UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LECY DOS SANTOS MERIGHE

FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA DE MULHERES
ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UM
SERVIÇO DE PRÉ-NATAL

São Paulo

2013

LECY DOS SANTOS MERIGHE

**FATORES ASSOCIADOS À CESARIANA DE MULHERES
ACOMPANHADAS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UM
SERVIÇO DE PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro

São Paulo

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Merighe, Ledy dos Santos

Fatores associados à cesariana de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de pré-natal / Ledy dos Santos Merighe . -- São Paulo, 2013.
85p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunehiro

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Cesárea 2. Fatores de risco 3. Enfermagem obstétrica
I. Título.

Nome: Lecy dos Santos Merighe

Título: Fatores associados à cesariana de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de pré-natal

Dissertação apresentada o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho com todo meu amor e gratidão,

*A meus pais Vanderlei e Livia, pela minha formação, dedicação e amor que
sempre foram intensos.*

A minha avó Yolanda, pela cumplicidade e carinho em todos os momentos.

*A meus irmãos, Levy e Leny, minha cunhada Paola e sobrinhos Ricardo e
Gabriel, pelo apoio, incentivo e amor.*

*Aos amigos que se tornaram irmãos, Patricia Leme, Marcos Manhanelli e Gabriel
Lemos, pelo apoio incondicional, carinho e amor.*

À Dona Keiko e Saturnino, por estarem ao meu lado sempre e pelo amor.

*A Ana Julia Batiston e seus pais Marcio e Ana Paola Batiston, que são exemplo
de luta, amor incondicional, força e ensinaram-me a nunca desistir...*

Agradecimentos

*À Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro, minha orientadora, pela oportunidade,
paciência e apoio em todos os momentos dessa jornada.*

*Às Professoras Doutoras do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e
Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em
especial, Amélia Fumiko Kimura e Isabel Cristina Bonadio, pelas sugestões
ofertadas e torcida;*

*À Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade e
atenção.*

*Às funcionárias do Ambulatório de Pré-Natal do Amparo Maternal, em especial,
Enfermeira Eneida de Fátima Pereira Araújo, pelo carinho, apoio, torcida e
palavras de carinho nos momentos que precisei.*

*Às enfermeiras obstetras do Centro de Parto Normal do Amparo Maternal, em
especial, Hideko Onoda, Aparecida Kimie, Karen Castro e Djanira Gama pelo
apoio, incentivo, carinho e amizade.*

*A toda equipe multidisciplinar do Amparo Maternal pelo suporte, atenção e
amizade.*

*À Diretoria Médica e Gerência de Enfermagem do Amparo Maternal, em
especial ao Dr. Éder Viana de Souza e Enfermeira Sueli Matsuda, por
acreditarem em mim, pelo carinho, incentivo e suporte profissional.*

*À Prof.^a Dr.^a Ruth Hitomi Osava, pelo carinho e ensinamentos que levo por toda
a vida;*

*Às técnicas de enfermagem e enfermeiras obstetras da Casa de Saúde de São
Carlos, em especial, Aline Bueno, pelo apoio, preocupação, carinho, amizade e
paciência.*

*À amiga Cintia Luiza Oliva, que mesmo longe, soube oferecer-me todo apoio
necessário nesta jornada.*

A minha família, pelo carinho e apoio.

*A todos que direta ou indiretamente, fizeram parte desta história e que deixei de
citar ...*

Merighe LS. Fatores associados à cesariana de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de pré-natal. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, as taxas de cesarianas vêm aumentando significativamente em todo o mundo, com índices excessivamente superiores aos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nos diversos países, as taxas são variáveis, bem como nas diferentes regiões brasileiras. Na região Sudeste, as taxas atingem 58,2%, e na região Norte, são de 41,8%. **Objetivos:** 1. Verificar a prevalência e as indicações de cesarianas de gestantes atendidas em um serviço de pré-natal de baixo risco; 2. Verificar a associação das cesarianas com as variáveis sociodemográficas e obstétricas. **Método:** estudo transversal realizado no Amparo Maternal, maternidade filantrópica de São Paulo, cujo atendimento é feito exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde às mulheres de baixo risco obstétrico. O atendimento pré-natal é de responsabilidade de enfermeiras obstétricas e, no parto, a assistência obstétrica é conduzida por obstetrizas/enfermeiras obstétricas, e a atuação médica ocorre na assistência aos partos cirúrgicos e intercorrências. Os dados foram obtidos de prontuários de seguimento de pré-natal e da internação para o parto de 264 mulheres. No estudo, foram incluídas as mulheres matriculadas no pré-natal em 2011 e que deram à luz na mesma instituição. As indicações da cesariana foram classificadas em: fetais, materno-fetais e maternas. A análise descritiva dos dados sociodemográficos e obstétricos foi feita, e para indicar a associação entre o tipo de parto e as variáveis maternas foi calculada a razão de prevalência com intervalo de confiança de 95%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A prevalência de cesariana foi de 28,4%; as indicações fetais (44,0%) foram as mais frequentes, seguidas das maternas (33,3%) e das materno-fetais (22,7%). A cesariana atual apresentou associação com: cesariana prévia (RP=6,07; IC95%: 2,96-12,46); obesidade (RP=2,07; IC95%: 1,31-3,27); idade gestacional de 41 semanas (RP=1,57; IC95%: 1,00-2,47); colo impérvio na internação (RP=8,16; IC95%: 3,45-19,31); dilatação 1 a 4 cm (RP=3,03; IC95%: 1,27-7,24); apresentação pélvica/córmica (RP=3,36; IC95%: 2,32-4,87); peso ao nascer 4.000g (RP=1,90; IC95%: 1,03-3,52). Ter idade inferior a 20 anos (RP=0,49; IC95%: 0,26-0,92) e ter recebido infusão de ocitocina (RP=0,29; IC95%: 0,20-0,44) foram fatores de proteção para a cesariana na gestação atual. **Conclusões:** Tratando-se de mulheres de baixo risco, a prevalência de cesariana foi superior ao limite recomendado pela OMS, e os fatores associados correspondem aos encontrados nas literaturas nacional e internacional.

Descritores: Cesariana. Fatores de risco. Enfermagem obstétrica.

Merighe LS. Factors associated with cesarean section in women accompanied by nurse-midwives in a prenatal care service. [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

ABSTRACT

Introduction: In recent decades, cesarean rates have increased significantly worldwide, with rates excessively above the 15% recommended by the World Health Organization (WHO). Rates vary across countries and in the different regions of Brazil. In southeastern rates reach 58.2%, while the in north is 41.8%. **Objectives:** 1. Check the prevalence and indications for cesarean sections of pregnant women attending an antenatal low risk; 2. Check the association of cesarean sections with sociodemographic and obstetric variables. **Methods:** cross-sectional study in Amparo Maternal, philanthropic maternity hospital in São Paulo, whose service is provided exclusively by the Health System to women at low obstetric risk. The prenatal care is the responsibility of nurse-midwives, childbirth, obstetric care is conducted by nurse-midwives and medical action occurs in cesarean section and complications. The data were obtained from medical records tracking prenatal and hospitalizations of 264 women. The study included women enrolled in prenatal care in 2011 and who gave birth at the same institution. The indications for cesarean section were classified as fetal, maternal-fetal and maternal. The data analysis were made of sociodemographic and obstetric and to identify the association between mode of delivery and maternal variables was calculated prevalence ratio with a confidence interval of 95%. The project was approved by the Ethics in Research. **Results:** The prevalence of cesarean section was 28.4%; fetal indications (44.0%) were the most frequent, followed by maternal (33.3%) and maternal-fetal (22.7%). The actual cesarean section was associated with cesarean section in a previous pregnancy (PR = 6.07, 95% CI: 2.96, 12.46), obesity (PR = 2.07, 95% CI: 1.31, 3.27), 41 weeks gestational age (PR = 1.57, 95% CI: 1.00, 2.47); impervious lap at admission (PR = 8.16, 95% CI: 3.45, 19.31) dilation 1 to 4 cm (PR = 3.03, 95% CI: 1.27, 7.24); mal presentations (PR = 3.36, 95% CI: 2.32, 4.87); birthweight 4.000g (RP = 1.90, 95% CI: 1.03, 3.52). Aged less than 20 years (PR = 0.49, 95% CI: 0.26, 0.92) and having received oxytocin infusion (PR = 0.29, 95% CI: 0.20, 0.44) were factors protection for caesarean section in the current pregnancy. **Conclusions:** The prevalence of cesarean section in low risk women higher than the limit recommended by WHO and the indications were strictly medical. The risk factors correspond to those found in the national and international literature.

Key words: Cesarean section. Risk factors. Obstetrical Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das mulheres, conforme as variáveis sociodemográficas. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	40
Tabela 2 -	Medidas-Resumo da idade e escolaridade das mulheres da amostra, médias, desvio-padrão (DP), mediana, valores mínimo e máximo. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	40
Tabela 3 -	Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012. ...	42
Tabela 4 -	Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas do período intraparto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	44
Tabela 5 -	Distribuição das mulheres, conforme as variáveis neonatais. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	46
Tabela 6 -	Distribuição das indicações de cesarianas, conforme a paridade. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	47
Tabela 7 -	Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis sociodemográficas. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	51
Tabela 8 -	Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	52
Tabela 9 -	Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis obstétricas relacionadas ao parto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	54
Tabela 10 -	Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis neonatais. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.	56
Tabela 11 -	Prevalência, Razão de prevalência para cesariana, intervalo de confiança, por variáveis sociodemográficas e obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012 ...	57
Tabela 12 -	Prevalência, Razão de prevalência para cesariana, intervalo de confiança, por variáveis obstétricas intraparto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012	58

LISTA DE QUADRO E FIGURA

Quadro 1 - Fatores de risco para a gestação atual.....23

Figura 1 - Fluxograma de seleção da amostra de gestantes matriculadas em 2011 no serviço de pré-natal do Amparo Maternal. São Paulo (SP), 2012.....32

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADRO E FIGURA

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 MÉTODO	29
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
3.3.1 Critério de inclusão	31
3.3.2 Critérios de exclusão	31
3.3.3 Amostra final.....	31
3.4 COLETA DE DADOS.....	33
3.5 VARIÁVEIS	33
3.5.1 Variável dependente.....	33
3.5.2 Variáveis independentes.....	33
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	36
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	37
4 RESULTADOS	39
4.1 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES.....	39
4.2 INDICAÇÕES DAS CESARIANAS.....	47
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE PARTO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E NEONATAIS.....	50
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÕES.....	70
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES	81

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha atuação na enfermagem em 2000, como auxiliar de enfermagem em uma maternidade particular de grande porte em São Paulo, onde me apaixonei pela obstetrícia. Essa paixão acabou motivando-me por essa área de conhecimento.

Em 2005, concluí a graduação em enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo (CUSC) e fui trabalhar em outra maternidade privada, já como enfermeira, nas unidades de puérperio, berçário e, posteriormente, no Centro Obstétrico.

Por sempre atuar em maternidade, adquiri experiência na área de assistência obstétrica, mas senti necessidade de uma qualificação formal na área. Cursei a pós-graduação lato sensu em Enfermagem Obstétrica no CUSC, concluindo o curso em 2008.

Os estágios curriculares da pós-graduação sobre assistência à gestante e à parturiente foram desenvolvidos no Amparo Maternal. Após o estágio voluntário por cerca de 6 meses no centro de parto normal (CPN) e no ambulatório de pré-natal, fui efetivada como Enfermeira Obstétrica do CPN.

Assim, com atuação nessa maternidade, referência para atenção obstétrica de baixo risco e para o ensino teórico-prático de cursos de graduação em Enfermagem e de pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, tive contato com as mestrandas e doutorandas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no CPN. Na ocasião, tive a oportunidade de colaborar na coleta de dados de alguns trabalhos dessas alunas, bem como participar de grupos de estudo na própria Universidade, o que despertou meu interesse pela área de investigação científica.

1 INTRODUÇÃO

A cesariana é uma tecnologia apropriada para o manejo de complicações obstétricas específicas que requerem a interrupção da gestação para a preservação da saúde materna e fetal (Brasil, 2001). Como qualquer intervenção cirúrgica envolve riscos, tanto ao recém-nascido como à mãe, a despeito das melhorias nas técnicas cirúrgicas, das medidas de prevenção de infecções e transfusões sanguíneas (Montenegro et al., 2011b; Patah, Malik, 2011).

Nas últimas décadas, as taxas de cesarianas vêm aumentando significativamente em todo o mundo, com índices excessivamente superiores aos 15% recomendados em 1985 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1985), o que tem motivado estudos em diferentes países. As taxas são variáveis nos diversos países, bem como nas diferentes regiões brasileiras.

Na América Latina, o Chile é o país com maior taxa de cesariana com 45% em 1999, seguida do Brasil com 37% em 2000 (Martins-Costa, Ramos, 2005).

Os dados de 2010 do DATASUS (2011) mostram que a proporção de cesarianas da região Sudeste alcança os maiores índices de 58,26%, seguidas das regiões Sul 58,14%, Centro-Oeste 57,43%, Nordeste com 44,36% e Norte com 41,82%. Esses dados indicam taxas quase quatro vezes maiores do que a OMS considera aceitável.

