrida durante a coleta dos dados.

Por fim, responsabilizo-me a entregar às instituições envolvidas o relatório final de pesquisa e divulgar seus resultados em eventos acadêmicos (Congressos, Simpósios, Encontros etc) e em revistas científicas especializadas.

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

_____

Cláudia de Azevedo Aguiar

ANEXO VII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: ***Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo***

Eu, Cláudia de Azevedo Aguiar, mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), estou realizando a pesquisa acima intitulada, que tem como objetivos: identificar os processos de assistência relacionados à indicação de cesariana intraparto em mulheres de baixo risco obstétrico; comparar os processos de assistência relacionados à indicação de cesariana intraparto em dois modelos de assistência; e caracterizar os locais de estudo quanto à equipe de saúde, as práticas protocolares e a estrutura física para assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto.

Para isto, convido você a participar desta pesquisa, por meio de respostas a um questionário estruturado e por meio da concessão de uma entrevista.

Informo que, uma vez aceitando colaborar com a pesquisa, não haverá prejuízo, despesas e/ou custos no que diz respeito a sua participação neste estudo, e que gozará de liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, sem que essa atitude implique prejuízos à sua integridade. Assumo, ainda, o compromisso de lhe esclarecer, antes e durante o curso da pesquisa, todos os procedimentos que serão adotados. Você também poderá solicitar esclarecimentos aos Comitês de Ética em pesquisa das instituições envolvidas cujos endereços e telefones encontram-se abaixo.

Esclareço que a aplicação do questionário poderá ter duração média de 30 (trinta) minutos, ao passo que a entrevista deverá ocorrer em aproximadamente 20 (vinte) minutos. Para esta entrevista, peço, ainda, sua autorização para que seja gravada, a fim de facilitar o registro das informações e otimizar o tempo.

Finalmente, assumo o compromisso de manter sigilo de sua identidade, utilizando as informações que fornecerá através de um código de conhecimento apenas do pesquisador. Os dados obtidos poderão ser utilizados em eventos e publicações científicas.

Assim, coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários, através dos telefones abaixo relacionados.

Eu, _____, declaro ter compreendido o exposto, estar ciente de que serei informado(a) sobre todos os procedimentos a serem realizados no decorrer desta pesquisa, e que concordo em participar da mesma, não me opondo que a entrevista seja gravada.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Participante do estudo:

Assinatura: _____

Pesquisadora: Cláudia de Azevedo Aguiar

Assinatura: _____

Telefone: (11) 9797-4003

Instituição: Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública (USP/FSP) **-** Av Dr Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7703 – claudia.azevedo@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 1º andar – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3397-2464 / Fax: (11) 3397-2465 - smscep@prefeitura.sp.gov.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – USP – Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – São Paulo – SP - Telefone: (11) 3061-7779 – coep@fsp.usp.b

Dados do Comitê da última instituição omitidos para sigilo

CURRÍCULOS LATES

Cláudia de Azevedo Aguiar

Bolsista de Mestrado do CNPq

SciELO - artigos em texto completo

Obstetriz formada pela Universidade de São Paulo (USP), mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública (USP), na área de Saúde da Mulher. Atuação nos seguintes temas: assistência ao pré-natal e parto, humanização do cuidado, casa de parto, políticas públicas de saúde materno-infantil.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 24/09/2011
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/2103039072525111

Certificado pelo autor em 24/09/11

Dados pessoais

Nome Cláudia de Azevedo Aguiar

Nome em citações bibliográficas AGUIAR, C. A.; CA Aguiar

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

2010 Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto, *Orientador:* Ana Cristina D'Andretta Tanaka.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil .
Palavras-chave: Assistência pré-natal; Obstetrícia; qualidade da assistência à saúde; Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Enfermagem / *Subárea:* Enfermagem Obstétrica / *Especialidade:* OBSTETRICIA.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.

2006 - 2009 Graduação em Obstetrícia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação complementar

2011 - 2011 Stata Básico Versões 9/10. (Carga horária: 32h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2009 - 2009 Urgência e Emergências Materno Infantil. (Carga horária: 40h).
Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

2007 - 2007 Proteção e reparo do períneo no parto. (Carga horária: 32h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2007 - 2007 Embriologia e Genética Humana. (Carga horária: 32h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2006 - 2006 Mini-curso de Francês. (Carga horária: 30h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atividades

2007 - Atual Pesquisa e desenvolvimento , USP Leste, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

Linhas de pesquisa
Qualidade de atenção e educação na saúde da mulher e do recém-nascido

2010 - 2012 Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, .

Projetos de pesquisa
Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto

03/2008 - 08/2009 Atividades de Participação em Projeto, USP Leste, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

2008 - 2009 Atividades de Participação em Projeto, USP Leste, Escola de Artes, Ciências e Humanidades.

2008 - 2009 Atividades de Participação em Projeto, USP Leste, .

Projetos de pesquisa
Os centros de parto normal extra-hospitalares como política pública de assistência ao parto: a visão dos

Ana Cristina d'Andretta Tanaka

possui graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr pela Universidade de São Paulo (1973), graduação em Curso de Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1970), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e Livre-Docência em Saúde da Mulher pela Universidade de São Paulo (1994). Foi aprovada no concurso de Professor Titular pela Universidade de São Paulo, em 2003. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade Materna, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade materna, risco gravídico, saúde da mulher, saúde materna, saúde pública e informação em saúde.
(Texto informado pelo autor)

Rede de Colaboração

SciELO - artigos em texto completo

Última atualização do currículo em 10/01/2012
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/0164280031047299

Certificado pelo autor em 10/01/12

Dados pessoais

Nome Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Nome em citações bibliográficas TANAKA, A. C. d'A.;Tanaka, Ana Cristina d'Andretta;Tanaka, Ana Cristina d'A.;

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
AV. DR. ARNALDO - 715 2º andar Departamento de Saúde Materno-Infantil
CERQUEIRA CESAR
01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/Titulação

1994 Livre-docência.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Maternidade: O dilema entre nascimento e morte, *Ano de obtenção:* 1994.
Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde Materna; Assistência à gestação parto e puerpério; Saúde da mulher; Peregrinação.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública / *Especialidade:* Saúde Materna.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Medicina / *Subárea:* Saúde Materno-Infantil / *Especialidade:* Obstetrícia.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1981 - 1987 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: SAÚDE MATERNA E SAÚDE PERINATAL: RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS ORGÂNICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E INSTITUCIONAIS, *Ano de Obtenção:* 1987.
Orientador: ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil .
Palavras-chave: Risco Gravidico; Saude Materna; Saude Perinatal.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1978 - 1980 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: OBESIDADE E GRAVIDEZ, *Ano de Obtenção:* 1980.
Orientador: PEDRO AUGUSTO MARCONDES DE ALMEIDA.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil .
Palavras-chave: Risco Gravidico; Saude Materna; Obesidade.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana.

2002 - 2003 Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do SUS/SMS-S . (Carga Horária: 460h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Regorganiza~]ao de Serviços de Saúde.
Orientador: Cláudio Gastão Junqueira de Castro.

1976 - 1976 Especialização em Saúde Pública . (Carga Horária: 1210h).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1975 - 1975 Especialização em Administração de Programas de Saúde Materno Infant . (Carga Horária: 240h).
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.

1972 - 1972 Especialização em Curso de Administração Hospitalar . (Carga Horária: 1200h).
Instituto Superior de Administração Hospitalar.

1973 - 1973 Graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1968 - 1970 Graduação em Curso de Obstetrícia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação complementar