

COMPLICAÇÕES PUERPERAIS EM UM MODELO MEDICALIZADO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

PUERPERAL COMPLICATIONS IN A MEDICALIZED MODEL OF CHILDBIRTH CARE

COMPLICACIONES PUERPERALES EN UN MODELO MEDICALIZADO DE ATENCIÓN AL PARTO

 Lorena Vicentine Coutinho Monteschio¹
 Sonia Silva Marcon²
 Rubia Mariana de Souza Santos²
 Viviane Cazetta de Lima Vieira²
 Marcela Demitto de Oliveira³
 Herbert Leopoldo de Freitas Goes²
 Rosana Rosseto Oliveira²
 Thais Aidar de Freitas Mathias²

¹Hospital Universitário de Maringá, Clínica de Ginecologia e Obstetria. Maringá, PR – Brasil.

²Universidade Estadual de Maringá - UEM, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, PR – Brasil.

³UEM, Departamento de Enfermagem. Maringá, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Sonia Silva Marcon
E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Lorena V. C. Monteschio, Thais A. F. Mathias; **Coleta de Dados:** Lorena V. C. Monteschio, Rubia M. S. Santos; **Metodologia:** Lorena V. C. Monteschio; **Redação - Preparação do Original:** Lorena V. C. Monteschio, Rubia M. S. Santos, Marcela D. Oliveira, Herbert L. F. Goes, Rosana R. Oliveira, Thais A. F. Mathias; **Redação - Revisão e Edição:** Lorena V. C. Monteschio, Sonia S. Marcon, Viviane C. L. Vieira, Marcela D. Oliveira, Herbert L. F. Goes, Rosana R. Oliveira, Thais A. F. Mathias; **Supervisão:** Sonia S. Marcon, Viviane C. L. Vieira.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 16/10/2019

Approved em: 16/03/2020

RESUMO

Objetivo: analisar as complicações puerperais em mulheres atendidas para o parto pelo setor público de saúde. **Método:** estudo transversal com 358 puérperas que tiveram parto financiado pelo Sistema Único de Saúde em município do Sul do Brasil. Para a coleta de dados foram realizadas: entrevista com a puérpera na internação hospitalar - pelo menos 12 horas após o parto; consulta ao prontuário materno para levantar informações referentes às características sociodemográficas, intervenções e complicações; e contato telefônico com a puérpera 40 dias após o parto para levantamento de possíveis complicações tardias. As complicações foram analisadas segundo dados sociodemográficos, obstétricos, dados do recém-nascido e intervenção obstétrica realizada durante o trabalho de parto ou parto. A análise de associação foi avaliada por meio do cálculo do qui-quadrado, com nível de significância $p \leq 0,05$. **Resultados:** das puérperas, 31,3% tiveram pelo menos uma complicação puerperal cuja necessidade de antimicrobianos foi a mais frequente (12,8%) e as complicações placentárias as menos frequente (2,5%). A cesariana esteve associada à utilização de antimicrobianos (OR=2,2; $p=0,0211$) e à reinternação (OR=9,9; $p=0,007$). Foi observado progressivo aumento de complicações puerperais quanto maior o número de intervenções realizadas, o que indica que os hospitais estudados ainda adotam o modelo medicalizado de assistência ao parto, com elevados índices de intervenções obstétricas. **Conclusão:** a alta taxa de complicações puerperais esteve associada ao modelo obstétrico medicalizado, o que pode ser evidenciado pela ocorrência de complicações independentes do tipo de parto. **Palavras-Chave:** Medicalização; Parto Obstétrico; Período Pós-Parto; Cesárea.

ABSTRACT

Objective: to analyze the puerperal complications in women assisted for childbirth by the public health sector. **Method:** this is a cross-sectional study with 358 women in the postpartum period who had their childbirth financed by the Unified Health System in a city in southern Brazil. The following procedure was carried out for data collection: an interview with the puerperal woman on hospital admission - at least 12 hours after delivery; consultation of the maternal record to obtain information regarding sociodemographic characteristics, interventions and complications; and telephone contact with the puerperal woman 40 days after delivery to assess possible late complications. Complications were analyzed according to sociodemographic and obstetric data, newborn data, and obstetric intervention performed during labor or delivery. The association analysis was assessed using the chi-square calculation, with a significance level of $p \leq 0.05$. **Results:** among the women in the postpartum period, 31.3% had at least one puerperal complication and the need for antimicrobials was the most frequent (12.8%) and placental complications the least frequent (2.5%). Cesarean section

Como citar este artigo:

Monteschio LVC, Marcon SS, Santos RMS, Vieira VCL, Oliveira MD, Goes HLF, Oliveira RR, Mathias TAF. Complicações puerperais em um modelo medicalizado de assistência ao parto. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em _____];24:e-1319. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20200056

was associated with the use of antimicrobials (OR = 2.2; $p = 0.0211$) and readmission (OR = 9.9; $p = 0.007$). The greater the number of interventions performed, there was a progressive increase in puerperal complications, which indicates that the studied hospitals still adopt the medicalized model of childbirth care, with high rates of obstetric interventions. **Conclusion:** the high rate of puerperal complications was associated with the medicalized obstetric model, which can be evidenced by the complications independent of the type of delivery.

