O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84
Glória – CEP 20021-040
Tel: (21) 3513-5000
Disque ANS: 0800 701 9656
Home page: www.ans.gov.br

Diretor Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO
Fausto Pereira dos Santos

Secretário Executivo da ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO
Alfredo José Monteiro Scaff

Gerente Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerentes da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Andréia Ribeiro Abib e Karla Santa Cruz Coelho

Organização e Revisão:
Cláudia Soares Zouain e Jacqueline Alves Torres

Colaboração:
Equipe GGTAP

Projeto gráfico:
Gerência de Comunicação - GCOMS/PRESI

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

A265 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil : cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : ANS, 2008.
158 p.

1. Obstetrícia. 2. Saúde suplementar. I. Título.

CDD – 618.2

Catalogação na fonte – Cedoc/ANS

O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sumário

Editorial 7

Apresentação 9

I. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo último século 13

II. Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas 27

III. Estratégias de redução de cesarianas desnecessárias: evidência científica acumulada 53

IV. Avaliação da demanda por cesariana e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro 95

V. Taxa de cesariana nos estabelecimentos públicos e privados: análise do sistema de Informações sobre nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 1996 - 2006 127

VI. Atenção humanizada ao parto e nascimento 141

Editorial

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em fins do ano de 2004 , iniciava a discussão sobre as elevadas taxas de partos cirúrgicos no setor suplementar de saúde no Brasil. Iniciava naquele momento a gestação de um movimento em favor do parto normal, que tem como objetivo ser um catalizador das discussões entre os diversos atores envolvidos nesse processo, e que também pudesse contribuir com a missão institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

É neste cenário que a ANS, dando prosseguimento às ações propostas pelo Movimento em Prol do Parto Normal e Pela Redução das Cesarianas Desnecessárias, vem organizar a publicação desta edição especial temática, que tem como tópicos os diversos aspectos relacionados à atenção ao parto e nascimento.

Coerente com seu papel de agência reguladora, a ANS proporciona mais um espaço para a apresentação de diversas experiências na área, fruto do pensamento e do estudo de pesquisadores e atores de relevância para o tema, favorecendo o intercâmbio de teorias e perspectivas enriquecidas pela opinião e contribuição de todos, estabelecendo assim mais um marco em sua trajetória.

Embasada no conceito ampliado de saúde, a ANS tem proposto diretrizes que apontam para uma reestruturação da atenção à saúde prestada aos beneficiários da saúde suplementar, propondo um novo modelo de atenção à saúde no setor, guiado pelo conceito de linhas de cuidado como eixo de reorientação deste modelo. Buscando responder a este desafio a atual gestão da ANS vem desenvolvendo um projeto que se propõe avaliar o conjunto do setor com vistas à reversão do atual modelo vigente na suplementar: o Programa de Qualificação. Através deste programa, tem sido avaliado desde o ano de 2004 o indicador "Proporção de Parto Cesáreo".

A análise deste indicador evidenciou que o parto cirúrgico predomina no mercado privado de planos de saúde no Brasil. Foram identificadas altas taxas de cesariana, variando de 64,30% em 2003 a 80,72% em 2006, valores muito acima dos 15% recomendados pela OMS. O impacto negativo desta taxa nos dados nacionais é expressivo, pois a proporção de cesarianas no setor de saúde suplementar é cerca de três vezes maior que a proporção encontrada no SUS e duas vezes maior que a média nacional.

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados: nos países que compõem a OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), a variação nas taxas de cesarianas foi desde taxas baixas de 14-18% na Holanda, República Tcheca, Eslováquia, Noruega e Suécia, até taxas consideradas muito altas como as encontradas na Coréia, Itália e México (33%). As taxas também foram muito mais altas que a média nos Estados Unidos, Portugal e Austrália (em torno de 30%).

Desenvolver e implementar modelos de atenção ao parto alternativos aos modelos atualmente vigentes no setor suplementar configura-se como uma das estratégias para a reversão da proporção de cesarianas do setor. O

sucesso da elaboração de tais modelos exigirá a conjugação de esforços, e a adoção de um conjunto de estratégias, em diversas frentes, já que se trata de uma proposta de mudança cultural que passa pela modificação na forma como os diversos atores do mercado de planos de saúde, beneficiários, prestadores e operadoras consideram o cuidado ao nascimento.

Algumas iniciativas de estímulo ao parto natural têm sido propostas por organismos internacionais como OMS e OPAS e servido de modelo para as políticas nacionais. Em 2000 a Organização das Nações Unidas – ONU propôs oito objetivos, denominados "Objetivos do Milênio", dentre os quais encontram-se "Melhorar a saúde das gestantes" e "Reduzir a Mortalidade Infantil". O Brasil, assim como os demais estados-membros da Assembléia Geral da ONU, assumiu o compromisso de empreender esforços em prol do alcance de tais objetivos até o ano de 2015. Consoante com este compromisso, em 2004, foi lançado pela Presidência da República, após aprovação na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Em 2005, afirmando-se como política de Estado, foi composta a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A ANS, como uma das signatárias do Pacto e como membro da Comissão de Monitoramento, vem desenvolvendo ações sistemáticas com vistas a mobilizar os atores sociais do setor suplementar de saúde a implementar estratégias com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção obstétrica e neonatal e tem como principal desafio reduzir a alarmante proporção de cesarianas do setor suplementar de saúde.

Nesse caminho, em janeiro de 2008, a ANS publicou a revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a obrigatoriedade de cobertura por parte das operadoras de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, medida esta com potencial para melhorar a percepção feminina sobre a vivência do parto e reduzir as intervenções obstétricas. Da mesma maneira, esta resolução também traz como possibilidade a introdução da assistência ao parto hospitalar, realizada sob uma ótica multidisciplinar, com a participação da enfermeira obstétrica no acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto, inserindo o papel desse profissional nesse cuidado.

Além disso, a ANS vem trabalhando, desde 2005, na sensibilização dos atores da saúde suplementar com a proposta de redução da proporção de partos cesáreos. Para tal, apoiou e promoveu eventos para

discussão sobre o tema, com a participação de especialistas nacionais e internacionais, vem aplicando melhor pontuação na dimensão atenção à saúde do programa de qualificação para a operadora que apresente proporção de cesarianas progressivamente menores; elaborou material educativo (folder e cartaz) em parceria com o Ministério da Saúde em prol do parto natural para distribuição entre operadoras e maternidades privadas; disponibilizou boletins informativos sobre as altas taxas de cesariana no setor suplementar e diretrizes e iniciativas em prol do parto natural; financiou pesquisa sobre as causas e conseqüências das cesarianas no setor suplementar; e lançou o movimento: *Parto Normal Está No Meu Plano*.

Este movimento de incentivo ao parto normal e redução das cesarianas desnecessárias, lançado em 2008, propôs como parte das ações, a formação de um Grupo Técnico, de caráter consultivo, composto por representantes de órgãos governamentais, associações e conselhos profissionais, operadoras de planos de saúde e entidades de ensino e pesquisa, para apreciação de recomendações constantes no relatório final da pesquisa: "Causas e Conseqüência das Cesarianas Desnecessárias" financiada pela ANS e conduzida por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, que apresenta estratégias relevantes para a qualificação da assistência ao parto e nascimento na rede de serviços do sistema de saúde suplementar.

Participam deste grupo técnico representantes das seguintes instituições: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Bradesco Saúde; Unimed Paulistana; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas DAPE/ MS; Ministério Público Federal; Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE; União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS; Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - UNIMED DO BRASIL; Federação Nacional de Saúde Suplementar – FENASAÚDE; Bradesco Saúde; Cassi; GEAP; Golden Cross; Medial; Associação Brasileira de Ensino Médico – ABEM; Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes – ABENFO; Conselho Federal de Enfermagem; Conselho Federal de Medicina; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz.

O grupo tem como objetivos discutir os resultados da pesquisa encomendada pela ANS e realizada pela ENSP/FIOCRUZ sobre o assunto e a proposta da ANS sobre o movimento em favor do parto

normal e redução de cesáreas desnecessárias; elaborar estratégias de ação para redução do parto cesáreo; pactuar recomendações extraídas do estudo; e estabelecer parcerias e compromissos para execução das estratégias estabelecidas.

Esta publicação é o primeiro material técnico do movimento *Parto Normal Está No Meu Plano* e apresenta artigos extraídos do relatório final da pesquisa: "Causas e Conseqüência das Cesarianas Desnecessárias" e outros temas pertinentes. Com isso, busca divulgar evidências científicas atuais sobre atenção ao parto e nascimento que possam subsidiar as operadoras e prestadores de serviço do setor suplementar na elaboração de estratégias para redução das cesarianas desnecessárias.

Esse tema complexo, que envolve a mudança do atual modelo de atenção obstétrica e neonatal, exigirá a conjugação de esforços e dependerá de uma mudança cultural, uma modificação na forma como os atores do mercado de planos de saúde: beneficiários, profissionais de saúde e operadoras, compreendem o cuidado ao nascimento. Só assim será garantido um atendimento, humanizado e seguro à gestante e sua família.

Fausto Pereira dos Santos
Diretor - Presidente

I. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século

***Marcos Augusto Bastos Dias**, Médico obstetra, Doutor em Saúde da Mulher*

Pesquisador do grupo de pesquisa "Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil" do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

> *"Bioética é inseparável de uma antropoética. O que está a serviço da vida está igualmente a serviço das nossas vidas. No entanto, hoje nossas vidas estão ameaçadas, não por aquilo que as ameaça, mas também por aquilo que as protege: a ciência e a medicina".*
>
> Edgar Morin

1. Introdução

Este texto tem como objetivo fazer uma breve reflexão sobre a trajetória das taxas de cesariana no mundo, e em especial no Brasil, discutindo alguns aspectos deste fenômeno que vem sendo amplamente debatido na literatura, cientifica ou não, em vários países.

Cesariana ou parto cesáreo é definido como a extração do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia). Em geral, a cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contra-indicado ou quando não é provável que o parto vaginal seja conseguido, com segurança, num intervalo de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna maior do que aquela esperada após o parto vaginal[1].

Os primeiros partos abdominais relatados datam da antigüidade e eram impostos por leis religiosas desde 3000 a.C. que se referiam à extração de fetos de mulheres grávidas mortas. Consta que o primeiro registro de uma cesariana bem sucedida, em mulher, viva, data de 1500

e foi realizado por um açougueiro suíço em sua mulher. Nos Estados Unidos a primeira cesariana bem sucedida e melhor documentada foi feita em 1827[2].

Como forma de nascimento, a cesariana permaneceu como um procedimento muito raro e com uma taxa de mortalidade materna, decorrente de sua realização, de 90% até o final do século XIX. Nessa época, com o surgimento das técnicas de anti-sepsia, anestesia e a introdução de melhorias nas técnicas de sutura, as taxas de mortalidade começaram a cair. No século seguinte, na década de 30, as taxas de cesariana estavam entre 2% e 5% nos Estados Unidos e a mortalidade materna relacionada a essa cirurgia estava entre 2% e 3%, mostrando o grande avanço nessa técnica ocorrido nos primeiros anos do século XX. Os progressos continuados nas técnicas de anestesia, de reposição sangüínea, do uso de medicamentos intravenosos e da antibiotico-terapia contribuíram para tornar a cesariana um método alternativo e seguro para o parto normal. Entre 1950 e 1965 houve apenas um pequeno aumento das taxas de cesariana que permaneceu entre 2% e 5% nos Estados Unidos[2] .

Nos últimos cem anos as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal diminuíram de forma drástica como conseqüência do progresso da medicina, fazendo com que as taxas de morte materna deixassem de ser expressas como uma fração centesimal dos nascimentos e passassem a ser contabilizadas na proporção de 100.000 nascidos[3].

A cesariana, recurso idealizado para resolver situações de risco materno e fetal, cujas indicações estão bem estabelecidas nos livros textos de obstetrícia, teve participação importante na melhoria desses índices.

Ao final dos anos 60 a cesariana indicada de forma correta e com o grau de segurança adquirido poderia ser apontada como uma das mais importantes conquistas da obstetrícia moderna pela capacidade de garantir às mulheres e aos seus bebês que suas chances de morrer durante o trabalho de parto e parto tinham sido drasticamente reduzidas.

2. O “boom” de cesarianas

Entretanto, desde a década de 70, a cesariana passou a ser utilizada de forma abusiva em vários países do continente americano[2,4], voltando-se contra os objetivos para os quais foi idealizada, ocasionando, pelo seu uso indiscriminado, aumento nos riscos de morbi-mortalidade materna e perinatal[2,5,6]. No período de trinta anos, compreendido entre 1970 e 2000, verificou-se um grande aumento das taxas de cesariana

em todo o mundo. No continente americano, essas taxas atingiram cifras tão elevadas quanto 27,5% nos EUA em 2003 7, 22,5% em 2002 no Canadá[8] e 40,0% no Brasil no mesmo ano[9]

As taxas brasileiras ultrapassam atualmente em muito as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que preconiza uma taxa máxima de 15% de cesarianas para qualquer país[10]. Desde a década de 80 o fenômeno do aumento exagerado das indicações de cesarianas tem sido foco de atenção por causa do aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal, dos custos associados com o procedimento e pela ausência de impacto nas taxas de perimortalidade[6, 11, 12] .

3. Os riscos maternos e perinatais das cesarianas desnecessárias.

As complicações maternas na cesariana podem variar de eventos menores, como um episódio de febre ou uma perda maior de volume de sangue, até eventos maiores como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos[13]. Segundo Schuitmaker et al[14], o risco direto de morte em uma cesariana na Holanda, no período entre 1983 e 1992, foi de 0,13 para cada 1.000 cesarianas. Os mesmos autores apontaram que quando se somava a este número os casos em que a cesariana contribuiu para o total de eventos que levaram ao óbito, a taxa de mortalidade foi de 0,28 para cada 1.000 cesarianas.

Outro aspecto a ser considerado é o futuro obstétrico da mulher. A cesariana tem conseqüências negativas futuras para a vida reprodutiva da mulher. Segundo Sass et al[15] *"Em relação à interferência direta da cicatriz cirúrgica no porvir obstétrico, julgamos importante ressaltar que a presença desta é responsável direta por alta prevalência de patologias de grande potencial hemorrágico, como a placenta prévia e o acretismo placentário, responsáveis em nosso meio por um grande número de graves complicações, que muitas vezes culminam no óbito materno"* (p.32).

As complicações nos recém-nascidos decorrentes das cesarianas estão associadas a uma maior freqüência de prematuridade e síndrome de angústia respiratória[16]. Esses autores, após uma coorte de observação, em uma população de 11.702 mulheres sem complicações na gravidez, verificaram que naquelas que foram submetidas a cesarianas eletivas, os recém-nascidos, *"possuíam maior probabilidade de ter escores de Apgar[a] do primeiro minuto menor que quatro, requerer*

a. Escala de pontos dados ao recém-nascido de acordo com a sua vitalidade no primeiro e no quinto minutos de vida.

tratamento em berçário intermediário ou intensivo na admissão e requerer maior suporte respiratório do que os bebês nascidos por via vaginal" (p.2064).

Além dos riscos à saúde de mulheres e recém-nascidos, os gastos financeiros com a realização de cesarianas desnecessárias são expressivos. Segundo Shearer[11]. *"estima-se que atualmente metade das cesarianas realizadas nos Estados Unidos da América são medicamente desnecessárias, resultando em considerável morbi-mortalidade materna evitável e produzindo um gasto de cerca de US$ 1.000.000.000 (1 bilhão de dólares) por ano em conseqüência destas cirurgias".* (p.1231)

Apesar de importantes trabalhos demonstrarem que esse aumento nas taxas de cesarianas não estava ocasionando uma diminuição das taxas de perimortalidade[5] e apesar de evidências médicas apontarem que as taxas de mortalidade materna associada à cesariana sejam até 7 vezes maiores que no parto normal[14], esses números continuaram a aumentar até os dias de hoje. Mais recentemente Villar et al[6] realizaram um estudo multicêntrico prospectivo para avaliar riscos e benefícios da cesariana na América Latina. Oito países participaram do estudo fornecendo informações sobre 97.095 partos realizados durante o ano de 2005. Os resultados confirmaram os riscos maternos e neonatais associados com a realização de cesarianas.

Nos últimos anos vários questionamentos têm sido feitos acerca da medicalização excessiva da assistência ao trabalho de parto, do parto e de suas conseqüências, em especial para as gestantes de baixo risco e seus bebês.

4. Porque se tornou tão fácil para os médicos indicar tantas cesarianas desnecessárias?

Para uma reflexão sobre o papel do médico na indicação da cesariana é importante tentar entender o que para Helman[17] é *"A cultura do nascimento ocidental".* (p.154).

Um primeiro paradigma que temos que registrar remonta ao século XVII, onde o modelo do dualismo mente-corpo evoluiu para o modelo do corpo como uma máquina. Neste modelo, o corpo humano é visto como uma máquina que pode ser desmontada e remontada para garantir seu funcionamento adequado. No século XVII, a utilidade prática desta metáfora estava na possibilidade da separação da alma (deixada para a religião), da mente (deixada para os filósofos) e do corpo (que poderia ser aberto para investigação científica)[18].

É importante registrar que as construções simbólicas da medicina

moderna estão embasadas pela história da evolução do conhecimento, impregnando o pensamento médico até os dias de hoje com essa visão do corpo humano como uma máquina[19].

A partir de sua concepção como profissional de saúde do que é normal ou patológico, o médico constrói um discurso que identifica a doença. Para Turbet[20], *"O saber médico não se constitui pela tomada de consciência do doente, pelo contrário, é a existência deste saber que permite a conscientização. Ou seja, estamos perante o fato estrutural da preexistência em cada doente de um discurso médico dado antecipadamente"* (p.43).

A visão de risco sobre a saúde, parte integrante do discurso médico é, segundo Gifford (apud Kaufert e O'Neil, 1993)[21], uma construção que pode ter diferente conteúdo e significado dependendo se a linguagem utilizada é epidemiológica, clínica ou leiga (p.32). Os clínicos se apropriam do discurso epidemiológico, "a linguagem oficial do risco em medicina", para utilizá-la a favor de seus próprios argumentos. Esta tática é utilizada entre outras situações para ponderar a presença de risco no momento do nascimento. Para Kaufert e O'Neil[21], *"Obstetras, por exemplo, usam a diminuição do risco como justificativa para novas formas de intervenção técnica ou clínica no processo do nascimento.*(p.32)*...A linguagem epidemiológica do risco determina a visão médica, e esta visão médica... determina a política obstétrica"* (p.50).

Quando tentamos entender de que maneira esta racionalidade influenciou a assistência médica às mulheres, percebemos como também é importante incorporar ainda que introdutoriamente, uma visão de gênero. Para Helman[17], *"...se alguns homens ainda vêem as mulheres e sua fisiologia feminina como representantes da 'natureza' a qual é sem controle e imprevisível ... – então os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de 'domesticar' o incontrolável ... e de torná-lo mais 'cultural' no processo"*.(p.147).

Fazendo uma analogia sobre as representações sociais da mulher no discurso médico enunciado nos EUA no final do séc. XIX e princípio do séc. XX e na história médica francesa, Turbet[20], afirma que as idéias da medicina sobre a saúde da mulher não se restringiam em considerar os riscos associados à reprodução, iam mais longe, e chegavam a definir todas as funções orgânicas femininas como *intrinsecamente doentes*. Por analogia, considera-se doente a mulher grávida. Assim, os médicos se opuseram à intervenção das parteiras,

alegando ser a gravidez uma doença que requer o tratamento de um verdadeiro médico (grifos da autora) (p.65).

Este corpo-máquina, imperfeito precisa, para não oferecer risco ao bebê, ser cuidado pelo obstetra que se apropria do processo da parturição, determinando sua evolução de acordo não com a fisiologia da gestante, mas de acordo com seus ideais.

É a partir da concepção de que o parto normal é arriscado e de que a cesariana é uma forma segura e "moderna" de nascer que os obstetras sentem-se seguros para ampliar de maneira tão generalizada as indicações dessa cirurgia. A ênfase dada apenas aos aspectos biológicos do processo gestacional e do parto ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Certamente torna-se mais fácil para os obstetras medicalizar um processo como este, quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural.

Estabelece-se então um modelo médico de assistência a gestação e ao parto que trata o corpo da mulher como uma máquina defeituosa, baseado numa série de crenças, idéias e maneiras de pensar próprias de toda uma categoria de profissionais, constituindo o que poderíamos chamar de *modelo médico de saúde*.

A crítica ocorre, principalmente, porque este modelo médico ignora os reais significados que as mulheres dão à experiência da gravidez e do parto. Na relação médico-paciente fica bastante evidente a maneira diferente como as questões relacionadas ao parto são encaradas por cada um desses atores.

Para Wagner[22], de acordo com o modelo médico, a vida é um problema porque ela é cheia de riscos e está constantemente em perigo. A saúde é resultado da ação de agentes externos (tratamentos) sobre a natureza, eliminando temporariamente a doença. Em contraponto ao modelo médico, este autor coloca o *modelo social*, onde a vida é a solução e não um problema. Neste modelo, a pessoa é vista como um todo, corpo, mente e espírito, e os cuidados médicos devem respeitar essa integridade, utilizando apenas as intervenções realmente necessárias (pp.28-29). Segundo o modelo médico, a gravidez e o parto são acontecimentos arriscados e cada mulher necessita de controle e cuidados especiais. No modelo social, a gravidez não é considerada doença e o parto não é necessariamente um procedimento cirúrgico. Para os que se identificam com essas idéias, os resultados sociais e psicológicos são tão importantes quanto os biológicos e a satisfação da mulher

é de central importância para ela, sua família e para aqueles que a estão atendendo.

5. Porque as taxas de cesariana são tão diferentes, em diferentes países, mas também entre a população de um mesmo país ou cidade?

As taxas de cesariana podem ser muito diferentes entre os países e algumas vezes entre as regiões de um mesmo país. Na Inglaterra, os números podem variar de 5% até mais de 25% de todos os partos, e embora a taxa ideal de cesariana não seja conhecida, segundo dados nacionais deste país, poucas melhoras nos resultados perinatais parecem ocorrer quando essas taxas se elevam acima de 7%[23]. Para estes autores as grandes diferenças entre obstetras no uso desta intervenção cirúrgica, sugere que a comunidade obstétrica não tem certeza de quando a cesariana está indicada (p.319).

Segundo Burchell[24], para cada cesariana deveria existir sempre uma indicação válida. A prova real da validade de uma indicação se produz retrospectivamente. Se houver uma complicação materna ou fetal durante a operação, o obstetra poderia ainda dizer que a cirurgia estava indicada? A classificação das indicações ajudaria o obstetra a adotar uma decisão correta que suportará a crítica retrospectiva. Para este autor, as cirurgias podem ser realizadas por indicações maternas, fetais ou combinadas (p.734).

Para Depp[1], as cesarianas realizadas por indicações fetais têm em grande parte o objetivo de minimizar a morbidade neonatal e possíveis conseqüências de um sofrimento intraparto, trauma ou transmissão de uma infecção. Entre outras indicações dessa categoria incluem-se as apresentações pélvicas, o sofrimento fetal, fetos de muito baixo peso e herpes genital ativo.

As indicações exclusivamente por fatores maternos são poucas e incluem, entre outras, obstruções vaginais por tumores ou condilomas *(infecção viral que pode produzir grande quantidade de verrugas)*.

As indicações materno-fetais são aquelas em que existe risco significante para ambos. Entre estas indicações destacamos as anormalidades placentárias, tais como a placenta prévia *(a placenta se interpõe entre o bebê e o colo do útero)* ou o descolamento prematuro da placenta e distócias (desproporção relativa ou absoluta entre o tamanho do feto e a pélvis materna e falência ou ineficiência das contrações uterinas).

Tentando explicar parcialmente o aumento das taxas de cesariana de 4,5% para 23% nos Estados Unidos, no período entre 1965 e 1985, Cunningham et al[3], apontaram os seguintes fatores como justificativa para o aumento nas indicações desta cirurgia: a redução da paridade (numero de filhos por mulher), o aumento da idade das parturientes, o uso da monitorização fetal eletrônica (maior proporção de diagnósticos de sofrimento fetal), as apresentações pélvicas (passaram a ser indicação de cesariana em vários países), a menor utilização do fórcipe e o aumento progressivo da preocupação com os processos por má prática (p.441).

Em uma importante pesquisa sobre o aumento das indicações de cesarianas, Bottons et al[2], encontraram que este aumento podia ser atribuído principalmente a quatro indicações; distócia, parto cesáreo anterior, apresentação pélvica e sofrimento fetal. Para estes autores, distócia e parto cesáreo anterior foram as duas indicações mais comuns para a realização da cirurgia e juntas eram responsáveis pela maior parte do aumento nas taxas de cesariana nos EUA (p.118). Para aqueles autores, neste país, o que mudou significativamente não foi o tratamento realizado após se chegar a um diagnóstico. O que aumentou principalmente foi a freqüência do diagnóstico. Das indicações mais freqüentes, apenas o parto cesáreo anterior significou uma mudança na população obstétrica (um vez que aumentou muito o número de mulheres com uma cesárea anterior) e a indicação por apresentação pélvica, de uma mudança no tratamento. Distócia e sofrimento fetal significaram mais uma mudança nas técnicas ou critérios diagnósticos.

O que aconteceu que fez com que tantos novos diagnósticos de problemas no trabalho de parto passassem a ser feitos? Mudaram as mulheres e as gestações ou mudaram os critérios médicos? Se foram os critérios médicos de diagnóstico, qual o embasamento para tal mudança? Farb[25], nos EUA, estudando as indicações de cesarianas primárias (esta taxa exclui as indicações de cesariana por parto cesáreo anterior), nos períodos de 1967-1968 e 1977-1978, encontrou um aumento na taxa de cesariana de 5% para 14,6% neste período. Segundo o autor, esta elevação aconteceu devido a um crescimento de cinco vezes (0,8% para 4,1%) nas indicações por distócia; um aumento de cinco vezes nas indicações por apresentação pélvica (0,4% para 2%) e de oito vezes nas indicações por sofrimento fetal (0,1% para 0,8%), demonstrando como essas indicações cirúrgicas cresceram nos últimos anos.

Em 1980, o Instituto Nacional de Saúde dos EUA[26] formou uma comissão com o objetivo de avaliar o aumento das taxas de cesa-

riana. Esta comissão produziu um documento de consenso propondo mudanças em algumas condutas obstétricas baseadas em informações médicas disponíveis e aplicáveis na prática diária, com o objetivo de reduzir as taxas de cesariana e melhorar os resultados da assistência materna e perinatal[26]. Este documento apresentou recomendação de mudanças na condução das quatro principais indicações obstétricas responsáveis pelo aumento das taxas de cesariana (distócia, cesariana por parto cesáreo anterior, apresentação pélvica e sofrimento fetal), com o objetivo de reduzir o peso destas indicações nas taxas de cesariana. Estas recomendações mostram que para a redução das taxas de cesariana como um todo, é necessária a redução da taxa primária (o que só será alcançado com a modificação da atenção ao trabalho de parto, reavaliando as práticas atuais do modelo médico), como também a redução da taxa secundária, oferecendo às mulheres com cesariana anterior, a oportunidade de tentar um parto vaginal.

A prova de trabalho de parto para mulher com cesariana anterior, ao contrario do que dizia o antigo ditado "uma vez cesárea sempre cesárea", tem sido incentivada em vários países pela possibilidade de reduzir as taxas de cesariana. Esta iniciativa tem grande taxa de sucesso[27, 28] e é recomendada por instituições de prestígio internacionais como o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia[29], o Instituto Nacional de Saúde da Inglaterra[30] e pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá[31].

6. A cesariana no Brasil

O aumento das taxas de cesariana foi bastante expressivo nos últimos[30] anos no continente americano e mais especificamente no Brasil, que conta atualmente com taxas próximas a 40%[9]. Este indicador se manteve relativamente estável neste patamar no período de 2000 a 2003, mas esta cirurgia foi tão banalizada que em algumas regiões ultrapassa os 80%[32]. No Brasil, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, o primeiro e segundo lugar, com taxas de cesariana em torno de 50%[9].

Em 1991, Faundes et al[4], analisando as causas da explosão das taxas de cesariana no Brasil apontavam entre outros fatores o conforto para o médico de uma cirurgia agendada, em contraponto à imprevisibilidade do parto normal, a incerteza dos profissionais sobre sua capacidade de conduzir complicações no trabalho de parto, a falta de preparação da mulher para o parto durante o acompanhamento pré-natal e a ausência de parteiras nas equipes profissionais.

Apesar de inúmeras iniciativas para a redução das taxas de cesariana no Brasil ao longo das duas últimas décadas, o Ministério da Saúde não tem obtido o êxito desejado. Pelo contrario, ao longo deste período, as taxas desta cirurgia só aumentaram, em especial aquela verificada na saúde suplementar, e as questões apontadas por Faundes et al[4] permanecem ainda hoje como fatores que continuam a influenciar os elevados níveis deste indicador no Brasil.

Embora as taxas de cesariana no serviço público estejam acima daquelas recomendadas pela OMS[10] é na saúde suplementar que as distorções encontradas na assistência obstétrica se manifestam ainda com maior intensidade. Neste setor as taxas desta cirurgia chegam a alcançar valores até três vezes maior do que os encontrados no SUS .

Esta diferença entre a taxa de cesarianas na saúde pública e na saúde suplementar tem sido motivo de freqüentes questionamentos[33]. Como explicar o fato de que as gestantes que têm piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor do que a população de grávidas mais favorecida economicamente, com maior nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? Como justificar que embora cerca de 70% das mulheres atendidas neste setor desejem o parto normal como desfecho da gestação e apenas cerca de 10% consigam ter seus desejos atendidos[34-36]. Que fatores estariam sendo conjugados a ponto de afetar tão intensamente a assistência a este grupo de gestantes?

A percepção dos profissionais ou sua justificativa é de que as mulheres desejam a cesariana enquanto que, ao contrário, as pesquisas demonstram que as mulheres desejam em sua maioria o parto normal[34-36].

Cardoso[35], em pesquisa com mulheres das camadas médias na cidade do Rio de Janeiro, mostra como apesar do desejo pelo parto normal, ao longo da gestação, as mulheres vão sendo convencidas pelos obstetras da maior segurança da cesariana e sendo minadas na confiança de que seu corpo seria capaz de enfrentar o trabalho de parto e o parto.

O acompanhamento pré-natal como fator de risco para o convencimento da mulher para a realização de cesariana também fica evidente na pesquisa de Dias et al[36]. A relação estabelecida entre a mulher e o profissional ao longo do pré-natal ao invés de reforçar e incentivar o desejo da gestante pelo parto normal acaba trazendo insegurança para ela, que muitas vezes são amedrontadas diante de situações que apesar de não apresentarem risco são apresentadas como tal. As “circulares de cordão” e “os bebês grandes” são apenas dois exemplos de “possíveis” complicações apresentadas às mulheres como forma de produzir insegurança[35, 36].

Num ambiente cultural favorável à cesariana como o que vivemos atualmente no Brasil as mulheres acabam por ceder à pressão exercida pelos profissionais, submetendo-se à indicação da cirurgia. Chama atenção a enorme proporção de cesarianas eletivas nestas duas pesquisas[35, 36] revelando como a comodidade do profissional é um fator determinante na indicação dessas cirurgias.

Certamente outros fatores como a questão da remuneração dos profissionais e a própria facilidade gerada pela possibilidade da organização do trabalho hospitalar, com o agendamento dos partos, estão relacionados com as taxas de cesariana na saúde suplementar. Entretanto, sejam quais forem os elementos implicados na maneira como este modelo de assistência se organizou e vem operando, as pesquisas revelam que as mulheres e seus bebês têm sido vítimas de um atendimento que, ao contrário da segurança prometida, pode lhes trazer não apenas o risco de complicações, mas também de morrer. Reverter esta situação é, portanto, uma questão de saúde pública pela dimensão da população afetada e de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

O desafio de enfrentar esta questão é certamente uma tarefa para múltiplos parceiros e deve envolver gestores de todas as esferas, profissionais de saúde e suas entidades de classe (conselhos) e sociedades cientificas, as universidades e principalmente as mulheres e suas famílias para que, corretamente informadas, possam exercer seu papel de protagonistas neste evento que tem profundos significados sociais e afetivos.

7. Referências bibliográficas

1. DEEP R. Cesarean Delivery. In: Obstetrics Normal & Problem Pregnancies (S. Gabbe, J. Niebyl & J. Simpson ed.), p.561-642. New York. Churchill Livingstone, 1996.

2. BOTTOMS SF, ROSEN MG, SOKOL RJ. Increase in the Cesarean Birth Rate and its Implications for the Practice of Obstetrics. In: Advances in Clinical Obstetrics and Gynecology, Volume 1 (Howard J. Osofsky editor). p.115-132, Williams & Wilkins, Baltimore/London, 1981.

3. CUNNINGHAM FG, MACDONALD PC, GANT NF. Williams Obstetrics. Prentice Hall, New Jersey, 1989.

4. FAUNDES A, CECATTI JG. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Conseqüências e Propostas de Ação. Cad Saúde Pública, 7:150-173, 1991.

5. O'DRISCOLL K, FOLEY M. Correlation of Decrease in Perinatal

Mortality and Increase in Cesarean Section Rates. Obstet Gynecol, 61(1)1-5, 1983.

6. VILLAR et al. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study. BMJ, 335(7628):1025, 2007.

7. NATIONAL VITAL STATISTICS REPORTS, Vol. 54, No. 4, September 22, 2005.

8. CHAILLET N, DUMONT A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. Birth, 34(1):53-64, 2007.

9. http://www.datasus.gov.br, acessado em 27 de janeiro de 2006

10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Care in Normal Birth; a Pratical Guide, Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra; World Health Organization, 1996.

11. SHEARER EL. Cesarean Section: Medical Benefits And Costs. Soc Sci Med, 37(10):1223-31, 1993.

12. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB. Elective Caesarean Section and Respiratory Morbidity in the Term and Near-Term Neonate. Acta Obstet Gynecol Scand, 86(4):389-94, 2007.

13. VAN HAM MA, VAN DONGEN PW, MULDER J. Maternal Consequences of Cesarean Section. A Retrospective Study of Intra-operative and Postoperative Maternal Complications of Cesarean Section During a 10-year period. Eur J Gynecol Reprod Biol, 74(1):1-6, 1997.

14. SCHUITMAKER N et al. Maternal Mortality After Cesarean Section in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol, 76(4):332-334, 1997.

15. SAAS N, SOUZA E, CAMANO L. Operação Cesariana. Análise Crítica dos Índices. Gynaecia, 3:27-34, 1997.

16. ANNIBALE DJ, HULSEY TC, WAGNER CL, SOUTHGATE WM. Morbidade Neonatal Comparativa de Partos Abdominal e Vaginal Após Gestações Não-Complicadas. Arch Pediatrics Adolescent Med, 149:862-867, 1995.

17. HELMAN C. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

18. DAVIS-FLOYD, R.E. The Rituals of American Hospital Birth. In: Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology (D. McCurdy ed.), p.323-340. New York. Harper Collins, 1994.

19. CAMARGO JUNIOR KR. Representações de Doença, Saúde e seu Cuidado na Clientela de Serviços Ambulatoriais da Rede Pública do Rio de Janeiro. In: Estudos em Saúde Coletiva (M. Luz, org.), 149:5-13. Rio de Janeiro. UERJ, 1993.

