

**Perfil clínico obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto****Obstetric clinical profile of parturients served in a university hospital as to the indication of the type of childbirth**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-055

Recebimento dos originais: 07/06/2019

Aceitação para publicação: 10/07/2020

**Camila Andrade Chitarra**

Enfermeira, graduada do curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

E-mail: efigeniaufu@gmail.com

**Guilherme Silva de Mendonça**

Doutorado em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeiro do Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: guilherme.silva@ufu.br

**Karen Magalhães Arantes**

Enfermeira, Enfermeira Centro Obstétrico; Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia.

E-mail: karenmarantes@gmail.com

**Aline Alvim Ferreira**

Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

Email: alinealvim@gmail.com

**Divina Maria de Jesus**

Tecnóloga em Gestão de Recursos Humanos, doutoranda em Gestão pública pela Universidad Ciencias Empresariales y Sociales- UCES.

Email: divinamaria25@yahoo.com.br

**Joselene Beatriz Soares Silva**

Enfermeira. Especialização em Gestão de Saúde da Família. Graduação em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos. Atua na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

E-mail: joselene\_beatriz@hotmail.com

**Luiz Almeida da Silva**

Enfermeiro; Pós-Doutor em Ciências - Linha Saúde do Trabalhador; Professor Adjunto III da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão; Professor Orientador de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - PPGAT – UFU.

E-mail: enferluiz@yahoo.com.br

**Efigênia Aparecida Maciel de Freitas**

Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

E-mail: efigeniaufu@gmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** Tem-se observado no Brasil, nos últimos anos, elevação na taxa de cesariana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não há justificativa para um percentual de partos cesáreos superior a 15% em nenhuma região do mundo. O Ministério da Saúde do Brasil, igualmente, considera que elevadas taxas de cesáreas são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal (KILSZTAJS et al, 2007). **Objetivos:** Identificar o perfil clínico/obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto. **Metodologia:** Estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, em um hospital público universitário em Uberlândia-MG o qual realiza cerca de 200 partos/mês. Participaram do estudo 250 puérperas selecionadas aleatoriamente. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista. **Resultados:** Das 250 mulheres pesquisadas, 188(75,2%) evoluíram para cesárea e 62(24,8%) para parto normal, destas 199(79,6%) eram casadas e 51(20,4%) solteiras. Quanto à história obstétrica 103(41,2%) eram primigestas, nulíparas, 200(50,0%) nenhum aborto. Das 89(35,6%) que apresentaram indicações de cesariana as principais foram: Oligohidrânio 11(12,3%), escolha da paciente 10(11,2%), Hipertensão Arterial 7(7,8%) e Pré-eclâmpsia 4(4,5%). **Conclusão:** A partir da relação entre o tipo de parto realizado e o histórico obstétrico é possível observar a existência de inadequações das condutas assistenciais e incompatibilidade com o baixo índice de partos normais encontrados. Ressalta-se que outras pesquisas devem ser realizadas para subsidiar a elaboração de programas de capacitação profissional no intuito de elevar as taxas de parto normal de acordo com o preconizado e diminuir a ocorrência de cesariana sem indicação clínica que a justifique.

**Palavras-chave:** Parto normal, Cesárea, Puerpério

**ABSTRACT**

**Introduction:** An increase in the cesarean section rate has been observed in Brazil in recent years. The World Health Organization (WHO) considers that there is no justification for a percentage of cesarean deliveries greater than 15% in any region of the world. The Ministry of Health of Brazil also considers that high rates of cesarean sections are determinants of maternal and perinatal morbidity and mortality (KILSZTAJS et al, 2007). **Objectives:** To identify the clinical / obstetric profile of parturients attended at a university hospital, regarding the indication the type of delivery. **Methodology:** Cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, in a public university hospital in Uberlândia-MG which performs about 200 deliveries / month. 250 postpartum women randomly selected participated in the study. Data collection took place through interviews. **Results:** Of the 250 women surveyed, 188 (75.2%) evolved to cesarean section and 62 (24.8%) to normal delivery, of these 199 (79.6%) were married and 51 (20.4%) were single. As for obstetric history 103 (41.2%) were primiparous, nulliparous, 200 (50.0%) had no abortion. Of the 89 (35.6%) who had cesarean indications, the main ones were: Oligohydramnios 11 (12.3%), patient's choice 10 (11.2%), Arterial Hypertension 7 (7.8%) and Preeclampsia 4 (4.5%). **Conclusion:** From the relationship between the type of delivery performed and the obstetric history, it is possible to observe the existence of inadequate care practices and incompatibility with the low rate of normal births found. It is emphasized that further research should be carried out to support the development of professional training programs in order to increase the rates of normal childbirth according

to what is recommended and to reduce the occurrence of cesarean section without a clinical indication that justifies it.

