

Parto cesariano em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal

Rafael Cleison Silva dos Santos¹

¹ Doutor em Ciências do Cuidado de Saúde pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Amapá, Brasil.

E-mail: rcleison@unifap.br  <http://lattes.cnpq.br/0116465182908153>  <http://orcid.org/0000-0002-4376-8517>

RESUMO: Objetivo: apresentar o diagnóstico situacional do parto cesariano de mulheres de risco habitual obstétrico. Metodologia: estudo transversal, documental, realizado em uma maternidade pública de referência no Estado do Amapá. Realizou-se coleta de dados referentes às intervenções obstétricas e indicações de partos cesarianos em prontuários de 30 puérperas no serviço de arquivo médico e estatística em agosto de 2016. Resultados: os registros mostraram que o uso de ocitocina e do partograma foram as intervenções obstétricas mais utilizadas na assistência ao trabalho de parto; entre as principais indicações de parto cesariano estavam o sofrimento fetal agudo e a cesárea prévia. Conclusão: a maioria das indicações de parto cesariano não atende às recomendações vigentes na literatura.

Palavras-chave: Cesárea, tocologia, parto.

Cesarean delivery in a reference obstetric center in the state of Amapá: cross-sectional study

ABSTRACT: Objective: to present the situational diagnosis of cesarean birth in women of habitual obstetric risk. Methodology: cross-sectional, documental study, carried out in a public reference maternity hospital in the state of Amapá. Data were collected on obstetric interventions and indications of cesarean deliveries in medical records of 30 women who were in the medical and statistical archive service in August 2016. Results: the records showed that the use of oxytocin and partograph were the most used obstetric interventions in labor assistance; Among the main indications of cesarean delivery were acute fetal distress and previous cesarean section. Conclusion: most indications of cesarean delivery do not meet the current recommendations of the literature.

Keywords: Cesarean section, Midwifery, childbirth.

1 INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, a maioria dos bebês nascia em casa com a ajuda de parteiras. No entanto, com o passar dos anos ocorreram muitas mudanças, desde a entrada da figura do médico no parto, a inserção das mulheres no ambiente hospitalar, e o excesso de intervenções obstétricas desnecessárias, incluindo o parto cesariano, quando não indicado.

O parto cesariano, como toda cirurgia,

não é isento de riscos, quando comparado ao parto vaginal. Por isso, nos últimos anos, surgiram questionamentos de que o parto cirúrgico aumenta a níveis injustificáveis a morbimortalidade materna e perinatal (BARROS et al., 2012; RAMOS et al., 2013). O filme documentário “O renascimento do parto”, amplamente divulgado, em 2013, no Brasil, enfatiza o excesso de partos cesarianos sem indicações obstétricas absolutas, fato que tem levado o parto a ser um ato cirúrgico, entre o médico, a paciente e o

hospital, ao invés de ser um evento fisiológico (O RENASCIMENTO DO PARTO, 2013).

A elevada indicação de partos cesarianos relaciona-se ao despreparo do médico, formado para intervir; o pouco tempo dedicado por este para acompanhar o trabalho de parto, em decorrência de atividades concomitantes que desempenha na prática médica; a realização da laqueadura tubária durante a cesariana; o pagamento de procedimentos médicos, incluindo a analgesia no parto; e a insuficiência de enfermeiras obstétricas para assistir o parto (BARROS et al., 2012).

De acordo com Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, só existem duas indicações absolutas do parto cesariano: a desproporção cefalopélvica e placenta prévia total (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2014). Nessa compreensão, pode ser necessário rever a definição de distocia, porque dados recentes mostram que o trabalho de parto contemporâneo avança a uma taxa substancialmente mais lenta do que o historicamente ensinado (AARON et al., 2014).

As taxas de partos cesarianos no mundo estão acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 15%, principalmente, na América Latina, onde a taxa média das instituições públicas e privadas é de 33%. No Brasil, a média anual é de 45,5% para as gestantes de risco habitual obstétrico e 60,3 % para as gestantes de alto risco (LEAL et al., 2014).

Nesse sentido, e considerando as elevadas taxas de parto cesariano na rede privada, no Brasil, foi regulamentada, em 2015, a Resolução Normativa nº 3681 da Agência Nacional de Saúde (ANS), que estabelece regras às operadoras de saúde, incluindo o

uso do cartão das gestantes com padrão definido pelo Ministério da Saúde (MS), a orientação aos obstetras sobre o preenchimento do partograma e o pagamento do procedimento apenas com a apresentação dessas informações (BRASIL, 2015a).