20. TURBET S. Mulheres Sem Sombra: Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Ventos, 1996.

21. KAUFERT PA, O'NEIL J. Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth, In: Knowledge, Power & Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life (S. Linderbaum & M. Lock ed.), p.32-54. Berkeley. University of California Press, 1993.

22. WAGNER M. Pursuing the Birth Machine. The Search for Appropriate Birth Technology. Camperdown, Austrália. ACE Graphics, 1994.

23. ENKIN MW, KEIRSE MJNC, RENFREW MJ & NEILSON JP. A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth. Oxford. Oxford University Press, 1995.

24. BURCHELL RC. Operación Cesarea. In: Perinatologia Operatória. Técnicas Obstétricas Invasivas (L. Iffy & D. Charles ed.), p.732-756. Buenos Aires. Editora Médica Panamericana, 1984.

25. FARB HF. Changing Primary Cesarean Section Patterns at a Private Hospital. J Reprod Med, 25(6):298-303, 1980.

26. NIH (National Institutes of Health). Consensus Development Statement on Cesarean Childbirth. Obstet Gynecol, 57(4):537-545, 1980.

27. COWAN RK, KINCH RA, ELLIS B, ANDERSON R. Trial of Labor Following Cesarean Delivery. Obstet Gynecol, 83(6):933-6, 1994.

28. FLAMN BL, GOINGS JR, LIU Y, WOLDE-TSADIK G. Elective Repeat Cesarean Delivery Versus Trial of Labor: A prospective Multicenter Study. Obstet Gynecol, 83(6): 927-932, 1994.

29. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin number 54, July 2004.

30. NHS/ NICE. Caesarean Section. Clinical Guidelines, 13, 2004.

31. SCOG. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. SOCG Clinical Practice Guidelines. Number 155, February 2005.

32. RATTNER D. Sobre a Hipótese de Estabilização das Taxas de Cesáreas do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública, 30(10):19-33, 1996.

33. http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_25319.asp?secao=Home. Acesso em 09/04/2008

34. POTTER JE, BERQUO E, PERPETUO IH, LEAL OF, HOPKINS K, SOUZA MR, et al. Unwanted Caesarean Sections Among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. BMJ, 323:1155-1158, 2001.

35. CARDOSO JE. A Dissonância entre o Desejo e a Realidade: A Escolha da Via do Parto pelas Mulheres de Camadas Médias no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, UFRJ, 2008.

36. DIAS MAB, DOMINGUES RMSM, PEREIRA APE, FONSECA SC, GAMA SGN, THEME FILHA MM, BITTENCOURT SDA, ROCHA PMM, SCHILITHZ AOC, LEAL MC. 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. Ciência e Saúde Coletiva, 2008; (no prelo).

II. Favorecendo o parto normal: estratégias baseadas em evidências científicas

Rosa Maria Soares Madeira Domingues, *Mestre em Saúde Pública*
Kátia Maria Netto Ratto, *Mestre em Saúde da Criança*

Pesquisadoras do grupo de pesquisa "Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil" do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

1. Introdução

Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de "mulher" para o de "mãe". Embora a fisiologia do parto seja a mesma universalmente, a parturição é realizada de modos extremamente diferentes por diferentes grupos de pessoas. O parto nunca é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, ou seja, uma função biológica universal inserida numa matriz social específica de cada cultura1.

A visão local compartilhada do parto garante que, em grande medida, os participantes tenham idéias similares em relação ao curso e manejo do parto e serve como um guia para a condução das práticas rotineiras disponíveis. Assim, seja qual for o sistema de parto, seus praticantes tendem a vê-lo como a forma certa, melhor, ou até mesmo única de trazer uma criança ao mundo. Num sistema determinado, as práticas tendem a ser padronizadas, uniformizadas, ritualizadas e até moralizadas. No entanto, as práticas entre diversos sistemas de parto diferem muito entre si. Desta forma, o que é necessário, natural e senso comum em um sistema pode ser completamente inapropriado e injustificado em outros[1].

1.1. Modelos de atenção ao parto

Existem diversas formas ou modelos de organização da assistência ao parto. De acordo com alguns autores[2-6], os modelos de atenção poderiam ser classificados em dois ou três tipos, num gradiente determinado pelo papel ocupado pela parturiente e pelas intervenções médicas realizadas na assistência prestada.

Num extremo desse gradiente se encontra o modelo médico ou tecnológico. Nesse modelo, o parto ocorre em ambiente hospitalar, sendo o profissional médico responsável pela assistência a todos os tipos de parto (baixo ou alto risco), com enfoque predominante do parto como "risco potencial", com utilização intensiva de novas tecnologias e altas taxas de cesariana e outras intervenções.

No extremo oposto, encontra-se o modelo natural, em que a mulher é considerada o foco das atenções. O parto é visto como evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a equipe deva estar alerta para qualquer sinal de complicação. Nesse modelo os partos são acompanhados no domicílio ou centros de parto, por profissionais não médicos, sendo o uso de intervenções mínimo.

Numa posição intermediária estaria o modelo que alguns autores chamam de humanizado, em que os partos ocorrem geralmente em ambiente hospitalar, com a participação de profissionais não médicos na assistência aos partos de baixo risco (hierarquização do cuidado), com estímulo à participação ativa da mulher e seus familiares, e com uso mais restrito de intervenções médicas e de partos cesáreos.

Segundo essa classificação, existiriam atualmente no mundo três tipos de modelo de assistência ao parto: 1) o altamente medicalizado, centrado no médico, com marginalização do trabalho das parteiras, encontrado, por exemplo, nos EUA, Irlanda, Rússia e Brasil; 2) a abordagem humanizada com trabalho mais autônomo de parteiras e taxas muito mais baixas de intervenção encontrada, por exemplo, na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e 3) uma mistura das duas abordagens encontrada, por exemplo, na Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália[6].

1.1.1. Algumas reflexões sobre o modelo médico de atenção ao parto

A inclusão da gestação e do parto no domínio médico tem uma série de conseqüências, todas elas relacionadas à transformação da gestante numa "paciente". A assistência ao parto nesse modelo é comparável à

produção fabril: o trabalho de parto é separado em várias fases como numa linha de montagem, e cada etapa tem parâmetros bem definidos que qualificam o desempenho como bom ou ruim. Desvios do padrão considerado normal, definido a partir de estudos estatísticos, geram diagnósticos de desordens para os quais os livros médicos recomendam condutas como medicações, uso de fórceps e cesariana. A terminologia utilizada sempre reforça a imagem de produtividade subjacente como acelerar o processo e aumentar a eficiência, sendo a mulher vista progressivamente de forma cada vez mais passiva, como uma "hospedeira do útero que contrai"[7].

O hospital, principalmente na obstetrícia norte-americana, é visto como indústria de alta tecnologia para a produção de bebês perfeitos, havendo distinção conceitual entre mãe e bebê, sendo o bebê o produto principal e a mãe um produto secundário. Este foco leva ao monitoramento contínuo do corpo da gestante e ao uso rotineiro de intervenções, já que o corpo-máquina feminino é defeituoso e geralmente incapaz de produzir bebês perfeitos sem a assistência tecnológica dos profissionais[8] .

Para Kitzinger[9], os serviços de obstetrícia submetem as mulheres a uma série de rotinas que constituem um rito de passagem para a maternidade: separação das pessoas "normais" que continuam suas vidas fora do hospital; ficar a cargo de instâncias que estão fora de seu controle; realização de investigação e exames que envolvem a exploração de suas partes mais íntimas por homens desconhecidos; e sujeição a métodos inquietantes e muitas vezes dolorosos os quais ela não deve recusar porque são feitos "para o bem do bebê". Somente após esses ritos de isolamento e humilhação a sociedade a reabilita como mãe.

Ainda para essa autora[9], no contexto de medicalização da nossa sociedade, não é surpreendente que o parto seja considerado como algo que produz sensações que qualquer mulher tem o direito de anular. Sentir dores é recuar até a idade média e não ter sensações é a forma moderna de dar à luz. No parto moderno, despersonalizado, perdeu-se o significado transcendente. Alcançou-se o objetivo que talvez esteja implícito em todas as sociedades altamente tecnológicas: o controle mecanizado do corpo e a completa anulação de todas as sensações desagradáveis.

Como em obstetrícia os resultados são geralmente positivos, independentemente de como ou onde o parto ocorra, os médicos tendem a ter uma visão muito positiva da tecnologia, diferente de outras especialidades que apresentam taxas elevadas de mortalidade, em que falhas da tecnologia estão presentes no cotidiano. Os procedimentos rotinizados e repetitivos criam homogeneidade e reduzem incertezas

relacionadas ao parto. Os obstetras são ensinados que a causa direta do sucesso geral do processo de parto nos tempos modernos são os procedimentos médicos, e por isso esses profissionais resistem tanto a abandonar essas práticas padronizadas. A ocorrência de complicações ou vivência de experiências desastrosas aumentam ainda mais a adesão dos profissionais aos procedimentos e ao modelo tecnológico, pois a experiência ruim reforça a deficiência do corpo feminino e a necessidade de realização dos rituais como forma de prevenir a falha[8].

Para Odent[10], os profissionais médicos são preparados para atuar em todas as complicações possíveis da gravidez e do parto, mas aprendem pouco sobre todas as variações fisiológicas possíveis de um parto normal, para as quais não há razão de alarme ou intervenção. O resultado é que todos os partos são vistos como problemas potenciais, e essa ênfase no alto risco não serve para a maior parte das mulheres, que apresentam gestações e partos normais. Embora os médicos reconheçam que para um parto normal o melhor é não fazer nada, seu treinamento e orientação no trabalho os levam a atuar de forma contrária, sendo praticamente impossível não intervir em condições que na realidade são variações fisiológicas[1]. A disponibilidade das técnicas introduz um viés para a intervenção, e grande parte da intervenção médica utilizada, por ser desnecessária, na realidade introduz novos riscos[11].

Para a Organização Mundial de Saúde[12], uma citação muito freqüente e difundida de que "o parto só pode ser declarado normal em retrospecto" fez com que muitos obstetras de diversos países concluíssem que a assistência ao parto de baixo risco devesse ser semelhante à assistência aos partos com complicação. Esta percepção tem várias desvantagens como: o potencial de tornar um evento fisiológico normal em um procedimento médico; a interferência com a liberdade da mulher de experimentar o parto da maneira e no local de sua escolha; a utilização de um maior número de intervenções; e a concentração de um grande número de mulheres em hospitais bem equipados tecnicamente, com os custos a eles associados.

1.2. Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto

Desde a década de 70, a Organização Mundial de Saúde tem desenvolvido diversos trabalhos relacionados à assistência pré-natal e ao parto, motivada pela preocupação com a expansão do uso da tecnologia no parto, seu custo elevado, e questionamentos sobre sua real necessidade.

Ao longo da década de 1980, três conferências de consenso[11] sobre

uso apropriado de tecnologia na assistência pré-natal, ao parto e após o nascimento foram realizadas, e resultaram na elaboração de diversas recomendações para essa assistência.

Dentre as recomendações específicas, já se encontrava a) o estímulo a algumas práticas consideradas benéficas, como presença do acompanhante, o respeito às práticas culturalmente significativas, o estímulo à deambulação e movimentação da gestante durante o trabalho de parto; b) o abandono de práticas de uso rotineiro em muitos serviços, como o uso de enema e raspagem de pêlos pubianos; c) a definição de limites para algumas intervenções obstétricas, como parto cesáreo, indução do parto, ruptura artificial da bolsa amniótica (amniotomia), uso de monitorização eletrônica e de administração rotineira de analgesia e anestesia durante o parto; e d) estímulo a algumas condutas como partos vaginais após uma cesárea anterior, proteção do períneo evitando o uso sistemático de episiotomia, monitorização dos batimentos cardíacos fetais através de ausculta intermitente, permanência do bebê junto à mãe sempre que possível, e início do aleitamento materno imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto[13].

Os formuladores dessas recomendações afirmam que para entender como proporcionar cuidados perinatais adequados, é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo. Consideram que para tornar as recomendações viáveis, são necessárias profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde, acompanhadas de modificações nas atitudes das equipes e pela redistribuição de recursos físicos e humanos[13].

Apesar dessas recomendações e da ênfase crescente no uso da medicina baseada em evidências, muitas práticas consideradas desnecessárias continuaram sendo utilizadas, sem uma real avaliação de suas implicações para as mulheres e recém-natos. Assim, em 1996, a Organização Mundial de Saúde lançou uma publicação intitulada "Care in normal birth: a practical guide"[12], uma importante referência bibliográfica relativa aos cuidados de assistência prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto. Nesse documento, a partir de um amplo levantamento bibliográfico, as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao trabalho de parto de baixo risco foram avaliadas, com revisão das evidências a favor e contra algumas das mais utilizadas. Após a realização desse estudo, as práticas obstétricas foram classificadas em quatro categorias:

A - práticas que são reconhecidamente positivas
e devem ser encorajadas;

B - práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser abandonadas;

C - práticas para as quais ainda não existe conhecimento científico suficiente para que o seu uso possa ser recomendado com segurança e que devem ser usadas com cautela;

D - práticas que são utilizadas freqüentemente de maneira inapropriada.

Em que pese a grande variedade existente no mundo em relação aos locais de assistência ao parto, do nível de complexidade dos serviços existentes, e dos profissionais disponíveis, o documento pretende estabelecer recomendações baseadas na evidência científica disponível e, desta forma, as recomendações em relação às intervenções que devem ou não ser utilizadas no acompanhamento do parto normal não são específicas de regiões ou países.

Em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da publicação "Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde"[14], adota as recomendações da OMS integralmente, incorporando a discussão sobre a importância da humanização dessa assistência. Nos últimos anos, seminários estaduais sobre assistência obstétrica e neonatal humanizada baseada em evidências científicas, foram realizados com equipes das maiores maternidades públicas e contratadas do SUS, visando à capacitação das equipes e elaboração de projetos para implantação de mudanças das práticas estabelecidas.

2. Quais são as práticas benéficas na assistência ao trabalho de parto?

Considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde[12], do Ministério da Saúde[14], as evidências científicas provenientes das últimas revisões da Cochrane[a] e resultados de alguns estudos observacionais, destacamos a seguir alguns aspectos importantes relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes de baixo risco.

Segundo a OMS[12], um parto de baixo risco pode ser definido como aquele que tem início espontâneo, que é de baixo risco no início do trabalho de parto e que assim permanece até o parto, em que o feto nasce espontaneamente em apresentação cefálica, com idade

a. A Cochrane Collaboration é a principal responsável pela produção de revisões sistemáticas na área de obstetrícia e perinatologiascala de pontos dados ao recém-nascido de acordo com a sua vitalidade no primeiro e no quinto minutos de vida.

gestacional entre 37 e 42 semanas completas, e em que após o parto mãe e bebê se encontram em boas condições de saúde. Seguindo essa definição, cerca de 70% a 80% de todas as gestações poderiam ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto.

2.1. Tipo de ambiente para a assistência ao parto

Nos últimos anos, diversos serviços nacionais e internacionais têm implantado modificações nos ambientes para assistência ao parto, buscando garantir um local confortável, acolhedor, e que garanta privacidade e segurança às parturientes. Essas modificações visam reduzir o medo e a ansiedade relacionados ao ambiente hospitalar, frequentemente percebido como um ambiente estranho, hostil e ameaçador para as mulheres. Sabe-se que o medo e ansiedade aumentam os níveis de adrenalina no sangue, que interfere com a evolução do trabalho de parto e aumentam a percepção da dor. As mudanças do ambiente para assistência ao trabalho de parto e parto também são favorecedoras para a adoção de práticas consideradas benéficas e que serão discutidas a seguir, tais como a presença de acompanhantes familiares, o estímulo à movimentação e deambulação das parturientes, o uso de água para analgesia, e a liberdade de posição durante o período expulsivo.

Os resultados da assistência realizada nesse tipo de ambiente em comparação ao ambiente tradicional foram avaliados em uma revisão da Cochrane. Hodnett et al[15] identificaram seis ensaios clínicos envolvendo 8.677 mulheres que comparavam a assistência ao trabalho de parto em ambientes convencionais ao "home-like", ou seja, ambientes com adaptações que reduzem o aspecto hospitalar e aumentam a semelhança com uma casa. Foram avaliados alguns desfechos relacionados à assistência prestada e aos resultados maternos e neonatais. Foi encontrado menor uso de analgesia, parto vaginal espontâneo, menor ocorrência de episiotomia e maior ocorrência de laceração, preferência pelo mesmo ambiente num próximo parto, satisfação com a assistência, início do aleitamento materno e manutenção do aleitamento 6 a 8 semanas após o parto. O estudo não foi conclusivo quanto aos desfechos perinatais, observando-se uma tendência à maior mortalidade perinatal, porém sem significância estatística. Os autores apontam para a necessidade dos profissionais estarem atentos durante a evolução do trabalho de parto para a detecção de sinais de complicações, quando a assistência for realizada nesses ambientes.

Estudos observacionais também têm demonstrado bons resultados perinatais em partos domiciliares assistidos por *"midwives"*. Estes são

profissionais não médicos capacitados para assistência à gravidez, parto e puerpério, podendo ser formados em cursos específicos de *midwifery* ou terem formação prévia em enfermagem *(nurse-midwives)*.

Johnson e Daviss[16], em um grande estudo de coorte prospectivo realizado nos EUA com mais de 5.400 gestantes de baixo risco que planejavam um parto domiciliar assistido por *midwife*, concluíram que esses partos apresentaram mortalidade intraparto e neonatal semelhantes aos partos de baixo risco que aconteciam em ambiente hospitalar e menor taxa de intervenções médicas como uso de epidural, fórceps e cesarianas. Resultados semelhantes foram encontrados por Janssen[17] ao estudar os resultados perinatais dos partos domiciliares atendidos por *midwives* no Canadá, após a regulamentação da atividade dessas profissionais naquele país. Se por um lado os autores não encontraram aumento da mortalidade materna ou neonatal, por outro também verificaram que mulheres atendidas no ambiente hospitalar tinham muito mais probabilidade de serem submetidas a diversas intervenções médicas.

Segundo a OMS[12], as gestantes devem ter seu parto no local onde se sintam seguras e no nível mais periférico onde a tecnologia apropriada para seu cuidado esteja disponível. Para as gestantes de baixo risco, esse local pode ser o domicílio, centros de parto normal, ou serviços hospitalares sob responsabilidade de enfermeiras obstetras/*midwives* e/ou de médicos obstetras. Seja qual for o local, esse cuidado deve estar focado nas necessidades da mulher e em sua segurança, respeitando ao máximo seus valores culturais. Quando a assistência for prestada em ambiente não hospitalar, o acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve ser ainda mais criterioso para que qualquer intercorrência seja detectada precocemente, com encaminhamento oportuno para um serviço de maior complexidade.

2.2. Tipo de profissional envolvido na assistência ao parto

Na assistência aos partos de baixo risco, o objetivo do cuidado é obter mãe e bebê saudáveis com o mínimo de intervenção possível que seja compatível com a segurança do cuidado. Essa abordagem implica ter sempre uma razão válida para interferir com o processo natural[12].

Cabe ao profissional que presta assistência a parturientes de baixo risco: a) fornecer suporte para a mulher e seus familiares durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; b) monitorar as condições da mulher e do feto com identificação precoce de situações de risco; c) realizar intervenções pequenas, se necessário, tais como amniotomia, episiotomia e cuidados imediatos com o recém-nato; e encaminhar a gestante e/ou do

bebê, caso surjam complicações que necessitem de referência para serviços de maior complexidade[12].

Vários países europeus têm um modelo de assistência ao parto e nascimento hierarquizado, estando a assistência ao parto e nascimento de baixo risco baseada na atenção prestada por *midwives*, um(a) profissional de saúde não médico, que presta assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério de gestantes sem complicações, e cuja formação está voltada especificamente para os cuidados com a mulher e a criança, com grande ênfase para os aspectos fisiológicos desses eventos e da importância do suporte emocional para a vivência desses momentos de forma mais positiva e prazerosa. Nesse modelo, o trabalho do médico obstetra está voltado para a assistência às gestantes de risco[18].

No Brasil, o profissional equivalente à *midwife* é o(a) enfermeiro(a) obstetra, formado em curso de especialização em enfermagem, nível de pós-graduação lato sensu. A formação da enfermeira obstétrica dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, privilegiando uma atuação fundamentada na compreensão do fenômeno da reprodução como singular, contínuo e saudável, no qual a mulher é o foco central, e que se desenvolve em um determinado contexto sócio-histórico[19].

A segurança da assistência ao parto por *midwives* tem sido objeto de diversas publicações[20-22], estando o cuidado por estas profissionais relacionado, de um modo geral, não apenas a uma menor taxa de intervenções médicas, como também à maior satisfação das usuárias com o atendimento.

Para a OMS[12], a *midwife*/enfermeira obstetra seria o profissional mais adequado e custo-efetivo para a assistência aos partos de baixo risco, seja no domicílio, centros de parto normal, ou serviços de obstetrícia hospitalares.

No Brasil, a Lei Federal que regula a assistência de enfermagem (lei nº 7498/86) prevê a assistência ao parto de baixo risco por esses profissionais. Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem investido em cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica no sentido de garantir a atuação dos mesmos como uma das estratégias de qualificação da assistência obstétrica constantes do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O pagamento do "parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra" foi incluído na tabela SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) em 29 de maio de 1998 (portaria MS/GM 2815).

No âmbito da saúde suplementar, a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras(os) obstetras foi incluído no rol mínimo de pro-

cedimentos em vigor desde 02 de abril de 2008 (Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008).

Concluindo, nos serviços de saúde brasileiros, públicos e privados, tanto médicos quanto enfermeiros obstetras estão capacitados e autorizados a prestar assistência a partos de baixo risco. Entretanto, como os profissionais médicos têm uma formação mais voltada para as complicações da gestação e do parto, em geral esses profissionais percebem os partos como situações de risco, fazendo uso intensivo de tecnologias[23]. Estas constatações não excluem o médico obstetra do processo de humanização da assistência, mas apontam os desafios que estes profissionais precisam superar no sentido de modificar sua rotina de assistência aos partos de baixo risco atuando mais como cuidadores do que efetivamente como "especialistas" em patologia obstétrica.

2.3. Comunicação com a gestante e sua família durante o trabalho de parto

A relação da gestante com a equipe de saúde é considerada, por muitos autores, um dos principais componentes da satisfação com o parto, sendo um dos fatores que mais afeta a memória das mulheres em relação à experiência do parto e nascimento[24]. Mulheres valorizam conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, e profissionais que sejam responsivos às perguntas e que reconheçam as suas necessidades[25]. A continuidade do cuidado durante o trabalho de parto, por pelo menos um dos profissionais da equipe, e um cuidado apropriado fornecido por um número pequeno de profissionais também está associado a maior satisfação com a assistência[24, 26.]

Santos e Siebert[27], em estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Catarina, verificaram que alguns dos aspectos mais valorizados pelas mulheres durante o atendimento nessa maternidade foram a atenção imediata às suas necessidades, e o bom humor, dedicação e preocupação da equipe. Em estudo nessa mesma instituição[27], algumas atitudes dos profissionais como atenção, orientação, presença constante, uso de terminologias compreensíveis, estabelecimento de uma relação de segurança e confiança, e a facilitação no entendimento do cuidado fornecido, foram importantes para a mulher que estava vivendo o processo do parto.

De forma contrária, uma relação ruim com a equipe de saúde afeta negativamente a satisfação com o parto. Num estudo realizado no Rio de Janeiro, a percepção negativa dos profissionais esteve associada à menor satisfação com o parto e, especificamente, profissionais que

foram considerados "confusos" ou "pouco atenciosos" estiveram associados a menor nível de satisfação[28].

D'Oliveira et al[29] identificaram uma série de trabalhos realizados na última década, por universidades, agências de governo e organizações não governamentais de diversos países, que apontam para a ocorrência rotineira de violência nos serviços de atendimento ao parto e ao abortamento. As autoras focalizam a violência expressa sob quatro formas: a) negligência; b) violência verbal, incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional; c) violência física, considerada também como a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada; e d) abuso sexual. Segundo esses autores, muitas gestantes descrevem a negligência como o aspecto mais estressante da sua experiência, pelo medo de danos à sua saúde e à de seu bebê, sendo interpretada como um sinal de que a equipe não se importa ou que não está atuando profissionalmente. Muitas vezes, embora a assistência esteja sendo prestada dentro dos limites do que seja considerada uma boa prática, a negligência é percebida pela falta de informação, suporte e compaixão que as mulheres considerariam necessárias para se sentirem bem cuidadas.

Séguin et al[30], em estudo realizado no Canadá, verificaram que a participação no processo decisório foi o principal componente da satisfação com o cuidado médico, e a informação recebida, o principal aspecto da satisfação com a assistência de enfermagem. O grau de informação, tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto e parto, tem sido mostrado como fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório e aumentar sua percepção de estar no controle da situação, influenciando a satisfação com o parto[24, 25].

Para o Ministério da Saúde[14], humanizar o atendimento é reconhecer a individualidade das mulheres, o que permite ao profissional estabelecer um vínculo com cada mulher e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também o estabelecimento de relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de 'assumir o comando da situação' passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. Para a OMS[12], o cuidado ao parto de baixo risco exige principalmente uma observação cuidadosa para identificar sinais precoces de complicação, sem necessidade de intervenções, mas sim de encorajamento, suporte e um cuidado afetuoso.

2.4. Suporte no parto

O suporte no parto é uma das práticas que dispõe de forte evidência científica sobre seus benefícios. Hodnett et al [31], na maior e mais recente meta-análise sobre o tema, envolvendo dezesseis ensaios clínicos randomizados com a participação de mais de treze mil mulheres, encontraram menor duração do trabalho de parto, maior proporção de parto vaginal espontâeno, menor uso de analgesia, e maior satisfação com o parto em mulheres que tiveram o suporte continuado no parto. Os maiores benefícios foram observados quando o suporte foi fornecido por um profissional que não era membro da equipe, quando fornecido desde o início do trabalho de parto e se a analgesia peridural não estava rotineiramente disponível.

Uma outra revisão[32], incluindo também estudos observacionais, encontrou outros benefícios, tais como menor uso de ocitocina e aumento da satisfação materna com a experiência vivida. Os autores ressaltam, porém, que os benefícios do suporte no parto por acompanhantes familiares não têm sido avaliados, configurando uma lacuna do conhecimento sobre o tema.

Entretanto, estudos internacionais e nacionais realizados em serviços onde a presença do acompanhante familiar é permitida e incentivada, mostraram elevada satisfação das mulheres com essa prática e sua contribuição para uma maior satisfação com a experiência global do parto[24, 25, 28, 33, 34].

A recomendação, portanto, é de que todas as mulheres recebam suporte durante todo o trabalho de parto. O suporte é geralmente constituído por alguns componentes que incluem o suporte emocional (presença contínua, encorajamento, elogios); medidas de conforto físico (toque, massagem, banho, uso da água para analgesia, ingestão de líquidos, etc..); informações sobre o progresso do trabalho de parto e formas de facilitar a evolução do mesmo; e interlocução com a equipe, facilitando a comunicação da mulher e ajudando-a a expressar suas preferências e escolhas.

A presença do acompanhante é uma recomendação da OMS[12] e do Ministério da Saúde[14], e desde a aprovação da lei federal número 11.108 de 7 de abril de 2005, um direito de todas as mulheres atendidas nos serviços do Sistema Único de Saúde, sejam eles próprios ou contratados. No âmbito da saúde suplementar, está em vigor, desde o dia 02 de abril de 2008, o novo rol de procedimentos mínimos a serem garantidos aos beneficiários de planos de saúde contratados após 1999 (Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008,

seção IV, artigo 16, parágrafo 1), que inclui a garantia do acompanhante de escolha da mulher.

No processo de implantação e consolidação dessa prática, algumas considerações são importantes. A maior parte dos serviços de obstetrícia hospitalares é projetada sem facilidades para aqueles que não são pacientes. Assim, não só conceitualmente, mas fisicamente não há espaço para um participante leigo que possa estar acompanhando a mulher. Nos partos hospitalares, mesmo que uma pessoa de suporte esteja presente, sua atuação e interação com a mulher ficam muito limitados pelo tipo de mesa de parto, que impede um suporte completo para o corpo; pela posição deitada da mulher, que impede que ela seja sustentada pelos braços do acompanhante; e pela fragmentação do corpo da gestante numa metade com acesso restrito aos médicos ("a extremidade do trabalho") e a metade superior onde o acompanhante deve permanecer ("extremidade relacional")[1].

Encontra-se em fase de finalização a nova resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), regulamento técnico para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal públicos e privados, complementar à RDC nº 50, que trata da normatização dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, contemplando algumas das questões apontadas, como por exemplo, a garantia do redimensionamento do espaço físico de forma a garantir a presença do acompanhante de escolha da gestante.

No hospital outros fatores podem também interferir com a intensidade e intimidade do envolvimento da gestante com o acompanhante, como a restrição da gestante ao leito, a aproximação de pessoas estranhas e o uso de equipamentos que podem interferir psicológica e fisicamente na interação de ambos (dificuldade de contato físico, medo de alterar/danificar o equipamento)[3].

Desta forma, se o ambiente hospitalar dificulta a atuação do acompanhante familiar, o profissional de saúde deve estar particularmente atento para tranqüilizá-lo em relação ao ambiente e tecnologias utilizadas e orientá-lo sobre a melhor forma de fornecer o suporte para a parturiente.

Para o Ministério da Saúde[14], o processo de humanização do nascimento, que inclui a possibilidade de um acompanhante à parturiente, envolve necessariamente uma mudança de atitudes do profissional de saúde, revendo seus conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher. E envolve também uma mudança de atitude da instituição, que deve estar estruturada e preparada para esta nova postura em relação à mulher e seu acompanhante.

2.5. Posição materna durante o trabalho de parto e o período expulsivo

O uso de posições verticalizadas para assistência ao parto está presente em vários registros de culturas antigas[35]. Porém, com o desenvolvimento das técnicas obstétricas, a posição de litotomia (decúbito dorsal com pernas elevadas) foi progressivamente incorporada na assistência aos partos, por permitir melhor visualização do períneo e realização de manobras obstétricas, quando necessárias.

Entretanto, do ponto de vista da fisiologia, as posições verticalizadas apresentam inúmeras vantagens para a evolução do trabalho de parto, tais como, menor compressão dos vasos sanguíneos com melhor vascularização placentária e oxigenação fetal, ampliação do diâmetro do canal de parto, maior eficácia das contrações uterinas, e participação mais ativa da parturiente[35, 36, 37].

A OMS classifica a liberdade de movimentação e de posição da parturiente durante o trabalho de parto como uma prática reconhecidamente benéfica e que deve ser encorajada. Estudos têm demonstrado menor uso de analgesia e menor uso de medicações para aceleração do trabalho de parto em posições verticalizadas quando comparada à posição supina[12].

Ou seja, não existe evidência que justifique a permanência das mulheres em posição supina durante o trabalho de parto. As gestantes devem ser estimuladas a se movimentar e a adotar posições verticalizadas que sejam confortáveis para ela, sem a interferência dos profissionais de saúde. É provável que a gestante mude de posição muitas vezes durante o trabalho de parto, já que nenhuma posição é confortável por muito tempo, sendo a dor geralmente um parâmetro para a busca de novas posições, que por sua vez facilitam a descida do feto.

Em relação à posição materna durante o período expulsivo, uma revisão da Cochrane que comparou os resultados de diferentes posições no período expulsivo em mulheres sem analgesia peridural[38], avaliou 20 ensaios clínicos de qualidade variável incluindo 6.135 mulheres. Como resultados encontrou que mulheres que tiveram partos na posição vertical ou em decúbito lateral, quando comparadas à posição supina ou em litotomia, apresentaram menor duração do período expulsivo, redução do número de partos assistidos, menor realização de episiotomia, menor percepção de dor intensa durante o período expulsivo, e menor ocorrência de alterações nos batimentos cardiofetais. Por outro lado, apresentaram maior ocorrência de lacerações de segundo grau e de perda sanguínea superior a 500 ml. Apesar dos limites metodo-

lógicos dos estudos, os resultados dessa meta-análise sugerem vários benefícios associados a posições verticalizadas no momento do parto.

Concluindo, tanto no trabalho de parto como no momento do parto, as gestantes devem ser estimuladas a adotar a posição que quiserem, evitando longos períodos na posição supina (deitada de costas). Profissionais de saúde devem ser capacitados para a assistência ao parto em outras posições que não de litotomia, como, por exemplo, de cócoras, sentada, em decúbito lateral, para não restringirem as mulheres em suas possibilidades de escolha.

É importante ressaltar também que na assistência aos partos de baixo risco, tanto o trabalho de parto quanto o parto podem ser assistidos no mesmo ambiente, geralmente em local denominado "quarto PPP" (pré-parto/parto/puerpério). Embora muitos hospitais disponham de salas específicas para o atendimento ao parto, estas em geral têm um ambiente muito pouco acolhedor, sendo a transferência durante o trabalho de parto muito desconfortável para a mulher. O Ministério da Saúde, em seu manual sobre assistência ao parto, abortamento e puerpério[14], assim como o novo **regulamento técnico para funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal da Anvisa**, recomendam a adoção de quartos PPP nos serviços de atenção ao parto como estratégia de humanização do cuidado e de incentivo ao parto normal, com conseqüente redução nos índices de cesárea.

2.6. Analgesia no parto

Na publicação da OMS[12], o uso da água para analgesia foi classificada como uma prática para a qual ainda não existiam evidências suficientes e que deveria ser utilizada com cautela. Entretanto, a última meta-análise realizada pela Cochrane[39] sobre esse tema, com análise de oito ensaios clínicos randomizados envolvendo 2.939 mulheres, evidenciou que a imersão em água durante o trabalho de parto reduziu o uso de analgesia e a percepção de dor pela parturiente, sem efeitos adversos na duração do trabalho de parto, parto vaginal operatório, parto cesariano e complicações neonatais (Apgar menor que sete no quinto minuto, admissão em UTI neonatal e infecção neonatal). Ainda não existem estudos suficientes sobre a segurança do parto na água. Portanto, a recomendação é de que a imersão na água seja utilizada como método para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Outros métodos não farmacológicos (acupuntura, áudio-analgesia, acupressão, aromaterapia, hipnose, massagem e técnicas de relaxamento) também foram avaliados[40]. Quatorze ensaios clínicos que

comparavam o uso de algumas dessas técnicas foram analisados, evidenciando-se efeitos benéficos apenas para o uso da acupuntura e da auto-hipnose, em estudos com um número pequeno de mulheres.

Em relação ao uso da analgesia peridural, a revisão de Amin-Somuah et al[41] avaliou os resultados de 21 ensaios clínicos envolvendo 6.664 mulheres. Verificou-se que a analgesia peridural é um método efetivo para controle da dor, mas que está associado a um maior risco de parto operatório. O uso da analgesia não teve impacto significativo nas taxas de cesariana, satisfação materna com a analgesia, dor lombar prolongada e Apgar baixo no quinto minuto.