Keywords: Medicalization; Delivery, Obstetric; Postpartum Period; Cesarean Section.

RESUMEN

Objetivo: analizar las complicaciones puerperales en mujeres atendidas en salud pública para el parto. **Método:** estudio transversal con 358 puérperas cuyo parto fue financiado por el Sistema Único de Salud en una ciudad del sur de Brasil. Para la recogida de datos se llevaron a cabo los siguientes procedimientos: entrevista con la puérpera internada en el hospital, al menos 12 horas después del parto; consulta del registro materno para obtener información sobre las características sociodemográficas, intervenciones y complicaciones; y contacto telefónico con la puérpera 40 días después del parto para evaluar posibles complicaciones tardías. Las complicaciones se analizaron de acuerdo con los datos sociodemográficos, obstétricos, del recién nacido y de la intervención obstétrica realizada durante el trabajo de parto o el parto. El análisis de asociación se evaluó mediante el cálculo de chi-cuadrado, con un nivel de significación de $p \leq 0.05$. **Resultados:** el 31.3% de las mujeres tuvo al menos una complicación puerperal y necesidad de antimicrobianos como más frecuente (12.8%) y complicaciones placentarias como menos frecuente (2.5%). La cesárea se asoció con el uso de antimicrobianos (OR = 2.2; $p = 0.0211$) y reingreso (OR = 9.9; $p = 0.007$). Se observó el aumento progresivo de las complicaciones puerperales cuanto mayor era el número de intervenciones realizadas, lo cual indica que los hospitales estudiados aún adoptan el modelo medicalizado de atención al parto, con mayores tasas de intervenciones obstétricas. **Conclusión:** la alta tasa de complicaciones puerperales se asoció con el modelo obstétrico medicalizado, lo cual se puede constatar por la aparición de complicaciones, independientemente del tipo de parto.

Palabras clave: Medicalización; Parto Obstétrico; Periodo Posparto; Cesárea.

INTRODUÇÃO

Algumas intervenções ou procedimentos durante o trabalho de parto e parto, tais como a tricotomia, indução do parto, amniotomia, posição litotômica, episiotomia e cirurgia cesariana, quando utilizadas sem critério são prejudiciais à saúde da mulher.¹⁻³ No Brasil, a assistência ao parto tem seus pilares no modelo biomédico, intervencionista, pois além da cesariana ser um procedimento realizado de forma indiscriminada, o parto

normal é altamente medicalizado, e a assistência prestada utiliza muitas intervenções, o que tem sido associado ao elevado índice de morbimortalidade materna.⁴ Por exemplo, estudo realizado na região Sul constatou que os modelos intervencionistas de assistência ao parto são predominantes e a assistência prestada não preconiza as melhores evidências científicas.⁵

Assim, apesar de o parto ser um evento fisiológico, algumas complicações advêm, muitas vezes, das intervenções praticadas pela equipe de saúde durante o trabalho de parto e parto. Essas complicações podem provocar a busca por assistência no período pós-parto e interferem na volta da mulher às atividades normais cotidianas.⁶

Muitos estudos sobre mortalidade e morbidade materna grave (*near miss*)⁷ têm sido realizados; porém, sobre complicações puerperais, de leve a moderada intensidade, são menos frequentes na literatura, apesar de serem sinais premonitórios de complicações mais graves, exigindo atenção prestada precocemente.

Estudo realizado em município do Sul do Brasil sobre as principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos verificou que a elevada taxa de intercorrências obstétricas (50,0%) coincidiu com a taxa também elevada de cesariana (51,7%).⁸ Outro estudo, realizado no mesmo município que o presente, verificou altos índices de cesariana e com tendência a aumento,⁹ assim como em grande parte dos municípios brasileiros,¹⁰ o que caracteriza o uso excessivo da tecnologia em torno do parto e um modelo de atenção obstétrica medicalizado.⁵

Tendo em vista a importância de conhecer as complicações puerperais e sua possível relação com as diversas intervenções às quais as parturientes estão expostas, este estudo teve por objetivo analisar as complicações puerperais em mulheres atendidas para o parto pelo setor público de saúde e o modelo assistencial adotado.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal com mulheres residentes em município do Sul do Brasil, internadas para o parto em unidade de alojamento conjunto em dois hospitais de referência para atendimento ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi calculada considerando-se 2.168 partos de mulheres residentes e que tiveram filho no ano de 2011 pelo SUS, acrescentando 10% para possíveis perdas, com nível de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 50% (desconhecida), totalizando 358 mulheres. Foi utilizada a prevalência desconhecida em vista da proporção variada das complicações a serem estudadas, nos diferentes contextos de assistência ao parto, em nível nacional e internacional. Para que os dois hospitais estivessem igualmente representados, a estratificação considerou o percentual de nascimentos em cada hospital. Dessa forma, foram entrevistadas 67 mulheres no hospital 1 e 291 no hospital 2.