Como enfermeira obstétrica de um centro de parto normal (CPN) de uma maternidade filantrópica, minha experiência profissional envolve a assistência ao parto normal. Os dados fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico da Instituição¹ mostram que as taxas de cesariana dos últimos 5 anos têm oscilado entre 20,5% e 22,8%. O estudo realizado apenas com as parturientes atendidas no CPN mostrou que a taxa de cesariana de partos ocorridos entre março e abril de 2005, foi de 14,9% (Osava et al., 2011), dentro dos limites propostos pela OMS.

¹ Relatórios anuais do Amparo Maternal.

No entanto, dois estudos realizados com gestantes acompanhadas no serviço de pré-natal dessa maternidade apontam prevalências de cesarianas mais altas. Santos (2009), ao estudar a prevalência de anemia em gestantes atendidas nesse serviço, identificou taxas de cesariana de 25,2% em 2003 e 32,1% em 2006. No estudo de Corrêa (2010) sobre adequação do pré-natal de gestantes acompanhadas em 2009, foi observado que 25,5% das mulheres deram à luz por cesariana.

Esses achados chamaram a atenção da equipe de enfermeiras do pré-natal, sobretudo, quanto às características das gestantes acompanhadas no serviço. Que fatores estão associados às indicações de cesarianas dessas mulheres? Que tipo de indicações são as mais prevalentes? Não obstante, a falta de clareza sobre qual a proporção adequada de nascimentos por cesariana, é válido considerar que a taxa encontrada nesse grupo de mulheres é alta, sobretudo por tratar-se de gestantes de baixo risco.

Na ausência de dados confiáveis, fica cada vez mais difícil definir as razões do aumento da incidência de cesarianas no Brasil. Algumas hipóteses baseadas em evidências indiretas podem ser levantadas para explicar a preferência por esta via de parto, tanto em mulheres como entre os médicos que executam esse procedimento (Faúndes, Cecatti, 1991).

Em um estudo caso controle, realizado em hospitais de São Paulo e Pernambuco incluídos no Estudo Latino-Americano de Cesárea (ILAC), para conhecer a preferência de mulheres quanto às vias e formas de parto, nos dois tipos de hospital, a grande maioria das mulheres relatou preferência pelo parto normal; essa preferência foi significativamente maior entre as entrevistadas que já haviam experimentado as duas formas de parto, comparadas às que haviam tido só cesariana. No entanto, a maioria das mulheres que realizaram cesariana sentiam-se satisfeitas; 81% e 85% dos médicos, respectivamente, consideram que as mulheres solicitam cesariana, porque têm medo do parto vaginal (Faúndes et al., 2004).

Quanto à ocorrência de cesarianas, conforme a categoria das instituições de saúde, Mendoza-Sassi et al. (2010), em um estudo transversal realizado na

cidade de Rio Grande (RS), encontraram taxas de cesarianas para o grupo público de 43%; e no grupo privado, as taxas chegaram a 86%.

Em um estudo transversal realizado com dados do Sistema Global de Dados para a Saúde Materna e Perinatal da OMS, concluiu-se que as condições da gravidez e do recém-nascido e as características sociodemográficas e reprodutivas da parturiente associaram-se independentemente à realização da cesariana. O índice de complexidade hospitalar também não esteve associado. A proporção de cesarianas foi pouco maior nos hospitais de financiamento misto - 32% do que nos financiados pelo SUS - 29,7% (Pádua et al., 2010).

Estudo de três coortes de nascimentos em Pelotas (RS), nos anos de 1982, 1993 e 2004, mostrou que as taxas de cesariana no setor público aumentaram de 23% a 34%; no setor privado, o aumento também foi significativo de 49% para 82%. Avaliadas as características maternas, estas apresentaram melhorias quanto à nutrição, menos tabagismo, estatura mais alta e início precoce do pré-natal (Barros et al., 2005).

Alguns estudos indicam que as cesarianas teriam sido transformadas em objeto de consumo acessível, conforme o padrão de renda, o que viria explicar ser mais incidente nos grupos de maior renda, embora de menor risco obstétrico. A cesariana como modalidade de resolução de parto equivale a um recurso técnico a ser incorporado por quem o deseja e tem o poder de custeá-lo (Yazlle et al., 2001; Freitas et al., 2005).

A nosso ver, as indicações devem ser ponderadas e decididas por critérios estritamente clínicos e obstétricos. Os fatores clínicos determinantes da cesariana parecem estar relacionados às condições maternas e fetais e não diferem substancialmente nas diversas regiões do mundo (Montenegro et al., 2011b; Patah, Malik, 2011).

Assim, encontramos na revisão da literatura (Guariento et al., 2003; Amorim et al., 2010; Souza et al., 2010; Brasil, 2011; Montenegro et al., 2011a; 2011b; Pereira et al., 2011; Francisco et al., 2012) as principais condições para realização de cesarianas, como seguem:

- **desproporção cefalopélvica:** a falta de equilíbrio entre móvel e trajeto decorre da relativa exiguidade do segundo em relação ao primeiro. O componente fetal da desproporção pode ser o polo craniano nas apresentações cefálicas, troncocórmicas e nádegas e o segmento cefálico (cabeça derradeira);
- **hemorragias no final da gestação:** é uma das principais causas de internação hospitalar, e os resultados perinatais incluem alto índice de prematuridade e morte perinatal. O sangramento vaginal na gestação pode significar risco à vida da gestante, e a resolução cirúrgica é necessária. São comuns nas gestações com placenta prévia, - a presença de tecido placentário inserido total ou parcial no segmento inferior do útero; o descolamento prematuro da placenta significa a separação precoce da placenta da parede uterina, de forma parcial ou completa;
- **doença hipertensiva específica da gestação (DHEG):** surge, geralmente, no segundo trimestre da gestação, após a 20ª semana, sendo caracterizada pelo aumento da pressão arterial, edema e proteinúria. Sua etiologia ainda é desconhecida. Pode-se ainda se dividir em pré-eclampsia e eclampsia, na qual a pré-eclampsia corresponde à DHEG em sua forma apenas hipertensiva e eclampsia é seu desfecho em convulsão;
- **feto em situação transversa:** quando o grande eixo fetal não coincide com a direção da coluna vertebral materna, cruzando-a em ângulo reto;
- **feto em apresentação pélvica:** pode-se associar ao aumento da morbidade e mortalidade neonatal; grande parte da equipe médica indica a cesariana embora não seja uma resolução absoluta;
- **gestação múltipla:** indicação de resolução via abdominal, pois, podem haver apresentações anômalas, discordância de peso fetal, gemelares monoamnióticos, síndrome de transfusão feto-fetal, insuficiência placentária em um dos gemelares e prematuridade extrema;
- **cesariana anterior:** cicatriz uterina expõe a risco de rotura. A indicação de cesariana em gestantes que realizaram previamente uma ou mais cesarianas está bastante arraigada na população obstétrica brasileira;

- **sofrimento fetal agudo:** bioquimicamente, o sofrimento fetal agudo caracteriza-se por hipóxia, acidose e hipercapnia;
- **HIV positivo:** dados recentes mostram que a carga viral da mãe afeta significativamente o risco de transmissão vertical do HIV, e a cesariana está absolutamente indicada nesses casos;
- **diabetes gestacional:** pode acarretar alterações bioquímicas e anatômicas na mãe e no feto. São relativamente frequentes as ocorrências de polidrâmnio, abortamentos, mortalidade perinatal, macrosomia e malformações congênitas;
- **rotura prematura de membranas:** é definida como a rotura que ocorre antes do início do trabalho de parto. A resolução está indicada, quando a confirmação de infecção independe da via de parto;
- **distócias ou falha de progressão do parto:** distúrbios da contratilidade uterina, resultando na não progressão do parto. Amniotomia, infusão de ocitocina, sedação e analgesia são métodos para estimular as contrações. Se, após estas tentativas, não houver evolução a cesariana será justificável;
- **frequência cardíaca não tranquilizadora:** quando há desacelerações dos batimentos cardíacos fetais; são precoces, quando relacionados à compressão do polo cefálico no decurso das contrações uterinas ou tardias que traduzem hipóxia fetal; quanto às desacelerações variáveis, estas devem-se à compressão do cordão umbilical;
- **presença de mecônio:** para a classificação do líquido amniótico tinto de mecônio, adotam-se cruces, de 1+ até 4+. O mecônio quando espesso (3+/4+) associa-se significativamente com a maior morbidade perinatal, indicando-se a interrupção da gravidez pela via mais rápida. Por outro lado, quando este é fluido (1+/2+), dá-se preferência por permitir a evolução do parto, com controle contínuo da frequência cardíaca fetal;
- **vasa prévia:** anormalidade rara do desenvolvimento coriônico, em que vasos placentários desprotegidos da placenta ou cordão atravessam o

segmento inferior do útero, sobre a membrana amniótica que recobre o orifício interno do colo frente à apresentação fetal;

- **placenta acreta:** aderência anormal da placenta à parede uterina, podendo invadir ou não o miométrio. A situação cirúrgica é indicada independente da intensidade do sangramento vaginal ou não;
- **herpes genital:** a lesão herpética primária genital no momento do parto refere-se às indicações de cesariana, e a mesma recomendação segue para as lesões recorrentes. À lesão ativa no momento do parto, é recomendada cesariana pelo alto risco de transmissão vertical;
- **prolapso de cordão umbilical:** ocorre durante o trabalho de parto, após rotura de membrana espontânea ou artificial, nestes casos, a conduta de parto deverá ser pela via mais rápida, quando houver condições ideais para a mesma;
- **distensão segmentar e ruptura uterina:** condição, geralmente, associada às cesarianas de repetição e requer intervenção por via abdominal.
- **Pós-datismo:** forma de designar as gestações que ultrapassam a data provável do parto.

Estudos nacionais e internacionais mostram que as indicações absolutas de cesarianas em que a vida da mãe e/ou do feto esteja em risco estão sendo superadas por indicações relativas e, até mesmo, por razões não médicas (Behague et al., 2002; Bailit et al., 2004).

A cesariana é um procedimento que implica riscos, tanto para o recém-nascido como à gestante. Dentre as complicações para o recém-nascido, as mais comuns ocorrem nas gestações interrompidas prematuramente, pois pode haver erro de cálculo da idade gestacional; outro risco importante é o da angústia respiratória nos recém-nascidos de cesariana, comparando-os com os nascidos de parto normal, mesmo que ambos estejam a termo. Quanto à morbidade relacionada à puérpera, ocorrem as infecções puerperais, os acidentes e complicações anestésicas e embolia pulmonar, além de complicações como Infecção do trato urinário, tromboembolias e no caso de cesarianas de repetição,

o acretismo placentário e suas consequências (Faundes, Ceccatti, 1991; Brasil, 2001).

Na gestação tratada como processo fisiológico, em geral, sua evolução aparece sem intercorrências, mas, uma parcela das gestantes, por serem portadoras de alguma doença prévia ou desenvolverem alguma doença na gestação, são chamadas de gestantes de alto risco. Estas apresentam maiores probabilidades de uma evolução desfavorável, tanto ao feto quanto à mãe (Brasil, 2010).

É importante salientar que uma gestação que está transcorrendo bem, pode tornar-se de risco a qualquer momento, isto é, durante a gestação e no trabalho de parto. A necessidade de reclassificar o risco a cada consulta de pré-natal e durante o trabalho de parto é necessária; a detecção precoce evita retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (Brasil, 2010).

Nesse momento, a importância da assistência pré-natal tem o objetivo de vigiar a evolução da gravidez, orientar e adequar o atendimento ao parto. Estas ações devem integrar todos os níveis de atenção à saúde como promoção, prevenção e assistência à gestante e recém-nascido. Estende-se desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar de alto risco (Schwarcz et al., 1996; Brasil, 2006; 2012a)

A realidade epidemiológica deverá sempre ser levada em consideração, para dar maior ou menor relevância ao risco a que a gestante está exposta. Isto quer dizer que a caracterização de um risco não indica que a gestante deverá fazer acompanhamento em um pré-natal de alto risco; esta poderá ser avaliada em uma unidade de referência, podendo retornar ao nível primário, quando a situação ou intervenção estiver resolvida (Brasil, 2006; 2012a).

Conforme já mencionado, alguns fatores de risco determinantes da cesariana podem estar relacionados às condições maternas e fetais (Cabral et al., 2003; Carniel et al., 2007; Sakae et al., 2009; Pádua et al., 2010, Osava et al. 2011; Busaidi et al., 2012; Verhoeven et al., 2013) e podem ser identificados previamente no período pré-natal. Entre os fatores maternos, há a idade (<15 e

>35 anos), baixa estatura, cesariana prévia e os fatores fetais de apresentação pélvica, peso ao nascer $\geq 4.000\text{g}$, entre outros.

Os dados do quadro a seguir apresentam alguns fatores de risco aos quais cada mulher está exposta durante a gestação e que deverão ser verificados e analisados a cada consulta de pré-natal; sua identificação permitirá a avaliação e a tomada de condutas oportunas para a prevenção de complicações maternas e fetais.

Quadro 1 - Fatores de risco para a gestação atual.