**Keywords:** Normal delivery, Cesarean section, Puerperium

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusiva das parteiras, utilizando apenas suas experiências. Na década de 40 o parto passou de um processo privativo, natural e familiar, no qual a mulher tinha privacidade e autonomia para um processo vivenciado em instituições de saúde, onde vários atores participavam (MOURA et al, 2007).

A partir da década de 80, o parto ganhou visibilidade através do movimento da humanização do parto que instituiu uma assistência baseada em evidências científicas, marco importantíssimo da transição do modelo assistencial obstétrico brasileiro, ofertando uma assistência acolhedora e respeitosa às gestantes. Tal prática foi descrita pela Organização Mundial da Saúde e posteriormente, ratificada pelo Ministério da Saúde (SOUSA et al., 2016)

Por várias razões, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes nos países desenvolvidos e também em desenvolvimento (YE et al., 2014). As cesáreas quando realizadas por escolha médica, principalmente em situações de urgência e emergência reduzem a mortalidade e a morbidade materna e perinatal (HANNAH et al., 2000). No entanto, não há evidências de que fazer cesáreas em gestantes que não necessitem deste procedimento, traga benefícios para puérpera e recém-nascido.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) considera que não há justificativa para um percentual de partos cesáreos superior a 15% em nenhuma região do mundo. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a taxa de cesariana é utilizada como marcador de qualidade da assistência à saúde, seu aumento pode refletir um pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cesáreo. E dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam ao Brasil uma taxa de 55%, ocupando o país a segunda posição no ranking com maior porcentagem de cesáreas no mundo. Diante disso, o Ministério da Saúde (MS) vem apoiando estratégias como o “Projeto Parto Adequado-PPA” em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement, em que objetiva-se identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação (ANS, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde a implementação ou a extinção de ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher está diretamente relacionada com o reconhecimento pelos profissionais, da mulher como protagonista do processo de parto, devendo ter dignidade, individualidade e valores respeitados (BRASIL, 2001).

A escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico. A “cesariana a pedido” tem sido implicada como uma das causas do crescente aumento de partos cesarianas. (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006.)

Com base nessas informações e considerando os altos índices de parto cesárea, este estudo busca responder a seguinte questão norteadora, “Qual o perfil das parturientes atendidas em um hospital universitário do interior do Brasil, quanto à indicação do tipo de parto”?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar o perfil clínico/obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar se a puérpera realizou acompanhamento pré-natal, e as condições deste;
- Identificar possíveis intercorrências durante a gestação que a classifique como gestação de alto risco;
- Avaliar a assistência prestada durante o trabalho de parto e parto quanto aos parâmetros previstos no PHPN;

## **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa caracteriza-se uma vez que parte da pesquisa será por opiniões e informações, e outra parte será composta da tradução das opiniões e informações que inicialmente foram colhidas e serão posteriormente traduzidas em números e, aplicados cálculos estatísticos para comparação (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A população deste estudo foi constituída por 250 puérperas admitidas no Setor de Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Todas as

parturientes convidadas aceitaram participar da pesquisa e, portanto, todas foram incluídas na pesquisa considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados foi realizada individualmente aplicando um questionário. Este questionário foi constituído por perguntas relacionadas às características maternas, condições obstétricas ou intercorrências clínicas e à percepção da parturiente quanto à assistência recebida. Considerando-se as especificidades desta pesquisa, a adoção de um estudo de abordagem quantitativa mostra-se adequado por permitir a compreensão estatística das questões sobre o perfil clínico obstétrico da parturiente atendida na maternidade do HC- UFU.

A pesquisa com as parturientes foi realizada no período de janeiro a março de 2012, em dias alternados contemplando os diferentes dias e turnos de atendimento às parturientes admitidas na sala de pré-parto do Setor de Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Projeto aprovado pelo CEP em 18/12/2012 sob o nr CAAE: 06889812.3.0000.5152.