Embora a analgesia peridural seja um método eficaz, ela exige recursos tecnológicos disponíveis apenas hospitais bem equipados. Além disso, está associada a maior possibilidade de intervenções médicas, interferindo com a evolução normal do trabalho de parto.

Portanto, na discussão sobre formas de analgesia com as gestantes, deve-se discutir os riscos e benefícios dos diversos métodos disponíveis. É importante ressaltar que a demanda por métodos farmacológicos é largamente influenciada pelo contexto cultural, sendo a analgesia peridural muito pouco utilizada em diversos países desenvolvidos que adotam um modelo de cuidado menos intervencionista. Ou seja, a ausência de métodos farmacológicos, como a analgesia peridural, não representa uma assistência de pior qualidade.

Os métodos farmacológicos nunca devem substituir uma atenção individualizada e carinhosa, que são fundamentais na assistência aos partos de baixo risco. É importante também identificar fatores no ambiente e no tipo de assistência prestada que possam estar contribuindo para o aumento da percepção dolorosa, tais como a separação da gestante de seus familiares, restrição da movimentação da gestante, uso de intervenções desnecessárias, falta de conforto, privacidade e de uma relação que lhe transmita segurança e tranqüilidade.

2.7. Acompanhamento e monitoramento do trabalho de parto

A avaliação de risco não é uma atividade pontual, mas um procedimento contínuo que deve ser adotado durante toda a gravidez e trabalho de parto. Um monitoramento cuidadoso permite a identificação precoce de qualquer sinal de risco, com encaminhamento oportuno para serviços de maior complexidade[12].

O acompanhamento do trabalho de parto é feito pela observação da mulher, sua aparência, comportamento, contrações e descida da

apresentação fetal. A medida de maior acurácia é a dilatação do colo uterino, e desvios de uma progressão esperada dessa dilatação indicam uma avaliação de possíveis causas dessa evolução mais lenta e a necessidade de intervenções.

O partograma é um instrumento utilizado para o acompanhamento do trabalho de parto, sendo uma representação gráfica da evolução do mesmo, onde devem ser registrados dados importantes a serem monitorados, dentre eles a dilatação do colo uterino. O partograma preconizado pela OMS[42] contém uma linha de alerta, alcançada quando a dilatação é inferior a 1 cm por hora, e uma linha de ação, que é atingida se a demora na progressão persiste por mais 4 horas. Estudos realizados desde a década de 1990 demonstram resultados benéficos associados ao uso do partograma, como redução da taxa de cesarianas, da natimortalidade intraparto e da sepsis neonatal estando o seu uso recomendado para o acompanhamento do trabalho de parto e parto[42, 43].

Para a monitorização da vitalidade fetal, o uso contínuo da cardiotocografia (CTG) não está indicado para monitorização das gestantes de baixo risco. A última revisão da Cochrane[44] para comparar o uso da CTG contínua com outras formas de monitorização (ausculta intermitente, CTG intermitente) ou com nenhuma monitorização, identificou 12 ensaios clínicos, envolvendo 37.000 mulheres, sendo dois de alta qualidade. Como resultados evidenciou que o uso contínuo da CTG está associado à redução de convulsões neonatais, porém sem diferenças na ocorrência de paralisia cerebral e nas taxas de mortalidade perinatal. Por outro lado, o uso contínuo da CTG aumentou os riscos de a gestante apresentar um parto cesariano ou um parto instrumental.

Com base nos resultados desses estudos, recomenda-se a ausculta intermitente dos batimentos cardiofetais como método de escolha para monitorização da vitalidade fetal em gestantes de baixo risco.

2.8. Uso de intervenções

Segundo a OMS[12], o parto é um evento fisiológico e deve sempre haver uma razão válida que justifique uma intervenção nesse processo. Nas suas recomendações, algumas práticas, tais como dieta zero, restrição da gestante ao leito, uso rotineiro de hidratação venosa, enema (lavagem intestinal), tricotomia, são consideradas claramente prejudiciais e que não devem ser utilizadas na assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes de baixo risco. Outras, como a episiotomia (corte utilizado na região perineal para ampliar o canal de parto), são classificadas como práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada.

Já o uso da amniotomia é uma prática que deveria ser utilizada com cautela, uma vez que não existiam evidências científicas suficientes.

Revisões recentes da Cochrane[45-47] acrescentam novas evidências a essas recomendações. Uma revisão sobre o uso de enema[45] identificou três ensaios clínicos envolvendo 1.765 mulheres. Nem todos os desfechos estavam disponíveis para os três estudos, mas os resultados não evidenciaram diferenças nas taxas de infecção puerperal, infecção neonatal (trato respiratório inferior e superior) após um mês de seguimento; infecção umbilical e satisfação materna. Um estudo encontrou menor duração do trabalho de parto associado ao uso de enema, mas outro estudo, ajustado para paridade, não encontrou diferenças significativas. Os autores concluem que não existe evidência que justifique o uso de enema no trabalho de parto, devendo essa prática ser desencorajada.

A revisão sobre uso de episiotomia[46], comparando o uso restrito desse procedimento ao uso rotineiro, identificou seis ensaios clínicos randomizados envolvendo mais de cinco mil mulheres. A realização de episiotomia no grupo uso rotineiro foi de 72,7%, enquanto no uso restrito foi de 27,6%. Foram encontradas diferenças significativas nos resultados entre os grupos, sendo observado, nas mulheres com uso restrito, menos trauma perineal posterior, menos realização de sutura e menos complicações na cicatrização. Apenas a ocorrência de trauma anterior foi maior nesse grupo. Não foram observadas diferenças na ocorrência de trauma perineal ou vaginal severo, dispareunia, incontinência urinária e diversas medidas de dor. Os autores concluem que o uso restrito de episiotomia está associado a vários benefícios quando comparada ao uso rotineiro. A OMS sugere uma taxa de 10% em parturientes de baixo risco.

Quanto ao uso da amniotomia, sabe-se que é um dos procedimentos mais utilizados rotineiramente para aceleração do trabalho de parto. A última revisão da Cochrane[47], atualizada em 2007, com o objetivo de avaliar a efetividade e segurança da amniotomia utilizada isoladamente para acelerar o trabalho de parto, identificou 14 estudos envolvendo 4.839 mulheres. Não foi evidenciada diferença significativa na duração do trabalho de parto, satisfação materna, e Apgar menor que 7 no quinto minuto. A amniotomia esteve associada com um risco aumentado de parto cesariano, embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística (RR 1,26, 95% CI 0,98 – 1,62). Como conclusão, os autores afirmam que o uso rotineiro da amniotomia não deve ser recomendado na assistência no manejo do trabalho de parto, e que a evidência disponível deve ser discutida com as mulheres antes da decisão de realização desse procedimento.

O uso da amniotomia precoce associada a outros procedimentos (acompanhamento individualizado, uso de ocitócito e monitorização eletrônica continuada), em nulíparas de baixo risco, conhecido como manejo ativo do parto, também não está recomendado, considerando os resultados de estudos recentes que não demonstram benefícios associados a essa conduta[48].

Por outro lado, em gestantes que apresentam rotura espontânea das membranas amnióticas anterior ao início do trabalho de parto, a antecipação do parto com uso de métodos como ocitócitos e prostaglandinas, está associada a resultados benéficos. Uma revisão da Cochrane[49] que comparou os resultados obtidos com esses dois tipos de abordagem, conduta expectante ou antecipação do parto, identificou doze ensaios clínicos envolvendo 6.814 gestantes, e encontrou menor morbidade infecciosa materna no grupo parto antecipado, sem aumento dos partos vaginais operatórios ou cesarianos. Também foi encontrado menor número de internações em UTI neonatal no grupo planejado, embora a taxa de infecção neonatal tenha sido semelhante nos dois grupos.

2.9. Assistência ao terceiro período do parto (expulsão da placenta)

Existem duas possibilidades de manejo do terceiro período do parto: o manejo expectante, em que a placenta é expelida espontaneamente; e o manejo ativo, em que se utiliza ocitocina de forma profilática antes da expulsão placentária, geralmente associado ao clampeamento precoce do cordão umbilical e à tração controlada do mesmo.

O estudo de Prendiville et al[50], que realizou uma revisão sistemática para comparar o manejo expectante com o manejo ativo, identificou cinco ensaios clínicos randomizados, sendo quatro de boa qualidade. Encontrou diversos efeitos benéficos no grupo com manejo ativo em ambiente hospitalar, sendo os principais o menor risco de perda sanguínea materna, hemorragia puerperal, e duração prolongada do terceiro período do parto. Entre as mulheres do grupo manejo ativo, observou-se uma ocorrência significativamente maior de náusea, vômito e aumento da pressão sanguínea, provavelmente associada ao uso de ergometrina. Não foram observadas diferenças em relação aos bebês.

Os resultados demonstram benefícios do manejo ativo para gestantes que apresentam parto vaginal em ambiente hospitalar, estando associado, entretanto, a efeitos colaterais desagradáveis. As parturientes com maior risco de hemorragia pós-parto e aquelas com anemia provavelmente são aquelas que mais irão se beneficiar com essa

abordagem[12]. Riscos e benefícios dessas duas abordagens devem ser discutidos com as mulheres.

2.10. Contato precoce pele a pele e início da amamentação na primeira hora após o nascimento

O contato precoce pele a pele é uma prática considerada reconhecidamente benéfica pela OMS e que deve ser estimulada. A revisão mais recente sobre o tema[51], que identificou 30 ensaios clínicos envolvendo 1.925 participantes, encontrou resultados benéficos no aleitamento materno, formação do vínculo mãe-bebê, menor duração do choro do bebê e maior estabilidade cardio-respiratória em prematuros, sem efeitos negativos a curto ou longo prazo.

O início da amamentação na primeira hora após o parto também é uma prática reconhecidamente benéfica, com repercussões positivas para a saúde da mulher e da criança[12]. Trata-se de um período excelente para iniciar a amamentação já que o bebê geralmente está atento, em estado de alerta máximo e com reflexo de sucção ativo, estimulando precocemente a produção de ocitocina e prolactina. É uma recomendação da UNICEF, sendo um dos dez passos necessários para certificação de serviços com atenção ao parto e nascimento como "Hospital Amigo da Criança" (Iniciativa Hospital Amigo da Criança/IHAC/UNICEF)[52]. É considerada pelo Ministério da Saúde[14] um importante componente do processo de humanização do nascimento.

3. Considerações finais

O Brasil apresenta um modelo de atenção ao parto centrado no modelo médico, com uso intensivo de tecnologia e resultados perinatais ainda inferiores aos dos países desenvolvidos. As taxas de cesariana estão entre as mais elevadas do mundo, sendo próximas a 90% em alguns serviços privados.

Várias práticas reconhecidamente prejudiciais ainda são observadas nos serviços públicos e privados, enquanto outras, amplamente recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde, apresentam implantação baixíssima.

Para a mudança desse cenário, diversos atores são necessários. Por um lado, mulheres e familiares, consumidores desses serviços, e maiores beneficiários da adoção de um modelo focado em suas necessidades e com melhores resultados para mulher e bebê. Por outro, os formuladores de políticas e gestores das instituições de saúde, que devem

se apropriar desse conhecimento, participar desse debate e contribuir para formatação de novos modelos de atenção. E por fim, o profissional de saúde, elemento chave neste processo, prestador direto dessa assistência, e que apresenta uma formação voltada para os aspectos médicos da parturição, com pouca valorização dos aspectos sociais e subjetivos da gestação, parto e nascimento.

A sensibilização dos profissionais, médicos e enfermeiros, para uma nova forma de abordagem desses eventos é fundamental, bem como a atualização continuada por meio da evidência científica produzida. Sabe-se, entretanto, que a mudança das práticas profissionais não é um processo simples. Qualquer movimentação em território novo exige a coragem de se pôr de lado as restrições impostas pelas tradições e experimentar, com novos métodos, desenvolver novas habilidades [53]. O estímulo e apoio à mudança são essenciais para que transformações aconteçam de fato.

4. Referências bibliográficas

1. JORDAN B. Birth in Four Cultures – A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and The Unites States.4ª ed. USA: Waveland Press, Inc, 1993.

2. DAVIS-FLOYD R. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. Int J Gynecol Obstet, 75 (suppl nº 1):5-23, 2001.

3. ROTHMAN B. Giving Birth – Alternatives in Childbirth. USA: Penguin Books, 1982.

4. RATTNER D. Concepções Alternativas de Assistência e seu Impacto nos Indicadores Perinatais. In: Seminário Estadual Sobre o Ensino de Enfermagem para a Assistência ao Nascimento e Parto. São Paulo: ABENFO, 1998.

5. KLAUS MH, KENNELL JH, KLAUS PH. Mothering the Mother: How a Doula can Help You Have a Shorter, Easier and Healthier Birth. Cambridge, Massachusets: Perseus Books, 1993.

6. WAGNER M. Fish Can´T See Water: the Need to Humanize Birth. Int J Gynecol Obstet, 75(suppl nº 1):25-37, 2001.

7. MARTIN E. The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction. Boston: Beacon Press, 1987.

8. DAVIS-FLOYD RE. Obstetric Training as a Rite of Passage. Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly, 1(3): 288-318, 1987.

9. KITZINGER S. Mães – um Estudo Antropológico da Maternidade. Portugal: Ed. Presença, 1978.

10. ODENT M. Birth Reborn. New York: Pantheon Books, 1984.

11. WAGNER M. Pursuing the Birth Machine. The Search for Appropriate Birth Technology. Australia: ACE Graphics, 1994.

12. World Health Organization (WHO). Maternal And Newborn Health, Safe Motherhood Unit, Family And Reproductive Health. Care in Normal Birth: a Pratical Guide. Genebra: World Health Organization, 1996.

13. World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet; 2(84532): 436-67, 1985.

14. 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.

15. HODNETT E. Home-like Versus Conventional Institutional Settings for Birth. Cochrane Database Syst Rev, (1):CD000012, 2005.

16. JOHNSON KC, DAVISS BA. Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: Large Prospective Study in North America. BMJ, 330(7505):1416, 2005.

17. JANSSEN PA, LEE SK, RYAN EM, ETCHES DJ, FARQUHARSON DF, PEACOCK D, KLEIN MC. Outcomes of Planned Home Births Versus Planned Hospital Births After Regulation of Midwifery in British Columbia. CMAJ, 166(3):315-23, 2002.

18. DIAS MAB, DOMINGUES, RMSMD. Desafios na Implantação de uma Política de Humanização da Assistência Hospitalar ao Parto. Ciência & Saúde Coletiva; 10(3):669-705, 2005.

19. RIESCO MLG, TSUNECHIRO MA. Midwifery and Nurse-Midwifery Education: Old Problems or New Possibilities? Rev Estud Fem, 10(2):449-459, 2002.

20. BLANCHETTE H. Comparison of Obstetric Outcome of a Primary-Care Access Clinic Staffed by Certified Nursemidwives and a Private Practice Group of Obstetricians in the Same Community. Am J Obst Gynecol, 172(6):1864-1868, 1995.

21. TURNBULL D, HOLMES A, SHIELDS N, CHEYNE H, TWADDLE S, GILMOR WH, et al. Randomised, Controlled Trial of Efficacy of Midewife-Managed Care. Lancet, 348(9022):213-218, 1996.

22. MacDORMAN MF, SINGH GK.J Midwifery Care, Social and Medical Risk Factors, and Birth Outcomes in the USA. Epidemiol Community Health, 52(5):310-7, 1998.

23. DIAS MAB. Cesariana: Epidemia Desnecessária? A construção da Indicação da Cesariana em uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado. IFF / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

24. GREEN J, COUPLAND V, KITZINGER J. Great Expectations – A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth. Inglaterra: Books for Midwives Press, 1998.

25. MURRAY I, WILCOCK A, KOBAYASHI L. Obstetrical Patient Satisfaction. J Health Care Marketing, 16(3):54-57, 1996.

26. ENKIN M, KEIRSE, MJNC, NEILSON J, DULEY, CCLD, HODNETT E, HOFMEYR J. Social and Professional Support in Childbirth. In: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Inglaterra: Oxford University Press, 2000.

27. SANTOS OMB, SIEBERT ERC. The Humanization of Birth Experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. Int J Gynecol Obstet, 75 (suppl.no.1):73-79, 2001.

28. DOMINGUES RMSM, SANTOS EM, LEAL MC. Aspectos da Satisfação das Mulheres com a Assistência ao Parto: Contribuição para o Debate. Cad Saúde Pública, 20 sup 1:S52-S62, 2004.

29. D'OLIVEIRA AFPL, DINIZ SG, SCHRAIBER LB. Violence Against Women in Health-Care Institutions: an Emerging Problem. Lancet, 359:1681-1685, 2002.

30. SÉGUIN L, THERRIEN R, CHAMPAGNE F, LAROUCHE D. The Components of Women´s Satisfaction with Maternity Care. Birth, 16(3):109-113, 1989.

31. HODNETT ED, GATES S, HOFMEYR GJ, SAKALA C. Continuous Support for Women During Childbirth. Cochrane Database Syst Rev, Jul 18;(3):CD003766, 2007.

32. BRUGGEMAN OM, PARPINELLI MA, OSIS MJ. Evidências Sobre o Suporte Durante o Trabalho de Parto/Parto: Uma Revisão da Literatura. Cad Saúde Pública, 21(5):1316-1327, 2005.

33. KEIRSE M, ENKIN M, LUMLEY J. Social and Professional Support During Childbirth. In: Effective Care in Pregnancy and Childbirth (Chalmers, I., Enkin, M. & Keirse, M., eds), Vol 2, p. 805-814, Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 1989.

34. SMITH M, ACHESON L, BYRD J, CURTIS P, DAY T, FRANK S, FRANKS P, GRAHAN A, LEFEVRE M, RESNICK J, WALL E. A Critical Review of Labor and Birth Care. J Family Practice, 33(3):281-292, 1991.

35. PACIORNIK M. Parto de Cócoras. 3ª ed. São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1991.

36. PACIORNIK C. Análise Perinatal de 11.100 Partos de Cócoras. In: Parto Humanizado – Formas Alternativas (Sabatino H, Dunn P, Caldeyro Barcia R, orgs), Campinas: Ed. da Unicamp, 1992.

37. SABATINO H, VILARINO J. Avaliação Obstétrica de Partos em Posição de Cócoras. In: Parto Humanizado – Formas alternativas. (Sabatino H, Dunn P, Caldeyro Barcia R., orgs), Campinas: Ed. da Unicamp, 1992.

38. GUPTA JK, HOFMEYR GJ, SMYTH R. Position in the Second Stage of Labour for Women Without Epidural Anaesthesia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2007.

39. CLUETT ER, NIKODEM VC, MCCANDLISH RE, BURNS EE. Immersion in Water in Pregnancy, Labour and Birth. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD000111, 2004.

40. SMITH CA, COLLINS CT, CYNA AM, CROWTHER CA. Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour. Cochrane Database Syst Rev, Oct 18;(4):CD003521, 2006.

41. ANIM_SOMUAH M, SMYTH R, HOWELL C. Epidural Versus Non-Epidural or no Analgesia in Labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 1, Oxford: Update Software, 2007.

42. World Health Organization. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization Partograph in Management of Labour. Lancet, 343:1399-1404, 1994.

43. LAVENDER T, ALFIREVIC Z, WALKINSHAW S. Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes. Obstet Gynecol, 108(2):295-302, 2006.

44. ALFIREVIC Z, DEVANE D, GYTE GM. Continuous Cardiotocography (CTG) as a Form of Electronic Fetal Monitoring (EFM) for Fetal Assessment During Labour. Cochrane Database Syst Rev, 3:CD006066, 2006.

45. REVEIZ L, GAITÁN HG, CUERVO LG. Enemas During Labour. Cochrane Database Syst Rev, Oct 17;(4):CD000330, 2007.

46. CARROLI G, BELIZAN J. Episiotomy for Vaginal Birth. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD000081, 2000.

47. SMYTH RM, ALLDRED SK, MARKHAM C. Amniotomy for Shortening Spontaneous Labour. Cochrane Database Syst Rev, Oct 17;(4):CD006167, 2007.

48. SADLER LC, DAVISON T, McCOWAN LME. A Randomized Controlled Trial and Meta-Analysis of Active Management of Labour. BJOG, 107:909-915, 2000.

49. DARE MR, MIDDLETON P, CROWTHER CA, FLENADY VJ, VARATHARAJU B. Planned Early Birth Versus Expectant Management (waiting) for Prelabour Rupture of Membranes at Term (37 weeks or more).Cochrane Database Syst Rev, Jan 25;(1): CD005302, 2006.

50. PRENDIVILLE WJ, ELBOURNE D, MCDONALD S. Active Versus Expectant Management in the Third Stage of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (3):CD000007, 2000.

51. MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. Early Skin-to-skin Contact for Mothers and their Healthy Newborn Infants. Cochrane Database Syst Rev, Jul 18;(3):CD003519, 2007.

52. http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9995.htm, acessado em 10 de abril de 2008.

53. VITAL BRASIL C. Educação e Desejo. In: Educação: Razão e Paixão. Panorama ENSP (Joaquim A. Cardoso de Melo, org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1993.

III. Estratégias de redução de cesarianas desnecessárias: evidência científica acumulada

Sandra Costa Fonseca, *Doutora em Epidemiologia*
Marcos Augusto Bastos Dias, *Doutor em Saúde da Mulher*
Rosa Maria Soares Madeira Domingues, *Mestre em Saúde Pública*

Pesquisadoras do grupo de pesquisa "Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil" do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

1. Introdução

1.1. Cesarianas no Brasil

Apesar da recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) de taxas de cesarianas menores que 15% para todos os países[1], este procedimento continua em um patamar muito elevado no Brasil. Desde a década de 90, o problema da "epidemia" de cesarianas vem sendo apontado em nosso país[2,3].

Contudo, a freqüência de cesariana é heterogênea nos diferentes grupos populacionais brasileiros, sendo em torno de 23% nas instituições públicas e 64% nas instituições privadas. [4] De acordo com vários estudos, as taxas são influenciadas por condições socioeconômicas, fontes de financiamento dos serviços de saúde e pelo modelo vigente de atenção médica[4-9.] Um dos fatores aventados para este aumento de cesarianas, que seria a "demanda" das mulheres brasileiras, tem sido refutado em estudos nos serviços públicos e privados[4, 8, 10.]

Esta heterogeneidade também revela uma desigualdade na oferta de cesarianas, com predomínio do procedimento em mulheres de baixo risco e maior renda, reforçando a influência de fatores não-clínicos. O estudo recente de Ribeiro et al[11] ilustra bem esta desigualdade, ao comparar duas cidades brasileiras, sendo uma com melhor padrão de desenvolvimento – Ribeirão Preto. Os autores relataram

taxas de 50,8% em Ribeirão Preto (SP), comparadas com 33,7% em São Luís (MA). Dentro de Ribeirão Preto, a taxa no setor privado foi 77,9% e no setor público 33,9%; enquanto em São Luís os valores foram respectivamente 93,7% e 25,3%. O fator "mesmo médico no pré-natal e no parto" explicou a maior parte da diferença entre as duas cidades, sugerindo a grande influência do médico na decisão sobre o tipo de parto.

Estudo realizado nas cidades de Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre e Natal, abordou 1.136 mulheres, das quais 419 no setor privado. Neste segmento, houve 72% de cesarianas, sendo que 2/3 eram agendadas, por razões médicas pouco justificáveis e em mulheres que haviam declarado preferência por parto vaginal[10].

Em estudo na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2007, em duas unidades financiadas pela saúde suplementar, resultados semelhantes foram obtidos[12]. Avaliaram-se os fatores associados à decisão por cesariana como via de parto em 437 puérperas e verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação com o serviço de saúde resultou na cesariana como via final de parto. 92% das puérperas apresentaram cesáreas eletivas e menos de 10% dos partos cesáreos com indicação médica tiveram indicação adequada.

Portanto, o modelo de assistência ao parto na saúde suplementar se caracteriza pelas altas taxas de cesariana, entre 70% e 90%, sendo grande parte realizada de forma eletiva (fora do trabalho de parto) ou com a gestante ainda no início do trabalho de parto[10-12]. Podemos afirmar que um dos maiores desafios a serem enfrentados para a redução das taxas de cesariana na saúde suplementar é garantir a possibilidade de a gestante entrar em trabalho de parto espontaneamente ao término da gravidez.

1.2. Riscos maternos e perinatais: parto cesáreo vs. parto normal

Considerando que muitas das cesarianas estão sendo realizadas em mulheres de baixo risco obstétrico, e provavelmente sem indicação ou com indicações pouco fundamentadas, deve ser pesado o risco de complicações iatrogênicas maternas e neonatais nestes procedimentos.

Tem sido difícil avaliar o risco de cesariana "sob demanda" ou eletiva ou "planejada", já que essas entidades não têm classificação clínica homogênea e/ou não são registradas. O conhecimento tem se baseado em evidências indiretas e, portanto, limitadas. Lavender et al em uma revisão da Cochrane[13], apontaram a ausência de ensaios clínicos comparando cesariana planejada e parto vaginal planejado, e reforçaram a necessidade de revisões sistemáticas de estudos observacionais de boa qualidade.

Na revisão de Viswanathan et al, comparando partos vaginais espontâneos com cesarianas sob demanda, foram identificados 54 artigos, no período de 1990 a 2005[14]. Foi encontrada boa evidência (nível IV) apenas para risco aumentado de morbidade respiratória neonatal, quando a cesariana é indicada eletivamente. Este risco é menor conforme aumenta a idade gestacional, mas está presente mesmo em gestações a termo. Não houve evidência de vantagens da cesariana sobre o parto vaginal espontâneo para qualquer dos eventos neonatais de relevância clínica. Apenas no caso de hemorragia intracraniana, observou-se evidência razoável (nível III) de menor risco para cesariana e parto vaginal espontâneo, quando comparados a parto vaginal assistido (operatório).

A revisão de Hansen et al[15] avaliou estudos observacionais sobre cesariana e morbidade respiratória neonatal. Nove artigos foram incluídos na revisão e todos mostraram risco aumentado de morbidade respiratória nos neonatos de cesariana eletiva. Alguns estudos não alcançaram significância estatística, e, por sua heterogeneidade, os autores optaram por não fazer meta-análise. O risco de morbidade respiratória foi cerca de duas a três vezes maior nos bebês de cesariana, comparados aos de parto vaginal. O risco diminuiu com o avanço da idade gestacional, mas também esteve presente nos bebês a termo.

Villar et al realizaram um estudo multicêntrico prospectivo[16] para avaliar riscos e benefícios da cesariana na América Latina. Oito países participaram com 97.095 partos avaliados durante o ano de 2005. Quanto aos desfechos neonatais, o risco foi avaliado separadamente para fetos com apresentação cefálica e pélvica. No primeiro caso, a mortalidade foi maior, tanto nas cesarianas eletivas quanto nas realizadas intraparto (OR 1,66 e 1,99, respectivamente), assim como um tempo maior de internação em unidade de terapia intensiva (OR de 2,11 e 1,93). Apenas para o desfecho "óbito fetal" foi encontrada uma associação protetora com cesariana (OR de 0,65). No entanto este evento foi muito raro em todos os tipos de parto (freqüências menores que 0,5%), ao passo que a internação em UTI alcançou 5% nas cesarianas e a mortalidade neonatal alcançou 0,7%. Para os fetos em apresentação pélvica, a evidência foi de associação protetora do parto cesariano com a mortalidade fetal e neonatal.

As coortes de 1999 a 2002 dos Estados Unidos foram avaliadas quanto ao risco de mortalidade neonatal, por tipo de parto[17]. Foi usada uma abordagem adaptada de "intenção de tratamento" para emular partos vaginais planejados e cesarianas planejadas. Observou-se maior mortalidade neonatal no grupo de cesarianas planejadas, com um risco relativo de 1,69.

Hansen et al em estudo longitudinal na Dinamarca, de 1998 a 2006, avaliaram todos os partos de feto único, a termo, sem malformações congênitas[18]. A abordagem foi semelhante ao estudo supracitado: os partos foram classificados em vaginais intencionais (vaginais espontâneos e cesarianas não programadas) e cesarianas eletivas. Observaram risco 2 a 3 vezes aumentado de doença respiratória – taquipnéia transitória, distress respiratório – mesmo em bebês a termo. Mesmo com a exclusão de gestações de risco (pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes), o aumento de risco foi corroborado.

Estes dois últimos estudos tentaram reproduzir um cenário de randomização e intenção de tratamento, somente possível em ensaios clínicos, não encontrados na literatura recente para investigar as diferenças entre cesariana e parto planejado.

Em relação às mulheres, também existem evidências de comprometimento iatrogênico com cesarianas eletivas. Um estudo longitudinal retrospectivo no Canadá[19] avaliou todos os partos no período de 1991 a 2005, comparando desfechos maternos nas pacientes com parto vaginal e naquelas com cesariana indicada por apresentação pélvica (considerada uma indicação de baixo risco). Embora a diferença absoluta tenha sido pequena, os riscos de morbidade materna severa (histerectomia, tromboembolismo venoso, infecção puerperal), associada com cesariana, foram mais altos que os do parto vaginal planejado.

No estudo prospectivo da América Latina[16], houve maior freqüência de morbidade para as mulheres que optaram por cesariana eletiva, comparado ao parto vaginal, para os seguintes eventos: mortalidade, internação em terapia intensiva, hemotransfusão, histerectomia, tempo de internação, antibioticoterapia. Apenas o risco de laceração perineal e/ou fístula foi aumentado nas mulheres de parto vaginal (0,7%, comparado com 0,18% nas cesarianas eletivas).

1.3. Estratégias para redução de cesarianas desnecessárias

A adoção de estratégias para redução de cesarianas desnecessárias impõe-se neste cenário, onde: a) o aumento de cesarianas tem sido ditado pelo modelo médico de atenção, b) não há preferência das mulheres pela cesariana, c) há aumento do risco de complicações maternas e neonatais, em mulheres sem risco obstétrico.

Várias estratégias têm sido propostas, tanto no âmbito do serviço público quanto nas instituições privadas. Estas estratégias podem ter várias classificações[20-23], mas se orientam em três vertentes básicas, de acordo com o público-alvo e a natureza: direcionadas **aos profissionais** (inter-

venções clínicas) – mudanças no manejo do parto, com estímulo às técnicas de indução do parto, analgesia e monitoramento fetal; direcionadas **às mulheres** (intervenções psicossociais) – orientações, emponderamento e suporte, no nível individual e em grupo; e direcionadas **às instituições** (intervenções estruturais) – implementação de diretrizes, auditoria, mecanismos de *peer-review* e segunda opinião. Adicionalmente as estratégias podem ser aplicadas em dois contextos diferentes: redução da primeira cesariana ou redução da cesariana após uma outra prévia (*"vaginal birth after cesarean"* – VBAC).

A eficácia e efetividade destas medidas têm sido avaliadas em vários estudos. A produção científica acerca deste tema é crescente, mas a grande maioria enfoca medidas ainda centradas no cuidado médico, principalmente no manejo do parto, enquanto uma parcela menor aborda estratégias voltadas para as mulheres e para o nível institucional.

A maioria dos estudos é de natureza observacional (coortes e séries temporais), mas também têm sido realizados ensaios clínicos randomizados e revisões, quase todas com caráter sistemático. As revisões sistemáticas e os ensaios clínicos são considerados a melhor evidência científica sobre um determinado tema. As revisões, por conta do seu caráter crítico e seletivo, e os ensaios clínicos, pelo seu desenho que evita vieses e confundimento[24].

Já existe um considerável número de revisões sobre este tema, algumas bastante específicas – abordando apenas um tipo de estratégia; outras mais abrangentes – englobando diferentes vertentes. A Cochrane Collaboration[25] é a principal responsável pela produção de revisões sistemáticas na área de obstetrícia e perinatologia e, em relação a estratégias para redução de cesarianas, tem uma grande produção na vertente de manejo do parto. Suas revisões selecionam apenas ensaios clínicos e são atualizadas periodicamente. Outros autores incluem também estudos observacionais nas revisões, o que pode comprometer um pouco sua qualidade como evidência. Os diferentes critérios de inclusão (ano do estudo, desenho, população) podem explicar em parte algumas controvérsias nos resultados das revisões.

Em 2007, foi realizada uma revisão pelo Grupo de Pesquisa da ENSP[a], a fim de identificar apenas ensaios clínicos do período de 2001 a 2006, incluídos ou não nas revisões publicadas até a época. Observou-se o mesmo padrão de produção científica das revisões: predomínio de estudos sobre manejo do parto e pequena parcela sobre estratégias estruturais e direcionadas às mulheres.

a. Relatório de Pesquisa: Causas e Conseqüências das cesarianas – ENSP/FIOCRUZ. Coordenação: Profª Maria do Carmo Leal.

O presente trabalho pretende selecionar e analisar a evidência acumulada sobre estratégias de redução de cesarianas, utilizando tanto as revisões sistemáticas quanto artigos originais ainda não incluídos em revisões até a data mais recente (março de 2008) (tabela 1). Serão cotejados os resultados das diferentes revisões, procurando elucidar divergências e corroborar os resultados de maior consistência.

Ao final serão recomendadas as estratégias mais adequadas a serem adotadas em nosso meio, com destaque para aquelas que têm maior possibilidade de incorporação pela saúde suplementar.

Tabela 1. Principais trabalhos científicos sobre estratégias de redução de cesarianas – voltadas aos profissionais

MANEJO DO PARTO – INDUÇÃO			
Autor principal/ ano	**Tipo de publicação**	**Estratégia**	**Principais conclusões**
Sanchez-Ramos31(2003)	Revisão de ECR	**Indução** (gestações >41 semanas)*(vs. Conduta expectante)*	Redução da taxa de cesarianas sem comprometimento perinatal
Goumezoglu et al 32 (2006)	Revisão Cochrane	**Indução** *(vs. Conduta expectante)*	Em gestantes de 41-42 semanas: menor taxa de cesariana, porém sem significância estatísticaRedução do comprometimento perinatal
Hofmeyr e Goumezoglu (2003) 33	Revisão Cochrane	**Misoprostol vaginal** *(vs. Nada, placebo, outros)*	Melhor resposta ao misoprostol (p/ indução, sem avaliação de cesariana)/ hiperestimulação uterina
Bartusevicius et al 34(2005)	Revisão de ensaios clínicos	**Misoprostol** *(oral vs. Vaginal vs. Sublingual)*	Maior efetividade da via vaginal Maior hiperestimulação uterina
Crane et al 35 (2006)	Revisão de ensaios clínicos	**Misoprostol** *(vs. Prostaglandina E2)*	Sem diferença para taxa de cesarianaMaior hiperestimulação uterina
Alfirevic e Weeks 37(2006)	Revisão Cochrane	**Misoprostol oral** *(vs. Nada/placebo, outros tratamentos)*	Menor taxa de cesárea (OR 0,62)Maior hiperestimulação uterina
Bricker eLuckas 38 (2000)	Revisão Cochrane	**Amniotomia** *(vs. Nada/ placebo, farmacológicos)*	Evidência inconclusiva
Howarth e Botha 39 (2001)	Revisão Cochrane	**Amniotomia+ ocitocina** *(vs. Nada / placebo, farmacológicos)*	Evidência inconclusiva
Hughes et al 40(2001)	Revisão de ensaios clínicos	**Dinoprostone vaginal** *(vs. Outros, dinoprostone gel, misoprostol,)*	Sem diferença para taxa de cesárea

Kelly et al 41(2003)	**Revisão Cochrane**	**Dinoprostone vaginal** *(vs. Nada, placebo, outros)*	Sem diferença para taxa de cesárea
French 42(2001)	**Revisão Cochrane**	**Dinoprostone vaginal** *(vs. Nada, placebo, outros)*	Sem vantagem para dinoprostone
Kelly e Tan 43(2001)	**Revisão Cochrane**	**Ocitocina** *(vs nada, placebo, outros)*	Menor eficácia que prostaglandinas
Boulvain et al 44(2001)	**Revisão Cochrane**	**Métodos mecânicos** *(vs. Nada, placebo, farmacológicos)*	Evidência inconclusiva
Boulvain et al 45 (2005)	**Revisão Cochrane**	**Descolamento de membranas** *(vs. Nada, placebo, farmacológicos)*	Pouca vantagem; taxa similar cesarianaDesconforto
MANEJO DO PARTO – CONDUÇÃO			
Autor principal/ ano	**Tipo de publicação**	**Estratégia**	**Principais conclusões**
Sadler et al 47(2000)	**Ensaio clínico randomizado com meta-análise**	**Manejo ativo do parto**	Sem diferenças nas taxas de cesariana. Redução da duração do trabalho de parto e da proporção de mulheres com parto prolongado no grupo com manejo ativo. Meta-análise com resultados de três estudos anteriores sem diferença nas taxas de cesariana (0,93, CI 95% 0,80-1,08).
Pattinson et al 48(2003)	**Ensaio clínico randomizado**	**Manejo agressivo X expectante**	Menor parto cesáreo em mulheres com manejo ativo. Violação do protocolo > 30% nas mulheres do grupo intervenção
Somprasit et al 49 (2005)	**Ensaio clínico randomizado**	**Manejo ativo do parto**	Sem diferenças nas taxas de cesariana. Menor duração da primeira fase do trabalho de parto, da duração total do trabalho de parto e da proporção de gestantes com parto prolongado. Tamanho amostral pequeno.