A. Características biopsicossociais	B. História reprodutiva	C. Doenças intercorrentes	D. Doenças na gestação atual
Idade < 15 e > 35 anos	Esterilidade	Cardiopatias	Sangramento uterino
Estatura < 1,45 m	Intervalo interpartal <2 anos /ou >5 anos	Pneumopatias	Restrição de crescimento intrauterino
Peso < 40 kg ou > 75 kg	Nuliparidade	Hemopatias	Alterações amnióticas
Instabilidade familiar	Multiparidade	Endocrinopatias	Trabalho de parto prematuro
Baixa escolaridade	Abortamento habitual	Uropatias	Amniorrexe prematura
Condições ambientais desfavoráveis	Parto pré-termo	Doenças auto-imunes	Pré-eclampsia
Renda familiar baixa	Restrição de crescimento intraútero	Ginecopatias	Isoimunização
Hábitos e vícios	Cirurgia uterina prévia	Hipertensão arterial sistêmica	
	Síndromes hipertensivas	Doenças neurológicas/ epilepsia	
	Síndromes hemorrágicas	Doenças infecciosas	
	Recém-nascido malformado	Colagenoses	
	Morte perinatal (explicada ou não)		

Fonte: Brasil (2006; 2012a).

Os esforços para a redução das taxas altas de cesarianas estão sendo discutidos, desde 1990; e diversas iniciativas tanto do governo como de organizações não governamentais apoiam a mudança na assistência ao parto (Diniz; Chacham, 2006). Dentre esses esforços, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM 985/99 criou os Centros de Parto Normal (CPN) no País, onde a assistência ao parto normal ocorre fora do ambiente cirúrgico e sua fisiologia é valorizada. É de grande relevância destacar que estes não realizam partos de alto risco ou de gestantes com doenças adquiridas na gestação ou de base (Brasil, 1999).

Nesse cenário, a assistência ao parto normal, em geral, é realizada por obstetrites ou enfermeiras obstétricas; estas têm amparo legal para atuação autônoma na assistência do pré-natal, parto e nascimento de evolução fisiológica (Brasil, 1998), e a atuação médica ocorre na assistência aos partos cirúrgicos e intercorrências, tanto com a gestante/parturiente como ao recém-nascido.

O parto de baixo risco, realizado por enfermeiras obstétricas, é caracterizado por um trabalho de parto sem intercorrências, que tem início espontâneo, no qual o feto nasce em apresentação cefálica, com idade gestacional entre 37 e 41 semanas, em que mãe e recém-nascido encontrem-se em boas condições de saúde (OMS, 1996)

Quanto às ações para diminuir as taxas de cesarianas no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2008) cita estratégias para tentar a diminuição dessas taxas. São elas: ações educativas e de informações, garantia de suporte contínuo no parto, uso do partograma, a fim de monitorar o trabalho de parto, discutir com a mulher a opção pela indução do parto, utilizar a prova de trabalho de parto em gestantes com cesariana anterior, uso da cardiotocografia, analgesia intraparto, cuidado contínuo no pré-natal e, ainda, intervenções relacionadas à qualidade e auditoria. Considera também que esses esforços não asseguram a diminuição dos índices de cesariana e que a principal estratégia a ser adotada, certamente, é de que a mulher entre em trabalho de parto naturalmente e seja assistida com base nas evidências científicas (ANS, 2008).

Nesse sentido, o Programa Rede Cegonha, atual estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), busca garantir às mães e bebês, dentre outras medidas, o parto e nascimento seguros de boas práticas de atenção obstétrica (Brasil, 2012b).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados como determinantes de cesarianas de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de pré-natal de baixo risco de uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a prevalência e as indicações de cesarianas de gestantes atendidas em um serviço de pré-natal de baixo risco;

Analisar alguns fatores sociodemográficos e obstétricos associados às cesarianas de mulheres atendidas em um serviço de pré-natal.

MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados retrospectiva sobre a prevalência de cesarianas de gestantes de baixo risco.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Amparo Maternal (AM), maternidade filantrópica, localizada no bairro Vila Clementino, na zona sudeste do Município de São Paulo e que atende gestantes e parturientes de baixo risco, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Amparo Maternal é uma instituição vinculada à Igreja Católica, fundada em 1939, com a finalidade de acolher gestantes sem moradia e local para dar à luz. Em 1964, a Instituição tornou-se uma entidade social e de saúde e passou a realizar também o atendimento obstétrico-hospitalar, não havendo limite de internação para a atenção ao parto, tendo como filosofia “o atendimento a todas que necessitam”.

No serviço de pré-natal, respeitando a filosofia institucional, são atendidas todas as gestantes que o procuram independente da idade gestacional ou de haver iniciado o acompanhamento pré-natal em outras unidades de saúde do SUS, do sistema complementar de saúde ou particular, além daquelas abrigadas temporariamente na Instituição. Desse modo, diferentemente de outras unidades de saúde vinculadas ao SUS, o Serviço de Pré-Natal do AM não é regionalizado e presta atendimento a toda demanda, respeitando-se a classificação para risco gestacional. A assistência à gestante é responsabilidade de enfermeiras obstétricas, assistenciais e docentes de enfermagem. Atuam também estagiários de cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem, supervisionados por docentes e/ou enfermeiras obstétricas.

O atendimento inicial no pré-natal ocorre na consulta de triagem. Nesta

consulta, são realizados um breve histórico de saúde e o exame físico da mulher, para o diagnóstico gestacional e avaliação do risco obstétrico, conforme critério adotado pelo serviço. Os critérios definidos para o acompanhamento pré-natal são: gestação única com feto vivo; ausência de intercorrências clínicas pregressas ou atuais (cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, HIV positivo, hepatites e outras doenças infectocontagiosas, entre outras); ausência de intercorrências obstétricas atuais (anormalidades de implantação placentária, restrição de crescimento intrauterino, alterações da vitalidade fetal, anormalidades do líquido amniótico, entre outras).

Quando a gestante é classificada como de baixo risco obstétrico, são solicitados os exames de rotina do pré-natal e ultrassonografia (USG), exceto se estes já tiverem sido realizados em outro serviço. As mulheres com o exame de colpocitologia oncótica realizado há mais de um ano ou aquelas que nunca o fizeram, são orientadas quanto ao preparo para a coleta de material para esse exame na próxima consulta. A consulta subsequente é agendada, conforme as recomendações do Ministério da Saúde e o protocolo da instituição, mensais até a 32^a semana, quinzenais da 32^a a 36^a e semanal, a partir da 36^a semana (Brasil, 2006; 2012a).

Nas consultas subsequentes, se for detectada qualquer intercorrência clínica ou obstétrica, a gestante será encaminhada para avaliação médica na própria instituição e/ou serviço especializado de referência.

Desde 1998, o AM conta com um centro de parto normal intra-hospitalar, cuja condução da assistência ao parto normal é de responsabilidade de obstetrites e/ou enfermeiras obstétricas; os médicos obstetras são responsáveis pela internação da parturiente, avaliação e conduta em situações de complicações durante o trabalho de parto e parto e pelos partos cirúrgicos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por mulheres de baixo risco obstétrico atendidas no serviço de pré-natal da maternidade e, para compor a amostra, foram selecionadas somente as matriculadas em 2011.

3.3.1 Critério de inclusão

- Mulheres matriculadas em 2011, cujo parto (idade gestacional ≥ 22 semanas) ocorreu no AM pela disponibilidade de dados relativos ao desfecho da gestação. Cabe esclarecer que nem todas as gestantes usuárias do pré-natal procuram o AM para o atendimento ao parto, o que inviabiliza a obtenção de dados do parto e nascimento. Quando possível, essas informações são obtidas por busca ativa (contato telefônico) ou comunicação da própria usuária.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Mulheres que foram atendidas apenas na consulta de triagem e encaminhadas a outro serviço especializado de referência em razão de algum fator de risco obstétrico;
- Mulheres que interromperam o seguimento pré-natal antes da 22ª semana de gestação, por abortamento ou por outros motivos cujas informações do desfecho da gestação são desconhecidas.

3.3.3 Amostra final

Os prontuários de seguimento do pré-natal e do atendimento ao parto das mulheres constituíram a fonte de dados da pesquisa.

A seleção dos prontuários das mulheres elegíveis e os motivos de exclusão e das perdas estão representados na Figura 1. Do total de 485 mulheres matriculadas em 2011, 94 (19,4%) foram atendidas apenas na consulta de triagem. Das 391 que continuaram o acompanhamento pré-natal, 264 gestantes (69,3%) compuseram a amostra final.

Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra de gestantes matriculadas em 2011, no pré-natal do Amparo Maternal. São Paulo (SP), 2012.

3.4 COLETA DE DADOS

O registro dos prontuários das mulheres e seus respectivos recém-nascidos foram as fontes de dados para este estudo. Os prontuários contêm dados referentes às informações sobre a assistência durante todo o período da gestação e período de internação para o parto, da admissão até a alta.

Para a seleção da gestante elegível, conforme critério de inclusão, os prontuários do pré-natal foram examinados um a um, organizados em ordem alfabética para o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Os prontuários do atendimento ao parto das 272 mulheres que deram à luz no AM foram solicitados ao serviço de arquivo médico da instituição; houve perda de oito (2,9%) prontuários que não foram encontrados, até a data final da coleta de dados.

Um formulário específico e pré-codificado foi elaborado para a coleta de dados (Apêndice 1).

3.5 VARIÁVEIS

3.5.1 Variável dependente

Tipo de parto: normal ou cesariana

3.5.2 Variáveis independentes

3.5.2.1 Sociodemográficas

- Idade materna: em anos completos, classificada como <20, 20 a 34 e ≥35
- Raça/Etnia: classificada como branca, parda/preta, amarela (chinesas e descendentes de japoneses) e ameríndia (mestiças peruanas e bolivianas)
- Escolaridade: anos de estudo, classificada como 1 a 7, 8 a 10 e ≥11
- Procedência: classificada, de acordo com o local de residência da gestante, nas regiões do Município de São Paulo em: zona sul, norte,

leste, oeste, centro e alojamento social da Instituição

- Situação conjugal: definida como a situação de convivência com parceiro e classificada em casada e/ou unida consensualmente ou solteira e/ou separada
- Trabalho remunerado: classificado como sim ou não; quando o campo foi preenchido com “estudante” ou do “lar”, foi considerado como trabalho não remunerado; as demais condições foram consideradas como trabalho remunerado.

3.5.2.2 Dados obstétricos da gravidez atual

- Idade gestacional (IG) ao início do pré-natal no AM: calculada a partir da data da última menstruação (DUM), em semanas completas. Nos casos de desconhecimento ou incompatibilidade da DUM, a idade gestacional foi calculada e/ou corrigida pela USG
- Partos anteriores: número e tipo de partos ocorridos, classificados em nenhum, vaginal (normal/fórcepe), cesariana e cesariana/vaginal
- Cesariana prévia: classificada como sim ou não
- Intervalo interpartal: em anos completos, calculados a partir da data do último parto até a data do parto da gestação atual, classificado em até 1 ano e 2 ou mais
- Consultas de pré-natal: número total de consultas realizadas no serviço e classificadas em até 5 e ≥ 6
- Intercorrências na gestação: foram consideradas as infecções vaginais, infecção do trato urinário e anemia ($Hb < 11g/dL$), classificadas em sim ou não.
- Estado nutricional ao início do pré-natal: definido pelo índice de massa corporal (IMC), calculado com base na estatura, em metros e o peso, em quilogramas, verificados na primeira consulta de pré-natal e categorizados em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade (Brasil, 2006).

- Estado nutricional ao término do pré-natal: definido pelo índice de massa corporal (IMC), calculado pautado na estatura, em metros, verificado na primeira consulta de pré-natal no serviço e peso, em quilogramas, verificado na última consulta a termo e categorizado em baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade (Brasil, 2006).

3.5.2.3 Dados obstétricos na internação para o parto

- Idade gestacional no parto: em semanas completas, calculadas com base na DUM ou da primeira USG realizada, até a data do parto e classificadas em até 36, de 37 a 40 e 41/42
- Dilatação cervical: em centímetros, classificada como zero, 1 a 4, 5 a 9 e 10
- Presença de mecônio: classificada em sim ou não
- Membranas ovulares na admissão: classificada como rota ou íntegra
- Apresentação fetal: classificada com cefálica ou pélvica/córmica
- Contração uterina: classificada como sim ou não
- Uso de misoprostol: classificado como sim ou não
- Uso de ocitocina: classificada como sim ou não
- Horário de nascimento: classificado como 0h00 até 6h59, 7h a 18h59 e 19h a 23h59

3.5.2.4 Dados do recém-nascido

- Peso no nascimento, em gramas (g): classificado em ≤ 2.499 , 2.500 a 2.999, 3.000 a 3.499 ou ≥ 4.000
- Índice de Apgar nos 1º e 5 minutos de vida: classificados em <7 e ≥ 7
- Capurro, em semanas: classificado em até 36, 37 a 40 ou 41 a 42
- Necessidade de UTI neonatal: classificada como sim ou não

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados dos prontuários, os formulários foram revisados com a finalidade de corrigir possíveis inconsistências entre os dados. A seguir, os dados coletados foram inseridos em planilhas, utilizando o programa Excel Microsoft 2003.

Para a análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa e as medidas de tendência central e dispersão (média, desvio-padrão, mediana, valores máximo e mínimo). Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absoluta e relativa. A análise descritiva foi realizada, considerando os registros informados nos prontuários, e os dados não informados foram considerados perdas de informação. Por essa razão, o valor do total nas tabelas variou, conforme a quantidade de registros contabilizados em cada variável.