Os critérios de inclusão foram mulheres no período pós-parto, residentes no município estudado, de qualquer idade, em

condições físicas para participarem do estudo, com conceitos com mais de 500 g e que estivessem em alojamento conjunto. Não houve perdas, pois novas participantes foram incluídas até atingir o número previamente definido, o que ocorreu no período de dezembro de 2012 a abril de 2013.

As mulheres foram abordadas inicialmente, durante o período de internação, pelo menos 12 horas após o parto, utilizando um questionário com perguntas referentes aos aspectos socioeconômicos, história obstétrica e dados do recém-nascido.

Informações sobre as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto e complicações puerperais foram obtidas mediante consulta aos prontuários da internação em estudo, em dois momentos: no dia de realização da entrevista e 40 dias após o parto. Nessas ocasiões foram consultados todos os formulários, tanto de evolução clínica do médico como da equipe de Enfermagem, a folha de gastos do centro cirúrgico, partograma, prescrição de medicamentos, com especial atenção quanto ao uso de antimicrobianos pós-parto, procedimentos realizados, hemotransfusão, material de curetagem, anotações de anormalidades ou queixas da puérpera.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas (idade, ter companheiro, raça/cor, escolaridade, ocupação, renda familiar e religião), variáveis sobre a história obstétrica pregressa e atual da parturiente (como idade gestacional, peso ao nascer do recém-nascido e número de gestações) e informações sobre dados assistenciais: qual profissional assistiu o parto e o local do parto. Para o parto vaginal foi considerado o profissional que assistiu o parto no período expulso.

A medicalização da assistência ao parto foi analisada a partir do uso das seguintes intervenções obstétricas: tricotomia; indução/condução do parto; episiotomia; amniotomia; posição de litotomia; e cesariana.⁸ Essas intervenções são classificadas como práticas claramente prejudiciais e que deveriam ser eliminadas na assistência ao parto ou usadas com restrição no caso da episiotomia e da cesariana.² O tipo de parto vaginal foi categorizado em natural (sem intervenções) e medicalizado (pelo menos uma intervenção). Essas informações foram importantes para a definição do modelo assistencial adotado nos hospitais pesquisados, pois tais ações não caracterizam boas práticas em torno do nascimento e locais com alta prevalência desses procedimentos podem ser considerados como tendo um modelo assistencial intervencionista.⁵

As complicações puerperais consideradas para análise de associação com as intervenções obstétricas foram aquelas indicativas de intercorrências na atenção hospitalar: febre; sangramento aumentado/hemorragia; sinais flogísticos em ferida operatória; infecção puerperal; necessidade de antimicrobiano, de hemotransfusão e de reinternação no pós-parto; complicações uterinas (atonía, hipotonia e necessidade de histerectomia); e complicações placentárias (retenção, necessidade de curagem ou curetagem após o parto).

Como as perdas sanguíneas não são mensuráveis e podem não estar anotadas no prontuário, a necessidade de hemotransfusão foi analisada, pois pode indicar sangramento excessivo com consequente disfunção hemodinâmica e sanguínea. Da mesma forma que o sangramento, a infecção pode não estar registrada nas fichas de evolução clínica do médico ou da equipe de Enfermagem. Por isso, o uso de antimicrobianos foi pesquisado, pois são itens da prescrição que sempre estão presentes nos prontuários. Não foi considerado o antimicrobiano administrado antes do parto ou durante a cesariana, apenas foram considerados aqueles prescritos no puerpério.

O sangramento aumentado/hemorragia também foi considerado "presente" quando descrito por pelo menos um profissional durante a internação. A febre foi considerada "presente" se houve anotação de pelo menos uma aferição da temperatura acima de 37,5°C. Sinais flogísticos em ferida operatória (episiotomia, sutura de laceração e sutura abdominal da cesariana) foram considerados quando havia pelo menos uma anotação de edema, calor, rubor, exsudato e deiscência, registrados por pelo menos um profissional.

Para a complicação placentária foram pesquisados no prontuário exames de ultrassonografia procedimentos realizados como curagem e curetagem. A complicação uterina foi considerada presente quando houve o registro de atonia, hipotonia, rotura, inversão e histerectomia por pelo menos um profissional ou anotação de procedimento médico e cirúrgico que são aplicados para reverter o quadro clínico, como o uso de uterotônicos, massagem uterina, compressão não cirúrgica (compressão bimanual ou tamponamento uterino) ou laparotomia.

A informação descrita como infecção puerperal muitas vezes não foi encontrada nos relatos dos profissionais, por isso essa informação foi considerada presente quando se encontravam anotações de endometrite, corioamnionite, infecção puerperal e loquiação com odor fétido ou purulento.