OMS 50 (1994)	**Ensaio clínico randomizado**	**Uso de partograma**	35.484 mulheres. Menor proporção de parto prolongado, parto cesáreo, parto a fórceps, uso de ocitócitos, natimortalidade intraparto e sepse pós-parto após implantação do uso do partograma associado a protocolo de manejo do trabalho de parto.
Lavender et al 51(1998)	**Ensaio clínico randomizado**	**Estudo sobre linha de ação do partograma**	Avaliação da linha de ação 2h, 3h ou 4h após linha de alerta. Menor proporção de cesariana no grupo 4 h quando comparado ao grupo 3h. Tamanho da amostra pequeno para identificar outras diferenças.
Lavender et al 52 (2006)	**Ensaio clínico randomizado**	**Estudo sobre linha de ação do partograma**	Avaliação da linha de ação 2h e 4h após a linha de alerta. Sem diferenças na proporção de partos cesáreos e satisfação das mulheres. Grupo 2 horas com mais intervenções médicas sem benefícios maternos ou neonatais
Hofmeyr 53(2006)	**Revisão Cochrane**	**Versão cefálica externa**	Evidência sugestiva de redução de cesarianas
Dodd et al 54(2004)	**Revisão Cochrane**	**Parto vaginal planejado X cesariana eletiva em mulheres com cesariana anterior**	Nenhum ensaio clínico identificado.
Dodd & 55Crowther (2004)	**Revisão de ECR e estudos bservacionais**	**Parto vaginal planejado X cesariana eletiva**	Dois estudos prospectivos identificados. Elevada taxa de sucesso de parto vaginal. Desfechos maternos e neonatais disponíveis para apenas um estudo, sem diferenças significantes.
Guise et al 56(2004)	**Revisão de ECR e estudos bservacionais**	**Segurança do parto vaginal pós cesariana**	20 estudos identificados (2 ensaios e 18 observacionais). Único desfecho com boa evidência foi a taxa de sucesso de parto vaginal pós – cesariana.

AVALIAÇÃO BEM-ESTAR FETAL			
Autor principal/ ano	Tipo de publicação	Estratégia	Principais conclusões
Alfirevic et al 58(2006)	Revisão Cochrane	Cardiotocografia contínua (vs. nada, ausculta,CTG intermitente)	Aumento da taxa de cesarianasRedução de convulsão neonatalSem diferença p/ outros riscos neonatais
Neilson et al 59 (2006)	Revisão Cochrane	Eletrocardiograma fetal	Menor taxa de parto operatório e desfechos perinatais adversos s/ significância estatística para cesariana
East et al 60(2007)	Revisão Cochrane	Oximetria de pulso fetal (FPO)(vs monitoramento convencional)	O acréscimo da oximetria de pulso não reduziu a taxa global de cesarianas. É necessário definir um método melhor de avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto.
ANALGESIA			
Autor principal/ ano	Tipo de publicação	Estratégia	Principais conclusões
Liu & Sia 61(2004)	Revisão de ECR	Epidural (vs. Opióides)	Sem diferença para taxa de cesárea
Anim-Somuah et al62(2005)	Revisão Cochrane	EpiduralVs não epidural	Maior probabilidade de parto vaginal operatório sem impacto significativo no risco de cesariana
Simmons et al 63(2007)	Revisão Cochrane	Combined spinal-epidural vs epidural	Não houve diferença significativa na mobilidade materna e nos resultados obstétricos e neonatais.

Revisão Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (em geral cumulativas, e incluindo apenas ECR)

Tabela 2. Principais trabalhos científicos sobre estratégias de redução de cesarianas – voltadas para mulheres

SUPORTE			
Autor principal/ ano	Tipo de publicação	Estratégia	Principais conclusões
Hodnett al 64(2007)	Revisão Cochrane	Suporte contínuo parto	Redução de cesariana sem comprometimento perinatal
Bruggeman et al 65(2005)	Revisão de ECR e estudos observacionais	Diferentes tipos de suporte	Redução de cesariana sem comprometimento perinatal, notadamente quando o suporte era não-profissional.

INFORMAÇÃO/EDUCAÇÃO			
Autor principal/ ano	Tipo de publicação	Estratégia	Principais conclusões
Horey et al 66(2004)	Revisão Cochrane	Informação sobre cesariana/parto	Evidência inconclusiva
Shorten et al 672005	Ensaio clínico randomizado	Informação para cesariana	Sem redução da taxa de cesariana. Maior nível de conhecimento e menor nível de conflito para decisão das gestantes.
Gagnon et al 68(2007)	Revisão Cochrane	Educação dos pais para vários aspectos do parto	Evidência inconclusiva
Lauzon e Hodnett 69(2000)	Revisão Cochrane	Educação para auto-diagnóstico do trabalho de parto	Evidência inconclusiva
Brown e Smith 70(2004)	Revisão Cochrane	Informação do prontuário acessível às gestantes	Evidência inconclusiva

Revisão Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (em geral cumulativas, e incluindo apenas ECR)

Tabela 3. Principais trabalhos científicos sobre estratégias de redução de cesarianas – voltadas para instituições (estruturais)

INFORMAÇÃO/EDUCAÇÃO			
Autor principal/ ano	Tipo de publicação	Estratégia	Principais conclusões
Hodnett 71(2000)	Revisão Cochrane	Continuidade no cuidado pré-natal/ parto	Diversos benefícios associados ao cuidado continuado prestado por midwives. Dúvida se benefícios atribuíveis ao cuidado continuado ou cuidado por midwives.
Homer et al 72(2001)	Ensaio clínico randomizado	Cuidado continuado no pré-natal	Redução da taxa de cesariana associada ao cuidado continuado
Hodnett & 73Fredericks (2003)	Revisão Cochrane	Suporte durante gravidez p/ mulheres de risco p/ BPN	Redução de cesariana
Lauzon et al 74(2001)	Revisão Cochrane	Unidade avaliação t. parto *(vs. internação convencional)*	Efeitos benéficos no controle do parto, mas evidência insuficiente p/ cesárea
Hodnett et al 75(2005)	Revisão Cochrane	Parto "Home-like" *(vs. parto instituição convencional)*	Evidência insuficiente (redução modesta de intervenções)
Althabe et al 76(2004)	Ensaio clínico randomizado	2ª opinião Mandatória	Discreta redução das taxas de cesariana, principalmente cesárea intraparto por distocia e sofrimento fetal

Walker et al 22(2002)	**Revisão de ECR, outras revisões, e estudos observacionais**	**Diferentes estratégias** *(guidelines, opinião líderes, auditoria, midwifery)*	Evidência de estudos não randomizados sobre auditoria favorecendo queda de cesarianas
Chaillet e Dumont 23(2007)	**Revisão de ECR e estudos observacionais**	**Diferentes estratégias** *(guidelines, melhoria de qualidade, auditoria e feedback)*	Redução de taxa de cesarianas para auditoria e *feedback* (RR 0,87)

Revisão Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (em geral cumulativas, e incluindo apenas ECR)

2. Evidência acumulada sobre estratégias de redução de cesarianas desnecessárias

2.1. Estratégias clínicas de manejo do parto

Indução do Parto

As iniciativas para reduzir as taxas de cesariana, encontradas nos diferentes tipos de trabalhos avaliados em nossa revisão, têm como pressuposto inicial, fundado nas evidências científicas, que o parto vaginal é a forma mais segura de terminar a gestação. As intervenções propostas são utilizadas como recursos para preservar a possibilidade da mulher manter suas chances de ter um parto normal sem comprometimento do resultado perinatal. Conseqüentemente, a maioria dos estudos revisados tem como desfechos primários as taxas de parto cesáreo e os resultados neonatais, sejam em termos de asfixia ou de morbi-mortalidade perinatal. A população de gestantes que fez parte destas revisões era em sua grande maioria constituída de mulheres sem patologias, com gestação a termo, de feto único, em apresentação cefálica, sem história de cesariana anterior ou de qualquer cicatriz uterina.

A primeira questão a ser analisada é a duração fisiológica da gestação. A maioria dos autores[26, 27] estabelece que a gestação normal tem duração que varia de 37 a 42 semanas, sendo a duração média de 280 dias ou 40 semanas a partir do primeiro dia da última menstruação. Aguardar que a gestante, sem intercorrências clinicas ou obstétricas na gestação e sem uma indicação real de cesariana, entre em trabalho de parto implica em respeitar a duração fisiológica da gravidez. Cabe ressaltar que apenas em cerca de 5% das mulheres a gravidez se estende além da 42ª, semana[28].

Nos últimos anos alguns estudos[29,30,31] demonstraram um aumento do risco de mortalidade perinatal, anormalidades da freqüência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, liquido amniótico meconial, macrossomia e cesariana em gestações com mais de 41 semanas de duração. Assim sendo, vários estudos têm avaliado a possibilidade da indução sistemática do trabalho de parto após a 41ª, semana de gravidez.

Um desses estudos[31] foi uma revisão sistemática com meta-análise comparando a indução do trabalho de parto com o manejo expectante em gestações com duração de 41 ou mais semanas. Após análise dos 16 ensaios clínicos randomizados e controlados que preencheram os critérios para inclusão no estudo, os autores encontraram que a indução do trabalho de parto após a 41ª, semana de gravidez reduz a taxa de cesariana embora não altere outros resultados perinatais como mortalidade, aspiração meconial ou admissão em UTI neonatal.

Outra revisão sistemática[32] avaliou os benefícios e riscos de uma política de indução do trabalho de parto em gestação a termo ou no pós-termo em comparação com a espera pelo trabalho de parto espontâneo ou a indução mais tardia. Esta revisão sistemática incluiu 19 estudos com um total de 7.984 mulheres. Os principais resultados mostraram que uma política de indução do trabalho de parto em gestação com 41 semanas completas ou mais estava associada com menos mortes perinatais, sem aumento do risco de cesarianas para mulheres que foram induzidas entre 41 e 42 semanas. Os autores concluem que uma política de indução do trabalho de parto comparada com a espera pelo trabalho de parto espontâneo indefinidamente ou pelo menos uma semana está associada com menos mortes perinatais. De qualquer maneira, os riscos absolutos são extremamente pequenos e as mulheres devem ser aconselhadas sobre os riscos absolutos e relativos.

Hofmeyr e Goumezoglu[33] realizaram revisão sistemática de estudos comparando a utilização do misoprostol com outros métodos de indução do parto no terceiro trimestre da gestação. Os autores concluíram que o misoprostol parece ser mais efetivo do que outros métodos convencionais para amadurecimento do colo e indução do trabalho de parto, embora esteja associado com maior risco de hiperestimulação uterina em especial com dosagens maiores do que 25 µcg de 4 em 4 horas. Os autores chamam a atenção para o risco de ruptura uterina nas mulheres com cesariana prévia quando o misoprostol é utilizado para a indução do parto.

Para avaliar a melhor via de administração do misoprostol para a indução do trabalho de parto, foi feita uma revisão sistemática[34] de 17

ensaios clínicos randomizados entre 1994 e 2004. Os autores concluíram que a via de administração vaginal parece ser mais efetiva quando comparada com outras vias utilizando-se a mesma dosagem.

A revisão de Crane et al[35] comparou o uso do misoprostol com a prostaglandina E2 para a indução do trabalho de parto em mulheres a termo com membranas íntegras e colo uterino desfavorável, analisou 14 artigos que atendiam os critérios da revisão sistemática dentre 611 selecionados no processo de busca. Esta revisão não encontrou diferença na taxa de cesariana e identificou um maior risco de hiperestimulação uterina com o uso do misoprostol, embora os autores recomendem a realização de mais estudos com doses de 25 µcg de misoprostol, dose recomendada pelo American College of Obstetrics and Gynecology[36].

Outra revisão[37] aponta que o misoprostol parece ser mais efetivo que placebo ou pelo menos ter ação semelhante ao dinoprostone com a ressalva da possibilidade de hiperestimulação uterina. Os autores apontam a necessidade de mais estudos sobre a dosagem apropriada e avaliam que não há evidência de que a via oral seja inferior a via vaginal.

A amniotomia isolada[38] ou associada com ocitocina[39] como métodos de indução do TP, foram temas de revisões sistemáticas que apontaram a necessidade de maiores estudos para comparar sua segurança e efetividade e definir em que circunstâncias clínicas são indicadas, embora sejam intervenções utilizadas de rotina na clinica obstétrica.

Por último, revisões que trataram de diferentes formas de indução[40-45] do TP com métodos medicamentosos e métodos mecânicos de indução do TP não trazem contribuições em termos de estratégias para a redução das taxas de cesariana.

A revisão mais recente de todo este grupo de estudos sobre indução do parto[32] engloba algumas das conclusões dos estudos anteriores e traz subsídios para que se possa recomendar que a gestação deva evoluir espontaneamente para o trabalho de parto. Quando a mesma se prolongar após a 41ª. semana deve ser discutida com a gestante a possibilidade de se utilizar a indução do trabalho de parto com misoprostol 25mcg via vaginal. Esta conduta tem riscos extremamente pequenos e reduziria a taxa de cesarianas eletivas.

Condução do trabalho de parto

Três aspectos da condução do trabalho de parto merecem destaque, pela sua relevância e aplicabilidade no contexto brasileiro: o manejo ativo do trabalho de parto, o manejo de gestantes a termo com feto

em apresentação pélvica, e a melhor via de parto para gestantes com cesariana anterior.

O manejo ativo do trabalho de parto é um programa que foi introduzido em 1969 na Irlanda com o objetivo de reduzir as taxas de cesariana primária por redução do risco de distocia[46]. O programa inclui uma seleção criteriosa de nulíparas, diagnóstico preciso do início do trabalho de parto, rotura precoce das membranas amnióticas, uso de altas doses de ocitocina no caso de contrações inefetivas, uso de monitorização eletrônica fetal e suporte contínuo individualizado por profissional do serviço de saúde. Ainda que as taxas de cesariana no Hospital de Dublin, onde esta conduta é utilizada rotineiramente, sejam baixas, dúvidas permanecem sobre a eficácia dessa proposta e eventuais riscos maternos e perinatais que possam estar associadas ao manejo ativo.

Três ensaios clínicos randomizados publicados após o ano 2000[47,48,49,] tendo um deles realizado uma meta-análise de seus resultados com três ensaios clínicos realizados na década de 1990[47], avaliaram o efeito do manejo ativo do parto em nulíparas de baixo risco nas taxas de cesariana. A medida-sumário da meta-análise foi indicativa de redução mas não teve significância estatística (RR 0,93; IC 0,80-1,08). Apenas um desses estudos encontrou redução significativa da taxa de cesariana no grupo com manejo agressivo (RR 0,68, 95% CI 050-0,93)[48]. Entretanto, esse estudo apresentou limitações metodológicas tais como viés de seleção, com exclusão sistemática de gestantes com boa progressão do trabalho de parto, e violação do protocolo, superior a 30% no grupo intervenção. Pode-se dizer que a evidência disponível não demonstra redução da taxa de cesariana em nulíparas de baixo risco submetidas ao manejo ativo do parto. Além disso, os dois estudos realizados em países em desenvolvimento[48, 49] demonstram a dificuldade de implantação do protocolo completo do manejo ativo do parto em países com recursos limitados. Em ambos os estudos não foi possível garantir o suporte contínuo individualizado durante o trabalho de parto e o parto, prática associada a menor duração do trabalho de parto e menores taxas de cesariana, bem como o monitoramento do bem estar fetal, essencial quando doses elevadas de ocitocina são utilizadas, já que podem estar associadas a maior ocorrência de sofrimento fetal.

Uma outra prática relacionada ao manejo do parto é o uso de partograma para monitoramento da evolução do trabalho de parto. O uso do partograma foi descrito pela primeira vez na África, na década de 1970. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde coordenou um grande

ensaio clínico no sudoeste Asiático, envolvendo oito hospitais e 35.484 mulheres, para avaliar o uso do partograma associado a um protocolo de manejo do trabalho de parto[50]. O partograma elaborado pela OMS apresentava uma linha de alerta e uma linha de ação (4 horas após a linha de alerta) e o protocolo de manejo recomendava: ausência de intervenção até 8 horas da fase latente do trabalho de parto, rotura de membranas na fase ativa do trabalho de parto, e avaliação cuidadosa da gestante caso a linha de ação fosse alcançada, que poderia resultar no uso de ocitócitos, parto cesáreo ou observação e tratamento de suporte. Como resultados encontraram menor uso de ocitócitos, menor proporção de partos prolongados, menor proporção de partos cesarianos e partos a fórceps, menor natimortalidade intraparto e menor número de sepsis pós-parto. A maior redução dos partos cesarianos (75%) foi por desproporção céfalo-pélvica. Os autores concluem que o partograma é um importante instrumento para monitoramento da evolução do trabalho de parto e para identificação de gestantes com evolução desfavorável e que seu uso deve estar atrelado a um protocolo de manejo.

Em outro estudo[51], foi avaliado o uso do partograma em 928 gestantes de baixo risco atendidas num hospital de ensino da Inglaterra comparando três linhas de ação: 2 horas, 3 horas e 4 horas após a linha de alerta. Encontraram menor proporção de partos cesarianos no grupo 4 horas (8.4%) quando comparado ao grupo 3 horas (14,2), mas sem diferença significativa em relação ao grupo 2 horas (11.1%). Observaram ainda maior satisfação das mulheres no grupo 2 horas. Os autores ressaltaram que o número de mulheres estudadas foi pequeno para encontrar diferenças entre os grupo 2 e 4 horas, e que novos estudos seriam necessários para esclarecer o melhor momento de intervenção.

Pattinson et al[48] realizaram um estudo com esse desenho na África do Sul, encontrando menor proporção de partos cesáreos no grupo com intervenção precoce (OR 0,68 95% CI 0,50-0,93). Entretanto, esse estudo apresentou elevada violação de protocolo (27% das gestantes não receberam a medicação quando indicado e 6,1% tiveram o seu uso atrasado) o que dificulta a interpretação de seus resultados.

Finalmente, um grande ensaio clínico[52] envolvendo 2.975 parturientes de baixo risco atendidas no mesmo hospital de ensino da Inglaterra, foi realizado com o objetivo de comparar dois modelos de partograma, com linhas de ação 2h e 4 h após a linha de alerta, tendo como desfechos primários a proporção de partos cesáreos e a satisfação das mulheres com o parto. Não foram observadas diferenças na proporção de partos cesáreos (RR 1: 95% IC 0,80-1,26) nem na

satisfação das mulheres. Uma proporção significativamente maior de mulheres no grupo 2 horas atingiu a linha de ação, recebeu ocitócitos e foi transferida para outro setor do hospital durante o trabalho de parto. Os autores concluem que o uso de partograma com uma linha de ação 2 horas após a linha de alerta aumentou o uso de intervenções obstétricas, sem benefícios maternos ou neonatais, quando comparado ao partograma recomendado pela OMS.

Em relação ao manejo de gestantes com feto em apresentação pélvica, uma revisão sistemática recente53 identificou cinco estudos clínicos randomizados que compararam a realização ou não da versão cefálica externa em gestantes com 36 ou mais semanas gestacionais com fetos em apresentação pélvica. A análise conjunta dos cinco estudos revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com menor proporção de partos não cefálicos (RR 0,38, 95% CI 0,18-0,80) e partos cesarianos (RR 0,55, 95% CI 0,33-0,91) no grupo que recebeu a manobra. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação a mortalidade perinatal. Alguns estudos avaliaram outros desfechos não sendo encontradas diferenças na proporção de crianças com apgar menor que sete no primeiro e quinto minutos, ph arterial umbilical baixo, admissão em unidade neonatal, e duração do intervalo admissão-parto. Os autores concluem que a versão cefálica externa em gestantes a termo reduz a possibilidade de partos não cefálicos e de partos cesarianos, sendo a evidência científica para os desfechos desfavoráveis, proveniente de ensaios clínicos randomizados, ainda insuficiente. Entretanto, ressaltam que resultados de grandes estudos observacionais sugerem que complicações sejam raras.

A discussão sobre a melhor via de parto para gestantes com uma cesariana anterior é certamente a mais relevante. Atualmente, ter uma cesariana anterior é a principal indicação para um novo parto cesáreo para gestantes com cesariana prévia, contribuindo para as elevadas taxas de cesariana em diversos países[54].

Existem riscos e benefícios associados tanto a uma nova cesariana eletiva quanto a uma prova de trabalho de parto em gestantes com cesariana prévia. Entretanto, a evidência disponível sobre a magnitude desses riscos provém de estudos não randomizados, que apresentam maior possibilidade de vieses. A revisão sistemática da Cochrane sobre esse tema[54] não identificou qualquer ensaio clínico randomizado que atendesse aos critérios de inclusão e qualidade estipulados. O autor identificou cinco meta-análises realizadas desde a década de 1980 contendo estudos observacionais sobre riscos e benefícios da tentativa de trabalho de parto e da cesariana repetida e ressalta que todos os

resultados disponíveis devem ser interpretados com cautela.

Dodd & Crowther[55], em uma revisão de estudos longitudinais, encontraram dois estudos pequenos, envolvendo um total de 449 gestantes. O resultado revelou uma proporção de parto vaginal de 81% e 65% entre as mulheres que optaram por uma prova de trabalho de parto. Não foram observadas diferenças para mortalidade materna e perinatal, rotura uterina, deiscência uterina e Apgar menor que 7 no quinto minuto, embora nenhum desses desfechos estivesse disponível para os dois estudos e o número de mulheres e bebês estudados fossem muito pequenos.

Já Guise et al (2004)[56], em sua revisão sistemática de trabalhos publicados no período 1980 a 2002, avaliaram 20 estudos (2 ensaios clínicos e 18 estudos observacionais) considerados de qualidade boa ou moderada, incluindo 55.506 mulheres. O único desfecho estudado que apresentou evidência de boa qualidade foi a proporção de parto vaginal em gestantes submetidas à prova de trabalho de parto, com variação de 60 a 82% entre os estudos (valor agrupado 75,9%, 95% CI 69,9%-81,5%). Falhas metodológicas e imprecisão na definição dos desfechos de maior interesse não permitiram evidências conclusivas para diversos outros aspectos avaliados, incluindo rotura uterina e morbi-mortalidade materna e perinatal.

O protocolo de um ensaio clínico randomizado[57] para pacientes com cesariana prévia está em andamento, com o objetivo de obter medidas de eficácia e riscos mais válidas e precisas.

Avaliação do sofrimento fetal

Uma outra questão importante para a redução das taxas de cesariana diz respeito ao acompanhamento do bem estar fetal durante (a gestação e) o trabalho de parto. O diagnóstico do sofrimento fetal durante o TP implica na tomada de decisões pelos profissionais que assistem a gestante. Pode ser necessário ultimar o nascimento, seja pela realização de um parto instrumental seja pela realização de uma cesariana para evitar danos ao feto. Entretanto, algumas situações podem se apresentar como um falso sofrimento fetal levando os profissionais a realizarem procedimentos desnecessários. Assim sendo, alguns estudos tem se voltado para avaliar a melhor forma de se assegurar o diagnostico de sofrimento fetal intra-parto de forma mais acurada.

Em uma revisão sistemática[58] para avaliar a efetividade da cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto, doze estudos envolvendo

cerca de 37.000 mulheres foram incluídos, embora os autores ressaltem que apenas dois eram de alta qualidade. Os resultados mostraram que em comparação com a ausculta intermitente, a cardiotocografia contínua não mostrava qualquer diferença significativa na mortalidade perinatal, com redução na freqüência de convulsões neonatais, mas sem diferença nas taxas de paralisia cerebral. Por outro lado, houve significante aumento das taxas de cesariana e de partos instrumentais com a utilização da cardiotocografia contínua. Os resultados foram considerados válidos mesmo para os subgrupos de gestantes de baixo risco, alto risco e gestações pré-termo.

Quatro estudos com cerca de 10.000 mulheres foram incluídos em outra revisão[59] para avaliar a utilização do eletrocardiograma fetal em comparação com outros métodos alternativos de monitorização fetal durante o trabalho de parto. Os resultados da revisão mostraram que o uso adicional do ECG fetal esteve associado com menos bebês com acidose metabólica, menos bebês com encefalopatia neonatal, menor necessidade de dosagem do pH em escalpe fetal durante o trabalho de parto e menor taxa de partos vaginais operatórios embora sem redução significativa na taxa de cesariana. Também não houve diferença significativa na proporção de escores de Apgar no quinto minuto abaixo de 7 e no número de admissões em unidades neonatais.

Uma última revisão sistemática[60] avaliou a eficácia e segurança da oximetria de pulso fetal em comparação com as técnicas tradicionais. Cinco estudos com cerca de 7.400 mulheres comparando a CTG associada a oximetria de pulso com a CTG isolada revelaram que havia uma redução nas taxas de cesariana indicadas por sofrimento fetal embora sem alterar a taxa de indicações por distocias. Para os autores, os dados dão suporte limitado ao uso da oximetria de pulso fetal para reduzir a taxa de cesariana para fetos com CTG não reativas e apontam a necessidade de um método melhor para avaliar o bem estar fetal durante o trabalho de parto.

Os diversos estudos apontam os limites da utilização da cardiotocografia como método de avaliação do bem estar fetal durante o trabalho de parto e a possibilidade do emprego de diferentes técnicas, nem sempre disponíveis em nossa realidade, como formas de confirmação de diagnósticos de sofrimento fetal feitos através daquele exame.

Analgesia

Uma outra questão relevante na opção pela cesariana diz respeito ao medo das gestantes da dor ocasionada pelas contrações uterinas

durante o trabalho de parto. Este argumento também é utilizado por alguns profissionais que consideram que as mulheres não estariam preparadas para enfrentar "este sofrimento". Tal questão perde sua razão de ser uma vez que as mesmas técnicas de analgesia regional utilizadas para a realização de uma cesariana podem ser empregadas para o alívio das dores durante o trabalho de parto. Entretanto, as técnicas tradicionais de analgesia epidural estão associadas com o aumento da duração do trabalho de parto, diminuição da mobilidade materna, maior utilização de ocitocina e maior proporção de partos operatórios inclusive de cesarianas. Assim sendo, ao longo dos últimos anos, novas técnicas de analgesia regional (epidural e raquidiana) vêm sendo propostas com o objetivo de diminuir estes efeitos indesejáveis. Novas medicações têm sido utilizadas assim como novas dosagens e mesmo a combinação de diferentes técnicas de analgesia.

Uma meta-análise[61] estudou as taxas de parto instrumental e de cesariana em mulheres nulíparas que utilizaram a analgesia epidural de baixa dose de bupivacaina, em contraposição a mulheres que utilizaram opióide por via parenteral como forma de analgesia. Sete estudos preencheram os critérios para participar desta meta-análise. Os resultados mostraram que embora a analgesia epidural não estivesse associada a um aumento das taxas de cesariana, estava associada a um aumento das taxas de parto instrumental e da duração do segundo estágio de trabalho de parto. Os autores apontaram ainda uma maior satisfação das mulheres com o grau de alívio da dor obtido com a analgesia epidural.

Outra revisão[62] avaliou os efeitos na mãe e no bebê da utilização de analgesia epidural em comparação com a utilização de analgesia não epidural e a não realização de analgesia. Vinte e um estudos envolvendo 6664 mulheres foram incluídos nesta revisão. Os principais resultados mostraram maior satisfação das mulheres com o grau de analgesia oferecido pela analgesia epidural. Entretanto, esta técnica de analgesia estava associada com um aumento do risco de parto instrumental embora sem aumentar as taxas de cesariana e sem aumento de riscos para os neonatos.

Mais recentemente, foi estudada a utilização da analgesia regional combinada (ARC) com a analgesia epidural tradicional e a analgesia epidural com baixas doses[63]. Os autores revisaram 19 estudos que incluíam um total de 2658 mulheres e analisaram 26 variáveis em dois sets de comparação: ARC versus epidural e ARC versus epidural de baixa dose. Os resultados mostraram que em comparação com a epidural tradicional, a ARC necessitava de menos doses complementares e ocasionava menos

retenção urinária, embora estivesse associada com maior incidência de prurido. Em comparação com a epidural de baixa dosagem, a ARC apresentava um início mais rápido de ação, embora também estivesse mais associada à presença de prurido. Como conclusão, os autores afirmam que parece haver pouca base para oferecer a ARC ao invés da epidural uma vez que não houve diferença na satisfação das mulheres entre os dois tipos de analgesia. Não houve diferença significativa na mobilidade materna e nos resultados obstétricos e neonatais.

A utilização da epidural como método de analgesia durante o trabalho de parto deve, portanto ser discutida com as gestantes que devem estar cientes da possibilidade de um parto instrumental. Esta possibilidade também deve ser levada em conta pelos profissionais que devem estar habilitados para a utilização das técnicas de operatória transpélvica.

2.2. Estratégias voltadas para as mulheres

Foram identificadas duas estratégias voltadas para as mulheres: fornecimento de suporte contínuo durante o trabalho de parto e parto e intervenções no pré-natal para reduzir a demanda por cesárea.

Historicamente, as mulheres eram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto e o parto, que ocorriam em suas próprias casas. Porém, a partir do século 20, com a institucionalização do parto e a transferência do mesmo dos domicílios para o hospital, o suporte no parto deixou de ser a rotina e passou a ser uma exceção, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Diversos autores têm demonstrado preocupações com a excessiva medicalização do parto e a desumanização dessa assistência e têm sugerido o retorno do suporte individualizado durante o trabalho de parto e o parto. Em geral, esse suporte se caracteriza por alguns componentes, que incluem: a) suporte emocional (presença contínua, elogios, encorajamento, estímulo); b) informação sobre o progresso do trabalho de parto e formas de ajudar a evolução do mesmo; c) medidas de conforto físico (massagem, toque, banho e uso da água para analgesia, ingestão adequada de líquidos) e d) auxílio na interlocução da mulher com a equipe de saúde, ajudando-a a expressar suas preferências e escolhas[64].

Desde o início da década de 1980, estudos têm demonstrado os benefícios dessa prática, principalmente em ambientes onde a presença de acompanhantes familiares não é permitida e o uso de intervenções obstétricas é baixo.

Na última revisão sistemática sobre o tema[64], que identificou 16 ensaios clínicos randomizados, realizados em diferentes contextos

assistenciais, envolvendo 13.391 mulheres, foi encontrado menor duração do trabalho de parto, maior ocorrência de parto vaginal espontâneo, menor uso de analgesia intraparto e menor insatisfação com o parto em mulheres com suporte continuado, sem evidências de prejuízos associados a essa prática.

De um modo geral, o suporte no parto apresentou maiores benefícios quando fornecido desde o início do trabalho de parto, por uma pessoa que não faz parte da equipe do hospital, e se a analgesia peridural não é utilizada rotineiramente. Os autores concluem que o suporte no parto deve ser a norma e não a exceção, e que todas as mulheres devem ser encorajadas a ter um acompanhante durante todo o trabalho de parto.

Bruggemann et al (2005)[65], em revisão sistemática sobre o tema, encontrou resultados semelhantes ao analisar 10 ensaios clínicos, 02 metanálises e 02 revisões sistemáticas publicadas no período 1980 a 2004. Dentre os resultados benéficos encontrados, destaca a redução dos partos cesarianos, do uso de medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto e da utilização de ocitocina bem como o aumento da satisfação materna com a experiência vivida. Ressalta, entretanto, que os benefícios do suporte no parto por acompanhantes familiares não tem sido avaliado, configurando uma lacuna do conhecimento sobre o tema.

Em relação às intervenções no pré-natal para redução da demanda das mulheres por cesariana, os estudos têm enfocado principalmente estratégias educativas, sendo os resultados ainda pouco consistentes.

Numa revisão sistemática[66] para avaliar a efetividade da informação fornecida às mulheres sobre o parto cesariano, não se evidenciou qualquer diferença nas taxas de cesárea e em outros desfechos estudados quando comparou o grupo intervenção com o grupo controle. Essa revisão identificou dois ensaios clínicos randomizados que tinham por objetivo encorajar as mulheres a ter um parto vaginal e reduzir a taxa de cesariana: um deles utilizando uma intervenção educativa e o outro a terapia cognitiva para reduzir o medo do parto normal. Ambos apresentavam limites metodológicos, tornando a evidência sobre esse tipo de estratégia inconclusiva. Além disso, a autora ressaltou que alguns desfechos importantes não foram avaliados em ambos os estudos, como o nível de conhecimento das mulheres, conflitos para a decisão, percepção das mulheres sobre sua capacidade de participar do processo decisório, e se as necessidades das mulheres em relação às informações foram supridas.

Um estudo posterior a essa revisão[67], que avaliou o efeito do aconse-

lhamento de gestantes com cesárea anterior na decisão pelo tipo de parto em uma nova gestação avançou em algumas dessas questões, ao incorporar alguns desses desfechos em sua análise. Foi realizado um estudo multicêntrico, em três clínicas de pré-natal e três consultórios particulares da Austrália, envolvendo 227 mulheres. As gestantes randomizadas para o grupo intervenção recebiam, na 28ª semana de gestação, um material impresso que continha informações baseadas em evidências científicas sobre riscos e benefícios da prova de trabalho de parto e da cesariana eletiva, num formato que encorajava a leitora a fazer julgamentos sobre as informações apresentadas, de acordo com seus próprios valores, necessidades e prioridades. Como resultado, encontraram que a estratégia foi eficaz no aumento do nível de conhecimento das mulheres e na redução do conflito associado à decisão sobre o tipo de parto após uma cesárea prévia, mas não esteve associada a obtenção do parto desejado. Verificou-se que o tipo de parto realizado relacionou-se mais aos padrões assistenciais vigentes nos locais onde o estudo foi realizado do que às opções das mulheres.