Essas variáveis foram separadas em dois grupos, conforme o tipo de parto: grupo de parto normal e grupo de cesariana.

Para a análise da associação entre as variáveis dependentes (parto normal e cesariana) e as variáveis independentes, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado de Pearson e, quando necessário, a Simulação de Monte Carlo, conforme descrita por Peat e Barton (2005) e Siegel e Castellan Jr (2006), utilizando-se para tanto o software SPSS 13.0 for Windows.

O nível de significância adotado para este estudo foi de 5%, portanto, os valores de p menores que 0,05 (p -valor 0,05) foram apontados, como estatisticamente significantes.

A razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança (IC 95%) foram calculados, de acordo com Peat e Barton (2005) para verificar a associação entre cesariana e as demais variáveis, utilizando-se para tanto o software Bioestat 5.3. A escolha da categoria de referência foi feita, considerando a condição de menor risco para cesariana.

As indicações da cesariana foram classificadas em: fetais, materno-fetais e maternas e analisadas, conforme a frequência absoluta e relativa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme Parecer nº 74367/2012 (Anexo 1). A coleta de dados foi realizada após a assinatura do Termo de Compromisso para a Realização de Pesquisa junto à maternidade, por tratar-se de mulheres atendidas na Instituição (Apêndice 2).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está descrita em três itens. O primeiro, compreende os resultados da análise descritiva dos dados de caracterização das 264 mulheres que foram atendidas no pré-natal e no trabalho de parto no AM. O segundo, trata das indicações das cesarianas e o terceiro, os resultados das análises de associações entre os tipos de parto e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais.

4.1 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES

A caracterização das mulheres está apresentada, conforme as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais nos dados das Tabelas 1 a 4.

Tabela 1 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis sociodemográficas. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	n	%
Idade (anos) (n=274)		
< 20	59	22,3
20 – 34	185	70,1
≥ 35	20	7,6
Etnia (n=237)		
Branca	101	42,6
Parda/preta	118	48,9
Amarela*	17	7,2
Ameríndia**	3	1,3
Escolaridade (anos) (n=261)		
1 – 7	40	15,3
8 – 10	63	24,1
≥ 11	158	60,5
Situação conjugal (n=243)		
Casada/União consensual	123	50,6
Solteira/Separada	120	49,4
Trabalho remunerado (n=247)		
Sim	141	57,1
Não	106	42,9
Procedência (n=261)		
Zona Sul	165	63,2
Zona Norte	12	4,6
Zona Leste	16	6,1
Zona Oeste	4	1,5
Centro	14	5,4
Alojamento Social	50	19,2

*Chinesas e descendentes de japoneses.

** Mestiças - peruana e boliviana.

Tabela 2 - Medidas-Resumo da idade e escolaridade das mulheres da amostra, médias, desvio padrão (DP), mediana, valores mínimo e máximo. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade (anos)	24,7	6,2	24	13	42
Escolaridade (anos)	9,9	2,6	11	1	15

Os dados da idade e escolaridade apresentados nas Tabelas 1 e 2 mostram a média da idade de $24,7 \pm 6,2$ anos, mediana 24, variando de 13 a 42. A proporção de adolescentes foi de 22,3% e apenas 7,6% de mulheres tinham idade ≥ 35 anos. A média da escolaridade foi de $9,9 \pm 2,6$ anos de estudo, mediana de 11, com variação de 1 a 15 anos. A maioria (60,5%) delas tinha 11 ou mais anos de estudo, evidenciando escolaridade correspondente ao ensino médio completo, bem como algumas com ensino superior completo ou incompleto.

A proporção de mulheres quanto à etnia apresenta semelhança entre pardas/pretas (48,9%) e brancas (42,6%). As demais compreenderam as de cor amarela constituídas por mulheres chinesas e descendentes de japoneses e de ameríndias de origem peruana e boliviana.

Quanto à situação conjugal, a proporção de casadas/união consensual e de solteiras/separadas foi semelhante. Mais da metade (57,1%) delas exercia algum trabalho remunerado.

Os dados mostram ainda que as mulheres procediam de todas as regiões da cidade de São Paulo, com maior frequência as da região sul (63,2%), seguidas das abrigadas temporariamente na instituição (19,2%).

Tabela 3 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	n	%
Partos anteriores (n=262)		
Nenhum	142	54,2
Vaginal (Normal/Fórcipe)	85	32,4
Cesariana	27	10,3
Cesariana/Vaginal	8	3,1
Cesariana prévia (n=120)		
Não	85	70,8
Sim	35	29,2
Paridade (n=262)		
Nenhum	142	54,2
Um	81	30,9
Dois ou mais	39	14,9
Intervalo Interpartal (anos)(n=114)		
Até 1	12	10,5
Dois ou mais	102	89,5
Índice de Massa Corporal na Triagem no Pré-Natal (n=258)		
Baixo Peso	53	20,5
Adequado	121	46,9
Sobrepeso	68	26,4
Obesidade	16	6,2
Índice de Massa Corporal na última consulta (n=241)		
Baixo Peso	39	16,2
Adequado	94	39,0
Sobrepeso	80	33,2
Obesidade	28	11,6
Início do pré-natal por trimestre (n=264)		
I trimestre (até 13 sem)	95	36,0
II trimestre (14 a 27 sem)	115	43,6
III trimestre (28 sem ou mais)	54	20,4
Idade gestacional de início de pré-natal (n=264)		
Até 120 dias da gestação	137	51,9
Após 120 dias da gestação	127	48,1
Número de consultas pré-natais (n=264)		
Até 5	50	18,9
6 ou mais	214	81,1
Intercorrências na gestação (n=264)		
Não	195	73,9
Sim	69	26,1

Dentre os antecedentes obstétricos, destacam-se a nuliparidade de 54,2% das mulheres, história de cesariana prévia de 29,2% e a maioria (89,5%) com intervalo interpartal de 2 ou mais anos.

O início do pré-natal precoce (até 13 semanas) foi observado em pouco mais de um terço (36,0%) das mulheres; enquanto 20,4% iniciaram após a 28ª semana, caracterizando-se como início tardio. Considerando as recomendações do MS de início até 120 dias da gestação (17 semanas) pouco mais da metade (51,9%) atendeu a esse critério. Quanto às consultas pré-natais, a maioria (81,1%) realizou seis ou mais atendimentos, média de 7,8 ($\pm 2,8$).

Nos dados do IMC, observam-se mudanças de postos entre a primeira e a última avaliação, com aumento de mulheres com sobrepeso de 26,4% para 33,2% e das obesas de 6,2% para 11,6% e diminuição nas mulheres com baixo peso de 20,5% para 16,2% e as com peso adequado de 46,9% para 39,0%.

As intercorrências observadas em 26,1% das mulheres foram: leucorreias, infecção de trato urinário, anemia ($Hb < 11g/dL$) e hipertensão arterial no final da gestação.

A seguir, os dados da Tabela 3 são os relativos ao momento da internação e período intraparto.

Tabela 4 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis obstétricas do período intraparto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	n	%
Idade gestacional no parto (semanas)n=264		
Até 36	18	6,8
37 a 40	209	79,2
41	37	14,0
Dilatação cervical em cm (n=261)		
Zero	31	11,9
1 a 4	167	64,9
5 a9	55	21,1
10	8	3,1
Membranas ovulares integras (n=261)		
Sim	194	74,3
Não	67	25,7
Presença de mecônio (n=261)		
Não	255	97,7
Sim	6	2,3
Apresentação fetal (n=246)		
Cefálico	239	97,2
Pélvica/Cômica	7	2,8
Contração uterina (n=246)		
Sim	185	75,2
Não	61	24,8
Uso de Ocitocina (n=261)		
Fase latente	91	34,9
Fase ativa	83	31,8
Não	87	33,3
Uso de misoprostol (n=262)		
Sim	41	15,6
Não	221	84,4
Intercorrências no trabalho de parto(n=261)		
Não	233	88,9
Sim	29	11,1
Tipo de parto (n=264)		
Normal	189	71,6
Cesariana	75	28,4
Horário de nascimento (n=261)		
0h00 até 6h59	68	26,1
7h até 18h59	139	52,7
19h até 23h59	54	20,5

Quanto aos dados da internação, observa-se que quase a totalidade das gestações (93,2%) era de termo (acima de 37 semanas) e com apresentação cefálica (97,2%). A menor idade gestacional verificada foi de 27 semanas.

Em relação à dilatação cervical, 76,8% das mulheres foram admitidas na fase latente do trabalho de parto, ou seja, com colo impérvio (11,9%) ou com dilatação cervical de 1 a 4 cm (64,9%). Cerca de três quartos das mulheres (75,2%) apresentavam contração uterina, e outras (74,3%) com membranas ovulares integras e apenas 2,3% com líquido amniótico meconial.

Foram submetidas à indução do trabalho de parto com misoprostol, 15,6% das mulheres e, na fase latente, 34,9% foram submetidas à infusão endovenosa de ocitocina. Dois terços das mulheres (66,6%) receberam infusão de ocitocina. Foram observadas intercorrências durante o trabalho de parto em 11,1% das mulheres, e as principais foram: sangramento vaginal, bradicardia ou taquicardia fetal, perda de líquido meconial, entre outras.

Da amostra pesquisada, a gestação de 71,6% resultaram em parto normal e 28,4%, em cesariana. A maioria (52,6%) dos partos ocorreu no período diurno (7h às 18h59).

Tabela 5 - Distribuição das mulheres, conforme as variáveis neonatais. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	n	%
Peso ao nascer (gramas) (n=264)		
≤ 2.499	15	5,7
2.500 – 2.999	66	25,0
3.000 – 3.499	108	40,9
3.500 – 3.999	64	24,2
≥ 4.000	11	4,2
Média DP	3.231,36 ± 490,57	
Mediana	3.242,5	
Mínimo – Máximo	1.000 – 4.995	
Índice de Apgar 1 minuto(n=264)		
Zero*	1	0,3
1 – 6	11	4,2
≥ 7	252	95,5
Índice de Apgar 5 minuto (n=264)		
< 7*	2	0,8
≥ 7	262	99,2
Capurro (em semanas) (n=228)		
Até 36	13	5,7
37 a 40	202	88,6
41 a 42	13	5,7
Necessidade de UTI Neo (n=264)		
Sim**	14	5,3
Não	250	94,7

*Um óbito intrauterino.

**Problemas respiratórios e prematuridade.

A média de peso ao nascer foi de 3.231,36 ($\pm$ 490,57) gramas, mediana de 3.242,5g, variação de 1.000g a 4.995g. Apenas 5,7% pesaram menos de 2.500g. A maioria dos recém-nascidos recebeu pontuação ≥ 7 no Índice de Apgar no 1º minuto e quase a totalidade no 5º minuto.

Um caso de óbito intrauterino foi observado, sem causa aparente, em uma primigesta de 18 anos de idade, constatado em consulta pré-natal na 34ª semana de gestação. Após confirmação do óbito por ultrassonografia e a avaliação médica, a gestante foi internada para a indução do parto, que ocorreu por via vaginal e o feto pesou 2.150g. O primeiro atendimento pré-natal ocorreu na 22ª semana de gestação no AM.

A maioria dos recém-nascidos não necessitou de cuidados intensivos e os que precisaram (5,3%) foram por problemas respiratórios e prematuridade.

4.2 INDICAÇÕES DAS CESARIANAS

Os dados da Tabela 6 mostram as indicações de cesarianas das 75 mulheres da amostra, que foram submetidas a esse procedimento cirúrgico distribuídas em fatores fetais, maternos e materno-fetais.

Tabela 6 - Distribuição das indicações de cesarianas, conforme a paridade. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Indicações	Total n(%)	Primíparas n(%)	Múltiparas n(%)
Fetais	33(44,0)	23(48,9)	10(35,7)
Mecônio	9	7	2
Cardiotocografia não tranquilizadora	9	7	2
Apresentação pélvica/córmica	6	4	2
Macrossomia	4	4	0
Sofrimento Fetal	3	0	3
Procidência de membro	2	1	1
Materno-fetais	17(22,7)	14(29,8)	3(10,7)
Desproporção cefalopélvica	9	7	2
Parada de progressão	5	5	0
Oligoâmnio + Restrição de crescimento	1	1	0
Descolamento prematuro de placenta	1	0	1
Apresentação alta + Falta cooperação materna	1	1	0
Maternas	25(33,3)	10(21,3)	15(53,6)
Iteratividade	7	0	7
Falha de Indução	6	5	1
Pós-datismo	4	0	4
Despreparo do Colo	3	2	1
Doença Hipertensiva Específica da Gestação	2	1	1
Distócia Funcional	1	1	0
Miomectomia prévia + primigesta tardia	1	1	0
Uma cesárea anterior+ pós-datismo	1	0	1
Total	75(100)	47(100)	28(100)

Das indicações de cesariana observadas, as relacionadas às condições do conceito foram as mais frequentes no total das mulheres (44,0%) e nas primíparas (48,9%) foram representadas pela presença de líquido amniótico meconial, cardiotocografia não tranquilizadora, apresentação pélvica/córmica, macrosomia, entre outras.

As indicações relacionadas às condições maternas foram observadas em um terço (33,3%) do total da amostra de cesarianas. Essa condição representou a maioria (53,6%) das indicações para as múltiparas, em razão da cesariana em gestação anterior.