Embora as evidências (BARROS et al., 2012; BRASIL, 2016) mostrem que o excesso de intervenções médicas está associado à indicação dos partos cesarianos, em nosso meio profissional, poucos estudos investigam essa relação. Além disso, o trabalho de parto de gestantes de risco habitual obstétrico ainda é demasiadamente manejado com condutas desnecessárias, como o uso de ocitocina de rotina na primeira fase do trabalho de parto, indução com misoprostol, uso contínuo da cardiocografia e ultrassonografia. Por isso, faz-se necessária a seguinte investigação: qual o diagnóstico situacional dos partos cesarianos no Hospital da Mulher Mãe Luzia, em Macapá, Amapá, no que diz respeito às principais intervenções obstétricas e indicações de partos cesarianos?

Este estudo tem como objetivos apresentar o diagnóstico situacional do parto cesariano de mulheres de risco habitual obstétrico, atendidas em uma maternidade pública de referência no Estado do Amapá; identificar as principais intervenções obstétricas utilizadas na assistência ao trabalho de parto e no parto; e descrever as principais indicações de parto cesariano.

2 MÉTODO

Estudo transversal, tipo documental, realizado no centro de parto normal de uma maternidade pública de referência no Estado do Amapá. A população foi constituída por puérperas de risco habitual obstétrico,

não indígenas e sem necessidades especiais, que foram submetidas ao parto cesariano no local do estudo. A amostra intencional (n=30) foi considerada a partir dos prontuários daquelas mulheres que tiveram alta no mês de abril de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário semi-estruturado criado para essa finalidade, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital no período de 04 a 08 de agosto de 2016. A taxa mensal de partos cesarianos no local do estudo foi de 34% em 2016.

Para a análise dos dados codificou-se os dados por meio do software Excel do sistema operacional Windows versão 10. Os resultados foram apresentados em gráficos, em números absolutos e relativos para todas as variáveis.

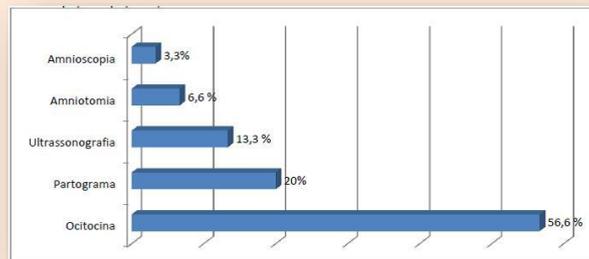
O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (Parecer nº 1.461.520). Foi obtida a autorização da direção clínica do local do estudo, antes do início da coleta dos dados, observando-se as normas da Resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

3 RESULTADOS

Após a análise dos prontuários, identificou-se algumas intervenções obstétricas utilizadas na assistência ao trabalho de parto e parto. Dentre tais intervenções, a mais utilizada foi a ocitocina, 56,6% (n=17), seguida de partograma, 20% (n=6), ultrassonografia, 13,3% (n=4), amniotomia, 6,6% (n=2) e amnioscopia, 3,3% (n=1), como se observa no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Intervenções obstétricas utilizadas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres atendidas no Hospital, em Macapá, Amapá, abril, 2016.

Graph 1 - Obstetric interventions used to assist labor and delivery of women attended at the Hospital, Macapá, Amapá, April, 2016

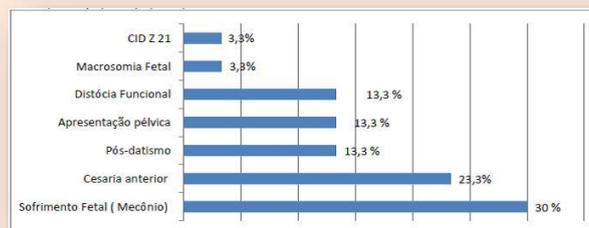


Fonte: Prontuários das pacientes

Em relação aos partos cesarianos de mulheres de risco habitual obstétrico, encontrou-se descritas nos prontuários as seguintes indicações: sofrimento fetal, 30% (n=9), cesária anterior, 23,3% (n=7), distúcia funcional, o pós-datismo, e a apresentação pélvica, 13,3% (n=4) cada, conforme mostra o Gráfico 2.