Outras revisões sistemáticas, que avaliaram estratégias direcionadas às mulheres, também se mostraram inconclusivas.

Uma delas[68], sobre trabalhos educativos individuais ou em grupo durante o pré-natal selecionou nove ensaios clínicos randomizados, envolvendo 2284 mulheres. O único ensaio grande (n=1275) e de boa qualidade metodológica avaliou uma intervenção educativa para aumentar o parto vaginal após cesárea anterior, não encontrando diferença na taxa de parto normal entre os grupos intervenção e controle.

Outra revisão, sobre atividades educativas com mulheres para o diagnóstico do início do trabalho de parto[69], identificou apenas um ensaio clínico randomizado, com limitações metodológicas, envolvendo 245 mulheres. Os autores concluem que, embora teoricamente a educação específica das mulheres para o diagnóstico correto do início do trabalho de parto possa trazer resultados benéficos, como admissão mais tardia no hospital, menor uso de intervenções obstétricas e aumento da autoconfiança e redução da ansiedade das mulheres, as evidências sobre essa estratégia ainda são inconclusivas.

Uma última revisão[70] que avaliou os resultados do fornecimento do registro da assistência pré-natal para as gestantes, para que as próprias o levassem aos serviços de saúde por ocasião dos atendimentos, incluiu três ensaios clínicos envolvendo 675 mulheres. Os autores avaliaram que a evidência científica ainda é inconclusiva em relação aos benefícios desta estratégia para a mudança de hábitos, controle de fatores de risco e desfechos clínicos, mas sugerem benefícios relacionados a

um maior senso de controle e satisfação das mulheres e maior disponibilidade dos registros relativos à assistência pré-natal durante o atendimento nos serviços de saúde.

É importante ressaltar que, embora a evidência científica sobre estratégias voltadas para as mulheres visando a redução das taxas de cesariana seja ainda inconclusiva, os autores apontam outros benefícios associados às medidas estudadas, como aumento do nível de conhecimento das mulheres, da percepção de riscos, da redução da ansiedade materna e de maior satisfação com o cuidado recebido, sugerindo que essas estratégias não sejam negligenciadas.

2.3. Estratégias estruturais

Dentre as estratégias ditas estruturais, foram encontradas diversas iniciativas, tais como modificações na organização da assistência pré-natal, ao trabalho de parto e ao parto; implantação da segunda opinião mandatória para indicação da cesariana; e atividades de monitoramento ou auditoria dos serviços obstétricos em relação aos partos cesarianos.

A implantação do cuidado continuado no pré-natal foi uma das estratégias avaliadas. Esta se caracteriza pela continuidade do cuidado pela equipe de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto, em contraposição ao cuidado convencional, em que cabe a equipes diferentes o cuidado a cada uma dessas etapas do ciclo gravídico-puerperal.

Uma revisão sistemática, realizada em 2000[71], encontrou benefícios associados ao cuidado continuado no pré-natal, como menor taxa de internação hospitalar durante a gestação, maior adesão a programas de educação em saúde no pré-natal, menor uso de analgesia no trabalho de parto, menor necessidade de manobras de ressuscitação para os recém-natos, menor utilização de episiotomia (embora maior proporção de lacerações vaginais ou perineais), e maior satisfação das mulheres no grupo intervenção, não sendo observadas diferenças nos índices de Apgar, baixo peso ao nascer, natimortalidade e neomortalidade.

Apesar dos resultados benéficos, os autores afirmavam não haver clareza se os resultados deveriam ser atribuídos ao modelo de cuidado adotado (cuidado continuado) ou ao tipo de profissional envolvido na assistência *(midwives* [b]*)*, já que nos dois estudos incluídos na revisão o cuidado continuado era fornecido apenas por midwives em compa-

b. Midiwives são profissionais não médicos com formação e capacitação para assintência ao ciclo gravídico-puerperal

ração ao cuidado convencional prestado por vários profissionais.

Um estudo posterior[72], que incluiu 1089 gestantes com menos de 24 semanas gestacionais e no máximo uma cesárea anterior, avaliou o cuidado continuado prestado por midwives e obstetras, num modelo de base comunitária, em comparação a uma assistência pré-natal convencional prestada no hospital local. Como resultado encontrou uma diferença significativa da taxa de cesariana (17,8 no grupo controle, 13,3 no grupo intervenção) sem outras diferenças nos eventos relacionados ao trabalho de parto, parto e nos resultados perinatais. Embora o modelo estudado não pareça ter afetado a segurança das mulheres e bebês, a amostra foi pequena para avaliar desfechos menos freqüentes como a mortalidade perinatal. Como o cuidado continuado foi fornecido por uma equipe de midwives e obstetras, é provável que os benefícios encontrados tenham sido decorrentes do cuidado continuado e não do tipo de profissional envolvido.

Ainda em relação ao tipo de cuidado fornecido na gestação, uma revisão sistemática[73] para avaliar os efeitos do suporte social aumentado no pré-natal para as mulheres de alto risco para prematuridade e baixo peso ao nascer, encontrou menores taxas de cesariana, além de melhores resultados psicossociais em alguns estudos. Esse suporte era fornecido por profissionais de saúde ou pessoas leigas treinadas, e era composto de suporte emocional e informação, associado ou não a ajuda material.

Lauzon e Hodnett[74] avaliaram a hipótese de que um programa hospitalar de avaliação do trabalho do parto trouxesse benefícios para a mulher. O principal benefício seria postergar a internação até a fase ativa do trabalho do parto, evitando procedimentos desnecessários. Os resultados foram favoráveis, com menor uso de ocitócitos e analgesia, menor tempo de internação e maior sensação de controle pela mulher. No entanto não houve evidência suficiente para avaliar o efeito sobre o tipo de parto. Apenas um ensaio clínico foi incluído nesta revisão.

Unidades de parto "home-like" foram comparadas com o cuidado convencional, em seis estudos identificados por uma revisão sistemática.[75] Os benefícios foram de pequena intensidade, mais relacionados à satisfação da mulher e à redução de alguns procedimentos. No entanto, para cesariana, a evidência foi insuficiente.

Uma estratégia estrutural encontrada, relacionada à assistência ao parto, foi a implantação de uma segunda opinião mandatória para a indicação de cesarianas. Nessa estratégia, toda vez que uma cesariana é indicada, é solicitada uma segunda opinião, de um outro médico obstetra, antes que a cirurgia seja realizada.

Um ensaio randomizado[76] avaliou a utilização da segunda opinião mandatória para indicação de cesarianas que não fossem de emergência em hospitais latino-americanos. Foram considerados elegíveis

hospitais que realizavam mais de 1000 partos por ano e com taxa de cesárea superior a 15%, sendo incluídos 34 hospitais públicos de cinco países da América Latina, com avaliação de 149.276 partos.

Foi encontrada uma pequena redução da taxa global de cesariana, observada tanto em hospitais com taxas baixas como elevadas de cesariana, sem alterações na morbidade materna, perinatal e satisfação das mulheres. Estimou-se que para cada 1000 partos realizados, 20 cesarianas poderiam ser evitadas com essa estratégia.

O principal limite do estudo foi a não avaliação da implantação da estratégia. Sabe-se apenas que a segunda opinião mandatória foi obtida em 88% das cesarianas não emergenciais, sugerindo boa adesão à mesma. Entretanto, a elevada concordância entre o médico atendente e o consultor e a mudança da indicação da cesárea em apenas 1,5% dos casos, sugere uma provável homogeneidade entre os consultores e os médicos atendentes, ou mesmo uma implantação meramente burocrática da segunda opinião.

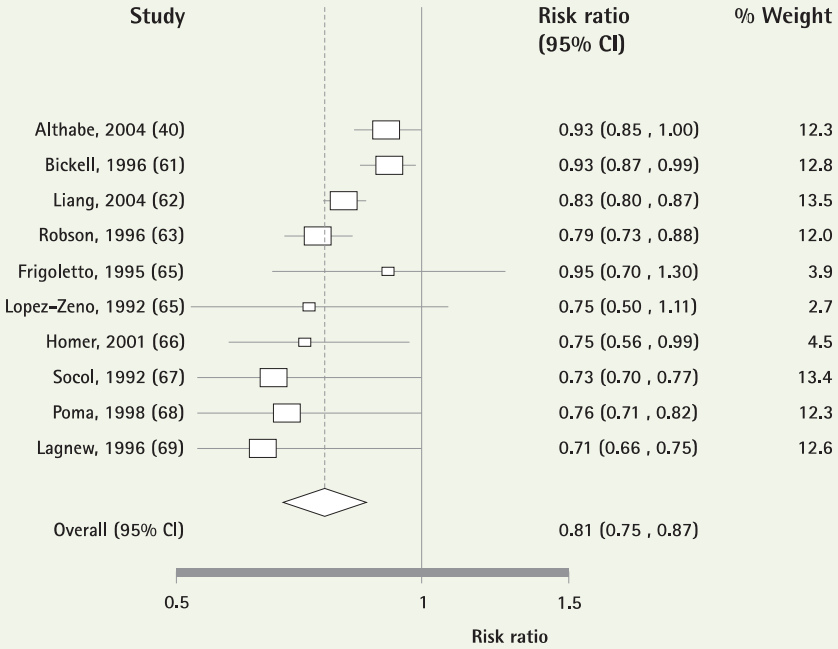
A principal redução observada foi nas cesáreas intraparto, principalmente por distocia e sofrimento fetal, e os próprios autores sugerem que esse resultado seja decorrente de melhorias no diagnóstico dessas situações e não do tratamento das mesmas, já que praticamente não houve discordância entre o primeiro e o segundo obstetra.

Deve-se ressaltar que não foram identificadas revisões sistemáticas sobre esse tema, mas Althabe et al[76] citam dois estudos não randomizados realizados anteriormente nos EUA e no Equador que também a consideraram efetiva.

A revisão de Walker et al[22], abrangendo estudos de 1985 a 2001, abordou variados tipos de estratégias, selecionando tanto estudos observacionais quanto experimentais e outras revisões. Quanto às estratégias estruturais, foram avaliadas: opinião de lideranças, guidelines, melhoria de qualidade, participação de "midvwifery" e incentivos financeiros. Os autores concluíram que estratégias de melhoria de qualidade e a participação de midwifery reduziram as taxas de cesarianas, embora os estudos não atendessem a uma evidência do maior nível. Outra crítica a esta revisão é a inclusão de estudos muito antigos.

A meta-análise mais recente[23] foi sobre efetividade de estratégias estruturais, seu impacto na morbimortalidade perinatal e a identificação de barreiras para sua implementação. 10 estudos foram selecionados – dois ensaios randomizados (do tipo "cluster"), três ensaios clínicos randomizados e cinco séries temporais – que atenderam aos critérios de inclusão e qualidade (de acordo com as recomendações da Cochrane). Quatro estudos se referiam a estratégias de auditoria e "feedback", quatro a melhorias de qualidade (manejo do parto e continuidade do cuidado), dois sobre estratégias multifacetadas. O total de mulheres avaliadas

nesta revisão foi de 776.909. O gráfico abaixo mostra a redução na taxa de cesarianas encontrada na meta-análise. Todos os estudos incluídos na meta-análise apontaram para redução de cesarianas, mas alguns não obtiveram significância estatística. No entanto a medida-sumário da meta-análise identificou uma redução de 20% na taxa de cesarianas. Não houve diferenças nos desfechos perinatais e neonatais.



Total intervention (95% CI): 145,571 (baseline), 143,751 (posintervantion); total control (96% CI): 242,823 (baseline), 244,764 (posintervention)

Total intervention events: 39,000 (baseline), 33,3707 (posintervantion); total control events: 60,779 (baseline), 244,764 (posintervention)

Test for heterogenecity: Chi^2 = 72, 78, df = 10, I^2 = 87,6% (P < 0.01)

Test for random overall effect: Z = 5.83 (P < 0.00001)

Fonte: Chaillet e Dumont, 2007

Uma das limitações desta revisão foi a inclusão de artigos da década de 90, levando em conta as mudanças na prática obstétrica e neonatal nos anos mais recentes. Os estudos de série temporal mostraram maior redução (RR de 0,76), enquanto os ensaios clínicos apontaram uma redução mais modesta (RR de 0,92). Dois estudos já referidos acima[72,76] foram incluídos nesta meta-análise. A maior redução foi obtida nas indicações por distocia, cesariana anterior e sofrimento fetal e com o uso de estratégias multifacetadas, que incluíssem auditoria e feedback. Os autores também concluíram que a identificação de barreiras é um elemento essencial para o sucesso destas estratégias.

3. Recomendações e reflexões sobre sua operacionalização

Considerando as evidências científicas disponíveis, podemos delinear algumas possíveis estratégias de ação:

3.1. Estratégias direcionadas às mulheres

3.1.a. Educação/ informação

Embora não existam estudos científicos que demonstrem a redução das taxas de cesariana com esse tipo de intervenção, os estudos disponíveis sugerem benefícios psicossociais associados ao trabalho educativo com mulheres.

Comentários

Alguns autores apontam que o trabalho educativo é uma estratégia que poderia alterar, a médio-longo prazo, a demanda das mulheres por cesáreas eletivas[77]. É fundamental que estratégias educativas sejam direcionadas também à população geral, visando disseminar informações relacionadas às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, e modificar o senso comum de que a cesariana é a forma normal de parturição. É importante também que as mulheres sejam envolvidas na formulação das estratégias educativas, para que o conteúdo, a forma de apresentação e a periodicidade das informações fornecidas considerem as necessidades das mulheres no seu processo de tomada de decisão, ressaltando-se que a informação é apenas um dos fatores envolvidos no processo decisório, onde também participam experiências anteriores, contexto cultural, crenças e valores, medo e informação de outras fontes. É importante também destacar que o tipo de informação fornecida; a forma, a época e a periodicidade de fornecimento da mesma, e os profissionais envolvidos nessa atividade, são aspectos importantes a serem considerados e devem ser incluídos nos estudos que visem avaliar esse tipo de intervenção.

3.1.b. Estratégias para garantia do suporte contínuo no parto

Esta é uma prática que dispõe de forte evidência científica sobre seus benefícios para a redução da taxa de cesariana, devendo ser garantida em todos os serviços públicos e privados. As evidências apontam que o melhor suporte é aquele fornecido por profissionais que não façam parte da equipe hospitalar.

Comentários

O suporte no parto é recomendado em documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1985[1], sendo considerada uma das práticas benéficas que devem ser utilizadas rotineiramente na assistência aos partos de baixo risco. O Ministério da Saúde, em suas publicações sobre assistência ao trabalho de parto e parto, incorporou as recomendações da OMS, e desde 2001 enfatiza que a presença do acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto seja uma prática a ser incorporada por todos os serviços que prestam assistência ao parto[78.] No âmbito dos serviços públicos, desde a aprovação da lei número 11.108 de 7 de abril de 2005, todos os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, devem permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Já nos serviços privados, a presença de acompanhante familiar foi recentemente incorporada no novo rol de coberturas mínimas obrigatórias estipulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008, seção IV, artigo 16, parágrafo 1). Segundo essa Resolução, a partir de 2 de abril de 2008, as operadoras de planos de saúde terão que oferecer aos beneficiários de planos contratados a partir de janeiro de 1999, os procedimentos e eventos em saúde previstos nesse rol de coberturas mínimas.

Apesar dos avanços no conhecimento científico sobre o tema e na legislação vigente que garante o direito das mulheres a essa prática, não existem estudos que avaliem a implantação dessa prática em âmbito nacional. Pode-se supor que muitas mulheres ainda não tenham a presença de um acompanhante de sua escolha, tanto no serviço público quanto no privado. Em estudo realizado em duas maternidades privadas do Rio de Janeiro[12], verificou-se diferença significativa na proporção de puérperas que referiam a presença de um acompanhante familiar durante o trabalho de parto e parto, sendo observado um valor inferior na unidade com atendimento a mulheres de menor nível socioeconômico. Mesmo quando a gestante está acompanhada de seu médico particular e de familiares, nem sempre o suporte intraparto está garantido nos componentes que o caracterizam: informação, conforto físico e suporte emocional.

Já existem evidências demonstrando que o melhor suporte é aquele fornecido por profissionais que não façam parte da equipe hospitalar, estando este ator com sua atuação voltada exclusivamente para o fornecimento do suporte. Em alguns países, como nos EUA, e também de

forma incipiente no Brasil, já existem profissionais, geralmente denominadas de doulas, que prestam este tipo de cuidado, que se inicia no pré-natal e se estende até o parto ou pós-parto imediato. Poder-se-ia pensar na inclusão dessa profissional na equipe de saúde, tanto dos serviços públicos como privados, sendo os gastos com o pagamento desse profissional compensados pela redução de despesas com parto operatório, parto cesariano e uso de analgesia ou anestesia.

Uma outra estratégia possível seria implantar intervenções direcionadas aos familiares, visando maior preparação dos mesmos para o fornecimento do suporte, embora não existam estudos que avaliem os benefícios do suporte no parto fornecido exclusivamente por familiares. É importante também ressaltar que o acompanhante familiar está envolvido afetivamente com o processo de trabalho de parto e parto, necessitando, muitas vezes, ele próprio de suporte emocional.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a importância do suporte no parto também é fundamental, tanto para a facilitação da presença de acompanhantes de escolha da mulher, sejam eles leigos ou não, quanto para o fornecimento de suporte por eles próprios. Deve-se ressaltar que não foi encontrada redução do parto cesariano associado ao suporte contínuo fornecido por enfermeiros em locais com uso intensivo de intervenções médicas, demonstrando os limites dessa estratégia se modificações no modelo de atenção ao parto, visando menor medicalização de todo processo, não forem realizados[79]. É importante salientar também que nos locais onde foram realizados esses estudos, as taxas de cesariana são muito inferiores às encontradas nos serviços privados brasileiros, e é possível que resultados diferentes, com maior efeito nas taxas de cesariana, fossem obtidos em nossos serviços;

3.2. Estratégias direcionadas aos profissionais

3.2.a. Uso do partograma para monitoramento do trabalho de parto

A evidência disponível aponta para o uso do partograma com linha de ação 4 horas após a linha de alerta, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde.

3.2.b. indução do trabalho de parto

Em gestações de baixo risco ou risco habitual a recomendação mais adequada parece ser a de deixar que evolua espontaneamente para o trabalho de parto e que quando a gravidez se prolongar após a 41ª

semana seja discutida com a mulher a possibilidade de se utilizar a indução do trabalho de parto com misoprostol 25mcg via vaginal. Aguardar a evolução da gestação até a 41ª semana para apenas após este período realizar a indução reduziria a taxa de cesarianas eletivas.

Em gestações de risco as condições de vitalidade fetal e a idade gestacional serão responsáveis pela opção do profissional em relação à época da interrupção da gestação e também pela via de parto. A indução do parto em gestações de risco pode seguir o mesmo protocolo anterior desde que a vitalidade fetal esteja assegurada e haja meios para avaliá-la durante todo o processo de trabalho de parto e parto[80-82].

Em relação à indução do trabalho de parto em gestantes com cesariana anterior não existem evidências sobre as vantagens da cesariana eletiva em comparação com a indução planejada do parto. Embora a utilização das prostaglandinas para a indução do trabalho de parto pareça estar associada a maior chance de rotura uterina não há dados conclusivos[83,84].

3.2.c. utilização da prova de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana anterior

As evidências disponíveis apontam para uma taxa elevada de sucesso de parto vaginal em mulheres com uma cesariana anterior quando submetidas a uma prova de trabalho de parto.

Comentários

As associações de obstetrícia e ginecologia de diversos países[85-87] adotam em seus protocolos a recomendação de que uma prova de trabalho de parto seja oferecida a todas as gestantes com uma cesariana anterior com incisão segmentar transversa, que não apresentem contra-indicação a um parto vaginal na gestação atual. Riscos e benefícios das duas possibilidades de manejo (cesariana eletiva ou prova de trabalho de parto) devem ser discutidos com as mulheres, devendo essa decisão ser conjunta. Quando a incisão uterina não for conhecida, deve-se tentar obter informações sobre o parto anterior para esclarecer o tipo de incisão utilizada. A existência de uma incisão clássica contra-indica uma prova de trabalho de parto. Embora a rotura uterina seja um evento raro, é uma complicação grave, exigindo ambiente hospitalar com acesso imediato a uma cesariana de emergência, se necessário. As associações de ginecologia e obstetrícia do Canadá e Reino Unido também recomendam a monitorização eletrônica fetal contínua dessas gestantes, por ser a alteração da freqüência cardíaca fetal, com um padrão não reativo, uma das primeiras manifestações da

rotura uterina. Embora a evidência disponível ainda seja inconclusiva, o risco de rotura uterina parece aumentado quando a prostaglandina é utilizada para indução do trabalho de parto ou preparo do colo, estando seu uso contra-indicado. Também parece haver maior risco de rotura em gestantes com duas ou mais cesáreas anteriores e em gestantes com um intervalo entre a cesárea anterior e o parto atual inferior a 24 meses. Não parece haver risco aumentado de rotura em gestantes com fetos macrossômicos, gestações múltiplas, pós-datismo e diabetes gestacional.

3.2.d. utilização da cardiotocografia (CTG)

Em gestantes de baixo risco não se recomenda a monitorização continuada do trabalho de parto com a CTG pela possibilidade de aumento das taxas de parto operatório, decorrentes de diagnósticos falso-positivos de sofrimento fetal. Nestes casos está recomendado o uso da monitorização com ausculta fetal intermitente.

Em gestantes em trabalho de parto, com CTG não reativa, o uso de outros métodos de avaliação do bem estar fetal, tais como a dopplerfluxometria fetal e microdeterminação de pH fetal, pode contribuir para a maior acurácia do diagnóstico do sofrimento fetal. Contudo ainda não há evidência de redução de cesarianas com esta abordagem.

3.2.e. uso de analgesia peridural

A utilização da epidural (ou combinada) como método de analgesia durante o trabalho de parto deve ser discutida com as gestantes que devem estar cientes da possibilidade de um parto instrumental. Esta possibilidade também deve ser levada em conta pelos profissionais que devem estar habilitados para a utilização das técnicas de operatória transpélvica.

3.3. Estratégias de caráter institucional (estruturais)

3.3.a. Estratégias relacionadas à assistência pré-natal

O cuidado continuado no pré-natal é uma intervenção que apresenta resultados benéficos comprovados, incluindo a redução da taxa de cesariana. Especificamente para as mulheres de alto risco para prematuridade e baixo peso ao nascer, o suporte social no pré-natal também resultou em menores taxas de cesariana, além de melhores resultados psico-sociais em alguns estudos.

Comentários

Os benefícios encontrados no modelo que enfatiza a continuidade do cuidado são promissores para o setor público, principalmente no contexto brasileiro de reformulação da atenção básica com expansão da estratégia saúde da família, onde a questão da responsabilização da equipe pela clientela adstrita é central, propiciando a continuidade da assistência durante o pré-natal. Entretanto, a continuidade do cuidado até o parto e pós-parto exige maior integração entre os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar, constituindo-se em enorme desafio para o setor público.

Já para o setor privado, a relevância desta estratégia não é tão clara, já que em geral a mulher é acompanhada pelo mesmo profissional durante o pré-natal, parto e pós-parto. Para aquelas mulheres que dispõem de cobertura do plano de saúde para a assistência pré-natal, mas não para o parto, ou vice-versa, a descontinuidade da assistência pode ocorrer. Caso esta situação seja muito freqüente, estratégias específicas poderiam ser pensadas para esse tipo de clientela. Contatos com a equipe hospitalar, incluindo visita às instalações da maternidade, e trabalhos educativos de preparação para o parto, podem ser adotados. A inclusão da *doula* na equipe de saúde poderia ser uma outra opção para garantir a continuidade do cuidado.

3.3.b. Estratégias relacionadas à melhoria de qualidade e auditorias

Recomenda-se o uso de estratégias multifacetadas, que incluam auditoria e feedback. A maior redução é obtida nas indicações por distocia, cesariana anterior e sofrimento fetal. A identificação de barreiras é um elemento essencial para o sucesso destas estratégias.

Comentários

O estudo de implantação da segunda opinião mandatória verificou que, apesar do resultado favorável encontrado, de redução das taxas de cesariana, apenas 65% dos profissionais entrevistados recomendariam a implantação da segunda opinião mandatória nos hospitais privados. Quando se avaliou[88] a opinião exclusivamente dos médicos brasileiros que participaram do estudo, foi observado um valor ainda inferior: apenas 30% consideraram viável a implantação dessa estratégia nos serviços privados. As principais razões alegadas foram que os profissionais não aceitam que suas decisões sejam questionadas (30%), que a responsabilidade pelo paciente é exclusivamente do médico atendente (aproximadamente 20%) e que existem outros interesses envolvidos, não necessariamente relacionados à melhor forma de terminar a gestação (13% a 20%).

Um estudo qualitativo recente realizado com médicos obstetras e *midwives* de três hospitais canadenses para avaliar barreiras para a implantação de protocolos clínicos e possíveis facilitadores para sua adoção, verificou que a auditoria *(peer review)* e retorno das informações realizados por profissionais identificados como formadores de opinião foi a medida citada como mais importante. Outras estratégias incluíam trabalhos educativos com as mulheres, envolvimento das esferas gerenciais na discussão das barreiras identificadas e capacitação dos profissionais de saúde[89].

O estudo conclui que, no processo de implantação de novas recomendações, é fundamental a discussão de seu conteúdo com os atores locais, considerando suas percepções na identificação de barreiras locais e possíveis medidas facilitadoras, visando tornar as recomendações mais aceitáveis, com maior eficiência das estratégias propostas.

4. Conclusões

Os três tipos de estratégia podem contribuir para a redução de cesarianas desnecessárias, apresentando algumas uma evidência mais estabelecida do que outras. O que é importante ressaltar é que em nenhum dos contextos onde esses estudos têm sido realizados, as taxas de cesariana são tão elevadas e as proporções de cesariana eletivas tão prevalentes quanto em nosso meio. Portanto, algumas das iniciativas que não tiveram resultados tão significativos em outros países têm a possibilidade de conseguir grande impacto em nosso meio.

Certamente a principal estratégia a ser buscada no sistema de saúde suplementar brasileiro é permitir que as gestantes entrem em trabalho de parto, e que tenham seu trabalho de parto assistido com práticas cuja efetividade esteja baseada em evidências científicas. Neste sentido a admissão da gestante ao pré-parto apenas na fase ativa do trabalho de parto pode contribuir para diminuir o número de intervenções desnecessárias e aumentar a possibilidade de um parto normal.

O trabalho educativo com as mulheres pode ter um papel relevante no fortalecimento das gestantes em sua opção pelo parto normal, já que diversos estudos já demonstraram que esse tem sido o parto de preferência das mesmas.

O suporte continuado no parto também é uma estratégia efetiva e importante de fornecimento de apoio emocional e medidas de conforto físico, para a obtenção de partos mais rápidos, menos dolorosos e com menos intervenções médicas.

A estratégia voltada para o profissional é provavelmente a mais complexa, pela diversidade desses atores, seja em sua formação, capacitação, adesão a um ideário mais ou menos intervencionista, tipo de unidade em que atuam, forma predominante de remuneração, entre outros. Trabalhos educativos direcionados aos profissionais são essenciais para a divulgação e progressiva incorporação de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, bem como para uma nova relação com as usuárias que considere o papel ativo das gestantes na tomada de decisões relacionadas ao seu processo de parto. Entretanto, sabe-se que o trabalho educativo, apesar de importante, é certamente insuficiente para a mudança das práticas de saúde, pois outros fatores, além do conhecimento, afetam as atitudes e práticas dos profissionais. [90]

Outras estratégias podem ser adotadas, como a segunda opinião mandatória; auditoria; envio de relatórios; definição de limites máximos para as intervenções obstétricas, associados ou não a sanções financeiras; envolvimento de lideranças locais, considerando-se sempre as características organizacionais de cada local e os efeitos leves a moderados dessas estratégias. Certamente apenas o envolvimento dos gestores e de lideranças locais com a proposta de qualificação da assistência e redução das taxas de cesariana pode garantir o sucesso destas iniciativas.

Por fim, é necessário que estudos avaliativos sejam conduzidos, para verificar a efetividade das intervenções adotadas e contribuir para a construção do conhecimento científico sobre o tema.

5. Referências bibliográficas

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. Lancet, 2(84532): 436-67, 1985.

2. BARROS FC, VAUGHAN JP, VICTORA CG, HUTTLY SR. Epidemic of Caesarean Sections in Brazil. Lancet, 338: 167-169, 1991.

3. WANIEZ P, WURTZ B, BRUSTLEIN V. Abuse of Caesarean Delivery in Brazil: Geographic Dimensions of a Medical Aberration. Sante, 16(1):21-31, 2006.

4. POTTER JE, BERQUO E, PERPETUO IH, LEAL OF, HOPKINS K, SOUZA MR, et al. Unwanted Caesarean Sections Among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. BMJ, 323: 1155-1158, 2001.

5. FREITAS PF, DRACHLER ML, LEITE JC, GRASSI PR. Social Inequalities in Cesarean Section Rates in Primiparae, Southern Brazil. Rev Saúde Pública, 39:761-767, 2005.

6. YAZLLE ME, ROCHA JS, MENDES MC, PATTA MC, MARCOLIN AC, DE AZEVEDO GD. Incidence of Cesarean Section Regarding the Financial Support Source for Delivery Care. Rev Saúde Pública, 35:202-206, 2001.

7. GOMES UA, SILVA AA, BETTIOL H, BARBIERI MA. Risk Factors for the Increasing Caesarean Section Rate in Southeast Brazil: A Comparison of Two Birth Cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol, 28:687-694, 1999.

8. BEHAGUE DP, VICTORA CG, BARROS FC. Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil: Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality? A Population Based Birth Cohort Study Linking Ethnographic and Epidemiological Methods. BMJ, 324:942-945, 2002.

9. SILVEIRA DS, SANTOS IS. Factors Associated with Cesarean Sections Among Low-income Women in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Cad Saúde Pública; 20 (Suppl 2):S231-S241, 2004.

10. POTTER JE, HOPKINS K, FAÚNDES A, PERPÉTUO I. Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. Birth, 35(1):33-40, 2008.

11. RIBEIRO et al. Why are the Rates of Cesarean Section in Brazil Higher in More Developed Cities than in Less Developed Ones? Br J Med Biol Res; 40:1211-1220, 2007.

12. DIAS MAB, DOMINGUES RMSM, PEREIRA APE, FONSECA SC, GAMA SGN, THEME Filha MM, BITTENCOURT SDA, ROCHA PMM, SCHILITHZ AOC, LEAL MC. 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. Ciência Saúde Coletiva (no prelo), 2008.

13. LAVENDER T, HOFMEYR GJ, NEILSON JP, KINGDON C, GYTE GML. Caesarean Section for Non-Medical Reasons at Term. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD004660. DOI: 10.1002/14651858.CD004660.pub2, 2006.

14. VISWANATHAN M, VISCO AG, HARTMANN K, WECHTER ME, GARTLEHNER G, WU JM, PALMIERI R, FUNK MJ, LUX L, SWINSON T, LOHR KN. Cesarean Delivery on Maternal Request. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). Mar;(133):1-138, 2006.

15. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB. Elective Caesarean Section and Respiratory Morbidity in the Term and Near-term Neonate. Acta Obstet Gynecol Scand, 86(4):389-94, 2007.

16. VILLAR et al. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ, 335(7628):1025, 2007.

17. MacDORMAN MF, DECLERCQ E, MENACKER F, MALLOY MH. Vaginal Births to Low-RiskWomen: Application of an "Intention-to-Treat" Model. Birth, 35(1):3-8, 2008.

18. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB. Risk of Respiratory Morbidity in Term Infants Delivered by Elective Caesarean Section: Cohort Study. BMJ, 336(7635):85-7, 2008.

19. LIU et al. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. CMAJ, 176(4):455-60, 2007.

20. SAKALA C. Medically Unnecessary Cesarean Section Births: Introduction to a Symposium. Soc Sci Med, Nov; 37(10):1177-98, 1993.

21. MAWSON AR. Reducing Cesarean Delivery Rates in Managed Care Organizations. Am J Managed Care, 8(8):730-40, 2002.

22. WALKER R, TURNBULL D, WILKINSON C. Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence. Birth, Mar; 29(1):28-39, 2002.

23. CHAILLET N, DUMONT A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. Birth, 34(1):53-64, 2007.

24. WOOLF SH, BATTISTA RN, ANDERSON GM, LOGAN AG, WANG E and Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Assessing the Clinical Effectiveness of Preventive Maneuvers: Analytic Principles and Systematic Methods in Reviewing Evidence and Developing Clinical Practice Recommendations. J Clin Epidemiol, 43(9):891-905, 1990.

25. http://www.cochrane.org/reviews/

26. CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO KJ, GILSTRAP III LC, HAUTH JC & WENSTROM KD. Williams Obstetrics. 21th edition. McGraw Hill: New York, 2001.

27. REZENDE, J. Obstetrícia. Guanabara Koogan S.A: Rio de Janeiro, 1982.

28. OLESEN AW, BASSO O, OLSEN J. Risk of Recurrence of Prolonged Pregnancy. BMJ, 326(7387):476, 2003a.

29. OLESEN AW, WESTERGAARD JG, OLESEN J. Perinatal and

Maternal Complications Related to Postterm Delivery: A National Register-Based Study, 1978-1993. Am J Obstet Gynecol, 189:222-7, 2003b.

30. NORWITZ ER, SNEGOVSKIKH VV, CAUGHEY AB. Prolonged Pregnancy: When Should We Intervene? Clin Obstet Gynecol, Jun;50(2):547-57, 2007.

31. SANCHEZ-RAMOS L, OLIVIER F, DELKE I, KAUNITZ AM. Labor Induction Versus Expectant Management for Postterm Pregnancies: A Systematic Review With Meta-analysis. Obstet Gynecol, 101(6):1312-8, 2003.

32. GÜLMEZOGLU AM, CROWTHER CA, MIDDLETON P. Induction of Labour for Improving Birth Outcomes for Women at or Beyond Term (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev, Oct 18;(4): CD004945, 2006.

33. HOFMEYR GJ, GULMEZOGLU AM. Vaginal Misoprostol for Cervical Ripening and Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (1):CD000941, 2003.

34.BARTUSEVICIUS A, BARCAITE E, NADISAUSKIENE R. Oral, Vaginal and Sublingual Misoprostol for Induction of Labor. Int J Gynaecol Obstet, 91(1):2-9, 2005.

35. CRANE JM, BUTLER B, YOUNG DC, HANNAH ME. Misoprostol Compared with Prostaglandin E2 for Labour Induction in Women at Term with Intact Membranes and Unfavourable Cervix: A Systematic Review. BJOG, 113(12):1366-76, 2006.

36. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY - ACOG Technical Bulletin No. 10 (2000). In Am Fam Physician, Jul 15;62(2):445, 2000.