Entre 40 e 50 dias após o parto foi feito contato telefônico com as mulheres para investigar complicações puerperais após a alta hospitalar (tardias). Ressalta-se que esse contato teve como propósito melhorar a informação coletada nos prontuários, e não fazer o seguimento da entrevistada ou identificar o momento e/ou local da ocorrência da complicação. Para a entrevista por telefone foi utilizado um roteiro com as seguintes perguntas: "teve febre nos 40 dias após o parto?"; "verificou com termômetro?"; "qual era a temperatura?"; "teve algum sangramento em grande quantidade nos 40 dias após o parto ou persistência do sangramento maior que um mês?"; "Teve inflamação ou infecção nos pontos da cirurgia ou do corte no períneo?"; "Precisou tomar algum remédio ou antibiótico? Qual?"; "Teve alguma infecção após o parto? Qual?"; "Teve algum problema no útero? Qual?"; "Precisou reinternar no hospital após o parto?"; "Teve alguma outra ocorrência nesse período que você não falou e acha importante?". Vale destacar que foram excluídas

da análise as causas febris por inflamações mamárias ou qualquer informação inconsistente.

Para a análise descritiva e inferencial dos dados foi realizado teste de associação qui-quadrado e o qui-quadrado de tendência linear (no caso das variáveis ordenadas), considerando-se α de 5%, por meio do *software Statistic 7*. Foi utilizada também a *Odds Ratio* (OR) para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis e seu respectivo intervalo de confiança (IC 95%), com a análise estatística feita por meio do *software Epi Info 7*.

Todas as mulheres assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) concordando com a participação na pesquisa. Para as puérperas adolescentes, o responsável legal autorizou a participação. O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, com o projeto aprovado sob o Parecer nº 170.704/12.

RESULTADOS

Das 358 puérperas em estudo, a maioria tinha mais de 19 anos (81,0%), companheiro (88,5%), renda familiar inferior a três salários mínimos (70,1%) e alguma religião (79,3%); mais da metade não concluiu o ensino médio (58,1%), tinha trabalho remunerado (51,4%) e era da cor branca (51,1%). Referente às características obstétricas, 41,62% eram de primigestas e para a maioria a idade gestacional foi superior a 37 semanas (85,2%), com o recém-nascido pesando mais de 2.500 g na hora do parto (90,2%). A grande maioria (97,8%) teve pelo menos uma intervenção durante o parto, sendo a cesariana a mais frequente (57,0%) e 112 (31,28%) tiveram pelo menos uma complicação puerperal (Tabela 1).

Vale destacar que a proporção de mulheres com complicações foi maior entre aquelas com idade menor ou igual a 19 anos (20,5%; OR=1,2), que não concluíram o ensino médio (59,8%; OR=1,1), sem companheiro (16,1%; OR=1,9), primigestas (46,4%; OR=1,3), com idade gestacional inferior a 37 semanas no momento do parto (20,5%; OR=1,9), que tiveram filhos com peso inferior ou igual a 2.500 g (15,2%; OR=2,3), que tiveram parto cesáreo (59,8%; OR 1,2) ou fizeram episiotomia (22,3%; OR=1,9) (Tabela 1).

As complicações puerperais mais prevalentes foram a necessidade de antimicrobiano (12,8%) e de sinais flogísticos em ferida operatória (11,7%). Ressalta-se que, embora ambas constituam fatores indicativos de estado infeccioso, o registro com a nomenclatura de infecção puerperal só ocorreu em 4,2% dos prontuários consultados. A terceira complicação mais frequente foi sangramento aumentado/hemorragia (8,7%), porém sem especificar a causa, pois anotações médicas sobre complicações uterinas e placentárias tiveram percentuais mais baixos (6,1 e 2,5%, respectivamente) (Tabela 2).

Quando analisadas as complicações segundo o tipo de parto, separados em parto vaginal medicalizado e cesáreo, apesar

de algumas proporções semelhantes houve diferenças quanto a complicações, principalmente quanto ao uso de antimicrobiano (OR=2,2; $p=0,0211$) e à necessidade de reinternação (OR=9,9; $p=0,007$), que foram maiores na cesariana (Tabela 3).

De todos os tipos de parto em estudo, 204 (57,0%) foram cesáreos e 151 (42,2%) induzidos. Reduzido número – apenas oito mulheres (2,2%) – teve parto natural. Destas, apenas uma apresentou duas complicações, que foram sangramento aumentado/ hemorragia e complicação uterina, necessitando de suporte farmacológico para reversão do quadro (dado não apresentado em tabela). Devido ao reduzido número de partos vaginais sem intervenções, esse tipo de parto foi excluído da análise comparativa e da Tabela 2.

Ao analisar a ocorrência de pelo menos uma complicação relacionada às intervenções de forma acumulada, mesmo sem significância estatística, observou-se progressivo aumento dos percentuais de complicação quanto maior o número de intervenções recebidas, passando de 28,2% de mulheres com pelo menos uma complicação e apenas uma intervenção realizada no parto, para 42,3% de mulheres com pelo menos uma complicação e que receberam quatro ou mais intervenções (Tabela 4).