Conforme mostram os dados da Tabela 6, algumas mulheres apresentaram condições diferenciadas na gestação e no trabalho de parto, o que justificou a opção do parto por via abdominal, como a mais indicada e estão descritas a seguir.

O acompanhamento pré-natal da gestante com história de miomectomia prévia em um serviço de baixo risco obstétrico pode causar estranheza. Pois, ela já havia iniciado o acompanhamento pré-natal em uma unidade básica de saúde na 7ª semana da gestação e frequentado a duas consultas; transferiu-se espontaneamente ao AM, alegando busca de melhor atendimento, por recomendação de pessoas que já conheciam o serviço. Na consulta de triagem, estava com 17/18 semanas de gestação, quando foram identificados alguns fatores de risco como: 35 anos de idade, terceira gestação com dois abortos espontâneos, miomectomia intramural/subseroso há 3 anos, IMC 32,74 (obesidade). Com a recusa de encaminhamento a serviço de pré-natal de alto risco e o pedido insistente da gestante, com anuência do responsável médico, o cuidado pré-natal foi mantido no AM. A gestante demonstrou boa adesão ao serviço, compareceu com assiduidade às consultas programadas até o termo da gestação que evoluiu sem intercorrências e foi interrompida na 38ª semana; o recém-nascido pesou 3.350g, recebeu pontuação do Índice de Apagar 8 e 9 nos 1º e 5º minutos, respectivamente.

A gestante que apresentou descolamento prematuro da placenta estava na 27ª semana da gestação e chegou à maternidade com queixa de sangramento

vaginal e sem dor abdominal. Ao exame obstétrico, o útero estava com tônus normal, presença de 147 batimentos cardíacos fetais rítmicos por minuto, e no toque vaginal identificou-se dilatação cervical de 1 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou descolamento prematuro de placenta, o que determinou a opção da resolução da gestação por cesariana. O recém-nascido pesou 1.000g com pontuação do Índice de Apgar 3 no 1º minuto e 4 no 5º minuto, foi encaminhado à UTI neonatal entubado. Recebeu alta hospitalar, após 2 meses e 6 dias de vida, pesando 1.980g.

Quanto às duas gestantes que apresentaram doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), em uma delas o evento ocorreu na 32ª semana da gestação e na outra na 41ª semana.

A gestante com 32 semanas iniciou o pré-natal no AM com 13 semanas, com pressão arterial de 120 mmHg x 80 mmHg, sem histórico de hipertensão arterial, IMC de sobrepeso que evoluiu para obesidade na última consulta. De raça negra, com 21 anos, segunda gestação, com uma cesariana anterior há 7 anos por “não ter passagem”. Na 6ª consulta de pré-natal de 32 semanas, foi aferido PA 150 mmHg x 100 mmHg e observado presença de edema ++/4+ em MMII, sem outras queixas. Após a avaliação médica, optou-se pela resolução do parto por nova cesariana. O RN pesou 1.350g e obteve pontuação do Índice de Apgar 8 e 9 nos 1º e 5º minutos, respectivamente, mas foi encaminhado à UTI neonatal por síndrome da angústia respiratória. Sobreviveu 4 dias, faleceu por parada cardiorrespiratória.

A outra gestante, com 27 anos, raça branca, nulípara, iniciou o pré-natal em outro serviço, com apenas uma consulta. Na consulta de triagem no AM, a PA observada foi de 120 mmHg x 80 mmHg, sem histórico de hipertensão arterial. Os níveis pressóricos mantiveram-se dentro dos parâmetros normais até a 40ª semana, mas com presença de edema em MMII++/4+ a partir da 36ª semana. Os exames para rotina de DHEG solicitados nas 38ª e na 41ª semanas não apresentaram alteração. Nesta última consulta, a PA aferida foi de 130 mmHg x 90 mmHg e observado aumento do edema de MMII +++/4+. Dada à idade gestacional, optou-se pela resolução da gestação por cesariana. O RN pesou

3.635g, obteve pontuação do Índice de Apgar 8 e 9 nos 1º e 5º minutos, respectivamente, mãe e filho foram encaminhados ao Alojamento Conjunto.

Em relação à cesariana iterativa com uma cesariana anterior, caracterizou-se a gestante, a fim de entender sua indicação. Gestante com 35 anos, branca, secundigesta com uma cesariana anterior há 7 anos, iniciou o pré-natal no AM com 13 semanas; na consulta de triagem, apresentava baixo peso, o ganho de peso durante a gestação foi de 18 kg, chegando ao IMC de obesidade na última consulta; realizou durante o período, 11 consultas e atingindo 41 semanas de gestação. Foi admitida na maternidade com colo impérvio, membranas ovulares íntegras, fora de trabalho de parto, altura uterina = 36 cm, foi indicada cesariana. RN nasceu com 2.980g e Apgar 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto, Capurro de 40 semanas. Foi encaminhado ao alojamento conjunto.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE O TIPO DE PARTO E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, OBSTÉTRICAS E NEONATAIS

Os resultados da associação entre o tipo de parto e as variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais estão apresentados nos dados das Tabelas 7 a 10.

Tabela 7 - Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis sociodemográficas. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Tipo de parto			P ¹
	Normal n(%)	Cesariana n(%)	Total n(%)	
Idade (anos)				0,028
< 20	50(84,7)	9(15,3)	59(100)	
20 a 34	127(68,6)	58(31,4)	185(100)	
≥ 35	12(60,0)	8(40,0)	20(100)	
Etnia				0,640
Branca	72(71,3)	29(28,7)	101(100)	
Preta/Parda	76(65,5)	40(34,5)	116(100)	
Amarela*	16(94,1)	1(5,9)	17(100)	
Ameríndia**	3(100)	0	3(100)	
Escolaridade				0,231
1 – 7	33(82,5)	7(17,5)	40(100)	
8 -10	46(73,0)	17(27,0)	63(100)	
≥ 11	109(69,0)	49(31,0)	158(100)	
Situação conjugal				0,902
Casada/união consensual	87(70,7)	36(29,3)	123(100)	
Solteira/separada	85(70,8)	35((29,2)	120(100)	
Trabalho remunerado				0,281
Sim	95(67,4)	46(32,6)	141(100)	
Não	79(74,5)	27(25,5)	106(100)	

¹ Teste Qui-quadrado.

*Chinesas e descendentes de japoneses.

** Mestiças - peruana e boliviana.

Os dados apresentados na Tabela 7 mostram a associação entre o tipo de parto e as variáveis sociodemográficas; assim, observa-se diferença estatisticamente significativa na idade materna ($p=0,028$), e conforme aumenta a faixa etária, aumenta a proporção de mulheres submetidas à cesariana. Entre as adolescentes, a maioria deu à luz por parto normal.

Não foram observadas diferenças na raça/etnia, escolaridade, situação conjugal e trabalho remunerado. Quase a totalidade das mulheres das raças amarela e ameríndia tiveram parto normal e a que foi submetida à cesariana foi por procidência de membro superior.

Tabela 8 - Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Tipo de parto			P ¹
	Normal n (%)	Cesariana n (%)	Total n (%)	
Número de partos anteriores				0,203
Nenhum	95(66,9)	47(33,1)	142(100)	
1	63(77,8)	18(22,2)	81(100)	
≥ 2	29(74,4)	10(25,6)	39(100)	
Tipos de partos anteriores				<0,001
Nenhum	95(66,9)	47(33,1)	142(100)	
Vaginal (Normal/Fórcipe)	77(90,6)	8(9,4)	85(100)	
Cesariana	9(33,3)	18(66,7)	27(100)	
Cesariana e Vaginal	6(75,0)	2(25,0)	8(100)	
Cesariana prévia				<0,001
Não	77(90,6)	8(9,4)	85(100)	
Sim	15(42,9)	20(57,1)	35(100)	
Intervalo Interpartal (em anos)				0,910
≤ 2	9(75,0)	3(25,0)	12(100)	
> 2	78(76,5)	24(23,5)	102(100)	
IMC* na última consulta pré-natal				0,003
Baixo peso	33(84,6)	6(15,4)	39(100)	
Adequado	68(72,3)	26(27,7)	94(100)	
Sobrepeso	57(71,3)	23(28,7)	80(100)	
Obesidade	12(42,9)	16(57,1)	28(100)	
Intercorrências na gestação				0,902
Não	140(71,8)	55(28,2)	195(100)	
Sim	49(71,0)	20(29,0)	69(100)	
Início do pré-natal por trimestre				0,992
I (até 13 sem)	68(71,6)	27(28,4)	95 (100)	
II (14 – 27 sem)	82(71,3)	33(28,7)	115(100)	
III (28 sem e mais)	39(72,2)	15(27,8)	54(100)	
Idade gestacional de início do pré-natal				0,874
Até 120 dias da gestação	97(70,8)	40(29,2)	137(100)	
Após 120 dias da gestação	92(72,4)	35(27,6)	127(100)	
Número de consultas pré-natais				0,918
<6	35(70,0)	15(30,0)	50(100)	
≥6	154(72,0)	60(28,0)	214(100)	

¹ Teste Qui-quadrado.

*IMC - Índice de Massa Corporal conforme adotado em Brasil (2006; 2012a).

Os dados da Tabela 8 mostram que entre as variáveis obstétricas pré-natais, o tipo de parto anterior ($p<0,001$), cesariana prévia ($p<0,001$) e o IMC na última consulta ($p=0,003$) apresentaram diferença estatisticamente significativa.

As mulheres com cesariana anterior foram as que apresentaram maior proporção de parto por cesariana na gestação atual. Nos antecedentes obstétricos, 35 mulheres tinham registro de cesariana em parto anterior, o que correspondem a 13,4% do total da amostra. Destas, 15 (42,9%) evoluíram para parto normal, enquanto 20 (57,1%) foram submetidas à nova cesariana. Se levarmos em consideração as 142 mulheres sem parto anterior, cerca de um terço (47 - 33,1%) delas, a primiparturição ocorreu por cesariana, que correspondem a quase dois terços (62,7%) das 75 cesarianas da amostra do presente estudo.

Quanto ao estado nutricional na última consulta, observa-se que as mulheres com baixo peso apresentaram menor proporção de cesariana e a maioria das mulheres com obesidade maior proporção de cesariana.

As demais variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Tabela 9 - Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis obstétricas relacionadas ao parto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Tipo de parto			<i>p</i> ¹
	Normal n (%)	Cesariana n (%)	Total n (%)	
Idade gestacional no parto (semanas)				0,168
≤ 36	12(66,7)	6(33,3)	18(100)	
37 – 40	155(74,2)	54(25,8)	209(100)	
≥ 41	22(59,5)	15(40,5)	37(100)	
Dilatação cervical (em cm)				<0,001
Zero	8(25,8)	23(74,2)	31(100)	
1 a 4	121(72,5)	46(27,5)	167(100)	
Entre 5 e 9	50(90,9)	5(9,1)	55(100)	
10	8(100)	0	8(100)	
Membranas ovulares				0,158
Integras	134(69,1)	60(30,9)	194(100)	
Rotas	53(79,1)	14(20,9)	67(100)	
Apresentação fetal				<0,001
Pélvica/Córmica*	1**(14,3)	6(85,7)	7(100)	
Cefálica	178(74,5)	61(25,5)	239(100)	
Presença de mecônio				0,784
Não	183(71,8)	72(28,2)	255(100)	
Sim	4(66,7)	2(33,3)	6(100)	
Contração uterina				<0,001
Sim	152(82,2)	33(17,8)	185(100)	
Não	25(41,0)	36(59,0)	61(100)	
Uso do Misoprostol				0,095
Sim	25(61,0)	16(39,0)	41(100)	
Não	163(73,8)	58(26,2)	221(100)	
Uso de ocitocina				<0,001
Sim	147(84,5)	27(15,5)	174(100)	
Não	41(47,1)	46(52,9)	87(100)	
Intercorrências no trabalho de parto				<0,001
Sim	8(27,6)	21(72,4)	29(100)	
Não	181(77,7)	52(22,3)	233(100)	
Horário de nascimento				0,014
0h00 até 6h59	51(75,0)	17(25,0)	68(100)	
7h00 até 18h59	90(64,7)	49(35,3)	139(100)	
19h00 até 23h59	46(85,2)	8(14,8)	54(100)	

¹Teste Qui-quadrado.

*Uma parturiente com feto em apresentação córmica.

**Apresentação pélvica.

Nos dados da Tabela 9, observa-se que os resultados demonstraram a associação estatisticamente significativa do tipo de parto com as variáveis obstétricas relacionadas às condições no período intraparto. Foram elas: dilatação cervical ($p < 0,001$), apresentação fetal ($p < 0,001$), contração uterina ($p < 0,001$), uso de ocitocina ($p < 0,001$) e horário de nascimento ($p = 0,014$).

As mulheres que foram admitidas com colo impérvio foram as que apresentaram maior proporção de cesariana.

A quase totalidade dos bebês em apresentação não cefálica nasceu por cesariana, exceto um. Uma das gestantes com feto em apresentação pélvica deu à luz por via vaginal, com 41 semanas de idade gestacional. Em sua história obstétrica, constam três partos normais; foi admitida com 3 cm de dilatação cervical e bolsa rota; recebeu infusão de ocitocina durante todo o processo do trabalho de parto. O RN pesou 3.290g e recebeu pontuação do Índice de Apgar 9 e 10 nos 1º e 5º minutos de vida, respectivamente.