#### **4 RESULTADOS**

Dentre as 250 mulheres acompanhadas durante o período em estudo, predominou o tipo de parto cesáreo (188/75,2%), seguido por parto normal (62/24,8%), sendo acompanhadas predominantemente aquelas com idade entre 18 e 25 anos (131/52,4%), seguida das que possuem idade entre 26 e 30 anos (59/23,6%),  $\geq$  31 anos (50/20,0%) e  $\leq$  17 anos (10/4,0%). Em relação ao estado civil, a maioria delas (199/79,6%) eram casadas, enquanto o restante (51/20,4%) solteiras.

Quanto a história obstétrica de acordo com GPA (número de gestações, partos e abortos) entre as 250 mulheres, predominaram aquelas que não tiveram nenhuma gestação anterior (103/41,2%), seguida das que já tinham uma gestação anterior (82/32,8%), duas gestações anteriores (45/18,0%); três gestações ou mais (20/8,0%). Predominou as que eram primíparas (127/50,8%), seguida das secundíparas (83/33,2%) e múltíparas (13/5,2%), com três partos ou mais. Destaca-se que do total de 250 mulheres, 161 (64,4%) não tiveram nenhum parto cesáreo e 200 (80%) nenhum aborto prévio.

No que se refere às complicações obstétricas diagnosticadas em gestações anteriores, 61 (24,4%) apresentaram algum tipo de complicação na gestação anterior sendo principalmente pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (12/4,8%), hipertensão arterial (8/3,2%), diabetes gestacional (4/1,6%), necessidade de cerclagem (1/0,4%). Quanto ao recém-nascido 21(8,4%) tiveram peso  $<$  2 kg ao nascer e 5 (6,0%) nasceram com  $<$ 37 semanas.

Em relação ao número de gestações anteriores e aborto prévio 103(41,2%) não tiveram nenhum aborto. Das mulheres que tiveram duas gestações anteriores 62 (24,8%) não tiveram nenhum aborto, enquanto 20 (8,0%) tiveram um aborto. As mulheres que tiveram 3 gestações 29(11,6%) não tiveram nenhuma aborto, enquanto 16(6,4%) já tiveram pelo menos um aborto. Das mulheres que já tiveram quatro gestações ou mais 6 (2,4%) não tiveram nenhum aborto, enquanto 14(5,6%) já tiveram pelo menos um aborto prévio, dentre as gestações anteriores e parto cesáreo, 147(58,5%) já tiveram parto anterior, destas 89 (60,5%) tiveram cesárea anterior. As principais justificativas citadas para a realização do parto Cesário nas 89 mulheres foram: não dilatação do colo uterino (35/14%), oligohidrânio (11/4,4%) escolha própria da mulher (10/4%).

Das 250 mulheres entrevistadas 247(98,8%) realizaram o pré-natal e 3(1,2%) não o realizou. Das que não realizaram o pré-natal, 1(0,4%) justificou como sendo usuária de droga, 1(0,4%) por não morar na cidade e 1(0,4%) por diagnóstico de transtorno mental confirmado pela família. No que se refere a assistência pré-natal, 247 (98,4%) realizaram o pré-natal, 180(72,0%) afirmaram ter recebido orientações sobre o trabalho de parto, enquanto 66 (26,4%) não recebeu. Sobre as orientações a respeito da amamentação na primeira hora de vida, 170(68,0%) receberam orientações e 76(30,4%) não receberam. Ao serem questionadas sobre suas opiniões sobre o tipo de parto durante o pré-natal, 153(61,2%) afirmaram que o parto normal é mais seguro para a mãe, 33(13,2%) afirmaram que a cesariana é mais segura para a mãe, 31(12,4%) acreditam que os dois partos são seguros e 29(11,6%) não ficaram esclarecidas.

Quanto a preferência pelo tipo de parto no começo da gestação, 139 (55%) preferiam o parto normal, 74 (29,6%) cesariana, 34 (13,6%) não tinham preferência alguma e 3 (1,2%) não souberam informar. Já ao fim da gestação a respeito da escolha do tipo de parto, 61 (24,4%) ainda não haviam se decidido, 113 (45,2%) haviam escolhido o parto normal e 76 (30,4%) haviam escolhido o parto cesáreo.