Dos 154 partos vaginais, 131 (85,1%) foram na posição de litotomia, 58 (37,7%) tiveram episiotomia, 132 (85,7%) foram realizados no centro cirúrgico e em 150 deles (97,5%) o principal profissional responsável por sua realização foi o médico (dados não apresentados em tabela).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa acusaram elevada prevalência de complicações puerperais e, ainda, que nos dois hospitais em estudo as características da assistência obstétrica são coerentes com o modelo medicalizado – caracterizado pelo representativo número de cirurgias cesarianas e o fato de quase todas as parturientes terem sofrido pelo menos outro tipo de intervenção - fatores estes que podem ter influenciado na prevalência de complicações puerperais. Ressalta-se que o parto natural ocorreu em raras exceções, provavelmente de forma inesperada e em mulheres que foram admitidas já em período expulsivo.

A prevalência de complicações puerperais neste estudo (31,3%) foi maior do que a observada em inquérito populacional realizado no município de Natal, Rio Grande do Norte, que abordou mulheres em idade fértil e que tiveram pelo menos uma gravidez nos últimos cinco anos. O propósito era, a partir do recordatório da mulher, identificar complicações no período gravídico/puerperal, tendo sido encontrada taxa de 21,2% de morbidade materna.¹¹ Também foi maior do que o encontrado em pesquisa que entrevistou 7.058 mulheres internadas por aborto ou parto em seis maternidades do estado de São Paulo, a qual constatou que 12,8% delas tiveram alguma complicação no parto, 4,1% no puerpério e 0,4% necessitou de internação em unidades de terapia intensiva.¹²

Tabela 1 - Distribuição de mulheres segundo a ocorrência de complicação puerperal e variáveis sociodemográficas, obstétricas, do recém-nascido e intervenções. Maringá, Paraná, Brasil, 2013

Variáveis	Total		Complicação				OR
			Sim (n=112)		Não (n=246)		
	N	%	N	%	N	%	
Idade (anos)							
≤19	68	19,0	23	20,5	45	18,3	1,2
≥ 20	290	81,0	89	79,5	201	81,7	
Conclusão do ensino médio							
Não	208	58,1	67	59,8	141	57,3	1,1
Sim	150	41,9	45	40,2	105	42,7	
Companheiro							
Não	41	11,5	18	16,1	23	9,3	1,9
Sim	317	88,5	94	83,9	223	90,7	
Ocupação							
Sem remuneração	174	48,6	51	45,5	123	50,0	0,8
Com remuneração	184	51,4	61	54,5	123	50,0	
Raça/cor							
Branca	183	51,1	60	53,6	123	50,0	1,2
Negra/parda/outras	175	48,9	52	46,4	123	50,0	
Renda familiar (salários mínimos*)							
≤ 3	251	70,1	78	69,6	173	70,3	1,0
≥ 4	107	29,9	34	30,4	73	29,7	
Religião							
Com religião	284	79,3	91	81,3	193	78,5	1,2
Sem religião	74	20,7	21	18,8	53	21,5	
Nº gestações							
Primigesta	149	41,6	52	46,4	97	39,4	1,3
Multigesta	209	58,4	60	53,6	149	60,6	
Idade gestacional (semanas)							
<37	53	14,8	23	20,5	30	12,2	1,9
≥37	305	85,2	89	79,5	216	87,8	
Peso do RN ao nascer (g)							
<2.500	35	9,8	17	15,2	18	7,3	2,3
≥2.500	323	90,2	95	84,8	228	92,7	
Intervenção**							
Cesariana	204	57,0	67	59,8	137	55,7	1,2
Indução/condução do parto	151	42,2	50	44,6	101	41,1	1,2
Litotomia	131	36,6	39	34,8	92	37,4	0,4
Tricotomia	81	22,6	27	24,1	54	22,0	1,1
Amniotomia	77	21,5	25	22,3	52	21,1	1,1
Episiotomia	58	16,2	25	22,3	33	13,4	1,9

* Salário mínimo no Brasil vigente em 10/01/2013: R\$ 678,00. ** Aceita mais de uma resposta.

Tabela 2 - Prevalência de complicações puerperais. Maringá, Paraná, Brasil, 2013

Complicações puerperais*	N	%
Necessidade de antimicrobiano	46	12,8
Sinais flogísticos em ferida operatória	42	11,7
Sangramento aumentado/hemorragia	31	8,7
Febre	24	6,7
Complicações uterinas**	22	6,1
Infecção puerperal	15	4,2
Necessidade de reinternação pós-parto	14	3,9
Necessidade de hemotransusão	09	2,5
Complicações placentárias***	09	2,5

* Admite mais de uma resposta. ** Hipotonia, atonia, necessidade de histerectomia. *** Retenção ou necessidade de curetagem uterina pós-parto.

As diferenças nos resultados dos três estudos podem ser decorrentes do momento em que os dados foram coletados, pois quando limitada ao período de internação, no pós-parto mediato, informações sobre complicações podem ser subestimadas, por ainda não terem se manifestado, enquanto que decorridos muito tempo depois do parto (até cinco anos), elas podem ser limitadas por falha na memória.