Tabela 10 - Distribuição das mulheres, conforme o tipo de parto e as variáveis neonatais. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Tipo de parto			p ¹
	Normal n (%)	Cesariana n (%)	Total n (%)	
Peso ao nascer (gramas)				0,112
<2.500	8(53,3)	7(46,7)	15(100)	
2.500 a 2999	50(75,8)	16(24,2)	66(100)	
3.000 a 3499	77(71,3)	31(28,7)	108(100)	
3.500 a 3999	49(76,6)	15(23,4)	64(100)	
≥4.000	5(45,5)	6(54,5)	11(100)	
Total	189(71,6)	75(28,4)	264(100)	
Índice Apgar de 1º min				0,816
Zero	1(100)	0	1(100)	
1 a 6	8(72,5)	3(27,5)	11(100)	
≥7	180(90,9)	72(9,1)	252(100)	
Total	189(71,6)	75(28,4)	264(100)	
Índice Apgar de 5º min				0,488
≤6	1(50,0)	1(50,0)	2(100)	
≥7	188(71,8)	74(28,2)	262(100)	
Total	189(71,6)	75(28,4)	264(100)	
Capurro				0,784
≤ 36	10(71,8)	3(28,2)	13(100)	
37 – 40	144(71,3)	58(28,7)	202(100)	
≥ 41	7(53,8)	6(46,2)	13(100)	
Total	161(70,6)	67(29,4)	228(100)	
Necessidade de UTI				0,218
Sim	8(57,1)	6(42,9)	14(100)	
Não	181(72,4)	69(27,6)	250(100)	
Total	189(71,6)	75(28,4)	264(100)	

¹ Teste Qui-quadrado.

Os dados da Tabela 10 mostram que não houve diferença estatística entre o tipo de parto e as variáveis neonatais estudadas. Não obstante, as proporções de nascimento por cesariana foram de crianças com 4.000 gramas ou mais.

A seguir, os dados das Tabelas 11 e 12 mostram os resultados das análises da associação entre a ocorrência de cesariana e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Tabela 11 - Prevalência, razão de prevalência para cesariana, intervalo de confiança, por variáveis sociodemográficas e obstétricas relacionadas ao pré-natal. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Total	Cesariana n(%)	RP	IC	p-valor
Idade (anos)					
≤ 20	59	9(15,3)	0,49	0,26-0,92	0,012
20 a 34	185	58(31,4)	1		
35 ou mais	20	8(40,0)	1,28	0,72-2,27	0,297
Escolaridade (anos)					
1 a 7	40	7(17,5)	0,65	0,30-1,42	0,192
8 a 10	63	17(27,0)	1		
11 ou mais	158	49(31,0)	1,15	0,72-1,84	0,334
Raça					
Branca	101	29(28,7)	1		
Parda/Preta	116	40(34,5)	1,20	0,81-1,79	0,222
Amarela	17	1(5,9)	0,20	0,03-1,41	0,045
Ameríndia	3	0	-		
Tipos de parto					
Nenhum	142	47(33,1)	3,52	1,75-7,08	<0,001
Vaginal (Normal /Forceps)	85	8(9,4)	1		
Cesariana	27	18(66,7)	7,08	3,48-14,43	<0,001
Cesariana/Vaginal	8	2(25,0)	2,66	0,68-10,45	0,223
Cesariana prévia					
Não	85	8(9,4)	1		
Sim	35	20(57,1)	6,07	2,96-12,46	<0,001
Quantidade de partos					
Nenhum	142	47(33,1)	1,29	0,72-2,31	0,244
1	81	18(22,2)	0,87	0,44-1,70	0,427
2 ou mais	39	10(25,6)	1		
Intervalo interpartal					
Até	12	3(25,0)	1,06	0,38-3,01	0,403
2 ou mais	102	24(23,5)	1		
IMC na última consulta pré-natal					
Baixo peso	39	6(15,4)	0,56	0,25-1,24	0,099
Adequado	94	26(27,7)	1		
Sobrepeso	80	23(28,7)	1,04	0,65-1,67	0,496
Obesidade	28	16(57,1)	2,07	1,31-3,27	0,004
Intercorrências na gestação					
Não	195	55(28,2)	1		
Sim	69	20(29,0)	1,03	0,67-1,58	0,487
Número de consultas pré-natais					
Até 5	50	15(30,0)	1,07	0,67-1,72	0,918
6 ou mais	214	60(28,0)	1		

Tabela 12 - Prevalência, razão de prevalência para cesariana, intervalo de confiança, por variáveis obstétricas intraparto. Amparo Maternal, São Paulo (SP), 2012.

Variáveis	Total	Cesariana n(%)	RP	IC	p-valor
Idade gestacional					
Até 36	18	6(33,3)	1,29	0,65-2,58	0,340
De 37 a 40	209	54(25,4)	1		
41 ou mais	37	15(40,5)	1,57	1,00-2,47	0,051
Dilatação cervical					
Impérvio	31	23(74,2)	8,16	3,45-19,31	<0,001
1 a 4	167	46(27,5)	3,03	1,27-7,24	0,004
5 a 9	55	5(9,1)	1		
10	8	0			
Presença de mecônio					
Não	255	72(28,2)	1		
Sim	6	2(33,3)	1,18	0,37-3,72	0,427
Contração uterina					
Sim	185	33(17,8)	1		
Não	61	36(59,0)	3,31	2,28-4,81	<0,001
Apresentação fetal					
Pélvica/Córmica	7	6(85,7)	3,36	2,32-4,87	0,001
Cefálica	239	61(25,5)	1		
Uso do Misoprostol					
Sim	41	16(39,0)	1,49	0,96-2,31	0,069
Não	221	58(26,2)	1		
Uso de ocitocina					
Sim	174	27(15,5)	0,29	0,20-0,44	<0,001
Não	87	46(52,9)	1		
Intercorrências no TP*					
Sim	29	21	3,24	2,33-4,50	<0,001
Não	233	52	1		
Horário de nascimento					
0h00 até 6h59	68	17(25,0)	0,71	0,44-1,13	0,092
7h até 18h59	139	49(35,3)	1		
19h até 23h59	54	8(14,8)	0,42	0,21-0,83	0,004
Peso ao nascer (gramas)					
Até 2.499	15	7(46,7)	1,63	0,88-3,01	0,133
2.500 a 2.999	66	16(24,2)	0,84	0,50-1,42	0,320
3.000 a 3.499	108	31(28,7)	1		
3.500 a 3.999	64	15(23,4)	0,82	0,48-1,39	0,282
4.000 ou mais	11	6(54,5)	1,90	1,03-3,52	0,076

*TP = Trabalho de parto.

Os dados da Tabela 11 mostram que a cesariana foi menos prevalente em adolescentes (RP=0,49). Ter cesariana em parto anterior (RP=6,07), bem como não ter nenhum parto (RP=3,52) estiveram associadas com maior prevalência de cesariana. Quando foram considerados apenas partos anteriores por cesariana, a prevalência aumentou 7 vezes se comparada com as que tiveram apenas partos vaginais (RP=7,08). O estado nutricional também esteve associado à cesariana: mulheres obesas apresentaram maior prevalência de parto cirúrgico (RP=2,07).

A prevalência da cesariana esteve associada significativamente com algumas condições maternas na internação para o parto. A maior prevalência foi observada em mulheres com colo impérvio (RP=8,16) ou com dilatação cervical 1 a 4 cm (RP=3,03); com feto em apresentação não cefálica (RP=3,36); sem contração uterina compatível com trabalho de parto (3,31) e pós-datismo (1,57).

A prevalência de cesariana em mulheres que apresentaram intercorrências durante o trabalho de parto foi 3,24 maior. Quanto ao horário de nascimento, entre 19h e 23h59 houve menor associação com a cesariana que o período diurno (RP=0,42).

A variável que mostrou menor associação com a cesariana foi o uso da infusão de ocitocina (RP=0,29).

Em relação à condição fetal, a taxa de cesariana esteve um pouco maior nas mulheres com recém-nascido que pesou 4.000g ou mais (RP=1,90).

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar os fatores das cesarianas de mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas em 2011, em um serviço de pré-natal de baixo risco de uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo.

Os prontuários do pré-natal e da internação para o parto de 69,3% do total das gestantes que deram continuidade ao acompanhamento pré-natal no Amparo Maternal foram analisados e apenas 2,9% dos prontuários da internação para o parto não foram encontrados.

À semelhança do que se tem constatado em estudos nacionais e internacionais, os resultados mostraram uma prevalência de cesariana de 28,4% dos partos, taxa relativamente alta em relação ao recomendado pela OMS. Esse índice mais elevado confirma os achados relatados nos estudos recentes realizados no mesmo serviço como os 32,1% em 2006 de Santos (2009) e 25,5% em 2009 de Corrêa (2010).

Em Pelotas (RS), Silveira e Santos (2004) observaram prevalência de 30% de cesariana em estudo transversal realizado com mulheres de centro de saúde da cidade. Pádua et al. (2010) encontraram prevalência de 29,7% em hospitais financiados pelo SUS e de 28,1% em serviços de média complexidade, em estudos realizados em hospitais brasileiros dos Estados de São Paulo, Pernambuco e Distrito Federal.

Por sua vez, em Campinas (SP), em um estudo transversal com dados obtidos da Declaração de Nascidos Vivos de 2001, Carniel et al. (2007) obtiveram taxa mais elevada, 54,9% de cesarianas.

Patah e Malik (2011), ao analisarem os modelos assistenciais praticados em alguns países e suas respectivas taxas de cesarianas, mostram que o Brasil, apesar da existência de realidades distintas quanto ao modelo assistencial, apresenta altas taxas de cesariana, com uma proporção ao redor de 80% no sistema de saúde privado e, em média, 35% no sistema público. A situação

certifica ao Brasil uma posição de destaque no cenário mundial. Quanto às taxas dos países analisados, a menor prevalência foi observada na Holanda com 13,5% e a maior na Coreia do Sul 39,2%.

Em um país de baixa prevalência, Busaidi et al. (2012) apontam aumento gradativo das cesarianas em Omam, um dos países árabes, de 9,7% em 2000 para 15,7% em 2009.

Gibbons et al. (2010) consideram que o limite de 15% sugerido pela OMS em 1985, poderia ser menos válido nos dias atuais, tomando em conta as transformações da população em países de alta renda, a idade materna no primeiro filho, peso ao nascer, mas, que também não há evidências que índices acima de 15% trarão benefícios à mãe e ao bebê.

Das indicações de cesariana observadas no presente estudo, quase a metade (44%) correspondeu às condições do conceito representadas pelo líquido amniótico meconial, cardiotocografia não tranquilizadora, apresentação pélvica/córmica, macrosomia, entre outras. Fabri et al. (2002) encontraram 18,2% de indicações por sofrimento fetal agudo no hospital de ensino e apenas 2,0% no privado.

Nas apresentações pélvicas, a opção pela cesariana é cada vez mais frequente e justifica-se pelo aumento da morbidade e mortalidade neonatal em partos pélvicos vaginais. No entanto, não há evidências suficientes a favor da cesariana (Amorim et al., 2010). No presente estudo, observou-se a ocorrência de um parto pélvico bem sucedido em gestação a termo, evidenciando a presença de profissional qualificado e com competência para o atendimento ao parto pélvico. No estudo realizado anteriormente na mesma maternidade, todos os casos de apresentação pélvica tiveram resolução por via alta (Osava et al., 2011).

Quanto às indicações materno-fetais, a mais frequente foi a desproporção cefalopélvica. Achado semelhante foi observado por Yazlle et al. (2001) em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP) em que a desproporção cefalopélvica foi um dos principais diagnósticos associados à cesariana em todas

as categorias, conforme fonte de financiamento do parto e internação – particular, pré-pagamento e Sistema Único de Saúde.

O descolamento prematuro da placenta foi uma das indicações materno-fetais observada em uma das gestantes da amostra. Em situação clínica de emergência em feto vivo e viável, a conduta depende de alguns fatores como as condições maternas e fetais, idade gestacional e avaliação da dilatação cervical. Se não há iminência de parto, a cesariana está indicada dada a alta morbidade e mortalidade perinatal e materna (Bittar et al., 2012a). O oligoâmnio associado à restrição de crescimento intrauterino foi o motivo da interrupção da gestação de uma das mulheres da amostra. Trata-se de intercorrências que incluem diferentes etiologias e devem ser apuradas criteriosamente no pré-natal e sua conduta vai depender essencialmente da causa e da idade gestacional (Lopes et al., 2011; Bittar et al., 2012d).

Das condições maternas que implicaram indicação da cesariana, a mais frequente foi a iteratividade, que corresponde a mulheres com duas ou mais cesarianas prévias, um dos principais fatores determinantes de indicação de cesariana. Conforme Francisco et al. (2012), as intervenções uterinas (cesariana e miomectomia) que promovem o enfraquecimento do segmento miometrial são fatores impeditivos de parto vaginal em razão do risco de rotura uterina. Esse cuidado foi condizente na resolução do parto da gestante com antecedente de miomectomia, que apresentava também outros fatores associados como a idade (35 anos) e IMC obesidade.