Gráfico 2 - Indicações de partos cesarianos de mulheres de risco habitual obstétrico atendidas no Hospital, em Macapá, Amapá, abril, 2016.

Graph 2 - Indications of cesarean deliveries of women of habitual obstetric risk attended at the Hospital, in Macapá, Amapá, April, 2016.



Fonte: Prontuários das pacientes

4 DISCUSSÃO

As intervenções obstétricas mais citadas nos registros foram a ocitocina (56,6%) e o partograma (20%). Em relação à adminis-

tração da ocitocina, sabe-se que esse hormônio aumenta as contrações uterinas, contribui para a expulsão do feto, e reduz a hemorragia uterina pós-parto. Geralmente, é administrado quando não há evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2016). A ocitocina tem sido utilizada no que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental (BRASIL, 2015a). Revisão sistemática da Cochrane Library aponta para uma redução modesta do número de partos cesarianos quando o manejo ativo do parto é implementado. Mas, reconhece que os benefícios desta pequena redução deve ser ponderado contra os riscos de intervenções em mulheres de risco habitual obstétrico, requerendo novos trabalhos (WEI et al., 2012).

O partograma, que foi a segunda intervenção obstétrica mais utilizada, é definido como um instrumento de representação gráfica da evolução do trabalho de parto; o partograma permite monitorar a dilatação do colo uterino, o bem-estar fetal, a avaliação do líquido amniótico, o uso da ocitocina e a analgesia. Foi preconizado pela OMS, desde 1994, para evitar o trabalho de parto prolongado e as suas consequências. Quando preenchido de forma incompleta ou erroneamente acarreta indicações de partos cesarianos não fidedignos (BRASIL, 2016; CÂMARA et al., 2016)

Em 2015, seu uso tornou-se obrigatório na saúde suplementar com a finalidade de reduzir partos cesarianos desnecessários. De acordo com a Resolução Normativa nº 368/2015 da Agência Nacional de Saúde, as operadoras de planos de saúde devem divulgar as taxas de cesarianas e ficam obrigadas a exigir que os obstetras utilizem o partograma (BRASIL, 2015a; CÂMARA et al.,

2016). No entanto, a intenção de impedir que os médicos não fossem remunerados nos casos de cesarianas sem indicação obstétrica não funcionou, pois as mulheres e os médicos pressionaram os gestores para garantir a autonomia das gestantes, por isso, foi estabelecido um termo de consentimento livre e esclarecido para a gestante optar pela cesariana, mesmo sem indicação. Além disso, há evidência (LAVENDER, HART, SMYTH, 2012) que não recomenda o uso rotineiro do partograma para a redução de cesarianas.

A ultrassonografia foi realizada em quatro pacientes, sendo um método para identificar alterações no índice de líquido amniótico: oligoâmnio (índice menor que cinco cm de H₂O) com risco de sofrimento fetal agudo; e polidrâmnio (índice maior que 18 cm de H₂O) associado à ocorrência do prolapso de cordão no parto vaginal. Em ambos, os casos, aumenta a taxa do parto cirúrgico (BRASIL, 2016).

A estimativa do peso fetal e da posição da placenta também merecem atenção na avaliação ultrassonográfica. No entanto, há evidência de que essa avaliação ultrassonográfica para estimar o peso fetal é muito imprecisa e a taxa de falso-positivo para peso fetal maior que 4000g chega a 50%. Em relação a posição da placenta, o diagnóstico de placenta de inserção baixa com 20 semanas de gestação costuma resolver-se, devendo ser repetida ultrassonografia com 32 semanas e se permanecer o diagnóstico com 36 semanas ou mais, a cesariana eletiva é recomendada na presença de placentas centro-total ou centro-parcial (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015b). Baseado nas evidências atuais, o MS não recomenda o uso rotineiro da ultrassonografia em gestantes de risco habitual obstétrico, pois não

confere benefícios para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2016).