As complicações mais frequentes foram necessidade de antimicrobianos no período puerperal e sinais flogísticos em ferida operatória. Tais anotações podem indicar aspectos infecciosos, corroborando o resultado de uma coorte realizada no município de Pelotas-RS, que analisou complicações pós-parto por meio de entrevistas nos domicílios. Essas complicações foram divididas em precoces (até 48 meses) e tardias (até seis anos), totalizando 11,4 e 24,1%, respectivamente,

Tabela 3 - Prevalência das complicações puerperais segundo o tipo de parto. Maringá, Paraná, Brasil, 2013

Complicações puerperais*	Parto				OR
	Vaginal medicalizado** n=146		Cesariana n=204		
	N	%	N	%	
Necessidade de antimicrobiano	12	8,2	34	16,7†	2,2
Sinais flogísticos em ferida operatória	13	8,9	29	14,2	1,7
Febre	9	6,2	15	7,4	1,2
Sangramento aumentado/hemorragia	15	10,3	15	7,4	0,7
Necessidade de reinternação	1	0,7	13	6,4†	9,9
Infecção puerperal	4	2,7	11	5,4	2,2
Complicações uterinas***	13	8,9	8	3,9	0,4
Necessidade de hemotransusão	4	2,7	5	2,5	0,9
Complicações placentárias****	5	3,4	4	2,0	0,6
Total	76		134		

*Admite mais de uma resposta. **Parto vaginal com pelo menos uma intervenção (tricotomia, indução/condução, amniotomia, litotomia e episiotomia). ***hipotonia, atonia, necessidade de histerectomia. ****retenção ou necessidade de curetagem uterina pós-parto. †p<0,05; OR>1,0.

Tabela 4 - Complicações puerperais segundo número de intervenções. Maringá, Paraná, Brasil, 2013

Intervenção**	Complicação*				Total	OR	p-valor***
	Sim n=112		Não n=246				
	N	%	N	%			
0	1	12,5	7	87,5	8	1,0	
1	34	28,2	84	71,2	118	2,8	
2	43	30,7	97	69,3	140	3,1	
3	23	34,8	43	65,2	66	3,7	
4 ou +	11	42,3	15	57,7	26	5,1	0,1036

*Mulheres com pelo menos uma das complicações: febre; sangramento aumentado/hemorragia; sinais flogísticos em ferida operatória (episiotomia, sutura de laceração, incisão cirúrgica abdominal); necessidade de antimicrobiano; necessidade de hemotransusão; infecção puerperal; complicações uterinas (hipotonia, atonia, necessidade de histerectomia); complicações placentárias (retenção ou necessidade de curetagem uterina pós-parto). **ocorrência das seguintes intervenções: cesariana; tricotomia; indução; amniotomia; litotomia; episiotomia. ***p corresponde ao teste de qui-quadrado de tendência linear.

sendo a infecção pós-parto como a complicação precoce mais frequente, perfazendo 3,4%.¹²

O sangramento aumentado/hemorragia foi a terceira complicação mais frequente no presente estudo e também na coorte de Pelotas-RS, a qual foi relatada por 1,7% das mulheres.¹³ Já no inquérito populacional do município de Natal-RN, a taxa de hemorragia relatada foi de 10,7%.¹⁶

Na presente pesquisa, as complicações foram mais prevalentes nos pós-parto de cesariana, o que converge com resultados de estudos sobre complicações decorrentes desse tipo.^{6,14,15,16} Nesse procedimento cirúrgico já foi identificado que o risco de morrer é 3,5 vezes maior que no parto vaginal e o risco de infecção puerperal é cinco vezes maior.¹⁰ As principais complicações relacionadas à cesariana são as de origem infecciosa.¹⁵ Na coorte de Pelotas-RS também foi encontrada diferença nos percentuais de infecção segundo o tipo de parto, sendo 32,1% nos partos vaginais e 67,9% nas cesarianas.¹³

A necessidade de reinternação também constituiu, nesta investigação, em complicação associada ao procedimento cirúrgico cesariana. A relevância desta ocorrência está relacionada ao impacto que ela pode causar na vida da mulher, do recém-nascido e de sua família e também nos gastos públicos.¹⁰

Outra importante complicação identificada foi a hemorragia pós-parto, a qual que tem sido associada à indução do parto¹⁷ e constitui a segunda causa de morte materna no Brasil, seguida pela infecção puerperal.¹⁸ Essas duas causas de morte têm se reduzido no Brasil, porém a redução da infecção puerperal tem sido mais lenta, o que pode estar relacionado às altas taxas de cesariana, as quais, inclusive, vêm apresentando tendência ascendente.¹⁰

As intervenções mais frequentes geralmente são realizadas com o intuito de abreviar o trabalho de parto, sem considerar sua fisiologia própria.¹⁹⁻²¹ Ademais, essas intervenções comumente não acontecem de forma isolada, elas se associam entre si, desencadeando um efeito "cascata",^{19,21} o que no presente estudo influenciou na vigência de pelo menos uma complicação. Dessa forma, quanto mais intervenções no trabalho de parto e parto, mais probabilidade de ocorrer alguma complicação. Isso reforça a importância de que intervenções no processo natural de parir só ocorram em situações específicas e devidamente justificadas.¹ Ressalta-se que o parto com muitas intervenções também pode ser considerado violento, pois a realização, sem parcimônia, de procedimentos tido como danosos integra o rol de ações conceituadas como violência obstétrica.²²