37. ALFIREVIC Z, WEEKS A. Oral Misoprostol for Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, CD001338, 2006.

38. BRICKER L, LUCKAS M. Amniotomy Alone for Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD002862, 2000.

39. HOWARTH GR, BOTHA DJ. Amniotomy Plus Intravenous Oxytocin for Induction of Labour Cochrane Database Syst Rev, (3): Cd003250, 2001.

40. HUGHES EG, KELLY AJ, KAVANAGH J. Dinoprostone Vaginal Insert for Cervical Ripening and Labor Induction: A Meta-analysis. Obstet Gynecol, 97(5 Pt 2):847-55, 2001.

41. KELLY AJ, KAVANAGH J, THOMAS J. Vaginal Prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for Induction of Labour at Term. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD003101 (update de 2001), 2003.

42. FRENCH L. Oral Prostaglandin E2 for Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD003098, 2001.

43. KELLY AJ, TAN B. Intravenous Oxytocin Alone for Cervical Ripening and Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (3): CD003246, 2001.

44. BOULVAIN M, et al. Mechanical Methods for Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD001233, 2001.

45. BOULVAIN M, STAN C, IRION O. Membrane Sweeping for Induction of Labour. Cochrane Database Syst Rev, (1):CD000451, 2005.

46. O´DRISCOLL K, FOLEY M, MacDONALD D. Active Management of Labor as an Alternative to Cesarean Section for Dystocia. Obstet Gynecol, 63: 485-490, 1984.

47. SADLER LC, DAVISON T, McCOWAN LME. A Randomized Controlled Trial and Meta-analysis of Active Management of Labour. BJOG, 107: 909-915, 2000.

48. PATTINSON RC, HOWARTH GR, MDLULI W, MACDONALD AP, MAKIN JD, FUNK M. Aggressive or Expectant Management of Labour: a Randomized Clinical Trial. BJOG, 110: 457-461, 2003.

49. SOMPRASIT C, TAMPRASERTKUL C, KAMUDHAMAS A. Reducing Cesarean Delivery Rates: An Active Management Labour Program in a Setting With Limited Resources. J Med Assoc Thai, 88(1):20–24, 2005.

50. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization Partograph in Management of Labour. Lancet; 343:1399-1404, 1994.

51. LAVENDER T, ALFIREVIC Z, WALKINSHAW S. Partogram Action Line Study: A Randomized Trial. BJOG, 105(9):976-980, 1998.

52. LAVENDER T, ALFIREVIC Z; WALKINSHAW S. Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes. Obstet Gynecol, 108(2):295-302, 2006.

53. HOFMEYR GJ. External Cephalic Version for Breech Presentation Before Term. Cochrane Database Syst Rev, (1):CD000084, 2006.

54. DODD JM, CROWTHER CA, et al. Planned Elective Repeat Caesarean Section Versus Planned Vaginal Birth for Women With a Previous Caesarean Birth. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD004224, 2004.

55. DODD J, CROWTHER C.Vaginal Birth After Caesarean Versus Elective Repeat Caesarean for Women with a Single Prior Caesarean Birth: A Systematic Review of the Literature. Aust N Z J Obstet Gynaecol, Oct;44(5):387-91, 2004.

56. GUISE JM, BERLIN M, MCDONAGH M, OSTERWEIL P, CHAN B, HELFAND M. Safety of Vaginal Birth After Cesarean: A Systematic Review. Obstet Gynecol, 103(3):420-9, 2004.

57. DODD JM, CROWTHER CA, HILLER JE, HASLAM RR, ROBINSON JS. Birth After Caesarean Study – Planned Vaginal Birth or Planned Elective Repeat Caesarean for Women at Term With a Single Previous Caesarean Birth: Protocol for a Patient Preference Study and Randomised Trial. BMC Pregnancy and Childbirth 2007 http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/17, 7:17doi

58. ALFIREVIC Z, DEVANE D, GYTE GM. Continuous Cardiotocography (CTG) as a Form of Electronic Fetal Monitoring (EFM) for Fetal Assessment During Labour. Cochrane Database Syst Rev, 3:CD006066, 2006.

59. NEILSON JP. Fetal Electrocardiogram (ECG) for Fetal Monitoring During Labour. Cochrane Database Syst Rev, 3:CD000116. Review, 2006.

60. EAST CE, CHAN FY, COLDITZ PB, BEGG LM. Fetal Pulse Oximetry for Fetal Assessment In Labour. Cochrane Database Syst Rev, Apr 18;(2):CD004075, 2007.

61. LIU EH, SIA ATH. Rates of Caesarean Section and Instrumental Vaginal Delivery in Nulliparous Women After Low Concentration Epidural Infusions or Opioid Analgesia: Systematic Review. BMJ, 328(7453):1410, 2004.

62. ANIM_SOMUAH M, SMYTH R, HOWELL C. Epidural Versus Non-Epidural or No Analgesia in Labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 1, Oxford: Update Software, 2007.

63. SIMMONS SW, CYNA AM, DENNIS AT, HUGHES D. Combined Spinal-Epidural Versus Epidural Analgesia in Labour. Cochrane Database Syst Rev, Jul 18;(3):CD003401, 2007.

64. HODNETT ED, GATES S, HOFMEYR GJ, SAKALA C. Continuous Support for Women During Childbirth. Cochrane Database Syst Ver, Jul 18;(3):CD003766, 2007.

65. BRUGGEMAN OM, PARPINELLI MA, OSIS MJ. Evidências Sobre o Suporte Durante o Trabalho de Parto/Parto: Uma Revisão da Literatura. Cad. Saúde Pública, 21 (5): 1316-1327, 2005.

66. HOREY D, WEAVER J, RUSSELL H. Information for Pregnant Women About Caesarean Birth. Cochrane Database Syst Rev, (1): CD003858, 2004.

67. SHORTEN A, SHORTEN B, KEOGH J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth After Cesarean. Birth, 32(4):252-61, 2005.

68. GAGNON AJ, SANDALL J. Individual or Group Antenatal Education for Childbirth or Parenthood, or Both. Cochrane Database Syst Rev, Jul 18;(3):CD002869, 2007.

69. LAUZON L, HODNETT ED. Antenatal Education for Self-diagnosis of the Onset of Active Labour at Term. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD000935, 2000.

70. BROWN HC, SMITH HJ. Giving Women Their Own Case Notes to Carry During Pregnancy. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD002856, 2004.

71. HODNETT ED. Continuity of Caregivers for Care During Pregnancy and Childbirth. Cochrane Database Syst Rev, (2): CD000062, 2000.

72. HOMER CS, DAVIES JK, BRODIE PM. Collaboration in Maternity Care: A Randomised Controlled Trial Comparing Community-Based Continuity of Care With Standard Hospital Care. BJOG, 108(1):16-22, 2001.

73. HODNETT ED, FREDERICKS S. Support During Pregnancy for Women at Increased Risk of Low Birthweight Babies. Cochrane Database Syst Rev, (3):CD000198, 2003.

72. LAUZON L, HODNETT E. Labour Assessment Programs to Delay Admission to Labour Wards. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD000936. DOI: 10.1002/14651858.CD000936, 1998.

75. HODNETT E. Home-like Versus Conventional Institutional Settings for Birth. Cochrane Database Syst Rev, (1):CD000012, 2005.

76. ALTHABE F, BELIZAN JM, VILLAR J, et al. Mandatory Second Opinion to Reduce Rates of Unnecessary Caesarean Sections in Latin America: A Cluster Randomised Controlled Trial. Lancet, 363(9425):1934-40, 2004.

77. ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, DULEY CCLD, HODNETT E, HOFMEYR J. Social and Professional Support in Childbirth. In: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Inglaterra: Oxford University Press, 2000.

78. 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.

79. HODNETT ED, LOWE NK, HANNAH ME, WILLAN AR, STEVENS B, WESTON JA, OHLSSON A, GAFNI A, MUIR HA, MYHR TL, STREMLER R; NURSING SUPPORTIVE CARE IN LABOR TRIAL GROUP. Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals: A Randomized Controlled Trial. JAMA, 288(11):1373-81, 2002.

80. ROZENBERG P, CHEVRET S, SÉNAT MV, BRETELLE F, PAULE BONNAL A, VILLE Y. A Randomized Trial that Compared Intravaginal Misoprostol and Dinoprostone Vaginal Insert in Pregnancies at High Risk of Fetal Distress. Am J Obstet Gynecol, Jul;191(1):247-53, 2004.

81. NICHOLSON JM, KELLAR LC, CRONHOLM PF, MACONES GA. Active Management of Risk in Pregnancy at Term in an Urban Population: An Association Between a Higher Induction of Labor Rate and a Lower Cesarean Delivery Rate. Am J Obstet Gynecol, 191(5):1516-28, 2004.

82. BEN-HAROUSH A, YOGEV Y, GLICKMAN H, KAPLAN B, HOD M, BAR J. Mode of Delivery in Pregnancies With Suspected Fetal Growth Restriction Following Induction of Labor With Vaginal Prostaglandin E2. Acta Obstet Gynecol Scand, Jan; 83(1):52-7, 2004.

83. DODD J, CROWTHER C. Induction of Labour for Women with a Previous Caesarean Birth: a Systematic Review of the Literature. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 44(5):392-5, 2004.

84. DODD JM, CROWTHER CA. Elective Repeat Caesarean Section Versus Induction of Labour for Women With a Previous Caesarean Birth. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD004906, 2006.

85. NHS/ NICE. Caesarean Section. Clinical Guidelines 13. 2004.

86. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-gynecologists. ACOG Practice Bulletin number 54, July 2004.

87. SCOG. Guidelines for vaginal birth alter previous caesarean birth. SOCG Clinical Practice Guidelines. Number 155, February 2005.

88. OSIS MJ, et al. Brazilian Doctors' Perspective on the Second Opinion Strategy Before a C-section. Rev Saude Publica, 40(2):233-9, 2006.

89. CHAILLET N, DUBÉ E, DUGAS M, FRANCOUER D, DUBÉ J, GAGNON S, et al. Identifying Barriers and Facilitators Towards Implementing Guidelines to Reduce Caesarian Section Rates in Quebec. Bulletin of the World Health Organization, 85 (10): 791-798, 2007.

90. CABANA MD, RAND CS, POWE NR, WU AW, WILSON MH, ABBOUD PAC, RUBIN HR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practices Guidelines? A Framework for Improvement. JAMA, 282:1450-1465, 1999.

IV. Avaliação da demanda por cesariana e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro

Marcos Augusto Bastos Dias, *Doutor em Saúde da Mulher*
Rosa Maria Soares Madeira Domingues, *Mestre em Saúde Pública*
Ana Paula Esteves Pereira, *Mestre em Saúde Pública*
Sandra Costa Fonseca, *Doutora em Epidemiologia*
Silvana Granado Nogueira da Gama, Doutora em Epidemiologia
Mariza Miranda Theme Filha, Doutora em Epidemiologia
Sonia Duarte Azevedo Bittencourt, Doutora em Epidemiologia
Penha Maria Mendes da Rocha, Doutora em Epidemiologia
Arthur Orlando Correa Schilithz, Mestre em Saúde Pública
Maria do Carmo Leal, Doutora em Epidemiologia

Pesquisadores do grupo de pesquisa "Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil" do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

1. Introdução

No Brasil, as taxas de cesariana são bastante elevadas, em torno de 35% e atingem valores ainda maiores nos serviços privados – 70% a 90%[1,2]. As razões para esta alta prevalência não parecem se relacionar a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da "cultura da cesariana"[1-5].

Argumenta-se que as mulheres brasileiras demandam o parto cesáreo, restando ao obstetra atender a este desejo. Entretanto, Potter et al[2] encontraram preferência em torno de 70-80% pelo parto vaginal, em mulheres acompanhadas no pré-natal, tanto no serviço público como no privado. Apesar da preferência, as mulheres no serviço privado tiveram mais do que o dobro de cesarianas que as do serviço público, principalmente às custas de cirurgias eletivas e/ou decididas nas primeiras horas após a admissão hospitalar. A mudança do tipo de parto, em relação à preferência anterior, parece moldada pela conduta intervencionista do médico[4]. No caso das cesarianas decididas após a internação, já foi descrita na literatura uma entidade clínica

– “cesariana eletiva intraparto” – na qual o perfil do médico assistente é o principal determinante da decisão pelo parto cesáreo antes do surgimento de uma indicação obstétrica consistente[6].

Em relação às mulheres que preferem partos cesáreos, observa-se que são mais comumente de nível socioeconômico elevado, de cor branca, têm maior escolaridade e realizam mais consultas de pré-natal[3,7,8]. Independente do nível socioeconômico, a demanda por cesariana parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório[9].

Neste trabalho, que avalia a ocorrência de cesariana na rede de saúde suplementar, a hipótese é que a construção da decisão por cesariana como via de parto se processa ao longo da gestação e parto, em três momentos: no início, ao longo da gestação e no momento do parto.

No início da gestação, o nível socioeconômico da gestante, seu contexto sociocultural, experiências reprodutivas anteriores, e informações sobre os tipos de parto, influenciariam a escolha inicial. Ao longo da gestação, informações recebidas, intercorrências clínico-obstétricas, influências familiares e do próprio médico no pré-natal, poderiam modificar a escolha do tipo de parto, que pode ser feita pela mulher, pelo médico ou por ambos. No momento do parto, fatores relacionados à evolução do trabalho de parto e o próprio tipo de assistência oferecida poderiam alterar a escolha final da via de parto.

Os principais objetivos deste trabalho foram descrever, em unidades atendidas pela saúde suplementar, as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por parto cesáreo, bem como avaliar a adequação das indicações de cesariana e do manejo do trabalho de parto.

2. Métodos

Foi realizado um estudo transversal, em duas unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. O critério de escolha das unidades foi, além do volume de partos, a heterogeneidade socioeconômica da clientela, representada pela localização geográfica: uma na zona Norte do município do Rio de Janeiro (unidade 1) e outra situada em um município da Baixada Fluminense (unidade 2). Foram elegíveis todas as mulheres – 450 – que tiveram partos vaginais ou cesáreos nas unidades hospitalares selecionadas, nos meses do estudo. Foram escolhidos os meses de outubro e novembro, considerados meses de movimento típico. As entrevistas foram realizadas no mês de

outubro de 2006 na unidade 1 e no período de novembro de 2006 a janeiro de 2007 na unidade 2. A maior duração da pesquisa na unidade 2 se deu para que fosse obtido um número semelhante de entrevistas nas duas unidades.

Instrumento de coleta de dados

Com o intuito de analisar a indicação do parto cesáreo, foi usado um questionário padronizado e pré-codificado, construído especificamente para esta pesquisa. O instrumento foi composto por questões acerca das características socioeconômicas, antecedentes pessoais e obstétricos, dados da gestação atual, e assistência pré-natal e ao parto. As perguntas foram direcionadas à puérpera e outros dados transcritos do prontuário da paciente e do recém-nato.

Para avaliar o manejo do trabalho de parto foi elaborado um índice de adequação, baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS)[10]. Da mesma forma, para avaliar a adequação da indicação de cesariana, foram utilizados critérios estabelecidos pela evidência cientifica disponível relativa à realização dessa cirurgia[11, 12]. Estas avaliações foram feitas por dois obstetras, de maneira independente. Os casos discordantes foram decididos por consenso.

Coleta e processamento dos dados

As entrevistas foram realizadas ainda durante o período de internação, com intervalo mínimo de 12 horas após o parto, por profissionais da área de saúde previamente treinados, sob a supervisão dos pesquisadores. Os questionários foram revisados e codificados pelos membros da equipe, sendo o armazenamento dos dados realizado por meio do programa Access. Os problemas identificados foram solucionados com retorno ao questionário ou com o entrevistador. Os dados foram colhidos após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado no Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Análise dos dados

As freqüências foram analisadas para as variáveis de forma categórica e, quando pertinente, foram comparadas as duas unidades utilizando-se o teste qui-quadrado, visando avaliar diferenças relacionadas ao perfil da clientela atendida nas mesmas.

A análise estatística multivariada dos fatores associados à cesariana foi realizada através de regressão logística não condicional, seguindo o modelo hierárquico13 previamente estabelecido. Segundo este modelo,

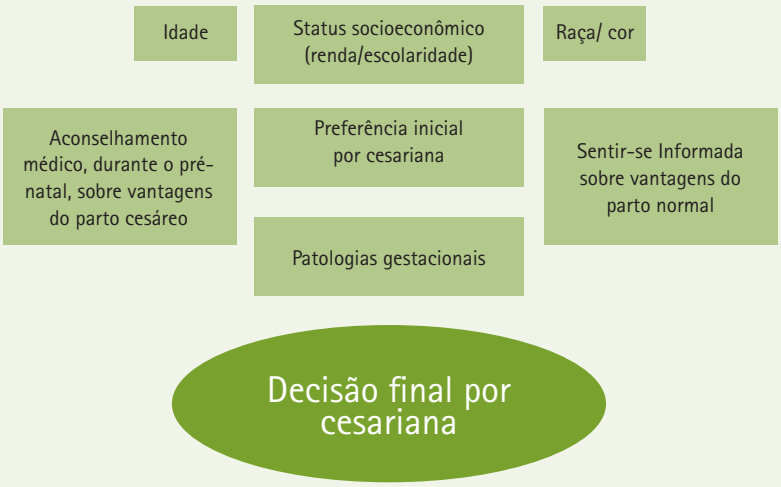
foram analisadas inicialmente as variáveis do nível distal, ajustadas entre si. A seguir o nível intermediário, com as variáveis ajustadas para o nível distal e entre si. Por último, o nível proximal, com as variáveis ajustadas entre si e com as variáveis dos níveis superiores (distal e intermediário). As variáveis nunca foram ajustadas para o nível inferior, para não subestimar associações da cadeia causal.

A variável dependente foi sempre a cesariana (preferência, decisão ou via de parto). As variáveis independentes foram: a) no nível distal – fatores socioeconômicos (renda, escolaridade), cor da pele, idade; b) no nível intermediário - fatores ligados à informação e interação com os serviços de saúde; e c) no nível proximal – condições emocionais ou biológicas mais próximas do desfecho. Na análise multivariada de cada nível, foram incluídas as variáveis do nível anterior que atingiram nível de significância estatística menor que 0,20. Permaneceram no modelo final aquelas com p-valor ≤ 0,05 e outras com significância limítrofe, porém com plausibilidade pelo modelo teórico, já que a amostra era muito pequena. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 13.0. Os modelos de cada momento (preferência inicial, decisão ao fim da gestação e tipo de parto) são mostrados na figura 1.

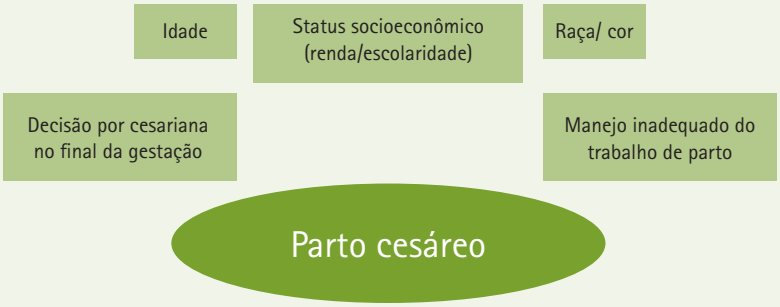
Figura 1. Modelo hierarquizado de análise
1º momento:

*apenas para as mulheres com parto anterior

2º momento:



3º momento:



3. Resultados

Foram entrevistadas 254 puérperas na unidade 1 e 183 na unidade 2, com um percentual de perdas de apenas 3%. Ocorreram nove perdas por alta hospitalar anterior à realização da entrevista, uma por óbito materno e três por recusa da mulher em participar da pesquisa.

Caracterização das entrevistadas

Perfil sociodemográfico e reprodutivo

Na tabela 1, apresentam-se as características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres entrevistadas. A média de idade foi de 28 anos, com maior proporção de adolescentes na unidade 2. Mais de 80% das mulheres apresentavam ensino fundamental completo; entre-

tanto, observou-se o dobro de mulheres com fundamental incompleto na unidade 2 e uma proporção muito maior de mulheres com ensino superior na unidade 1.

Mais de 90% das mulheres nas duas unidades referiam ser casadas ou viver com companheiro. Em relação à cor da pele, mais de 50% das mulheres se autodefiniram como pardas ou negras, sendo a maior proporção de brancas na unidade 1.

Mais de 60% das entrevistadas declararam ter ocupação remunerada, um pouco mais freqüente na unidade 1. Observou-se que a maior parte das mulheres declarou renda familiar entre dois e cinco salários mínimos. Entretanto, quase 20% das mulheres da unidade 2 informaram uma renda familiar inferior a dois salários mínimos, enquanto na unidade 1, mais de 10% relataram renda superior a dez salários mínimos.

Na unidade 2, observou-se maior proporção de primigestas e de primíparas (tabela 1). Em ambas as unidades, para aquelas com histórias de partos anteriores, verificou-se elevada proporção de cesarianas pregressas, próxima a 60%, sendo esse percentual um pouco superior na unidade 2.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas das puérperas, segundo local de internação

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x2*)
	n (254)	%	n (183)	%	
Faixa Etária					
até 19	12	4,7	20	10,9	
20 a 34	209	82,3	144	78,7	
35 e mais	33	13,0	19	10,4	0,0414
Escolaridade					
até 8ª série do fundamental	18	7,1	30	16,5	
do 1º ao 3º ano do médio	126	49,6	110	60,4	
Superior completo ou incompleto	110	43,3	42	23,1	0,0000
Estado Civil					
Casada/Vive com Companheiro	231	90,9	167	91,3	
Solteira	18	7,1	15	8,2	
Separada/divorciada	5	2,0	1	0,5	0,4187
Cor ou raça					
Preta	24	9,5	31	17,0	
Parda	97	38,3	92	50,5	
Branca	111	43,9	48	26,5	
Outras	21	8,3	11	6,0	0,0012

Ocupação remunerada					
Sim	183	72,0	111	60,7	
Não	71	28,0	72	39,3	0,0123
Faixa de renda					
Até 2 salários mínimos	10	4,0	36	19,7	
> 2 e ≤ 5 salários mínimos	123	48,5	87	47,5	
> 5 e ≤ 10 salários mínimos	91	36,0	50	27,3	
> 10 salários mínimos	29	11,5	10	5,5	0,0000
Gestações anteriores					
Não	123	48,4	102	55,7	0,131
Sim	131	51,6	81	44,3	
Paridade					
Primípara	149	58,7	119	65,0	
Um a dois partos anteriores	100	39,3	60	32,8	0,370
Três ou mais partos anteriores	5	2,0	4	2,2	
Apenas para mulheres com paridade ≠ 0	**n (105)**		**n (64)**		
Cesarianas pregressas					
Nenhuma	42	40,0	22	34,4	
Uma	53	50,5	39	60,9	0,310
Duas ou mais	10	9,5	3	4,7	

Aproximadamente 90% das mulheres, nas duas unidades, apresentaram cobertura total do parto pelo plano de saúde (tabela 2). Predominaram os planos coletivos, sendo essa proporção um pouco maior na unidade 2. Mais de 70% das entrevistadas relataram que o plano de saúde é novo. Das mulheres com plano antigo, um número elevado, principalmente na unidade 2, não sabia informar se houve adaptação do plano com a operadora. Deve-se ressaltar que muitas mulheres da unidade 2 não sabiam ao certo se o plano era novo ou antigo, optando pela resposta "antigo" no caso do plano ser antigo na empresa na qual ela ou o marido trabalhavam.

Tabela 2. Características da cobertura assistencial por planos de saúde, segundo local de internação das puérperas

	Unidade 1		Unidade 2	
	n (254)	%	n (183)	%
Cobertura do parto pelo plano de saúde				
Equipe médica e hospital	236	92,9	162	88,5
Só hospital	8	3,1	2	1,1
Não	8	3,1	8	4,4

Não sabe informar	2	0,8	0	0,0
Sem plano de saúde	0	0,0	11	6,0
Apenas para as pacientes com plano de saúde:	**n (254)**		**n (172)**	
Tipo de plano de saúde				
Individual	70	27,6	33	19,2
Coletivo	182	71,7	139	80,8
Não sabe informar	2	0,8	0	0,0
Característica do plano de saúde				
Novo	246	96,9	127	73,8
Antigo	6	2,4	32	18,6
Não sabe informar	2	0,8	13	7,6
Apenas para as pacientes com plano antigo:	**n (6)**		**n (32)**	
Adaptação à nova lei				
Sim	4	66,6	7	21,9
Não	1	16,7	2	6,2
Não sabe informar	1	16,7	23	71,9

Gestação atual

Quase a totalidade das mulheres realizou sua assistência pré-natal em consultório particular. Na unidade 2, cerca de 6% das mulheres relataram ter feito esse acompanhamento tanto no serviço público como no privado.

Mais de 90% das mulheres, nas duas unidades, relataram início precoce da assistência pré-natal e da realização de exame de ultra-sonografia, ambos no primeiro trimestre gestacional. Considerando como adequado o cálculo da idade gestacional feito a partir de um exame de ultra-sonografia realizado até a 20a semana gestacional, seria possível calcular a idade gestacional confiável por ocasião do parto para 98,6% das mulheres.

O número de consultas também foi elevado, com quase 100% das mulheres tendo acesso ao número mínimo de seis consultas de pré-natal. Entretanto, verificou-se uma diferença importante: enquanto na unidade 1 cerca de 60% das mulheres referiram ter tido mais de 12 consultas de pré-natal, número geralmente alcançado quando seguidos os protocolos recomendados pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia[12], na unidade 2 apenas 30% das mulheres alcançaram esse patamar (tabela 3).

Tabela 3. Assistência pré-natal, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor ($x2$)
	n (254)	%	n (183)	%	
Mês de início do pré-natal					
0 a 3	239	94,1	169	92,3	0,610

4 a 6	14	5,5	12	6,6	
7 a 9	1	0,4	2	1,1	
Mês da primeira ultra-sonografia					
0 a 3	241	94,9	167	91,3	0,211
4 a 6	13	5,1	15	8,2	
7 a 9	0	0,0	1	0,5	
Número de consultas de pré-natal					
Até 5	5	2,0	4	2,3	0,000
De 6 a 11	103	41,4	122	69,3	
12 ou	141	56,6	50	28,4	
Onde foi feito o pré-natal?	**n (253)**				
Apenas em consultório particular	246	97,2	171	93,4	0,056
Em serviço público ou ambos	7	2,8	12	6,6	

O acesso à informação durante a gestação também foi bastante diferenciado nos dois grupos. As mulheres da unidade 1 relataram se sentir mais informadas sobre as vantagens e desvantagens do diferentes tipos de parto em comparação às mulheres da unidade 2. Tomando-se por exemplo as informações sobre vantagens do parto normal, 89% das mulheres da unidade 1 consideravam-se completamente informadas, enquanto na unidade 2 apenas 66,7% se percebiam assim (tabela 4).

Tabela 4. Grau de informação das mulheres durante a gravidez sobre as vantagens e desvantagens do parto normal e cesáreo, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x*2)
	n (254)	%	n (183)	%	
Vantagens do parto normal					
Sim, totalmente	226	89,0	122	66,7	
Sim, parcialmente	4	1,6	42	23,0	0,000
Não	24	9,4	19	10,4	
Desvantagens do parto normal					
Sim, totalmente	171	67,3	54	29,7	
Sim, parcialmente	9	3,5	33	18,1	0,000
Não	74	29,1	95	52,2	
Vantagens do parto cesáreo					
Sim, totalmente	189	74,4	89	48,6	
Sim, parcialmente	24	9,4	46	25,1	0,000
Não	41	16,1	48	26,2	
Desvantagens do parto cesáreo					
Sim, totalmente	203	79,9	110	60,1	
Sim, parcialmente	11	4,3	36	19,7	0,000
Não	40	15,7	37	20,2	

Também se verificou, nas mulheres da unidade 2, menor participação do médico como fonte de informação sobre os tipos de parto, sempre inferior a 60%, sendo esse valor de cerca de 80% na unidade 1. Ressalta-se, entretanto, que quase 50% das mulheres atendidas na unidade 2 identificaram o médico como única fonte de informação sobre as vantagens do parto cesáreo.

Tabela 5. Fonte de informação sobre vantagens e desvantagens do parto normal e cesáreo, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x* 2)
	n	%	n	%	
Vantagens do parto normal	**n (230)**		**n (164)**		
Só o médico	20	8,7	33	20,1	
Médico e outras fontes	173	75,2	61	37,2	0,000
Só outras fontes	37	16,1	70	42,7	
Desvantagens do parto normal	**n (180)**		**n (87)**		
Só o médico	38	21,1	23	26,4	
Médico e outras fontes	103	57,2	16	18,4	0,000
Só outras fontes	39	21,7	48	55,2	
Vantagens do parto cesáreo	**n (213)**		**n (135)**		
Só o médico	48	22,5	62	45,9	
Médico e outras fontes	130	61,0	23	17,1	0,000
Só outras fontes	35	16,5	50	37,0	
Desvantagens do parto cesáreo	**n (214)**		**n (146)**		
Só o médico	53	24,7	39	26,7	
Médico e outras fontes	117	54,7	25	17,1	0,000
Só outras fontes	44	20,6	82	56,2	

Em relação às intercorrências apresentadas ao longo da gestação, verificam-se poucas diferenças entre as duas unidades, com predomínio da hipertensão arterial (17,9%), da circular de cordão (31,1%) e das alterações na apresentação do bebê (41%). Em relação a esta última intercorrência, considera-se que o valor encontrado pode estar superestimado, já que a pergunta aferia se o fato havia ocorrido em algum momento da gestação, e este pode ter sido apenas transitório.

Dentre as mulheres que relataram hipertensão na gravidez, cerca de 65% nas duas unidades faziam uso de medicação para tratamento dessa patologia.

A única diferença entre as intercorrências obstétricas informadas pelas mulheres foi o maior relato de perda de líquido durante a gravidez por rotura das membranas ovulares na unidade 2. Deve-se ressal-

tar também a baixíssima prevalência de algumas intercorrências que foram interrogadas, como infecção por herpes genital, HPV, e exame preventivo alterado.

Construção da decisão da via de parto

Preferência inicial pelo tipo de parto

Já no início da gestação, mais de 36% das mulheres na Unidade 1 e 32,8% na unidade 2 preferiam parto cesáreo. A preferência por parto vaginal foi de 44,9% e 52,4%, respectivamente, e o restante das mulheres não manifestou clara preferência no início da gravidez. Quando analisamos apenas as primíparas, a proporção de preferência por cesariana foi menor, 20% e 23%, respectivamente, na unidade 1 e 2.

Quando questionadas sobre que fatores poderiam ter influenciado essa preferência inicial, os mais citados foram o medo do parto normal, o medo da cesariana, as informações prévias sobre os tipos de parto, as histórias familiares e a preferência do parceiro. A proporção desses fatores citados pelas mulheres foi semelhante nas duas unidades, com exceção da preferência do parceiro e do medo da cesariana, maiores na unidade 1 (33,7% vs. 21,9% e 63,4% vs. 46,4%, respectivamente).

Entre as mulheres com partos anteriores, o desejo de ligar as trompas e as experiências de gestações e partos anteriores também foram muito citados. O medo de o parto normal alterar a vida sexual foi uma razão pouco citada em ambas as unidades.

Na análise multivariada, os fatores distais cor da pele e renda não mostraram associação com preferência por cesariana. A idade inferior a 20 anos pareceu protetora, embora sem significância estatística (OR: 0,50; IC95%: 0,20-1,22). A escolaridade analisada por anos de estudo apresentou-se associada a menor preferência por parto cesáreo, em torno de 10% menos chance de escolher esta via de parto para cada ano a mais de estudo, embora não tenha alcançado significância (OR: 0,90; IC 95%: 0,79 -1,03).

Quanto aos fatores intermediários, estar informada sobre os tipos de parto mostrou-se fortemente protetor (OR: 0,20; IC95%: 0,12-0,35), da mesma forma que a preferência do parceiro por parto normal (OR: 0,43; IC 95%:0,24-0,76). Em relação aos fatores proximais, o medo do parto cesáreo foi protetor (OR: 0,32; IC 95%:0,20-0,53), enquanto o medo do parto normal foi o único fator que aumentou a chance de escolha por cesariana (OR: 6,6; IC 95%:3,9-11,1).

Quando analisadas apenas as mulheres com história de partos anteriores, mantiveram-se protetores o nível de informação sobre tipo de parto e o medo

do parto cesáreo. No entanto, tiveram efeito de aumentar a escolha por cesariana o desejo de laqueadura (OR: 25,5 IC 95%: 4,08- 159,35) e a experiência reprodutiva anterior favorável a este tipo de parto (OR 268; IC 95%:16,7-4300,9). Parto cesáreo anterior também esteve associado à preferência inicial por cesariana, embora não tenha alcançado significância estatística.

Decisão pelo tipo de parto ao final da gestação

Cerca de 70% das mulheres relataram que, ao final da gestação, já havia a decisão de realização de cesariana. Na unidade 1, em quase metade dos casos a escolha foi da mulher, enquanto na unidade 2, na maioria das vezes, essa foi uma decisão conjunta da mulher e do médico. É importante, portanto, destacar que a proporção de mulheres com opção pelo parto cesariano duplicou em relação à preferência referida no início da gestação.

Quando a decisão foi apenas da mulher, os principais fatores relatados foram: o desejo de ligar as trompas, não querer sentir a dor do parto, e histórico de cesariana anterior. Quando foi exclusiva do médico, ou conjunta com a mulher, os fatores mais citados foram: a presença de circular de cordão, histórico de cesariana anterior, o relato de um bebê grande, e a presença de complicações na gravidez, sobretudo a hipertensão.

Na análise multivariada, verificou-se que idade menor que 20 anos (OR: 0,20; IC95% 0,06-0,62), maior escolaridade (OR: 0,71; IC95% 0,53-0,95) e informação sobre as vantagens do parto normal (OR: 0,31; IC95% 0,10-0,92) foram protetores, enquanto a preferência inicial pela cesariana associou-se fortemente a uma maior decisão pelo parto cesáreo ao final da gestação (OR: 23,9; IC95% 7,26-78,97). Também mostrou associação positiva a presença de circular de cordão e hipertensão, porém sem significância estatística.

Decisão no momento do parto

Os resultados sugerem que a decisão por cesariana no final da gestação foi o maior preditor de cesariana no momento do parto. A variável "manejo inadequado do trabalho de parto", utilizada no modelo apenas para as mulheres que entraram em trabalho de parto, mostrou-se associada a maior chance de cesariana, porém sem significância estatística. Deve-se ressaltar, entretanto, que o número de mulheres que entraram em trabalho de parto foi muito pequeno, limitando o poder da análise.

As figura 2, 3 e 4 apresentam o resumo das trajetórias das mulheres a partir de seu desejo inicial em relação ao tipo de parto (normal, cesáreo ou sem preferência), até a via de parto final. Observa-se que no momento do parto, a maioria das trajetórias terminou em parto cesáreo, independente do desejo inicial.