No que se refere a amniotomia ou ruptura artificial das membranas ovulares com a cérvix madura e apresentação cefálica insinuada, e a amnioscopia ou método endoscópico de observação do líquido amniótico através do canal cervical, essas foram intervenções pouco utilizadas no local do estudo, respectivamente, em duas e uma paciente. A primeira, é uma intervenção comum nas maternidades brasileiras para acelerar o trabalho de parto e permitir a monitorização do fluído amniótico. No entanto, sua indicação é controversa porque está associada às desacelerações da frequência cardíaca fetal e às infecções materno-fetais. A segunda, tem o propósito de avaliar a maturação fetal e a detecção precoce de mecônio no líquido amniótico. Suas indicações incluem toxemia, hipertensão, diabetes e suspeita de insuficiência placentária. Nesse sentido, quando há suspeita de sofrimento fetal, principalmente, pela presença de mecônio no líquido amniótico, o obstetra conduz ao parto cesariano (BRASIL, 2016; LOWDERMILK et al., 2012).

No que diz respeito às indicações de partos cesarianos, encontrou-se que o sofrimento fetal (30%) e a cesárea anterior (23,3%) foram as mais descritas nos prontuários. Para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, além das duas indicações absolutas, há também as indicações relativas: o sofrimento fetal, quando a mulher não tiver dilatação completa, o descolamento prematuro da placenta, a placenta prévia com sangramento intenso, a distocia, o herpes vaginal ativo, e quando a mãe é portadora do vírus da imunodeficiência humana adquirida (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2014).

A principal indicação de parto cesariano encontrada no local do estudo foi o sofrimento fetal agudo, encontrado em nove prontuários, e identificados pela leitura do monitor da cardiocotografia. O sofrimento fetal agudo decorre de uma redução aguda nas trocas materno-fetais, com diminuição transitória, ou permanente, do aporte de oxigênio necessário ao concepto. A presença de mecônio no líquido amniótico não é indicação absoluta, mas, é relativa, e requer monitoramento fetal rigoroso, permitindo o parto normal. A cesárea está indicada quando o parto vaginal não for iminente e houver desacelerações tardias, taquicardia ou bradicardia fetal persistentes, e ou alterações da variabilidade dos batimentos cardíacos fetais (LOWDERMILK et al., 2012).

A segunda maior causa de parto cesariano encontrada foi a cesárea anterior, identificada em sete prontuários. Contudo, sabemos que ter um parto cirúrgico não impossibilita que o subsequente seja vaginal. Mas, o que se observa no local do estudo é uma cultura de que o parto vaginal não é possível após o cesariano, e alguns obstetras utilizam como justificativas o risco da ruptura uterina, a necessidade de histerectomia ou laparotomia, a lesão de bexiga ou do intestino, o tromboembolismo e a hemorragia (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014). Revisão sistemática da Cochrane Library infere que o risco aumentado de ruptura uterina, após cesárea anterior, é equilibrado por expressiva redução de morbidade materna, lesões uterinas e histerectomia quando o parto vaginal é bem sucedido. Além disso, os benefícios maternos do parto vaginal com cesárea anterior, incluem menor intensidade da dor no período pós-parto, risco diminuído de morbidade febril,

menor tempo de hospitalização e menor risco futuro de repetir cirurgia abdominal (LAVENDER, HART, SMYTH, 2012).

Considerando que no local do estudo o pós-datismo, a apresentação pélvica e a distocia funcional foram a terceira maior causa indicações de partos cesarianos, com quatro registros cada, pode-se inferir que não houve consenso entre os profissionais quanto às indicações.

O pós-datismo, aquela gestação que ultrapassa 40 até 42 semanas, não requer, enquanto conduta resolutiva, o parto cirúrgico; e a indução de parto vaginal tem sido recomendada baseada no aumento da ocorrência de cesárea de urgência por sofrimento fetal agudo (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2014).

Na apresentação pélvica, exceto, nos casos em que a gestante é admitida na fase expulsiva, o parto é sempre cirúrgico por exigir um obstetra experiente. Devido a isso, a melhor via de parto ainda é controversa, sendo recomendada a correção da apresentação com a técnica de versão cefálica externa, a partir da 37 semanas. Sobre a distocia funcional, pode ser necessário rever sua definição, pois o trabalho de parto fisiológico não necessita de internação antes de seis cm de dilatação; após, se houver membranas rotas, deve-se diagnosticar distocia funcional se não houver mudança cervical após quatro horas de contrações efetivas ou seis horas de contrações ineficazes com uso de ocitocina (AARON et al., 2014).