No presente estudo, muitas intervenções foram realizadas, expondo a parturiente a riscos desnecessários, e essa realidade revela o modelo de assistência predominantemente adotado no Brasil.⁴ O modelo de assistência medicalizado também fica evidente ao constatar que o profissional responsável pela condução da quase totalidade dos partos em estudo foi o médico. Ou seja, nos hospitais em avaliação, tal como já observado em outros locais, há

pouca ou nenhuma atuação de enfermeiras obstetras ou parteiras no acompanhamento de mulheres em trabalho de parto e parto.⁴ Quando enfermeiras obstetras ou obstetrizes são atuantes, há mais adoção de boas práticas em torno do parto.²

O fato de a grande maioria dos partos vaginais ter sido realizada no centro cirúrgico também confirma a marcante presença do modelo medicalizado.¹ O Ministério da Saúde recomenda que o local do pré-parto, parto e pós-parto seja o mesmo, e que a mulher não tenha que se deslocar para outro local para parir.²³ Contudo, há dificuldade de aceitação por parte dos profissionais em relação às possibilidades de parir naturalmente, em outras posições e na própria cama. No modelo de assistência vigente, o parto acontecer em outro ambiente é sempre algo não habitual/planejado e gerador de ansiedade para o profissional de saúde frente à ocorrência, precipitando, muitas vezes, a saída do conceito e da placenta, o que pode trazer prejuízos relacionados ainda ao desfecho neonatal indesejável, pois a mortalidade infantil e perinatal também está associada à assistência inadequada no momento do parto.²⁴ Vale mencionar que, nos hospitais avaliados, há apenas quartos ou enfermarias para o período do trabalho de parto, sendo as parturientes transferidas para o centro cirúrgico no período expulsivo. Os partos que ocorreram em outros locais não foram planejados para que isso acontecesse.

A discussão em torno da qualidade da assistência permeia a segurança do paciente, o que engloba a prevenção de riscos ou lesões provenientes do processo assistencial.²⁵ No presente estudo, as intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto estiveram relacionadas às complicações, o que indica ser fundamental rever o modelo obstétrico vigente, visto que, de acordo com os resultados encontrados, aumenta riscos desnecessários às parturientes.

Vale salientar que esforços têm sido envidados por parte do Ministério da Saúde, no sentido de implementar estratégias, tanto no sistema público quanto no privado, para redução no número de cesáreas sem indicação clínica e de intervenções no trabalho de parto e parto.^{4,25} Essas mudanças certamente proporcionarão às mulheres uma experiência mais positiva em relação ao parto, favorecendo a manutenção de sua integridade física e mental.²⁵ Para que mudanças sejam efetivas, porém, é preciso haver alterações na postura e, inclusive, na formação profissional, o que, além de não ser simples, demanda tempo e conscientização.

Outro aspecto a ser considerado é que a amostra estudada foi constituída apenas por mulheres atendidas pelo SUS. Como foi encontrado índice elevado de cesarianas, é possível inferir que a prevalência de complicações encontrada também pode estar relacionada a fatores socioeconômicos. Pesquisa conduzida com 604 puérperas constatou que o risco de complicações no pós-cesariana é mediado pelo *status* socioeconômico do parto, sendo as taxas de complicações significativamente mais altas entre as classes sociais menos privilegiadas – puérperas do SUS –, que

não tiveram o mesmo médico no pré-natal e parto e que tiveram cesarianas decididas intraparto, representando acúmulo no risco de complicações.⁶

Uma possível limitação do estudo está relacionada ao fato de não ter sido identificado se a complicação puerperal ocorreu durante a internação ou após a alta hospitalar e se a fonte da informação era proveniente do prontuário ou do relato da puérpera. Contudo, é importante destacar que a utilização de diferentes estratégias de coleta de dados constituiu uma fortaleza do estudo, à medida que permitiu identificar maior número de complicações puerperais, para além daquelas registradas em prontuário. O monitoramento dessas complicações poderia ser mais efetivo se no retorno aos serviços de saúde - nos casos de sinais ou sintomas adversos - e no acompanhamento das puérperas pela atenção primária, os profissionais pudessem notificar essa condição. Isso certamente contribuiria com a conscientização dos profissionais de saúde e melhoria da assistência prestada ao período gravídico-puerperal.

Os resultados do estudo podem subsidiar questionamentos e reflexão por parte dos profissionais atuantes no SUS sobre mudança de atitude e compreensão do paradigma tecnocrático que influencia suas ações. Em relação aos gestores, espera-se que eles sejam sensibilizados sobre a importância das mudanças estruturais necessárias para implementação real de boas práticas em torno do nascimento, do monitoramento das complicações resultantes do processo assistencial e da contratação de profissionais enfermeiros obstetras ou obstetras como membro da equipe multiprofissional.