Em relação a necessidade de internação hospitalar durante a gestação atual, das 250 mulheres entrevistadas 75(30%) foram hospitalizadas no período gestacional, principalmente por hipertensão arterial/pré-eclampsia (18/24,0%), infecção urinária (15/20%) e outros (14/18,6%). Destas que necessitaram de internação durante a gestação a maioria evoluiu para parto cesáreo (60/80%).

Quanto a decisão sobre o tipo de parto a maioria (196/78,4%) foi por decisão médica, 45(18%) por escolha da mulher e 7(2,8%) decisão conjunta. A escolha própria pelo tipo de parto foi maior ( $p<0,05$ ) entre as mulheres que evoluíram para o parto normal quando comparados

com a escolha própria por cesárea, a decisão do médico foi maior ( $p < 0,05$ ) entre as mulheres que evoluíram para cesárea. A decisão do médico tem 3,7 vezes mais chance de evoluir para cesariana do que para parto normal (*Odds Ratio* 3,704; IC 1,9-7,05;  $p < 0,0001$ ).

Das 62(24,8%) mulheres que evoluíram para parto normal, 29 (46,7%) não utilizaram nenhuma medida para o alívio da dor, 19 (30,6%) utilizaram o chuveiro, 17 (27,4%) utilizaram a bola de Bobat. Entre as 188(75,2%) que evoluíram para parto cesáreo 168(89,3%) não utilizaram nenhuma medida para o alívio da dor, 14(7,4%) utilizaram o chuveiro, 4 (2,1%) utilizaram a bola de Bobat, 1(0,5%) utilizou a massagem como medida para alívio da dor e 1(0,5%) utilizou outras medidas. A utilização dos métodos não farmacológicos foi maior entre as mulheres que evoluíram para o parto normal ( $p < 0,05$ ).

Na relação entre o tipo de parto e a presença de acompanhante durante a internação, das 62(24,8%) mulheres que evoluíram para parto normal, 11(4,4%) não tiveram acompanhante durante a internação e 51(20,4%) tiveram acompanhante durante toda a internação. Já as 188(75,2%) que evoluíram para parto cesáreo, 61(24,4%) não tiveram acompanhante durante a internação e 127(50,8%) tiveram acompanhante durante toda a internação.

Quanto ao peso ao nascer e o tipo de parto observou-se que a maioria dos recém nascidos com peso menor de 2.500grs., nasceram de parto cesáreo, porém não houve diferença estatisticamente significativa.

## **5 DISCUSSÃO**

A maioria dos partos cesáreos encontrados neste estudo contradiz as taxas de cesariana preconizadas tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto pelo Ministério da Saúde do Brasil. Segundo Barbosa e outros (2003), embora o Ministério da Saúde e a OMS afirmem que não existam justificativas para índices de parto cesáreo superiores a 10%-15%, a elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde as últimas décadas do século XX. Ao argumentar que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índice de cesárea abaixo de 10%, a OMS declarou que este é o índice máximo aceitável. De acordo com Spindola e outros (2006), o Brasil, de modo geral, tem taxas de cesárea superiores às preconizadas pelo Ministério da Saúde, que seriam 40% para gestações de alto risco e 25% para risco habitual.

Os resultados obtidos quanto à faixa etária das mulheres participantes deste estudo, mostram que a faixa etária de 18 a 25 anos predomina. Melo e outros (2009) afirmam que considerando ser a idade materna um indicativo de nível de desenvolvimento de um país, o

achado corresponde ao esperado para a população local de um país em desenvolvimento. De acordo com Spindola e outros (2006) os resultados também foram próximos aos encontrados em um estudo realizado em 2009, no Rio de Janeiro, onde foi obtido predomínio da faixa etária entre 19 a 25 anos (39,8%), seguidos daquelas com idade entre 26 a 30 anos (32,2%).

Em relação ao estado civil, existe uma prevalência das casadas (79,6%) assim como no estudo realizado em 2009, no Rio de Janeiro, por Spindola e outros (2006) onde (72,7%) eram casadas. Observou-se ainda que as mulheres casadas tem 2,2 chances a mais de estar na segunda gestação e o numero de gestações também foi estatisticamente maior  $p < 0,05$  nas casadas, o que confirma que as mulheres casadas tem maior chance de engravidar. Ainda segundo Spindola e outros (2006), é preciso ter consciência que embora vivamos no século XXI, ainda existem muitas mulheres que omitem seu verdadeiro estado civil, por isso neste estudo, mulheres amasiadas, ou com união estável com seu companheiro foram enquadradas no grupo das mulheres casadas.