Figura 2. Trajetória das gestantes com preferência inicial pelo parto cesáreo

Total de mulheres 437				
Preferência inicial	Cesariana 152 – 35%			
Decisão no final da gestação	Cesariana 147 – 97%		Normal 5 – 3%	
Tipo de parto	PC	PN	PC	PN
	142 – 97%	5 – 3%	3 – 60%	2 – 40%

Figura 3. Trajetória das gestantes com preferência inicial pelo parto normal

Total de mulheres 437				
Preferência inicial	Normal 210 – 48%			
Decisão no final da gestação	Cesariana 118 – 56%		Normal 96 – 44%	
Tipo de parto	PC	PN	PC	PN
	113 – 96%	5 – 4%	67 – 73%	25 – 27%

Figura 4. Trajetória das gestantes com preferência inicial pelo tipo de parto

Total de mulheres 437				
Preferência inicial	Sem preferência 75 – 17%			
Decisão no final da gestação	Cesariana 55 – 73%		Normal 20 – 27%	
Tipo de parto	PC	PN	PC	PN
	53 – 96%	2 – 4%	16 – 80%	4 – 20%

Avaliação da adequação de indicações de cesariana e do manejo do parto

Assistência ao parto e indicação de cesariana

Foi encontrada uma proporção de 88,1% de partos cesarianos e 11,9% de partos normais, com distribuição semelhante nas duas maternidades (tabela 6). Não houve relato de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo).

Das mulheres com parto cesáreo, 17% referiam ter entrado em trabalho de parto antes da realização da cirurgia. Entretanto, após revisão dos questionários, verificou-se que apenas 8% dessas mulheres haviam realmente entrado em trabalho de parto. Ou seja, 92% das cesarianas foram realizadas eletivamente, antes da entrada da mulher em trabalho de parto.

Do total de cesarianas, 37,1% ocorreram exclusivamente por escolha da mulher, sendo as demais por indicação médica ou decisão conjunta.

Tabela 6. Características dos partos, segundo local de internação da puérpera.

	Unidade 1		Unidade 2	
	n	%	n	%
Tipo de parto	**n (254)**		**n (183)**	
Vaginal	22	8,7	22	12,0
Cesárea	232	91,3	161	88,0
Tipo de cesariana	**n (232)**		**n (161)**	
Eletiva	205	88,4	155	96,3
Não eletiva	27	11,6	6	3,7
Justificativa da cesariana	**n (232)**		**n (161)**	
Por indicação médica ou conjunta	147	63,4	97	60,2
Por escolha da mulher	85	36,6	64	39,8

Quando houve participação do médico na indicação da cesariana, verifica-se que as principais causas relatadas pelas mulheres foram: "falta de passagem", hipertensão arterial, presença de circular de cordão, e outras razões, nas quais predominaram uma suposta falta de condição para o parto vaginal, alterações de líquido amniótico e outros problemas de saúde da mulher (tabela 7).

Essas informações relatadas pelas mulheres contrastam com as informações médicas disponíveis no prontuário hospitalar (tabela 8). As principais indicações registradas pelos obstetras foram a desproporção céfalo-pélvica, a hipertensão arterial, as distocias e a amniorexe, sem diferenças entre as duas unidades, com exceção das indicações "cesariana anterior" e "distocias", superiores na unidade 2. Deve-se ressaltar, entretanto, que em 37% dos partos cesáreos na Unidade 1 e em 8,7% na Unidade 2, não havia no prontuário qualquer indicação para essa via de parto. Em muitos casos encontrou-se apenas a palavra "cesariana", a descrição do procedimento cirúrgico, ou a expressão "trabalho de parto", dando a entender que a indicação da cesariana foi o fato da mulher ter entrado em trabalho de parto. A qualidade do registro do médico pediatra foi ainda pior, não havendo relato da indicação da cesariana por esse profissional em 85% dos casos.

Tabela 7. Indicação das cesarianas por relato da mulher, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x*2)
	n (232)	%	n (161)	%	
Cesariana a pedido	**85**	**37,1**	**64,0**	**40,4**	
Cesarianas por indicação médica	**n (147)**		**n (97)**		
Desproporção céfalo-pélvica ("falta de passagem")	43	29,3	22	22,7	0,227
Uma cesariana anterior	4	2,7	6	6,2	0,115
Duas ou mais cesarianas anteriores	1	0,7	1	1,0	0,308
Hipertensão arterial	31	21,1	16	16,5	0,264
Amniorexe	9	6,1	9	9,3	0,184
Passou do tempo	4	2,7	8	8,2	0,038
Bebê sentado ou atravessado	13	8,8	5	5,2	0,210
Sofrimento fetal / problemas do bebê	10	6,8	9	9,4	0,226
Circular de cordão	28	19,0	22	22,7	0,207
Outros	48	32,9	23	24,0	0,157

Tabela 8. Indicação das cesarianas por registro médico, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x*2)
	n (232)	%	n (161)	%	
Prontuário médico					
Desproporção Céfalo-Pélvica	38	16,4	28	17,4	0,792
Cesárea anterior	2	0,9	14	8,7	0,000
Hipertensão Arterial	21	9,1	16	9,9	0,767
Distocias	27	10,6	40	21,9	0,001
Não declarado	86	37,1	14	8,7	0,000
Amniorexe	11	4,7	16	9,9	0,045
Outros	47	20,3	33	20,5	0,954

Após revisão e análise dos partos cesáreos (eletivos ou não) com indicação médica, não foi possível avaliar a adequação da indicação em 10,2% por ausência de informações no prontuário. Nos casos em que foi possível a avaliação, concluiu-se que 91,8% foram inadequadas e apenas 8,2% adequadas. A principal razão para a inadequação da indicação da cesariana foi a ausência de uma prova de trabalho de parto para várias condições que não constituem indicações absolutas para um parto cesáreo.

Em relação ao manejo do trabalho de parto, considerou-se para

análise as informações fornecidas por todas as 129 mulheres que relataram ter entrado em trabalho de parto. Optou-se por incluir todas essas mulheres, e não apenas aquelas que os revisores avaliaram que realmente apresentaram trabalho de parto, por essas mulheres terem sido internadas e submetidas a diversos procedimentos médicos.

Nota-se, na tabela 9, que ainda são utilizadas, nas duas maternidades, práticas considerados prejudiciais pela Organização Mundial de Saúde 10. Por outro lado, observa-se baixa incorporação de práticas consideradas benéficas para o manejo do trabalho de parto. Verificam-se também diferenças significativas entre as duas unidades em relação ao acesso a algumas práticas assistenciais, principalmente a restrição ao leito, a presença de acompanhantes e o uso de analgesia peridural, revelando um padrão assistencial inferior na unidade 2, onde são atendidas as mulheres de mais baixo nível socioeconômico.

Avaliou-se que 64,9% das mulheres tiveram manejo inadequado do trabalho de parto, 10,4% parcialmente adequado e nenhum adequado. Em 24,7% dos casos, não foi possível avaliar a adequação do manejo do trabalho de parto. Esses casos foram justamente aqueles em que a mulher apresentou um trabalho de parto de maior duração, em que a ausência de um partograma não permitiu a avaliação da evolução do trabalho de parto e das intervenções médicas utilizadas.

Para ambos os tipos de parto, foi observada uma ocorrência muito baixa de complicações maternas no pós-parto, inferior a 2%. Devemos ressaltar, entretanto, que ocorreu um óbito materno na unidade 1 durante o período do estudo, em mulher com parto cesariano, e que ainda não havia sido notificado à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Tabela 9. Práticas adotadas durante o trabalho de parto, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor (*x*2)
	n (72)	%	n (39)	%	
Início do trabalho de parto					
Espontâneo / natural	71	98,6	34	87,2	
Induzido pelo médico	1	1,4	2	5,1	0,214
Não soube responder	0	0,0	3	7,7	

Práticas adotadas durante o Trabalho de Parto	n (72)	%	n (39)	%	
Práticas benéficas					
Estímulo à deambulação e mudança de posição	13 (70)	18,6	10	27,8	0,276
Acompanhante no trabalho de parto	58	80,6	22	61,1	0,030
Acompanhante no parto	51	70,8	19	52,8	0,064
Ingestão de líquidos (água,sucos, etc.)	3 (70)	4,3	2	5,6	0,770
Práticas prejudiciais					
Restrição ao leito	54 (70)	77,1	35	97,2	0,008
Hidratação venosa de rotina	55 (71)	77,5	32	88,9	0,152
Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado					
Anestesia peridural ou raquidiana	71	98,6	27 (35)	77,1	0,000
Uso de ocitocina*	**n (55)**		**n (32)**		
. Sim	21	38,2	13	40,6	
. Não	9	16,4	12	37,5	0,033
. Não souberam responder	25	45,5	7	21,9	
Prática sem evidência científica suficiente	**n (72)**	**%**	**n (39)**	**%**	
Amniotomia**	24	45,3	12	46,2	0,406

*Em mulheres que receberam hidratação venosa

**em mulheres com bolsa íntegra na admissão hospitalar

Resultados perinatais

Foram registrados 441 nascimentos, sendo dois óbitos fetais. Dois recém-natos da unidade 1 evoluíram para óbito neonatal precoce. Foram verificadas três gestações múltiplas (0,7% do total), sendo duas gemelares e uma de trigêmeos.

O peso ao nascimento foi, em média, de 3.102 g, sem diferença entre as duas unidades estudadas. Na unidade 1 foi observada uma proporção de 11,8% de baixo peso ao nascer (peso < 2.500g), enquanto na unidade 2 esse valor foi de 9,8% (tabela 10).

A idade gestacional do recém-nascido foi de difícil avaliação. Esta informação estava ausente do prontuário obstétrico em 30% dos casos e, quando relatada, não havia descrição do método de cálculo. No prontuário neonatal, a descrição de idade gestacional pelo Capurro estava ausente em 31,6% dos casos. Considerando a entrevista, onde a mãe relatava a data provável do parto pela Ultra-sonografia, foi possível estimar a idade gestacional para a maioria dos partos. Foi

identificado que 12% dos nascimentos foram pré-termo, porém quando se avaliou a concordância entre as três diferentes medidas, o valor do kappa não alcançou 0,7.

Os valores de asfixia no primeiro e quinto minutos foram semelhantes nas duas unidades. A asfixia moderada / grave no primeiro minuto ficou em torno de 10% enquanto no quinto minuto, apenas 1,6%.

A freqüência de manobras de reanimação foi desproporcional aos casos de asfixia. Na unidade 1, quatro crianças apresentaram asfixia grave e há relato de três procedimentos de intubação orotraqueal. Foram 21 crianças com asfixia moderada e 40 submetidas à ventilação com ambu e máscara. Na unidade 2, das duas crianças com asfixia grave, uma foi intubada, enquanto para quinze crianças com asfixia moderada, há registro de cinco submetidas à máscara/ambu e quatorze a oxigênio inalatório.

Ambas as unidades apresentaram cerca de 10% de internação em serviços de cuidado neonatal (intensivo ou intermediário). Os distúrbios respiratórios foram a causa mais freqüente de internação, correspondendo a mais de 80% das causas. Contudo, houve diferença na classificação dos quadros clínicos, predominando desconforto respiratório/taquipnéia na unidade 2, enquanto na unidade 1 houve maior variação de diagnósticos pediátricos.

Dos recém-natos com complicações respiratórias, quase a totalidade necessitou de algum tipo de suporte ventilatório. Na unidade 1, observou-se maior utilização de CPAP e ventilação mecânica, enquanto na unidade 2 predominou o uso de *oxyhood*.

Tabela 10. Resultados neonatais, segundo local de internação da puérpera

	Unidade 1		Unidade 2		p-valor ($x2$)
	n (255)	%	n(185)	%	
Peso ao nascer					
< 1500g	4	1,6	4	2,2	
1500-2499g	26	10,2	14	7,6	
2500-3999g	213	83,5	162	87,5	
4000 e +	12	4,7	5	2,7	0,505
Apgar 1º minuto					
< 3	4	1,6	2	1,1	
4 a 6	21	8,2	15	8,1	
7 ou +	230	90,2	168	90,8	0,908

Apgar 50 minuto					
< 3	1	0,4	1	1,1	
4 a 6	3	1,2	2	0,5	
7 ou +	251	98,4	182	98,4	0,542
Manobras na sala de parto					
Não	208	81,6	161	88,0	
Oxigênio inalatório	0	0	14	7,7	
Máscara + ambu	40	15,7	5	2,7	
Intubação	3	1,2	1	0,5	
Outros	4	1,5	2	1,1	0,000
Diagnósticos pediátricos	n(31)	%	n(24)	%	
Desconforto respiratório	14	45,2	17	70,8	
Asfixia	3	9,7	1	4,2	
Doença da membrana hialina	1	3,2	2	8,3	
Prematuridade	5	16,1	0	0,0	
Infecção	1	3,2	0	0,0	
GIG	2	6,5	0	0,0	
Outros	5	16,1	4	16,7	0,174
Suporte ventilatório	n(253)	%	n(184)	%	
Não	235	92,9	169	91,9	
Oxihood	3	1,2	11	6,0	
CPAP nasal	6	2,4	3	1,6	
Ventilação mecânica	9	3,6	1	0,5	0,009

Discussão

Este estudo foi concebido como um estudo exploratório, tendo por objetivo identificar fatores associados aos partos cesáreos que pudessem ser melhor investigados em estudos futuros, e fornecer subsídios para a elaboração de estratégias a serem elaboradas e adotadas pela ANS visando à qualificação da assistência ao parto na rede de serviços que compõem o sistema de saúde suplementar.

Por ser um estudo piloto, o mesmo apresentou limitações relacionadas não só ao tamanho da amostra, que foi pequeno para permitir análises conclusivas sobre os possíveis fatores associados à realização do parto cesáreo, como também a validade e confiabilidade do instrumento de coleta de dados empregado, que não permitiu aferir todas as questões previstas no plano de análise inicial. O modelo teórico da decisão final por cesariana contemplava perguntas relativas ao início e desenrolar da gravidez. Portanto, o desenho de estudo adotado talvez não tenha sido o mais adequado, já que obteve retrospectivamente a

informação sobre as mudanças ocorridas ao longo da gestação, estando sujeito a viés de memória.

Mesmo com essas limitações, o estudo traz contribuições importantes para o debate acerca do excesso de cesarianas nesses serviços e aponta para possíveis estratégias a serem adotadas.

O primeiro resultado importante foi a elevada aceitação das mulheres para participação na pesquisa, mesmo entre aquelas com resultados perinatais adversos (óbito fetal ou neonatal, internação em UTI neonatal).

O segundo resultado relevante foi a diferença encontrada entre as duas unidades estudadas em relação às características socioeconômicas e demográficas das mulheres atendidas, no acesso a serviços de pré-natal, informações e práticas assistenciais adotadas, demonstrando que os serviços do sistema de saúde suplementar não são homogêneos, e que estratégias diferenciadas provavelmente serão necessárias.

Em relação à preferência das mulheres pelo tipo de parto, verificamos que **a grande maioria das mulheres (70%)** não apresentava preferência inicial pela cesariana, tendo clara preferência pelo parto normal ou não tendo uma opção inicial definida. Entre as primíparas, a proporção de mulheres sem escolha inicial pela cesariana foi ainda maior, cerca de 80%.

Este resultado é corroborado por outros estudos brasileiros, nos quais foi identificada a preferência inicial por parto normal, também com destaque para as primíparas[2,4,9,14]. Do total de mulheres entrevistadas em nosso trabalho, mais de um terço demonstraram preferência pelo parto cesáreo já no início da gestação. Quando se analisam os fatores que influenciam a decisão pelo tipo de parto, e que podem ser trabalhados no âmbito do setor saúde, destaca-se a informação prévia sobre os tipos de parto e a elevada proporção de mulheres que referem medo tanto do parto normal quanto da cesariana.

A grande proporção de mulheres que referiram o medo da dor do parto normal para a escolha de um parto cesáreo foi surpreendente, considerando-se a disponibilidade atual de analgesia peridural e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor. Esses dados reforçam a necessidade de trabalhos educativos voltados para a mulher e para a população geral, divulgando informações sobre as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, sobre as práticas assistenciais disponíveis, incluindo os métodos para alívio da dor, visando reforçar a opção pelo parto normal.

No caso das multíparas, além do medo da dor do parto normal, o desejo de ligar as trompas e experiências reprodutivas anteriores favo-

ráveis à cesariana também estiveram associados à escolha desse tipo de parto, fatores também identificados por outros autores[2,4]. O elevado número de mulheres que buscam a cesariana como forma de obtenção da laqueadura, aponta para a necessidade de ampliação do acesso a outros métodos contraceptivos, bem como para o melhor esclarecimento das mulheres sobre outras formas de realização desse procedimento. Deve-se salientar que a legislação brasileira vigente não permite a realização da laqueadura tubária no momento do parto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por risco de vida materno ou cesarianas sucessivas anteriores, sendo passível de pena a cesariana indicada para fim exclusivo de esterilização (lei 9263 de 12 de janeiro de 1996).

A história de cesariana prévia, embora não tenha alcançado significância estatística, mostrou-se como fator de risco para a escolha inicial por esta via de parto, resultado concordante com outros estudos[2,15]. Ressalta-se que, neste estudo, 65% das multíparas com cesariana prévia escolheram esta via de parto no início da gestação, indicando a necessidade de diminuição da realização da primeira cesariana.

O medo de o parto normal alterar a vida sexual foi uma razão pouco citada pelas mulheres deste estudo para justificar a preferência pelo parto cesáreo, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais[2,4]. Entretanto, é possível que este fator tenha maior relevância em outros grupos sociais e deve ser melhor investigado em estudos futuros.

Uma grande mudança no perfil da preferência pelo tipo de parto ocorreu já no final da gravidez, quando a maioria das mulheres referiu já haver uma decisão pela cesariana, seja por escolha sua, do médico, ou conjunta. É importante destacar a baixa informação referida pelas mulheres em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, a baixa participação do médico como fonte desta informação, e a baixa prevalência de intercorrências médicas que justifiquem a indicação de uma cesariana.

Vale ressaltar que as escolhas/decisões das mulheres tiveram forte associação na análise multivariada. Quando da decisão por cesariana no final da gestação, a "preferência inicial" foi o mais forte preditor. Já no desfecho final do parto, a variável mais fortemente associada foi "decisão do final da gestação", processo em geral determinado pela influência do médico.

Embora ainda não haja evidência a partir de ensaios clínicos, a literatura aponta a possibilidade de complicações maternas e neonatais associadas à realização de cesarianas sem indicações obstétricas

reais [16-20]. Portanto, esperar-se-ia encontrar um efeito positivo do aconselhamento médico no sentido de favorecer a tentativa de parto vaginal pelas mulheres. De forma inversa, verifica-se que este efeito protetor à opção pelo parto normal não aconteceu, provavelmente evidenciando que os obstetras não valorizam as possíveis morbidades associadas à cesariana. Pelo contrário, ao longo do atendimento pré-natal, surgem novas questões que conduzem a indicações de cesarianas desnecessárias[4,21].

O predomínio de algumas razões referidas pelas mulheres para a realização da cesariana, como presença de circular de cordão, relato de bebê grande, história de cesárea prévia, em detrimento de intercorrências clínicas ou obstétricas reais, tais como a hipertensão e a diabetes, revela o alargamento das indicações de cesarianas adotadas pelos obstetras.

As indicações das cesarianas que predominaram neste estudo são exemplos de situações em que o tipo de orientação fornecida pelo médico poderia influenciar a decisão da mulher pelo tipo de parto. Duas delas, a hipertensão e o tamanho do bebê, merecem comentários. As mulheres com diagnóstico de hipertensão arterial provavelmente não apresentavam formas graves da doença, já que mais de 30% delas prescindiam do uso de medicação anti-hipertensiva, e poderiam também ser submetidas a uma prova de trabalho de parto. Já entre as mulheres que foram submetidas à cesariana por causa de "um bebê grande", o peso ao nascer médio foi de 3.500g e apenas um bebê apresentou peso superior a 4500g, valor adotado pela literatura médica atual para definição de macrossomia fetal[22,23]. Sabe-se que a estimativa do peso do recém-nascido durante o pré-natal tem acurácia variável[24] e esta é uma informação que deveria ser discutida com as mulheres.

Todas as mulheres com alguma dessas condições deveriam ser aconselhadas sobre as vantagens e desvantagens de ser submetida a uma prova de trabalho de parto, já que nenhuma delas apresentava indicação absoluta de um parto cesariano. Entretanto, com a banalização da cesariana, as mulheres não estranham mais a indicação de tantas cirurgias e acabam abrindo mão de seu desejo inicial por um parto normal e concordando com a realização da mesma. É importante ressaltar que esse processo de tomada de decisão pelo tipo de parto se dá numa relação de poder que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher, e que muitas vezes inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural.

Para que as mulheres sejam de fato consumidoras informadas, e possam escolher adequadamente o melhor tipo de parto segundo sua condição de saúde, crenças e valores pessoais, é fundamental que as mesmas se sintam completamente informadas e que o médico seja o interlocutor prioritário para essa escolha[9].

O terceiro momento de mudança ocorreu durante a internação para o parto, quando a opção ou concordância de 70% das mulheres pelo parto operatório resultou numa proporção de parto cesáreo de quase 90%. Dois fatores merecem destaque nesse momento. O primeiro é o excesso de cesarianas eletivas e a baixíssima proporção de mulheres que entram em trabalho de parto, seja de forma espontânea ou induzida. O segundo é o manejo do trabalho de parto, avaliado como inadequado em pelo menos 70% dos casos, considerando as recomendações da Organização Mundial de Saúde10.

A ausência de tentativa de parto normal em mulheres com cesariana anterior demonstra que a prova de trabalho de parto nestas gestantes, estratégia utilizada em muitos países para reduzir as taxas de cesariana[11,12], não foi considerada como uma opção pelos profissionais que as atenderam. Deve-se ressaltar que 35% das mulheres com cesariana prévia neste estudo não tinham preferência inicial pelo parto cesáreo, e teriam grande possibilidade de aceitação de uma prova de trabalho de parto, se fossem informadas dessa alternativa.

A ausência de partos vaginais operatórios (fórceps e vácuo) também merece destaque uma vez que em todo o mundo estes instrumentos são utilizados durante partos vaginais complicados[25]. Nos EUA, de 1990 a 2000, houve um aumento de 41% no número de partos vaginais operatórios em especial pela maior utilização do vácuo[26] e na Inglaterra a taxa de partos vaginais operatórios varia de 10 a 15%[25]. A ausência de qualquer parto instrumental no grupo estudado aponta para uma opção dos profissionais pela cesariana em detrimento do uso destas técnicas na assistência às gestantes na iniciativa privada.

A indução do trabalho de parto também apresentou freqüência muito baixa, sendo relatada por menos de 4% das mulheres deste estudo, enquanto em serviços internacionais essa proporção é de 20%[27]. Tem-se observado um aumento da indução do trabalho de parto em diversos países, determinado pela oferta de novos métodos de amadurecimento do colo uterino e de indução do trabalho de parto nos últimos anos. Nos EUA, a taxa de indução do trabalho de parto aumentou de 9%, em 1989, para 20,5% em 2001[28]. A principal indicação da indução do trabalho de parto em diversos serviços é a pós-maturidade. No trabalho

de D´Orsi et al[14] foi encontrada forte associação inversa entre uso de ocitocina e amniotomia e realização da cesariana.

Quanto ao manejo do trabalho de parto, verificamos que as poucas mulheres que entraram em trabalho de parto foram submetidas a um modelo de assistência que, além de não incorporar várias práticas consideradas benéficas pela evidência científica, é associado ao uso de muitas práticas condenadas pela OMS[10]. A observação do uso de práticas assistenciais que aumentam a dor do trabalho de parto, como a restrição ao leito e o uso de medicações para aumento das contrações, bem como o acesso limitado à analgesia peridural, principalmente na unidade 2, justificam o medo que as mulheres referem da dor do parto normal. Deve-se também ressaltar a menor presença de acompanhantes familiares na unidade 2, que aliada à menor influência do parceiro na preferência inicial pelo tipo de parto, sugere a menor participação do homem nas questões relacionadas ao parto entre as mulheres atendidas nessa unidade. Esta menor participação pode estar sendo determinada por questões culturais ou sociais como, por exemplo, pela dificuldade de comparecimento ao serviço de saúde devido à impossibilidade de afastamento do trabalho. Entretanto, considerando os benefícios da participação e envolvimento do parceiro com a gestação e parto, é importante que os serviços favoreçam a presença do companheiro nas consultas de pré-natal e no momento do parto, reduzindo eventuais barreiras de acesso que ainda existam nos serviços privados. Vale lembrar que existe uma lei federal que garante a todas as gestantes atendidas nos serviços do SUS a presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério e que o novo rol de procedimentos mínimos a serem garantidos aos beneficiários de planos de saúde contratados após 1999[a], inclui a garantia do acompanhante de escolha da mulher nos serviços que compõem o sistema de saúde suplementar.

Também merece destaque a internação precoce das gestantes consideradas em trabalho de parto. A literatura[14,29] aponta para uma maior proporção de intervenções médicas e maior taxa de cesarianas quando uma gestante é admitida precocemente com pouca dilatação (até 3 cm de dilatação). Neste estudo, 41,2 % das mulheres que relataram ter entrado em trabalho de parto foram admitidas com dilatação de até 3 cm.

O intervalo de tempo registrado entre a internação e o parto foi muito curto, em média de 4 horas, e metade das mulheres foi subme-

a. Resolução Normativa nº 167, de 10 de janeiro de 2008, seção IV, artigo 16, parágrafo 1

tida ao parto cesariano menos de 3 horas e meia após a internação. Em diversas ocasiões foi possível verificar que a internação hospitalar aconteceu com a gestante em pródromos de trabalho de parto e a cesariana foi realizada algumas horas depois, sem uma tentativa efetiva de alcançar o parto vaginal. É importante ressaltar que em determinados planos de saúde há um aumento da remuneração dos profissionais se há relato de acompanhamento do trabalho de parto, mesmo que o parto seja cesáreo e esteja justificada sua realização.

A grande discordância entre a informação dada pela mulher e a indicação da cesariana registrada pelo médico no prontuário fala a favor da pouca informação da parturiente e/ou do preenchimento incorreto da indicação do procedimento cirúrgico. É possível que esta baixa qualidade do registro médico esteja também associada às cesarianas a pedido, quando o médico omite a indicação da cesariana ou utiliza outros diagnósticos para justificar a realização desse procedimento.

Em relação aos desfechos maternos, a baixa ocorrência de complicações no pós-parto era o resultado esperado, já que as principais complicações puerperais se manifestam geralmente após a alta hospitalar e a entrevista foi realizada num intervalo muito curto após o parto. Ainda assim, foi observado um óbito materno, evento atualmente raro, principalmente em mulheres com melhor nível socioeconômico e de acesso a serviços.

Quanto aos recém-nascidos, não foi possível avaliar o desfecho de maior interesse, idade gestacional ao nascer (IG). O percentual de 12% de prematuridade encontrado no período estudado pode ser apenas uma variação aleatória ou resultado de baixa acurácia das estimativas. A literatura sugere que indicações inadequadas de cesariana podem levar à prematuridade iatrogênica e maior morbi-mortalidade respiratórial[16-20,30-32]. A informação sobre IG foi insuficiente e de baixa confiabilidade, impedindo análises mais refinadas da prematuridade e da morbidade respiratória na população estudada.

A análise da variável peso ao nascer permitiu identificar uma proporção de 10% de baixo peso e de 36,6% com peso insuficiente (<3000g). Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, esse valor é semelhante ao observado em outras instituições públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro. Entretanto, é possível que esses desfechos tenham diferentes determinações, já que uma maior proporção de baixo peso, ou de ganho insuficiente de peso, seria esperada nas maternidades públicas, onde são atendidas mulheres de maior risco socioeconômico e obstétrico. Já nas maternidades privadas, outras causas podem estar

associadas. Neste estudo, das mulheres que tiveram cesariana eletiva por decisão médica e que tiveram suas indicações avaliadas como inadequadas, cerca de 10% dos bebês apresentaram baixo peso ao nascer. Ainda que as informações disponíveis no prontuário fossem incompletas, o que pode ter limitado a avaliação da adequação da cesariana feita pelos obstetras da equipe do estudo, é um resultado preocupante porque pode estar indicando prejuízos à saúde do bebê determinados por uma assistência obstétrica inadequada. Os resultados de um estudo recente realizado em Minas Gerais também sugerem que as cesarianas eletivas realizadas nos hospitais privados podem estar associadas a um menor peso ao nascimento de recém-nascidos a termo[33], hipótese que deve ser melhor investigada em estudos futuros.

Para outro desfecho importante, asfixia, houve discordância importante entre o registro de Apgar e as manobras de reanimação, sugerindo um sub-registro das condições reais de nascimento dos recém-nascidos. Além de procedimentos diferentes entre as duas unidades, observou-se uma freqüência maior de procedimentos para o nível de asfixia encontrado. Também quando se analisam as internações, observa-se um maior padrão de gravidade na unidade 1, considerando os diagnósticos pediátricos e as práticas de reanimação e ventilação. No entanto as faixas de peso ao nascer e idade gestacional foram muito semelhantes, causando estranhamento neste perfil de gravidade, ainda mais quando ocorreu na maternidade cuja clientela tem melhor perfil socioeconômico e maior acesso a serviços e informações em saúde. Não se pode aprofundar esta discussão em relação a boas práticas, pela provável má qualidade de registro nos prontuários e pelo número pequeno de recém-nascidos analisados quanto a estes eventos.

Um último comentário deve ser feito em relação às mulheres das duas unidades, que tiveram experiência reprodutiva semelhante, sugerindo uma "igualdade" diante da força da medicalização do parto. Quaisquer diferenças entre as mulheres, sejam econômicas, culturais, no acesso a informações, ou no desejo pelo parto normal, ficaram anuladas diante da diretriz que o médico imprime ao atendimento da sua clientela.

Conclusões

Como conclusão do estudo, pode-se apontar a necessidade de novas investigações, com um número maior de mulheres e o envolvimento de outros tipos de serviços, principalmente os que prestam assistência a mulheres de maior nível socioeconômico.

Um fator limitante para qualquer estudo que vise avaliar a adequação das indicações das cesarianas e dos desfechos perinatais é a baixa

qualidade dos registros hospitalares, com informações incompletas, incorretas e muitas vezes discordantes das fornecidas pelas mães. A implantação de impressos específicos para acompanhamento do trabalho de parto e parto é uma estratégia fundamental para a qualificação da assistência às parturientes e também para trabalhos futuros de monitoramento e avaliação do cuidado prestado.

Da mesma forma que outros estudos, identifica-se uma elevada proporção de mulheres que desejam o parto normal no início da gestação, mas que por razões diversas, principalmente relacionadas à atuação do profissional médico, acabam por ter um percentual extremamente elevado de partos cesáreos.

O fornecimento de informações às mulheres, antes e durante a gestação, deve ser um caminho a ser trilhado na tentativa de reverter este quadro, ainda que estudos não demonstrem a redução das taxas de cesariana com essa estratégia isoladamente[34, 35]. Sabe-se, porém, que outros resultados psico-sociais positivos estão associados ao aumento da informação das mulheres[36-38]. Além disso, espera-se que consumidoras informadas possam modificar o padrão de oferta de serviços de atenção ao parto[39]. É importante que essa informação seja oportuna e adequada, tanto na forma como no conteúdo, e estudos futuros poderiam avaliar que tipo de informação tem sido fornecida às mulheres em relação aos argumentos pró e contra as duas vias de parto.

Entretanto, diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto nos serviços da rede de saúde suplementar. O peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto normal.

As várias distorções observadas na assistência, tais como excesso de cesarianas eletivas, ausência de prova de trabalho de parto em mulheres com cesariana anterior, ausência de partos vaginais operatórios, baixíssima proporção de induções, indicações inadequadas de cesariana, e o próprio manejo inadequado do trabalho de parto, resultam em taxas elevadíssimas de partos cesáreos, não observados em outros países onde predomina o mesmo modelo médico de assistência.

A mudança das práticas assistenciais vigentes certamente é a tarefa mais difícil para a redução de tantas cesarianas desnecessárias. Diversas estratégias possíveis esbarram no modelo de atenção predominante,

focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psico-sociais do parto e nascimento. A atuação junto aos estudantes de medicina e aos médicos obstetras na avaliação do atual modelo de assistência ao parto e seus resultados maternos e perinatais é fundamental e as evidências científicas[10, 11, 39] que sustentam os modelos de outros países, onde os indicadores maternos e perinatais são muito superiores e onde as mulheres têm a oportunidade de exercer sua autonomia, devem subsidiar este debate.

Entretanto, a grande mudança dependerá de transformações profundas no modelo de atenção à gestação e ao parto, com a ampliação do número de serviços com novas propostas assistenciais e a incorporação de outros profissionais na assistência à gestação, ao parto e nascimento, tais como enfermeiras obstetras e *doulas*.

4. Referências bibliográficas

1. YAZLLE ME, ROCHA JS, MENDES MC, PATTA MC, MARCOLIN AC, DE AZEVEDO GD. Incidência de Cesáreas Segundo Fonte de Financiamento da Assistência ao Parto. Rev Saúde Pública, 35(2):202-6, 2001.

2. POTTER JE, BERQUÓ E, PERPÉTUO IHO, LEAL OF, HOPKINS K, SOUZA MR, FORMIGA MCC. Unwanted Caesarean Sections Among Public and Private Patients in Brazil: Prospective Study. BMJ, 323:1155–8, 2001.

3. GOMES UA, SILVA AA, BETTIOL H, BARBIERI MA. Risk Factors for the Increasing Caesarean Section Rate in Southeast Brazil: a Comparison of Two Birth Cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol, 28(4):687-94, 1999.

4. HOPKINS K. Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Cesarean? Soc Sci Med, 51(5):725-40, 2000.

5. FABRI RH, MURTA EFC. Socioeconomic Factors and Cesarean Section Rates. Int J Gynecol Obstet, 76: 87-8, 2002.

6. KALISH RB, McCULLOUGH L, GUPTA M, THALER HT, CHERVENAK FA. Intrapartum Elective Cesarean Delivery: a Previously Unrecognized Clinical Entity. Obstet Gynecol, 103(6):1137-41, 2004.

7. LEAL MC, GAMA SGN, CUNHA CB. Desigualdades Raciais, Sociodemográficas e na Assistência ao Pré-Natal e ao Parto, 1999-2001. Rev Saúde Pública, 39 (1):100-107, 2005.

8. FREITAS PF, DRACHLER ML, LEITE JCC, GRASSI PR. Desigualdade Social nas Taxas de Cesariana em Primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública, 39(5):761-7, 2005.

9. BÈHAGUE DP, VICTORA CG, BARROS FC. Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil: Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality? A Population Based Birth Cohort Study Linking Ethnographic and Epidemiological Methods. BMJ, 324(7343):942-5, 2002.

10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Genebra: OMS, 1996.

11. NICE. Caesarean section: Full guideline. Published 26 April 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG13/guidance/pdf/English. Acesso em 24/04/07.

12. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Standards for Obstetric-Gynecologic Services. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1985.

13. VICTORA CG, HUTTLY SR, FUCHS SC, OLINTO MT. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: a Hierarchical Approach. Int J Epidemiol, 26(1):224-7, 1997.

14. D´ORSI E, CHOR D, GIFFIN K, et al. Fatores Associados à Realização de Cesáreas em uma Maternidade Pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, 22(10):2067-2078, 2006.