Em estudo transversal realizado em Uberada (MG), a cesariana iterativa foi a indicação mais frequente, tanto em hospital-escola como em hospital privado, 26,7% e 36,0%, respectivamente (Fabri et al., 2002).

Na amostra estudada, foram encontradas duas mulheres que desenvolveram DHGE, uma na 41ª semana e outra na 32ª semana da gestação e que necessitaram de interrupção da gestação em razão de suas condições clínicas e obstétricas. O acompanhamento profissional da gestação constitui uma das medidas que permite o reconhecimento precoce dos fatores de risco para o

desenvolvimento da DHEG, bem como de formas leves para formas mais graves da DHEG (Bittar et al., 2012b).

O pós-datismo foi outro diagnóstico que motivou a indicação da cesariana, visto que a partir das 41 semanas há evidências de que a morbidade e mortalidade neonatal elevam-se com o desenvolver da gestação, além das repercussões emocionais maternas e familiares que podem conturbar esse período final da gestação (Montenegro et al., 2011b; Bittar et al. 2012c).

Quanto à prevalência de cesariana, conforme as características maternas e do recém-nascido, constatou-se a influência de determinadas variáveis demográficas e obstétricas.

No presente estudo, a idade materna apresentou diferença estatisticamente significativa, de acordo com o tipo de parto. Quando comparadas com as mulheres entre 20 e 34 anos, as adolescentes tiveram menos prevalência de cesariana, dados semelhantes aos encontrados por Osava et al. (2011). Um dos fatores determinantes de cesariana, mulheres com 35 anos ou mais apresentaram maior proporção de cesariana, mas a razão de prevalência não foi estatisticamente significativa. No estudo de Carniel et al. (2007), as mulheres maiores de 35 anos apresentaram 3,7 vezes mais chances de cesariana.

A escolaridade não apresentou associação com os tipos de parto e com a prevalência de cesariana. Os dados mostraram um nível de escolaridade elevado, com 60,5% das mulheres com 11 ou mais anos de estudo; sendo a proporção de cesariana maior à medida que aumenta a escolaridade, mas, não foi estatisticamente significativa. Outros estudos apontam maiores chances de cesariana às mulheres com maior escolaridade (Carniel et al., 2007; Freitas, Sakae, Jacomino, 2008; Pádua et al., 2010)

Quanto aos antecedentes obstétricos, destaca-se que a maioria das mulheres (54,2%) estava na sua primeira experiência de parto. Dessas primíparas, cerca de um terço (33,1%) foi submetida à sua primeira cesariana, constituindo um dos fatores determinantes da cesariana, visto que mulheres que não tinham nenhum parto anterior, tiveram 3,52 vezes mais cesarianas do que as que tiveram parto normal. No estudo de Pelotas (RS), Silveira e Santos (2004)

encontraram 32,4% de mães primíparas entre as mulheres submetidas à cesariana. Conforme o PNDS, 48% das primíparas deram à luz por meio de cesariana (Berquó et al., 2009). A esse respeito, Freitas et al. (2005) alertam para a necessidade de mais estudos em relação à maior prevalência de cesarianas entre primíparas, sobretudo, em razão da cirurgia uterina prévia carregar riscos de um novo parto operatório.

Assim, a cesariana em gestação anterior é outro fator determinante de indicação de cesariana e foi estatisticamente significativa com o tipo de parto da gestação atual. Do total das mulheres com partos anteriores, quase um terço (29,2%) tinha história de cesariana prévia. No entanto, é válido considerar que o ditado “uma vez cesariana, sempre cesariana” pode ser aplicado em algumas situações, não em todas. A proporção de partos normais de mulheres com cesariana prévia foi de 42,9% da amostra estudada e não houve caso de rotura uterina. Em estudo realizado em um centro de parto normal, Osava et al. (2011) mencionam que cerca de 60% das mulheres com cesariana anterior tiveram parto normal, sem rotura uterina.

No presente estudo, a razão de prevalência para cesariana apresentou forte associação com a cesariana prévia, quando considerados todos os tipos de parto (RP=7,08; IC95% 3,48-14,43) e apenas a cesariana anterior (RP=6,07; IC95% 2,96-12,46). Entre os fatores associados à realização de cesarianas em hospitais brasileiros analisados por Pádua et al. (2010), a condição de ter sido submetida à cesariana na última gravidez foi a variável que mais fortemente se associou com o desfecho. Assim, concorde com Sakae et al., (2009), a prevenção de cesariana entre primíparas é de vital importância, com vistas a não comprometer o futuro obstétrico da mulher.

Em relação às consultas de pré-natal, uma proporção relativamente alta (81,1%) das mulheres realizaram seis ou mais consultas, conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006; 2012a). No entanto, no critério início de pré-natal até 13 semanas e até 120 dias da gestação, foram obtidas apenas pouco mais de um terço (36,0%) das mulheres e pouco mais da metade (51,9%), respectivamente. Estas variáveis, número de consultas e idade gestacional de

início do pré-natal não apresentaram associação estatisticamente significativa com a cesariana; no entanto, é preciso mais empenho, sobretudo, para o início precoce do cuidado pré-natal, conforme os princípios da Rede Cegonha, atual estratégia do Ministério da Saúde no âmbito do SUS, que busca garantir às mães e bebês, dentre outras medidas, o parto e o nascimento seguros de boas práticas de atenção obstétrica (Brasil, 2012b).

No entanto, Carniel et al. (2007) observaram que mulheres que realizaram menos consultas apresentaram menores riscos para cesariana.

As gestantes com obesidade na última consulta apresentaram maior risco para cesariana (RP=2,07; IC95% 1,31-3,27). No estudo de Pádua et al. (2010), mulheres com IMC acima de 30 (obesidade) também tiveram RP de 80% maior para cesariana do que aquelas com IMC menor de 25%. Já em um estudo caso controle realizado em um hospital universitário de Negev, em Israel, não foram verificadas evidências da relação de obesidade com a indicação de cesariana (Sheiner et al., 2004).

No presente estudo, houve mudança nos postos quanto a primeira e última avaliação do IMC, com aumento do sobrepeso de 26,4% para 33,2% e as obesas de 6,2% para 11,6% e uma diminuição nas mulheres de baixo peso de 20,5% para 16,2%, as com peso adequado diminuíram de 46,9% para 39,0%. O IMC na última consulta ($p=0,003$) apresentou diferença estatística significativa. A avaliação do estado nutricional das gestantes tem importância para prevenção e controle de doenças que podem ocorrer em decorrência do aumento ou diminuição do peso. É preciso observar a presença de edema, que é um fator de confundimento, pois interfere no peso dessas mulheres, sobretudo no final da gestação (Brasil, 2006).

Em relação à dilatação cervical, 64,9% das gestantes foram admitidas na fase latente do trabalho de parto, com colo impérvio ou com dilatação de 1 a 4 cm. Entre as admitidas com colo impérvio, 74,2% foram submetidas à cesariana e apresentaram forte associação na razão de prevalência (8,16; IC95% 3,45-19,31). Aquelas que foram admitidas com dilatação 1 a 4 cm também resultaram em forte associação (RP=3,03; IC95% 1,27-7,24). Esses achados são semelhantes aos

de D'Orsi et al. (2006) que encontraram forte associação da dilatação <3 cm na internação com a cesariana (OR 8,5; IC95% 4,3-16,6). Sakae et al. (2009) encontraram também forte associação da dilatação <3 cm na internação (RP=3,32 IC95% 2,87-3,81). Mulheres admitidas no CPN com colo impérvio tiveram maior prevalência de cesariana no estudo de Osava et al. (2011). Assim, concorde com D'Orsi et al. (2006) a dilatação cervical no momento da internação constitui uma das variáveis mais fortemente associadas com o tipo de parto.

As mulheres que foram submetidas à indução do parto com misoprostol corresponderam a 15,6%, não apresentando diferença estatística com o tipo de parto. No estudo randomizado realizado no Chile, o uso do misoprostol diminuiu as taxas de cesarianas (Echeverria et al., 2002).

O uso da ocitocina endovenosa na fase latente correspondeu a 33,3% das mulheres e mostrou menor associação à indicação de cesariana (RP=0,29; IC95% 0,20-0,44). Nos estudos de D'Orsi et al. (2006) e Sakae et al. (2009), a associação entre uso de ocitocina e menor chance de cesariana também foi verificada.

O horário de nascimento esteve relacionado à via de parto. Entre 0h e 6h59 e 19h e 23h59 houve menor associação com a cesariana que o horário diurno. D'Orsi et al. (2006) encontraram estes mesmos dados em seu trabalho. No estudo epidemiológico transversal realizado em São Paulo, os achados assemelham-se, já que o horário em que ocorria a maior parte dos partos era no período diurno (Osava et al., 2011).

O presente estudo mostra que não houve diferença estatística entre o tipo de parto e as variáveis neonatais estudadas. Não obstante, as proporções de nascimento por cesariana foram de crianças com peso >4.000 gramas (RP=1,90: IC95% 1,03-3,52).

Em um estudo caso-controle realizado em Oman, foram encontrados fatores associados à cesariana semelhantes ao presente estudo. A idade > 25 anos, ter uma ou mais cesarianas em gestação anterior, IMC obesidade, e neonatos com peso > 4.000g foram fatores fortemente associados às indicações das cesarianas. Maior paridade por parto vaginal e uso de métodos de

espaçamento de nascimentos foram fatores de proteção às indicações de cesarianas (Busaidi et al., 2012).

No estudo caso controle realizado na Holanda, os achados em relação à baixa estatura materna, dilatação cervical com Bishop desfavorável e história de prematuridade em gestação anterior também foram relacionados a maior risco de indicação de cesariana (Verhoeven et al., 2013).

Já em um estudo de coorte realizado em Avon, Inglaterra, sobre os fatores de risco no pré-natal para indicações de cesarianas, foram obtidos resultados semelhantes ao estudo quanto às indicações: a apresentação pélvica e a cesariana anterior tiveram forte associação, bem como o peso fetal aumentado e a idade materna avançada (Patel et al., 2005).

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

O estudo mostrou prevalência de cesariana de 28,4%, considerada elevada nesta amostra de gestantes acompanhadas por enfermeiras obstétricas em um serviço de saúde, taxa que representa quase o dobro do limite recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

As indicações foram estritamente médicas, e as relacionadas às condições fetais foram as mais frequentes, sobretudo quanto às alterações dos batimentos cardíacos fetais e presença de mecônio.

As variáveis que apresentaram significância estatística conforme o tipo de parto foram:

- Idade materna – $p=0,028$;
- Tipos de partos anteriores - $p<0,001$;
- Cesariana prévia - $p<0,001$;
- Índice de massa corporal na última consulta – $p=0,003$;
- Dilatação cervical na internação $p<0,001$;
- Apresentação fetal $p<0,001$;
- Contração uterina $p<0,001$;
- Uso de infusão de ocitocina $p<0,001$;
- Horário de nascimento – $p=0,014$.

Ter sido submetida à cesariana teve associação com:

- Nuliparidade (RP=3,52; IC95% 1,75-7,08);
- Cesariana em gestação anterior (RP=6,07; IC95%: 2,96-12,46);
- Obesidade (RP=2,07; IC95%: 1,31-3,27);
- Idade gestacional 41 semanas (RP=1,57; IC95%: 1,00-2,47);
- Colo impérvio na internação (RP=8,16; IC95%: 3,45-19,31) dilatação de 1 a 4 cm (RP=3,03; IC95%: 1,27-7,24);
- Apresentação pélvica/córmica (RP=3,36; IC95%: 2,32-4,87);
- Intercorrências no trabalho de parto (RP=3,24; IC95%: 2,33-4,50);

- Peso ao nascer $\geq 4.000\text{g}$ (RP=1,90; IC95%: 1,03-3,52).
- Ter idade inferior a 20 anos (RP=0,49; IC95%: 0,26-0,92) e ter recebido infusão de ocitocina (RP=0,29; IC95%: 0,20-0,44) foram fatores de proteção para a cesariana na gestação atual.

Vale ressaltar que os resultados foram obtidos de prontuários de mulheres atendidas em um serviço de pré-natal de baixo risco em 2011, cujos partos ocorreram nessa mesma instituição. Portanto, há que se considerar que este estudo não analisou o total dos desfechos da gestação das mulheres acompanhadas no serviço, visto que não verificou as que deram à luz em outra maternidade.

Os achados aqui apresentados, embora não permitam inferir uma relação causa-efeito, sugerem que alguns fatores relacionados com as características individuais das mulheres, como a primiparidade e cesariana prévia contribuem fortemente para as possibilidades de resolução do parto por cesariana de mulheres.

Ademais, considerando que a prevalência de cesariana em mulheres acompanhadas por enfermeiras obstétricas e os fatores associados assemelham-se aos resultados de outros estudos nacionais, recomenda-se a realização de outros estudos que analisem o uso das intervenções obstétricas, conforme sua indicação.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.

Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte 1. *Femina* 2010; 38(8): 415-22.

Bailit JL, Love TE, Mercer B. Rising caesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191: 800-3.

Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982,1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365 (9462):847-54. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71042-4.

Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324: 942-5.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. Disponível em :
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Bittar RE, Pereira PP, Liao AW, Fittipaldi FS. Descolamento prematuro da placenta. In: Zugaib M. (editor) *Zugaib Obstetrícia*. 2. ed. Manole; 2012a. Cap. 40, p. 755-67.