Por fim, diante dos resultados encontrados, as recomendações para futuras pesquisas incluem: investigar se existe diferença na prevalência e nos tipos de complicações puerperais segundo o profissional que realiza o parto; assim como pesquisar em qual momento do puerpério as complicações surgem.

CONCLUSÕES

O presente estudo mostrou elevada prevalência de complicações puerperais associadas à alta taxa de cesariana e de procedimentos invasivos no parto vaginal. A indução do parto e a cesariana foram procedimentos utilizados para abreviar o trabalho de parto e o nascimento e estiveram associadas às complicações uterinas e infecciosas, respectivamente. Esse método de trabalho que visa precipitar e finalizar com rapidez o nascimento mostra que o sistema de saúde opera nos moldes industriais, em que a agilidade é sinônimo de eficácia, que é legitimada quando as complicações não se verificam no mesmo serviço, como no caso das infecções que se manifestarão após a alta hospitalar.

Investigar características da assistência obstétrica e sua influência nos agravos puerperais é necessário para definir estratégias para uma mudança na atenção à parturiente, pois o modelo obstétrico atual utiliza excesso de tecnologia e procedimentos. Para assistência mais segura ao parto é necessário que as intervenções sejam realizadas de forma criteriosa e que haja mudança na prática obstétrica com condutas humanizadas e baseadas em evidências científicas. O modelo humanizado de atendimento ao parto prevê enfermeiras obstetras atuando efetivamente na assistência, pois estas intervêm com menos frequência no processo fisiológico do trabalho de parto e no parto.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: WHO; 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília (DF); 2017[citado em 2020 jan. 05]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
3. World Health Organization (WHO). World Health Organization recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018[citado em 2020 jan. 05]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Cad Humaniza SUS. Brasília: MS; 2014[citado 2016 nov. 15]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
5. Velho MB, Bruggemann OM, McCourt C, Gama SGN, Knobel R, Gonçalves AC, d'Orsi E. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2019[citado em 2020 jan. 05];35(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>
6. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. Cad Saúde Pública. 2011[citado em 2017 nov. 12];27(10):2009-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001000014>
7. Abdollahpour S, Heidarian Miri H, Khadivzadeh T. The global prevalence of maternal near miss: a systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 2019[citado em 2020 fev. 03];9(4):255-62. Disponível em: 10.15171/hpp.2019.35
8. Veras TCS, Mathias TAF. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. Rev Esc Enferm USP. 2014[citado em 2017 fev. 02];48(3):401-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-401.pdf
9. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Peloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014[citado em 2017 jun. 10];36(12):548-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140005038>
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF); 2012[citado em 2019 abr. 16]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sau_brasil_2011.pdf

^[1]Artigo extraído da dissertação intitulada: Medicalização do trabalho de parto e parto em um município do Sul do Brasil. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2013.

11. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2015[citado em 2017 nov. 14]; 20(4):1295-304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.09052014>
12. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD, Oliveira BZ, Pimentel EC. O estudo do binômio mãe-filho: descrição e resultados gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2015[citado em 2017 jun. 08];18(2):398-412. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020009>
13. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2018[citado em 2020 jan. 05];21:e180010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180010>
14. Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr*. 2011[citado em 2017 jun. 09];100(12):1518-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02477.x>
15. Duarte MR, Chrizostimo MM, Christovam BP, Ferreira SCM, Souza DF, Rodrigues DP. Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014[citado em 2017 jun. 10];8(2):433-4. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201426>
16. Romanelli RMC, Aguiar RLP, Leite HV, Silva DG, Nunes RVP, Brito JL, et al. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de infecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospital universitário no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012[citado em 2017 mar. 24];21(4):569-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400006>
17. Helman S, Drukker L, Fruchtmann H, Ioscovich A, Farkash R, Avitan T, et al. Revisit of risk factors for major obstetric hemorrhage: insights from a large medical center. *Arch Gynecol Obstet*. 2015[citado em 2017 mar. 24];292(4):819-28. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-015-3725-y>
18. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: melhorar a saúde materna. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: IPEA; 2014. 208p. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf
19. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2017 mar. 24];30(Sup):17-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
20. Riesco MLG. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad Saúde Pública*. 2014[citado em 2017 mar. 24];30(supl):35-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114>
21. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016[citado em 2017 nov. 14];15(4):591-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i4.33420>
22. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*. 2017[citado em 2020 jan. 05];48(3):216-30. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN). Diário Oficial da União, 8 jan. 2015[citado em 2017 fev 05]. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/servicos/cp_maternidades/Portaria_2015_11.pdf
24. Oliveira RR, Mathias TAF. Preventable infant mortality: spatial distribution and main causes in three Brazilian municipalities. *Health*. 2013[citado em 2017 jun. 09];5(10):1541-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.510209>
25. Marcolin AC. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo de cuidado obstétrico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015[citado em 2019 dez. 15];37(10):441-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320150005472>