Na análise da história obstétrica, prevaleceram as mulheres primigestas, nulíparas, sem abortos anteriores. Em relação à paridade, resultados diferentes destes foram encontrados em pesquisa realizada em Campo Grande em 2011, por Santos e Kassouf (2008) em que prevaleceram as primíparas (15,4%). Neste mesmo estudo, dentre a população avaliada foi encontrado percentual de 43,6% das mulheres com 1 aborto anterior e 11,1% com 2 abortos anteriores, dado este que se também difere do atual estudo.

Quanto ao número de cesáreas anterior, este estudo mostra que (27,1%) já passaram por um procedimento cirúrgico e segundo Freitas e outros (2008) a maior prevalência de cesarianas entre primíparas tem sido descrita como inapropriada para justificar a operação. Nesse sentido, o entendimento dos fatores associados com uma maior taxa entre esse grupo de mulheres deve ser especialmente investigado, principalmente porque a existência de história de cesariana prévia carrega riscos acumulados de um novo parto cirúrgico.

Ao analisar os tipos de parto e a ocorrência de complicações, observou-se que houve poucas intercorrências. No período e hospital em estudo, não houve morte materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, porém, entre as complicações maternas estudadas, 12 (4,8%) apresentaram diagnostico de pré-eclâmpsia/eclâmpsia em gestações anteriores, o que apresenta um saldo menor do que em um estudo realizado por Bezerra e outros (2005) em uma maternidade-escola de Fortaleza, Estado do Ceará, onde no período de 1981 a 2003, observou-se que 41,2% dos óbitos maternos foram em decorrência de complicações hipertensivas.

Observou-se que (64,4%) das cesarianas anteriores não foram justificadas, levando a mulher a um procedimento cirúrgico, onde de acordo com D'Orsi e Carvalho (1998) este tipo de parto implica um maior tempo de recuperação para a puérpera, interferindo no estabelecimento da relação mãe-filho no pós-parto e no início precoce e bem-sucedido da amamentação. Também compromete a futura história reprodutiva, pela alta frequência de cesáreas de repetição e realização concomitante de laqueadura tubária.

Entre outras indicações, os partos cesáreos foram justificados pela não dilatação do colo uterino (14,0%), por outros motivos (6,8%) o que inclui a iteratividade, ou seja, a existência de um parto cesáreo anterior, onde de acordo com Kim e outros (2005) essas taxas podem ser parcialmente justificadas pelo fato de ainda ser relativamente comum o argumento de que uma cicatriz uterina prévia justifica a repetição da cesárea devido ao maior risco de rotura uterina. De acordo com Dauphinee (2004) a repetição da cesárea é, portanto, um dos principais fatores contribuintes para as altas taxas de complicações, embora a segurança de uma tentativa de trabalho de parto depois de uma cesariana prévia venha sendo confirmada por inúmeros autores, desde que recebam atenção especializada e de qualidade.

Outro achado de consistência na literatura é a ocorrência de cesariana em grande parte dos partos cuja apresentação não é cefálica. No presente estudo, um número de partos registrados pelo obstetra como apresentação pélvica foi de (2,0%). Freitas, Sakae e Jacomino (2008) relata que entrevistas com obstetras mostraram que o ensino e a prática de partos vaginais nesses casos estão desaparecendo, o que contribui para a insegurança do médico frente às inúmeras variações que podem ocorrer durante o trabalho de parto.

De acordo com os resultados, 3,2% optaram pelo parto cesáreo, sem indicação médica, um valor relativamente baixo, o que segundo Tesser e outros (2011) diz que as mulheres que preferem a cesárea como via de parto são influenciadas pelos fatores culturais e pelos médicos que as assistem e embora algumas mulheres realmente escolham essa via para o nascimento de seus filhos, as pesquisas realizadas mostram que essa não é a escolha da maioria das usuárias.

Ainda segundo Dauphinee (2004) há relatos de que, em alguns hospitais públicos, não é habitual que parturientes permaneçam em evolução de trabalho de parto entre um turno de plantão e outro, prevalecendo a conduta de que todos os casos devem “ser resolvidos” no próprio plantão

Segundo Faisal-Cury e Menezes (2006) a questão da influência da experiência sobre a escolha do parto em um estudo com 1.050 puérperas mostrou que o nível de satisfação da mulher, ainda que em geral muito alto, é maior na cesariana eletiva do que no parto vaginal,

sendo assim, independentemente da indicação medica ou não essas mulheres podem vir a optar pelo próximo parto cesáreo.