A macrosomia fetal e a sorologia para CID Z21 foram as intervenções menos citadas, uma descrição cada. Por regra, os obstetras não costumam conduzir ao parto vaginal, embora, de acordo com a literatura (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES

DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2014), a indicação de parto cesariano nesses cenários é relativa.

Nesta pesquisa, a amostra foi uma limitação. Vale mencionar que o cardiotocógrafa do hospital encontrava-se com falta de papel, por isso, o resultado do monitoramento fetal não constava impresso no prontuário, no período coletado, mas essa intervenção é utilizada no local do estudo através da leitura no monitor.

Ainda assim, os achados trazem contribuições para o conhecimento dos profissionais que atuam na assistência ao parto, mostrando que o uso rotineiro da ocitocina é um cuidado empírico e que existem evidências quanto ao seu uso no “manejo ativo do parto” para reduzir a taxa de parto cirúrgico. Além disso, destaca a importância de não utilizar rotineiramente o partograma para a redução de partos cesarianos, mas, procurar aprimorar a qualidade dos seus registros para diminuir interpretações não fidedignas.

Apesar da principal indicação de parto cesariano encontrada estar de acordo com o recomendado pela literatura, o estudo permitiu a identificação de potenciais falhas em outras indicações, principalmente, a cesárea anterior, de modo que a gestão clínica local possa estabelecer protocolos para a sua melhoria. Há ainda, a importância da educação continuada para a manutenção de intervenções obstétricas e indicações cirúrgicas baseadas em evidências.

5 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa permitem inferir que as intervenções obstétricas mais utilizadas na assistência ao trabalho de parto foram a administração de ocitocina e o

uso do partograma, e as principais indicações de parto cesariano encontradas, em sua maioria, estão em desacordo como preconizado no Brasil, exceto, o sofrimento fetal agudo. É importante mencionar que uma intervenção obstétrica muito usada no local do estudo é a indução de parto com o misoprostol, mas, nenhuma indicação de parto cesariano ocorreu por falha desse método para a mostra estudada. Ainda que de forma limitada, conclui-se que este estudo conseguiu alcançar o objetivo proposto e, apesar de não se aprofundar em outros aspectos, sugere-se a realização de novos trabalhos que apresentem um novo diagnóstico mais detalhado do parto cesariano, e outra realidade de intervenções obstétricas baseadas em evidências científicas que reduzam o número de partos cesarianos.

REFERÊNCIAS

- AARON, B.; et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. **Obstetric Care Consensus Obstet Gynecol**, v.1, n. 123, p.693-721, 2014.
- ANJOS, C.S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R.E. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, v.1, n.3, p.86-94, 2014.
- BARROS, F.C.; et al. Cesarean section and risk of obesity in childhood, adolescence, and early adulthood: evidence from 3 Brazilian birth cohorts. **Am J Clin Nutr**, v.95, n.2, p.465-70, 2012. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.026401>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana - relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Normativa - RN Nº 368/2015**, de 6 de janeiro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.
- CÂMARA, R.; et al. Cesariana a pedido materno. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.43, n.4, p.301-310, 2016. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Comissão de Parto: James Cadidé. **Só há duas indicações absolutas de cesária, diz médico da Federação de Obstetrícia**. Brasília: Febrasgo, 2014.
- LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R.M. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. **Cochrane Database Syst Rev**, Issue 8, 2012.
- LEAL, M. C.; et al. Obstetric interventions during labour and birth in Brazilian low risk women. **Cad Saúde Public**, v.30, n.4, 2014.
- LOWDERMILK, D.L.; et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- O RENASCIMENTO DO PARTO - o filme. Direção: Ricardo Chauvet. Chauvet filmes, 2013:90 min. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3B33_hNha_8>. Acesso em: 21 fev. 2017.
- RAMOS, J. G. L.; et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.25, n.6, p.431-6, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032003000600008>
- WEI, S.; et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. **Cochrane Database Syst Rev**, Issue 9, 2012.



License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Artigo **recebido** em 16 de agosto de 2017.

Avaliado em 29 de junho de 2018.

Aceito em 02 de julho de 2018.

Publicado em 28 de fevereiro de 2019.

Como citar este artigo (ABNT):

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos. Parto cesariano em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 8, n. 2, p. 103-110, maio/ago. 2018.