Bittar RE, Pereira PP, Liao AW, Fittipaldi FS. Doença hipertensiva específica da gestação. In: Zugaib M. (editor) Zugaib Obstetrícia. 2. ed. Manole; 2012b. Cap. 34, p. 633-62.

Bittar RE, Pereira PP, Liao AW, Fittipaldi FS. Pós-datismo e gestação prolongada. In: Zugaib M. (editor) Zugaib Obstetrícia. 2. ed. Manole; 2012c. Cap. 42, p. 785-99.

Bittar RE, Pereira PP, Liao AW, Fittipaldi FS. Restrição do crescimento fetal. In: Zugaib M. (editor) Zugaib Obstetrícia. 2. ed. Manole; 2012d. Cap. 35, p. 663-78.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998. Reafirma as atribuições da enfermeira obstetra e da obstetriz e aprova modelo do laudo de Enfermagem para emissão da A.I.H. *Diário Oficial União*. 24 set 1998; [citado 2010 jun 30]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/SAS_P163_98obst.doc

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 985/GM, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 1999. [citado 2010 jun 30]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/45.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ed. do Ministério da Saúde 2012a. (Série A Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher; 2012b. [acesso em 15 mar 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 5^a ed. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Busaidi IA, Al-Farsi Y, Ganguly S, Gowri V. Obstetric and non-obstetric risk factors for cesarean section in Oman. *Oman Med. J* 2012; 27(6): 478-481.

Cabral SALCS, Costa CFF, Cabral Jr SF. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(10): 739-44.

Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2007; 29(1): 34-40.

Corrêa CRH. Escolha e adequação do pré-natal em uma maternidade filantrópica na cidade de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

DATASUS – Banco de Dados do sistema único de Saúde. [homepage na internet]. Brasília: Departamento de Informática do SUS; 2011 [acesso em 29 mar 2013] Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/CGI/tabgi.exe?idb2011/fo8.def

Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2006; (1): 80-91.

- D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(10): 2067-78 [acesso em 5 maio 2012]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2006001000012&lng=en&nrm=iso>.
- Echeverria LE, Quiroz MEN, Rozas JCA, Rocha MO, Hinrichs CO, Jerez RM. Cinco años de experiencia com misoprostol intravaginal para la induccion de parto. Uso de uma nueva presentation farmacêutica em supositórios. *Rev chil obstet ginecol.[online]*. 2002; 67(2): 125-8 [acesso em 13 abr 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262002000200008&lng=es&nrm=iso>.
- Fabri RH; Silva HSL; Lima RV; Murta EFC. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2002, 2(1): 29-35. [acesso em 16 nov 2011]. Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292002000100005&lng=en&nrm=iso>.
- Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7(2): 150-73.
- Faundes A, Padua KS, Osís MJD, Cecatti JG, Souza MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev Saúde Publica*, 2004; 38(4):488-94.
- Francisco RPV, Bunduki V, Fittipaldi FS, Martinelli S. Cesárea. In: Zugaib M. (editor) *Zugaib Obstetrícia*. 2. ed. Barueri: Manole; 2012. Cap. 23, p. 431-53.
- Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(5):761-7.

Freitas PF; Sakae TM, Jacomino MEMLP. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5):1051-61.

Gibbons L, Belizan JM, Sauer JÁ, Betrán AP, Merialdim AF. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier universal coverage. *World Health Report*. WHO; 2010.

Guariento A, Mamede JAV, Junior LK, Moron AF, Almeida MFB, Guimarães EG, Ennes DK. *Manual de Condutas em Patologias Obstétricas*. 2ª ed. São Paulo: Hospital e Maternidade Santa Joana, 2003.

Lopes LM, Peixoto Filho, Silva FC. Polidramnia. Oligodramnia. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 33, p. 421-31.

Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev Bras Ginecol Obst*. 2005; 27(10): 571-4.

Mendoza-Sassi RA; Cesar JA; Silva PR; Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1): 80-9.

Montenegro CAB, Rezende Filho J. Distocias do trajeto. Desproporção cefalopélvica. Distocia de ombros. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011a. Cap. 83, p. 838-46.

Montenegro CAB, Pereira MN, Rezende Filho J. Operação cesariana. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011b. Cap. 97, p.944-96.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996. Assistência durante o segundo estágio do parto; p.25-9.

Osava RH, Silva FMB, Tuesta EF, Oliveira SMJV, Amaral MCE. Caracterização das cesarianas em centros de parto normal. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6): 1036-43. [acesso em 10 jan 2012]. Disponível em: http://www.scielo.php?pid=S0034-89102011000600005&script=sci_arttext.

Padua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):70-9. [acesso em 27 mar 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0034-8910.

Patah LE, Malik AM. Modelos de Assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(1): 185-94.

Patel RR, Peters TJ, Murphy DJ, ALSPAC Study Team. Prenatal risk factors for caesarean section. Analyses of the ALPAC cohort of 12.944 women in England. *Intern J Epidemiol*. 2005; 34: 353-67.

Peat J, Barton B. Medical statistics: a guide to data analysis and critical appraisal. Massachusetts: Wiley, John & Sons, 2005. 336p.

Pereira MN, Montenegro CAB, Rezende Filho J. Hipertensão crônica. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Cap. 46, p. 559- 66.

Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):472-80.

Santos AU. Prevalência de anemia em gestantes atendidas em uma maternidade social: antes e após a fortificação das farinhas com ferro [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

- Schwarcz R, Diaz AG, Feseina RH, Belitzky R, Mucio BD, Delgado L, Rossello JLD. Centro Latino-Americano Perinatologia e Desenvolvimento Humano. Montevideu, Uruguai, 1996. Publicação Científica do CLAP nº1321.03. Cap II - Controle de pré-natal. p.19-23.
- Sheiner E, Levy A, Menes TS, Silverberg D, Katz M, Mazor M. Maternal obesity as an independent risk factor for caesarean delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2004; 18: 196-201.
- Siegel S, Castellan Jr. NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Tradução de Sara Ianda Correa Carmona. Porto Alegre, 2006. Título original: *Nonparametrics statistics for the behavioral sciences*.
- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Sup 2: 5231-41.
- Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina* 2010; 38(9): 459-68.
- Verhoeven CJ, Uytrecht CT, PorathMM, Mol BWJ. Risk factors for caesarean delivery following labor induction in multiparous women. *J Pregnancy* 2013. [acesso em 16 abr 2013] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3556868/>
- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 1985; 326 (8452):436-7. DOI: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
- 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* 2001; 35(2): 2002-6. [acesso em 12 mar 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n2/4406.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I

Formulário para coleta de dados

1. Número do formulário _____

2. Data da Internação

____/____/____

3. Indicação da Cesárea

Informações Sócio Demográficas

4. Idade () em anos

5. Escolaridade () em anos

6. Procedência

() Zona Norte

() Zona Sul

() Zona Leste

() Zona Oeste

() Alojamento Social

7. Situação Conjugal

() Casada

() União Consensual

() Solteira

() Viúva

() Separada

8. Ocupação

() trabalho remunerado

() não

História Obstétrica

09. Número de Partos

Parto Vaginais ()

Cesárea ()

Fórceps ()

Nenhum ()

10. Intervalo Interpartal ____ meses

Condição Nutricional

11. Índice de Massa Corpórea (IMC)
na 1º consulta

() Baixo peso

() Adequado

() Sobrepeso

() Obesidade

12. Índice de Massa Corpórea
(IMC) na última consulta

() Baixo Peso

() Adequado

() Sobrepeso

() Obesidade

Dados da Gravidez Atual

13. Idade Gestacional Início do Pré Natal () semanas completas

14. Consultas de Pré Natal _____

15. Duração da Gestação

() semanas completas

16. Idade Gestacional final do Pré Natal () semanas completas

17. Idade Gestacional no Parto

() semanas completas

Dados Obstétricos na Internação

18. Dilatação Cervical () cm

19. Membranas Ovulares

() íntegras

() Rota

() rotura na internação

() LCCG

() Líquido meconial

() Outros

20. Dinâmica Uterina

() sim

() não

21. Altura Uterina () cm

22. Apresentação Fetal

() Pélvica

() cefálica

() Outros

Dados do Trabalho de Parto

23. Uso de Ocitocina

() sim

() não

() sem registro

24. Amniotomia

() sim

() não

() sem registro

25. Intercorrências no Trabalho de Parto

() não

() sim , quais

Dados do Nascimento

26. Data: ____/____/____

27. Hora do nascimento: _____

29. Peso ao nascer: _____ g

30. Índice de Apgar

1º minuto _____

5º minuto _____

Data da Coleta ____/____/____

Apêndice II

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Dr EDER VIANA DE SOUZA

DIRETOR CLÍNICO HOSPITAL AMPARO MATERNAL

Eu, Lecy dos Santos Merighe, Enfermeira Obstetra, estou realizando pesquisa, intitulada "Caracterização das cesarianas de gestantes atendidas em um serviço de pré-natal", como Dissertação de Mestrado sob a orientação da Professora Doutora Maria Alice Tsunechiro, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal que tem por objetivo geral analisar os fatores de risco como determinantes das cesarianas de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de baixo risco do Amparo Maternal.

Para tanto, solicitamos autorização para a consulta aos prontuários das mulheres matriculadas no serviço de pré-natal em 2011 e que deram à luz no Amparo Maternal. Comprometemo-nos a manter o caráter confidencial dessas informações, não divulgando o nome ou outros dados que possam identificar a cliente.

Caso autorize a consulta aos prontuários, solicitamos que assine o termo.

Termo de Autorização

Eu, EDER VIANA DE SOUZA, Diretor Clínico do Hospital Amparo Maternal, consinto que a Enfermeira Obstetra Lecy dos Santos Merighe realize a consulta aos prontuários de gestantes matriculadas no pré-natal em 2011 e seus respectivos prontuários de internação para o parto.

Assinatura do Diretor

Dr. Eder Viana de Souza
CRM 59223

Atenciosamente,

Lecy dos Santos Merighe

Para contato:

Lecy dos Santos Merighe (mestranda) e Profª. Drª. Maria Alice Tsunechiro – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Telefones: (11) 3061 7602 ou (11) 3061 8825 - E-mail: lecymerighe@usp.br ou tamnami@usp.br

Comitê de Ética da EEUSP: edipesqu@usp.br

Apêndice III

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Caracterização das Cesarianas de Gestantes Atendidas em um Serviço de Pré Natal

Área Temática:

Pesquisador: Lecy dos Santos Merighe

Versão: 2

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

CAAE: 03969812.2.0000.5392

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74367

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa aborda tema de grande relevância: a investigação das indicações de operações cesarianas em uma maternidade filantrópica da cidade de São Paulo. Os pesquisadores ressaltam a importância de estudos que dimensionem a real situação da assistência obstétrica nesse serviço e os fatores de risco associados ao desfecho gestacional, o que poderá oferecer subsídios à melhoria da qualidade técnica do atendimento prestado. O tema tem sido foco de várias pesquisas nacionais e internacionais, principalmente pelo fato de o Brasil apresentar elevadas taxas de cesárea. Os autores pontuam que, no Brasil, mesmo em gestantes de baixo risco, a proporção de cesareas apresenta taxas de 25 a 30%, valores estes acima do preconizado pela OMS (15%). Nesse sentido, justificam a importância da presente pesquisa.

Os pesquisadores propõem estudo quantitativo, retrospectivo e transversal, com os seguintes critérios de inclusão: mulheres matriculadas no serviço de pré-natal da maternidade em 2011, cujo parto ocorreu na maternidade, campo de estudo. Como critérios de exclusão: gestantes que foram atendidas apenas na consulta de triagem ou que interromperam o seguimento pré-natal no serviço por diferentes motivos, exceto por nascimentos antes do termo da gestação.

Serão investigados dados sociodemográficos, características das gestantes, dados da gestação de do parto, bem como variáveis perinatais. Os dados serão analisados de forma estatística, pelos testes habituais. O desfecho primário consiste na caracterização das indicações de cesarianas e identificação dos fatores associados às cesarianas das gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Amparo Maternal.

O tamanho da amostra foi estimado em 300 sujeitos, que corresponde ao estimado para o ano de 2011.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os fatores de risco como determinantes das cesarianas de mulheres atendidas no serviço de pré natal de baixo risco de uma maternidade filantrópica de São Paulo: Amparo Maternal.

Objetivo Secundário: Verificar a taxa e as indicações de cesarianas de gestantes atendidas em um serviço de pré natal de baixo risco; verificar a associação das cesarianas com as variáveis sociodemográficas, obstétricas e perinatais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam que não existem riscos associados a pesquisa. Os benefícios consistem no melhor conhecimento das indicações de cesarea, o que podera oferecer subsídios à melhoria da qualidade técnica do atendimento às gestantes no serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa retrospectiva baseada na consulta de prontuarios das pacientes, e aborda tema relevante: as indicações de cesarianas de gestantes atendidas em um serviço de pré natal de baixo risco. Quanto aos criterios de inclusao apresentados, os pesquisadores informam que serão incluídos casos com idade gestacional a partir de 22 semanas, nativivos ou natimortos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores solicitam a dispensa da aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, por se tratar de pesquisa retrospectiva com base em consulta de prontuarios da instituição.

Recomendações:

sem pendências éticas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Celia Maria Sivalli Campos