A retirada cirúrgica de conceptos do útero, antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal pode aumentar as complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, e, em consequência, levar a necessidade de internação em UTI neonatal (TITA, 2009).

A maioria das mulheres (96,8%), referiu não ter problemas hipertensivos nas gestações anteriores, porém ao serem questionadas sobre pré-eclâmpsia, (4,8%) afirmaram a ocorrência desta patologia, o que deve chamar a atenção da equipe de saúde que acompanha estas mulheres, pois, segundo Lacerda e Moreira (2011) a hipertensão arterial complica 10% de todas as gestações e junto com a hemorragia e a infecção formam uma tríade letal, que causa até 50.000 mortes maternas por ano no mundo. Dentre essas complicações, encontra-se a pré-eclâmpsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez. Caracterizando-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema.

Ainda de acordo com o estudado, o numero de mulheres com diagnostico positivo de diabetes gestacional em gestações anteriores é baixo, (1,6%) o que de acordo com o estudo de Corrêa e Gomes (2004) a prevalência de diabetes mellitus durante a gestação é paralela à sua prevalência em mulheres em idade reprodutiva. Nas gestações complicadas pelo diabetes, a hiperglicemia materna é acompanhada por uma constelação de morbidades denominadas “fetopatia diabética”, sendo associadas a um maior índice de perda fetal, sendo assim, é importante identificar as mulheres com historia previa de diabetes gestacional para que do ponto de vista clinico, obstétrico, se possa controlar os índices glicêmicos nas próximas gestações.

Ao relacionar o numero de gestações anteriores com o tipo de parto, 10,8% das mulheres com uma gestação anterior, tiveram parto normal e 14% com duas gestações anteriores também tiveram parto normal, o que é mostrado também no estudo de Faisal-Cury e Menezes (2006), onde mulheres com mais de três gestações apresentavam menor chance de estarem desmotivadas para parto normal.

Quanto à inserção na assistência pré-natal, das 250 entrevistadas, 3 delas não haviam iniciado no programa de pré-natal. Segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004), a primeira consulta de pré-natal deve ser iniciada até o quarto mês da gestação, com no mínimo 6 consultas durante a gestação. Domingues e outros (2008) dizem que o pré-natal é importante para garantir uma gestação segura, saudável e sem nenhuma complicação até o final.

Conforme Serruya, Cecatti e Lago (2004), o PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar este objetivo como o limite percentual no pagamento das cesáreas e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco. No que se refere à caracterização da assistência pré-natal prestada as mulheres deste estudo, 72% receberam orientações sobre o trabalho de parto, enquanto que 68% receberam orientações sobre amamentar na primeira hora de vida, de um total de 98,4% que realizaram o pré-natal. De acordo com um estudo publicado por Trevisan e outros (2002), o Ministério da Saúde tem salientado a importância da realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal.

No que se refere a preferência e escolha do tipo de parto, é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) os quais afirmam que o preparo para o parto deve acontecer desde o pré-natal, onde se procura garantir à mulher o direito de escolha, mas contribuindo para o seu empoderamento com vistas ao parto normal (BRASIL, 2006). No começo da gestação 55,6% mulheres preferiam parto normal, e 30,4% preferiam parto cesáreo ao fim da gestação, o que segundo Tesser e outros (2011) a preferência pelo parto cesáreo, esta ligada aos fatores culturais gerais que referem-se à medicalização do ideário das pessoas em geral e das mulheres em particular, fazendo com que a cesárea seja considerada um bem de consumo e uma intervenção segura. Intervenções eficazes, portanto, devem focar meios multidisciplinares, como a equipe médica, a organização dos serviços nas maternidades, além de se basear em conhecimento das particularidades socioculturais locais.

Neste estudo, (9,6%) deram entrada no serviço sentindo contrações, (4,0%) entraram em trabalho de parto, (3,6%) romperam a bolsa e (2,4%) com perda do tampão mucoso, e todas estas evoluíram para o parto normal.

Ao serem questionadas sobre a escolha do tipo de parto, pequena parcela das gestantes entrevistadas (0,8%) disse ter sofrido influência de familiares (mãe, irmã, tias e primas) e de amigas na escolha pela via do parto. Melchiori e colaboradores (2009) relatam que a influência por parto normal ou cirúrgico vem de pessoas do convívio cotidiano que mantêm relação de afeto ou confiança com as gestantes, seja por parentesco ou amizade, o que esta ao contrário neste estudo.

Quanto às ações preconizadas pela política de humanização da assistência ao parto, foi observada a prática de métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP. Neste

estudo a utilização dos métodos não farmacológicos foi maior entre as mulheres que evoluíram para o parto normal ( $p < 0,05$ ). Observou-se que cerca de (8,4%) das mulheres realizaram exercícios na bola de Bobat e (13,2%) foram encaminhadas ao banho no chuveiro com água morna, porcentagens estas que se encontram abaixo dos valores esperados visto que estas práticas são comprovadamente benéficas e recomendadas para evolução fisiológica do trabalho de parto. Estudo realizado em São Paulo, por Silva e outros (2011) entrevistou enfermeiras que afirmaram que o índice de partos normais é maior entre mulheres que se exercitam na bola de Bobat. Dentre as entrevistadas (19,7%) referiu que este fato decorre do relaxamento proporcionado, (17,1%) referiu que é devido à progressão do trabalho de parto, (14,5%) relatou que se relaciona ao exercício da região perineal e (11,8%) ao alívio da dor. Além disso, Silva e outros (2011) mencionam em seu estudo que o auxílio na dilatação cervical e os benefícios psicológicos como fatores proporcionados pelo exercício, justificam sua contribuição para aumento dos índices de parto normal quando utilizados.

O direito a ter a presença de um acompanhante é garantido à parturiente pela Lei 11.108 de 2005 (BRASIL, 2006). Em (71,2%) dos partos foi observada a presença de um acompanhante de escolha da mulher, índice este que superou o percentual de 37,9% dos partos com presença de acompanhante encontrado em estudo realizado em Recife (MANZINI et al., 2009). Apesar de ter sido observado que a todas as mulheres foi garantido este direito, nem todas quiseram usufruir deste benefício apesar de serem comprovadas as diversas vantagens proporcionadas pela presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto. De acordo com a tabela 29 a presença do acompanhante desperta diferentes sentimentos na parturiente, (68,4%) afirmaram que o acompanhante ajuda muito a mulher a ficar mais calma, (0,4%) afirmaram que o acompanhante ajuda pouco a mulher a ficar mais calma e (0,4%) afirmaram que o acompanhante deixa a mulher mais nervosa.

## **6 CONCLUSÃO**

O presente estudo propiciou conhecer o perfil/clínico obstétrico das puérperas atendidas na maternidade no HC-UFU, onde o perfil das puérperas estudadas consiste em uma maioria de mulheres na faixa etária dos 18 aos 25 anos e casadas.

A partir da relação entre o tipo de parto realizado e o histórico obstétrico das parturientes que as classificou predominantemente como primigestas, nulíparas e sem abortos anteriores, é possível observar que a existência de inadequações das condutas assistenciais e incompatibilidade com o baixo índice de partos normais encontrados.

Evidenciou-se que a preferência das gestantes foi maior pelo parto normal que é, na opinião da mulher, o melhor tipo de parto. Porém, uma grande porcentagem ainda realizou a cesariana, na maioria das vezes pelo medo da dor do parto normal e que, a atenção à mulher durante o trabalho de parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência prestada, quanto aos princípios do cuidado, uma vez que ainda perpetua o modelo medicalizante e hospitalocêntrico apesar de muitas vezes, ineficaz e prejudicial à mulher e recém-nascido.

Ressalta-se, portanto, que as mudanças no contexto assistencial requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o trabalho de parto sejam conhecidas e debatidas nas instituições de saúde, com toda a equipe, de maneira a viabilizar e disseminar a boa prática e seus benefícios, para que efetivamente seja alcançada a humanização do nascimento e obtida uma assistência satisfatória ao trabalho de parto, parto e puerpério.

Sugere-se que sejam realizados novos estudos no sentido de produzir conhecimentos acerca da realidade brasileira no que se relaciona à assistência à mulher em trabalho de parto e parto de forma a fornecer subsídios que colaborem para a implementação da legislação em vigor.

## REFERÊNCIAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Projeto Parto Adequado reforça combate à mortalidade materna**, 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4977-projeto-parto-adequado-reforca-combate-a-mortalidade-materna>>. Acesso em: [20 fev 2020].

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A. S.; CHOR, D.; D'ORSI, E.; REIS, A. C. G.V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad Saude Publica**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 6, p. 1611-20, 2003. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>.

BEZERRA, M. H. E.; JUNIOR, A. A. C.; FEITOSA, G. F. R.; CARVALHO, A. A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032005000900008>

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. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0. Disponível em <<http://redehumanizaus.net/acervo/parto-aborto-e-puerperio-assiste%CC%82ncia-humanizada-a-mulher/>>. Acesso em [10 mai 2016].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pre-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.

CORRÊA, S. H. F.; GOMES, B. M. Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 499-504, 2004. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302004000400010>

D'ORSI, E.; CARVALHO, M. S. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 367-379, 1998. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200013>.

DAUPHINEE, J. D. VBAC: Safety for the patient and the nurse. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 1, n. 33, p. 105-115, 2004. Doi:10.1177/0884217503261160.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; BITTENCOURT, S. D. A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo (SP), v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-232, 2006. Doi: 10.1590/S0034-910200600020000.

FREITAS, F. P.; SAKAE, M. T.; JACOMINO, P. L. M. E. M. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p.1051-1061, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500012>

HANNAH, M. E.; HANNAH, W. J.; HEWSON, S. A.; HODNETT, E. D.; SAIGAL, S.; WILLAN, A. R. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. **Lancet**, v. 356, n. 9239, p. 1375-1383, 2000. DOI: 10.1016/s0140-6736(00)02840-3

KILSZTAJS, S.; LOPES, S. E.; CARMO, N. S. M.; REYES, A. M. A. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, ago, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800015>.

KIM, C.; KO, S. K.; KIM, K. Y. Are league tables controlling epidemic of caesarean sections in South Korea? **J Obstet Gynecol**, Bangladesh, v. 1, n. 112, p. 607-611, 2005. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00481.x

LACERDA, C. I.; MOREIRA, M. M. T. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Maringá**, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v33i1.7711

MANZINI, F. C., et al. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife (PE), v. 9, n. 1, p. 59-67, jan/ mar, 2009.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online], vol.9, n.1, pp.59-67, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000100007>.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELCHIORI, L. E.; MAIA, A. C. B.; BREDARIOLLI, R. N.; HORY, R. I. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v13i1.9858>

MELO, B. C. P.; AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; COUTINHO, I.; VERÍSSIMO, G.

Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras**, Recife, v. 55, n.2, p. 175-80, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000200022>.

MOURA, F. M. J. S. P.; CRIZOSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, O. D.; ROCHA, S. S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra: 2015. Disponível em <[http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)>. Acessado: [10 jun 2016].

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Estudos econômicos das causas de criminalidade no Brasil: Evidências e Controvérsias. **Revista Economia**, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 343-372, 2008.

SERRUYA, J. S.; CECATTI, G. J.; LAGO, G. T. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500022>

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/235979742\\_Uso\\_da\\_bola\\_suica\\_no\\_trabalho\\_de parto](https://www.researchgate.net/publication/235979742_Uso_da_bola_suica_no_trabalho_de parto)>. Acesso em [20 mai 2017].

SOUZA, A. M. M.; SOUZA, K. V.; REZENDE, E. M.; MARTINS, E. F; CAMPOS, D.; LANSKY, S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>

SPINDOLA, T.; PENNA, G. H. L.; PROGIANTI, M. J. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 381-388, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000300010>.

TESSER, D. C.; KNOBEL, R.; RIGON, T.; BAVARESCO, Z. G. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 04-12, 2011.

TITA, A. T.; LANDON, M. B.; SPONG, C. Y.; et al.. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. **N Engl J Med**, New England, v. 360, n. 3, p. 111-120, 2009. DOI: 10.1056/NEJMoa0803267

TREVISAN, R. M.; LORENZI, S. R. D.; ARAUJO, M. N.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 293-299, 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000500002>.

YE, J.; BETRAN, A. P.; VELA, M. G.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-43, 2014. Doi: [10.1111/birt.12104](https://doi.org/10.1111/birt.12104)