15. FAISAL-CURY A, MENEZES PR. Fatores Associados à Preferência por Cesareana. Rev Saúde Pública, 40 (2):226-32, 2006.

16. VISWANATHAN M, VISCO AG, HARTMANN K, WECHTER ME, GARTLEHNER G, WU JM, PALMIERI R, FUNK MJ, LUX L, SWINSON T, LOHR KN. Cesarean Delivery on Maternal Request. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). Mar;(133):1-138, 2006.

17. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB. Elective Caesarean Section and Respiratory Morbidity in the Term and Near-Term Neonate. Acta Obstet Gynecol Scand, 86(4):389-94, 2007.

18. VILLAR et al. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study. BMJ, 335(7628):1025, 2007.

19. MacDORMAN MF, DECLERCQ E, MENACKER F, MALLOY MH. Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an ''Intention-to-Treat'' Model. Birth, 35(1):3-8, 2008.

20. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, HENRIKSEN TB. Risk of Respiratory Morbidity in Term Infants Delivered by Elective Caesarean Section: Cohort Study. BMJ, 336(7635):85-7, 2008.

21. POTTER JE, HOPKINS K, FAÚNDES A, PERPÉTUO I. Women's Autonomy and Scheduled Cesarean Sections in Brazil: A Cautionary Tale. Birth, 35(1):33-40, 2008.

22. RAIO L, GHEZZI F, DI NARO E, BUTTARELLI M, FRANCHI M, DURIG P, BRUHWILER H. Perinatal Outcome of Fetuses with a Birth Weight Greater than 4500 g: An Analysis of 3356 Cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 109(2):160-5, 2003.

23. GONEN R, SPIEGEL D, ABEND M. Is Macrosomia Predictable, and are Shoulder Dystocia and Birth Trauma Preventable? Obstet Gynecol, 88(4 Pt 1):526-9, 1996.

24. CHAUHAN SP, HENDRIX NW, MAGANN EF, MORRISON JC, KENNEY SP, and DEVOE LD. Limitations of Clinical and Sonographic Estimates of Birth Weight: Experience with 1034 Parturients. Obstet Gynecol, 91:72-77, 1998.

25. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Operative Vaginal Delivery. Guideline Nº 26. Revised October 2005. In:www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/operative_vaginal_delivery.pdf

26. DEMISSIE K, RHOADS GG, SMULIAN, JC, BALASUBRAMANIAN BA, GANDHI K, JOSEPH KS, KRAMER M. Operative Vaginal Delivery and Neonatal Infant Adverse Outcomes: Population Based Retrospective Analysis. BMJ, 329: 1 – 6, 2004.

27. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG). Induction of labour - full guidance. Published 12 June 2001. Acesso http://guidance.nice.org.uk/CGD/guidance/pdf/English.

28. GLANTZ JC. Labor Induction Rate Variation in Upstate New York: What Is the Difference? Birth, 30 (3):168–174, 2003.

29. McNIVEN P, WILLIAMS JI, HODNETT E, KAUFMAN K, HANNAH ME. An Early Labour Assessment Program: A Randomized, Controlled Trial. Birth, 25(1):5-10, 1998.

30. ZANARDO V, SIMBI AK, FRANZOI M, et al. Neonatal Respiratory Morbidity Risk and Mode of Delivery at Term: Influence of Timing of Elective Caesarean Delivery. Acta Paediatr, 93(5):643-7, 2004.

31. BARROS FC, VICTORA CG, BARROS AJ, SANTOS IS, ALBERNAZ E, MATIJASEVICH A, et al. The Challenge of Reducing Neonatal

Mortality in Middle-Income Countries: Findings from Three Brazilian Birth Cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet, 365(9462):847-54, 2005.

32. VISCO AG, VISWANATHAN M, LOHR KN, et al. Cesarean Delivery on Maternal Request: Maternal and Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol, 108(6):1517-29, 2006.

33. MURTA EFC, FREIRE GC, FABRI DC, FABRI RH. Could Elective Cesarean Sections Influence Birth Weight of Full-Term Infants? São Paulo Med J, 124 (6):313-5, 2006.

34. HOREY D, WEAVER J, RUSSELL H. Information for Pregnant Women About Caesarean Birth. Cochrane Database Syst Rev, (1): CD003858, 2004.

35. SHORTEN A, SHORTEN B, KEOGH J, WEST S, MORRIS J. Making Choices for Childbirth: A Randomized Controlled Trial of a Decision-aid for Informed Birth After Cesarean. Birth, 32(4):252-61, 2005.

36. GAGNON AJ. Individual or Group Antenatal Education for Childbirth/Parenthood. Cochrane Database Syst Rev, (4):CD002869, 2000.

37. LAUZON L, HODNETT E. Antenatal Education for Self-Diagnosis of the Onset of Active Labour at Term. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD000935, 2000.

38. BROWN HC, SMITH HJ. Giving Women Their Own Case Notes to Carry During Pregnancy. Cochrane Database Syst Rev, (2):CD002856, 2004.

39. ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, DULEY CCLD, HODNETT E, HOFMEYER J. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. England: Oxford University Press, 2000.

V. Taxa de cesariana nos estabelecimentos públicos e privados: análise do Sistema de informações sobre nascidos vivos no município do Rio de Janeiro, 1996-2006

Mariza Miranda Theme Filha, *Doutora em Epidemiologia*
Silvana Granado Nogueira da Gama, *Doutora em Epidemiologia*
Sonia Duarte Azevedo Bittencourt, *Doutora em Epidemiologia*
Arthur Orlando Corrêa Schilithz, *Mestre em Epidemiologia*
Maria do Carmo Leal, *Doutora em Epidemiologia*

Pesquisadoras do grupo de pesquisa "Epidemiologia e avaliação de programas sobre a saúde materno-infantil" do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

1. Introdução

Nas últimas três décadas observam-se profundas mudanças no modo das mulheres parirem.. Pesquisas mostram que o aumento progressivo das taxas de cesárea não está associado a qualquer benefício para a mãe e o feto, mas ao contrário, estaria elevando os custos da assistência ao parto (Belizan et al, 1999; Rattner, 1996) e acrescentando risco de complicações clínica, comportamental e psicológica (Locicero, 1993; Rosmans, 2000; Villar, 2008).

Entre os potenciais riscos associados à cesariana, particularmente a cirurgia eletiva, está o nascimento prematuro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o parto prematuro como aquele ocorrido entre a 22ª e 37ª semana gestacional. A prematuridade é reconhecida como um dos principais determinantes da morbi-mortalidade infantil, mesmo entre aqueles recém-natos quase a termo (Wen et al, 2004; Shapiro-Mendoza et al, 2006).

Embora os nascimentos pré-termo espontâneos, sem complicações maternas, respondam por 60% dos casos de prematuridade, a indução do trabalho de parto e a cesárea eletiva vêm respondendo por parcelas crescentes dos casos de partos prematuros, apresentando um crescimento importante nos últimos 20 anos (Barros & Velez, 2006).

Nos Estados Unidos e no Canadá, o recente crescimento da prematuridade se deve, em grande parte, ao aumento da prematuridade leve (entre a 34ª e 36ª semana), em conseqüência das intervenções obstétricas entre as mulheres de maior risco de desfechos adversos decorrentes de complicações da gravidez (Joseph et al, 2002). Por outro lado, o fenômeno do aumento das taxas de cesareanas, verificado também em outros países, permanece como tópico importante sob o aspecto médico e legal, sendo questionada, particularmente, a escolha desta via de parto na ausência de indicações médicas precisas (Robson, 2001).

Inúmeras explicações têm sido investigadas para o aumento da prematuridade, compreendendo desde as mudanças das características maternas, como elevação da idade e aumento das gestações múltiplas, passando pela exatidão na estimativa da idade gestacional baseada na ultra-sonografia, na maior probabilidade de sobrevivência dos prematuros com menos de 22 semanas gestacionais e de peso ao nascer menor de 500 gramas. Também pode estar refletindo a elevação da realização do parto cesáreo (Wen et al, 2004; Joseph et al, 2002).

Além da prematuridade limítrofe, alguns autores têm apontado para o maior risco de morbidade respiratória em crianças nascidas a termo por cesárea eletiva (Hansen et al, 2008).

O objetivo deste estudo é analisar o perfil dos nascimentos ocorridos na cidade do Rio de Janeiro, segundo a via de parto (cesáreo ou vaginal) nos serviços públicos e privados.

2. Material e métodos:

Para alcançar os objetivos propostos foram utilizadas as informações disponíveis no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), que tem origem nas Declarações de Nascido Vivo (DNV), documento oficial obrigatoriamente emitido pela unidade de saúde onde ocorreu o nascimento. As informações contidas na DNV permitem caracterizar o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos. O sistema foi implantado no Município do Rio de Janeiro em 1993, e a sua cobertura é completa desde 1994.

Foram estudados todos os nascimentos de gestação única registrados no período de 1996 a 2006. No entanto, o ano de 1999 foi excluído da análise, em virtude da mudança do sistema operacional do banco de dados, passando de DOS para o ambiente Windows, fato que acarretou problemas na qualidade da informação disponível. Particularmente, a variável grau de escolaridade da mãe passou a ser definida em anos de estudos, o que limitou a criação de apenas duas categorias.

As variáveis incluídas na análise foram: idade da mãe ("10 a 19 anos", "20 a 34 anos" e "35 ou mais"), estado civil ("solteira/divorciada/viúva" e "casada"), nível de escolaridade ("fundamental incompleto" e "fundamental completo e mais"), número de consultas pré-natal ("de 0 a 3 consultas", "de 4 a 6 consultas" e "7 ou mais"), idade gestacional ("menor que 37 semanas" e "37 semanas ou mais"), Índice de Apgar no 5º minuto ("menor que 7" e "7 ou mais") e peso ao nascer ("menor que 2500g", "2500g e mais"). O tipo de parto ("vaginal" e "cesáreo") foi utilizado tanto como variável descritiva como para estratificar as demais variáveis.

O número de consultas pré-natal foi analisado conforme disponível no SINASC a partir de 1999. Devido a incompatibilidade entre as categorias, foram excluídos da análise os anos de 1996 a 1999.

Como são observadas lógicas distintas na estruturação dos serviços públicos, conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e os privados, acarretando diferenças nas práticas de assistência ao parto, como também no perfil da clientela, a análise foi estratificada em dois grupos: hospitais públicos e conveniados ao SUS e privados.

Em primeiro lugar, procurou-se observar ao longo do período estudado a relação entre a ocorrência de parto cesáreo e a prematuridade. Para melhor compreensão do padrão observado, para cada ano analisado foi calculada a prevalência de prematuridade por tipo de parto e de prestador. A seguir foram estudadas as mudanças no perfil das seguintes variáveis: idade da mãe, estado civil, nível de escolaridade, número de consultas pré-natal, apgar no 5º minuto e peso ao nascer. Esta análise consistiu na distribuição percentual de cada uma delas por tipo de parto e de prestador, acrescida do cálculo do coeficiente de variação, que correspondeu à diferença entre os valores percentuais observados em 2006 e o do ano mais antigo, dividido pelo o do ano mais antigo.

3. Resultados

O estudo contemplou todos os 540.102 nascimentos únicos ocorridos no município do Rio de Janeiro e registrados no SINASC, no período de 1996 a 2006.

O gráfico 1 mostra a evolução temporal da proporção de partos vaginais e cesáreos, observando-se um crescimento ano a ano da taxa de cesareanas, alcançando o patamar de 51% no ano de 2006, com um incremento de 7,6% no período analisado.

Paralelo ao crescimento das cesareanas observa-se o aumento da proporção de partos pré-termo (menor que 37 semanas gestacionais),

variando de 7,6% em 1996 a 9,9% em 2006. Ao analisarmos as taxas de prematuridade segundo o tipo de parto verificamos um aumento de 70% entre os partos cesáreos, enquanto nos partos vaginais houve uma redução de 2,4% (Tabela 1).

Gráfico 1. Proporção de Parto Cesáreo no Município do Rio de Janeiro, 1996-2006.

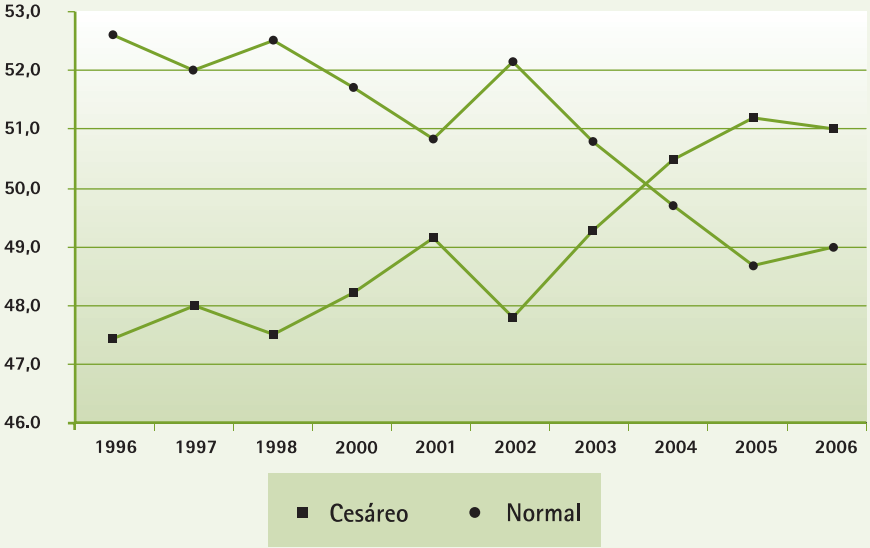
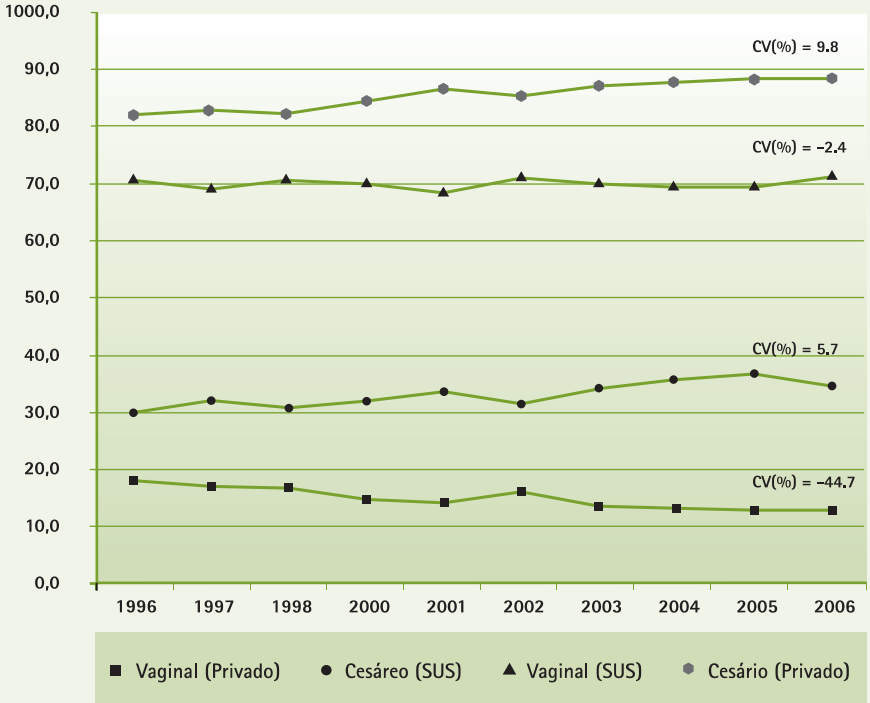


Gráfico 2. Evolução temporal do tipo de parto no Município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006.



O comportamento da prematuridade segundo tipo de parto e prestador da assistência revela grandes disparidades (Tabela 1 e gráfico 2). Nos estabelecimentos vinculados ao SUS há uma redução da prematuridade entre os partos vaginais e um aumento de 55,3% entre as cesarianas.

Tabela 1. Evolução percentual da prematuridade(*) segundo tipo de parto e prestador no município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006.

	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	CV(%)
Município RJ											
Vaginal	8,3	8,3	8,8	9,2	9,3	9,0	9,1	8,8	7,3	8,1	-2,4
Cesáreo	6,8	6,7	7,1	9,0	9,0	9,7	10,6	10,7	10,4	11,6	70,6
Total	7,6	7,5	8,0	9,1	9,1	9,4	9,8	9,7	8,9	9,9	30,3
Estabelecimentos do SUS											
Vaginal	8,5	8,4	9,0	9,3	9,4	9,2	9,1	8,6	8,0	7,9	-7,1
Cesáreo	9,4	8,9	9,8	11,6	12,2	13,5	13,4	14,5	14,0	14,6	55,3
Estabelecimentos Privados											
Vaginal	6,9	7,0	6,7	8,2	7,8	7,2	9,6	10,2	4,2	10,4	50,7
Cesáreo	4,9	4,7	4,8	6,6	6,0	6,4	8,0	7,5	8,4	9,7	98,0

*Idade gestacional menor que 37 semanas

Já nos estabelecimentos privados a prematuridade aumenta tanto nos partos vaginais, quanto nos cesáreos. No ano de 2006 a taxa de prematuridade verificada entre os partos cesáreos chega a alcançar quase o dobro de 1996.

Acompanhando o aumento da prematuridade verifica-se também um incremento do baixo peso ao nascer. Nas maternidades do SUS ocorre uma redução do baixo peso entre os partos vaginais (-25,5%), enquanto nas maternidades do setor privado é observado um crescimento de 17,7% (Tabelas 2 e 3). Em relação ao parto cesáreo, o aumento do baixo peso ao nascer ocorre em ambos os tipos de estabelecimento, sendo maior nas unidades privadas, com um coeficiente de variação de 56,2% (Tabelas 4 e 5).

Tabela 2. Características das mães e dos RN nascidos por parto vaginal nos estabelecimentos do SUS no município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006.

Variáveis	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média 1996/2006	CV(%) 1996/2006
Idade da mãe												
10 a 19	28,8	28,9	29,1	29,1	28,8	27,8	27,4	27,3	26,9	26,7	28,1	-7,2
20 a 34	63,5	63,6	63,3	63,0	63,2	64,1	64,8	64,8	65,2	65,5	64,1	3,2
35 e mais	7,7	7,5	7,6	7,9	8,0	8,1	7,8	7,9	7,9	7,8	7,8	0,8
Estado civil*												
Solteira/ Divorciada/ Viúva	-	-	-	58,2	63,8	67,5	72,3	74,7	80,8	85,8	71,9	47,5
Casada	-	-	-	41,8	36,2	32,5	27,7	25,3	19,2	14,2	28,1	-66,1

Escolaridade												
Fundamental Incomp.	67,7	66,9	66,3	60,7	58,2	56,6	53,9	52,5	48,5	47,4	57,9	-30,0
Fundam. Comp. e mais	32,3	33,1	33,7	39,3	41,8	43,4	46,1	47,5	51,5	52,6	42,1	62,9
Consulta pré-natal*												
0 a 3	-	-	-	21,6	22,3	20,9	18,2	17,5	15,8	16,6	19,0	-23,2
4 a 6	-	-	-	39,6	34,7	31,6	30,2	30,5	31,1	32,7	32,9	-17,4
7 e mais	-	-	-	38,8	43,0	47,5	51,6	52,0	53,1	50,7	48,1	30,7
Apgar 5º min												
< 7	3,0	3,0	2,6	2,3	2,2	2,2	2,3	2,2	1,7	2,0	2,4	-33,8
Baixo peso ao nascer (g)												
Sim	12,5	11,9	11,9	11,0	11,9	11,9	10,8	10,2	10,0	9,3	11,1	-25,5

*A variável não estava disponível com esse ponto de corte no período de 1996 a 1998

Quanto às características das mães, aquelas que utilizam os serviços não vinculados ao SUS apresentam, sistematicamente, e independente do tipo de parto, melhores condições socioeconômicas e demográficas, quando comparadas àquelas do setor público (Tabelas 2, 3, 4 e 5). Em média, elas são mais escolarizadas, fazem mais consultas de pré-natal e vivem mais freqüentemente com companheiro.

Tabela 3. Características das mães e dos RN nascidos por parto cesáreo nos estabelecimentos do SUS no município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006.

Variáveis	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média 1996/2006	CV(%) 1996/2006
Idade da mãe												
10 a 19	19,4	20,1	20,4	19,3	19,4	18,5	17,2	18,0	18,3	18,6	18,9	-4,4
20 a 34	69,4	68,1	68,4	68,0	67,9	68,0	69,1	67,9	68,6	67,9	68,3	-2,1
35 e mais	11,2	11,8	11,2	12,7	12,7	13,5	13,7	14,1	13,1	13,5	12,8	20,6
Estado civil*												
Solteira/ Divorciada/ Viúva	-	-	-	47,6	51,8	60,9	65,6	68,2	74,8	79,2	64,0	66,2
Casada	-	-	-	52,4	48,2	39,1	34,4	31,8	25,2	20,8	36,0	-60,3
Escolaridade												
Fundamental Incomp.	53,9	53,7	54,7	51,4	50,7	47,8	44,8	45,8	42,6	40,0	48,6	-25,9
Fundam. Comp. e mais	46,1	46,3	45,3	48,6	49,3	52,2	55,2	54,2	57,4	60,0	51,4	30,3
Consulta pré-natal*												
0 a 3	-	-	-	13,0	14,4	12,9	11,8	11,5	10,4	11,2	12,2	-14,7
4 a 6	-	-	-	39,2	34,8	28,9	26,8	28,3	29,3	28,9	30,9	-26,0

7 e mais	-	-	-	47,8	50,8	58,2	61,4	60,2	60,3	59,9	57,0	25,3
Apgar 5º min												
< 7	3,9	3,7	3,4	2,9	3,3	3,2	2,9	2,8	2,7	2,6	3,1	-33,2
Baixo peso ao nascer (g)												
Sim	11,5	11,2	11,3	12,8	13,6	15,3	14,2	15,1	15,8	15,9	13,7	38,3

*A variável não estava disponível com esse ponto de corte no período de 1996 a 1998

Apesar de maior freqüência de mães adolescentes no setor público, identifica-se uma redução proporcional de partos nesse grupo etário tanto nas unidades públicas, quanto nas privadas.

Tabela 4. Características das mães e dos RN nascidos por parto vaginal nos estabelecimentos Privados no município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006.

Variáveis	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média 1996/2006	CV(%) 1996/2006
Idade da mãe												
10 a 19	10,5	9,4	9,4	9,3	6,7	11,6	7,5	6,0	21,4	8,4	10,0	-20,5
20 a 34	80,0	80,2	77,9	77,2	78,6	75,6	77,1	77,8	68,4	75,4	76,8	-5,8
35 e mais	9,5	10,4	12,7	13,5	14,7	12,8	15,4	16,2	10,2	16,2	13,2	72,0
Estado civil*												
Solteira/ Divorciada/ Viúva	-	-	-	34,9	34,0	42,4	35,0	39,4	67,0	45,0	42,5	28,9
Casada	-	-	-	65,1	66,0	57,6	65,0	60,6	33,0	55,0	57,5	-15,5
Escolaridade												
Fundamental Incomp.	13,2	12,3	10,3	14,7	10,3	17,0	7,3	8,6	33,5	8,3	13,5	-37,2
Fundam. Comp. e mais	86,8	87,7	89,7	85,3	89,7	83,0	92,7	91,4	66,5	91,7	86,5	5,7
Consulta pré-natal*												
0 a 3	-	-	-	13,0	14,4	12,9	11,8	11,5	10,4	11,2	12,2	-14,7
4 a 6	-	-	-	39,2	34,8	28,9	26,8	28,3	29,3	28,9	30,9	-26,0
7 e mais	-	-	-	89,8	92,2	94,7	94,1	96,7	97,5	93,6	94,1	4,2
Apgar 5º min												
< 7	3,3	2,3	2,2	1,9	1,9	2,0	1,7	2,5	2,1	1,8	2,2	-45,3
Baixo peso ao nascer (g)												
Sim	7,9	8,2	8,7	8,0	8,2	7,1	10,0	8,6	5,9	9,3	8,2	17,7

*A variável não estava disponível com esse ponto de corte no período de 1996 a 1998

Identifica-se um incremento no nível de escolaridade entre as mulheres atendidas no setor público, particularmente naquelas submetidas ao parto vaginal. Da mesma forma observa-se um aumento de consultas de pré-natal no município como um todo, sendo que no setor

privado encontra-se quase 100% de cobertura de pré-natal adequado (7 consultas ou mais).

Tabela 5. Características das mães e dos RN nascidos por parto cesáreo nos estabelecimentos Privados no município do Rio de Janeiro. SINASC, 1996-2006..

Variáveis	1996	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média 1996/2006	CV(%) 1996/2006
Idade da mãe												
10 a 19	6,9	6,4	6,6	6,0	5,3	4,9	4,2	4,1	4,9	4,5	5,4	-34,6
20 a 34	78,8	78,1	77,0	76,0	76,0	75,6	76,2	76,1	75,5	76,0	76,5	-3,7
35 e mais	14,3	15,5	16,4	18,0	18,7	19,5	19,6	19,8	19,6	19,5	18,1	37,0
Estado civil*												
Solteira/ Divorciada/ Viúva	-	-	-	32,1	32,4	33,3	32,3	35,7	40,4	39,5	35,1	22,9
Casada	-	-	-	67,9	67,6	66,7	67,7	64,3	59,6	60,5	64,9	-10,8
Escolaridade												
Fundamental Incomp.	10,0	9,3	8,9	12,3	10,2	9,3	7,0	7,9	10,1	5,9	9,1	-41,4
Fundam. Comp. e mais	90,0	90,7	91,1	87,7	89,8	90,7	93,0	92,1	89,9	94,1	90,9	4,6
Consulta pré-natal*												
0 a 3	-	-	-	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	-54,3
4 a 6	-	-	-	5,9	4,3	3,4	2,5	1,7	1,8	2,2	3,1	-62,8
7 e mais	-	-	-	93,6	95,3	96,3	97,2	98,1	97,9	97,6	96,6	4,2
Apgar 5º min												
< 7	1,4	1,2	1,2	1,1	0,9	0,9	0,7	0,7	0,8	0,7	1,0	-51,5
Baixo peso ao nascer (g)												
Sim	6,0	5,9	6,3	6,3	6,2	6,9	7,1	6,9	7,8	9,4	6,9	56,2

*A variável não estava disponível com esse ponto de corte no período de 1996 a 1998

Ainda que tenha se observado um crescimento tanto da prematuridade, quanto do baixo peso ao nascer, particularmente entre os nascidos por parto cesáreo na rede privada, não se encontrou relação entre esses dados e o índice de Apgar no 5º minuto de vida.

4. Discussão

A análise do SINASC revela o aumento progressivo das taxas de cesariana no município do Rio de Janeiro, atingindo níveis acima de 80% nas instituições privadas na última década.

A proporção de cesarianas foi o dobro da taxa máxima de 15% recomendada pela OMS (WHO, 1985) nas unidades SUS e cinco vezes

maior nas unidades privadas, mostrando um excesso deste tipo de procedimento em ambos os setores de prestação da assistência.

As taxas de cesariana continuam crescendo em todo mundo, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Nos EUA, 29,1% dos nascimentos ocorridos em 2004 foram por cesariana, a maior taxa das últimas décadas, constituindo-se no procedimento cirúrgico de grande porte mais realizado entre as mulheres americanas (Menacker, 2006).

A cesariana é um procedimento cirúrgico com indicações bem estabelecidas, o que não justifica o seu aumento tão alarmante. Assumindo que as cesarianas que ultrapassam a taxa recomendada pela OMS não teriam indicação médica, milhões de cirurgias não justificadas estariam sendo realizadas anualmente, trazendo risco para a mãe e, principalmente, para o recém-nascido (Belizán et al, 2007).

A moderna obstetrícia enfrenta um sério paradoxo. A prática obstétrica vem se tornando intervencionista com base em evidências empíricas sem a conseqüente base teórica para tais intervenções. Enquanto os modelos obstétricos mostram que a mortalidade perinatal reduz exponencialmente com o aumento da idade gestacional, o aumento das cesáreas eletivas e indução de trabalho de parto tem resultado em taxas crescentes de prematuridade (Joseph, 2007).

Estudo transversal desenvolvido em 2006 em duas maternidades privadas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro identificou que quase 90% dos partos foram realizados por cesariana e, dentre esses, 92% das mulheres não entraram em trabalho de parto (Dias et al, 2008).

Entre as complicações destacam-se as alterações respiratórias decorrentes da prematuridade associada às cesarianas eletivas. Estudo de coorte realizado na Dinamarca, entre 1998 e 2006, avaliou a associação entre parto cirúrgico eletivo, realizado antes do trabalho de parto, e a presença de alterações respiratórias no recém-nascido em gestações a termo. Bebês nascidos por cesariana eletiva entre a 37ª e 39ª semanas de idade gestacional apresentaram 2 a 4 vezes mais chance de desenvolverem transtornos respiratórios quando comparados com aqueles nascidos por parto vaginal. Este fato foi atribuído à prematuridade iatrogênica e à ausência da proteção respiratória proporcionada pelo trabalho de parto (Hansen et al, 2008).

Estudo transversal de todos os nascimento únicos, de baixo risco, ocorridos na Austrália de 1999 a 2002 mostrou que a chance de um recém-nascido ser admitido em UTI neonatal foi especialmente alta entre os filhos de mulheres submetidas a cesariana eletiva, sendo 12 vezes maior com idade gestacional de 37 semanas, 7,5 vezes com 38 semanas e 2,9

vezes com 39 semanas, sendo o risco sistematicamente mais elevado entre as multíparas para as mesmas idades gestacionais. Em um quadro atual de crescimento dos partos operatórios, estes dados devem ser levados em conta ao se decidir por procedimentos eletivos (Tracy et al, 2007).

Dados semelhantes foram relatados por Villar et al (2008) em estudo multicêntrico realizado em oito países da América Latina. Verificou-se associação entre a cesariana eletiva ou intra-parto com a admissão em UTI neonatal por mais de sete dias (OR= 2,1 IC 1,8-2,6) e a mortalidade neonatal (OR=1,8 IC 1,4-2,3).

Os prematuros constituem um grupo bastante heterogêneo, englobando uma vasta gama de idades gestacionais. Vários autores vêm estudando, especificamente, os pré-termos tardios, isto é, aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas de gestação. Esses recém-nascidos apresentam um risco maior de morbi-mortalidade quando comparados aos nascidos a termo (Aquino et al, 2007; Swamy et al, 2008).

Tal como os achados desse estudo, as bases de dados disponíveis nos EUA não permitam associar, diretamente, a cesariana eletiva e o trabalho de parto induzido com o aumento de nascimentos pré-termo tardios, mas alguns indicadores têm apontado nesta direção. No período de 1999 a 2002 observou-se uma redução da idade gestacional média dos nascimentos únicos de 39,2 para 38,9 semanas, simultâneo ao crescimento da taxa de trabalho de parto induzido e de cesarianas. Acredita-se que o aumento das intervenções eletivas em gestações a termo pode estar influenciando o crescimento da proporção de partos precoces e das morbidades a eles associadas (Fuchs & Wapner, 2006).

Além das complicações para o recém-nascido, vários estudos têm mostrado maior risco de desenvolvimento de complicações entre as mulheres submetidas ao parto cesáreo quando comparadas com o parto vaginal, particularmente na segunda gestação seguida de uma cesárea (Taylor et al, 2005; Silver, 2006; Kennare, 2007).

Mulheres submetidas ao parto vaginal, quando comparadas ao parto cesáreo, apresentam um perfil de maior risco sócio-demográfico, (solteira, mais jovem e menor nível de escolaridade). Por outro lado, as mulheres que realizaram cesarianas têm maior risco quanto a problemas relacionados a esta gestação ou gestações prévias (Béhague et al, 2002; Leal et al, 2004; Freitas et al, 2005; Vilar et al, 2008).

Trabalhar com o SINASC, banco de dados secundários, implica em algumas limitações, como a garantia de padronização das informações sobre idade gestacional, variável fundamental nesse estudo. Para uma análise mais aprofundada dos dados seria importante conhecer as

indicações dos procedimentos cirúrgicos, sem os quais não se podem identificar as cesarianas eletivas. Entretanto, Theme Filha et al (2004) comparando as informações do referido sistema com as do Estudo de morbi-mortalidade e da atenção peri e neonatal no município do Rio de Janeiro (Leal & Gama, 2004), mostrou uma confiabilidade quase perfeita para tipo de parto e idade materna. Em relação à idade gestacional, é importante destacar que no estrato das maternidades conveniadas ao SUS, em 16% dos prontuários não havia o registro da informação, enquanto nas maternidades privadas o sub-registro foi de apenas 2,8%.

A atribuição à categoria 37 a 41 semanas para crianças aparentemente a termo tem sido um problema. Desta forma, estariam sendo considerados prematuros somente àqueles recém-nascidos indiscutivelmente prematuros, levando a uma subestimação da prematuridade limítrofe, idade gestacional entre 35 e 36 semanas. Isso também se configuraria em uma das limitações do estudo, uma vez que a declaração de nascidos vivos - DNV apresenta a idade gestacional em categorias pré-estabelecidas, ao invés de ser registrada como uma variável contínua, impedindo sua discriminação em maior número de categorias. Da mesma forma, o método de aferição da idade gestacional é heterogêneo entre os provedores da assistência ao parto e ao recém-nascido. Também é importante destacar a inexistência das razões das indicações para a realização de partos cesáreos e a não abrangência do SINASC para os nascidos mortos, dado fundamental para o estudo de associação entre tipo de parto e suas conseqüências.

Se por um lado a elevada prevalência de cesárea venha sendo objeto de estudos sobre as causas do excesso do seu uso, por outro lado as desigualdades sociais nas taxas de cesariana trazem à tona a discussão sobre o acesso a um procedimento, que quando indicado, pode salvar a vida da mãe e do concepto. Embora os valores mínimos e máximos de cesariana sejam ainda objeto de discussão, valores inferiores a 5%, em geral, sugerem dificuldades de acesso. Nos países mais pobres, as taxas de cesariana são extremamente baixas (inferiores a 1%) enquanto nos países de renda média e alta as taxas superam os 15%, atingindo níveis de até 40% da população. Este comportamento diferenciado das taxas de cesárea pode trazer conseqüências potencialmente deletérias para as mulheres de diferentes níveis socioeconômicos, assim como para seus recém-natos e para o sistema de atenção à saúde da mulher em particular (Ronsmans et al, 2006).

Os resultados, ao apontarem a possível associação entre o tipo de parto e a ocorrência da prematuridade, mostram a necessidade do desenvolvimento de outros estudos epidemiológicos analíticos utilizando diferentes enfoques e abordagens.

5. Referências bibliográficas

1. AQUINO TA, GUIMARÃES MJB, SARINHO SW & FERREIRA LOC. Fatores de Risco Para a Mortalidade Perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. Cad Saúde Pública, 23(12):2853-2861, 2007.

2. BARROS FC & VELEZ MP. Temporal Trends of Preterm Birth Subtypes and Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol, 107(5):1035-41, 2006.

3. BELIZAN JM, ALTHABE F, BARROS FC, ALEXANDER S. Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Study. BMJ; 319:1397-400, 1999.

4. BELIZAN JM, ALTHABE F, CAFFERATA ML. Health. Consequences of the Increasing Cesarean Section Rates. Epidemiology, 18:485-486, 2007.

5. BÉHAGUE DP, VICTORA CG & BARROS FC. Consumer Demand for Caesarean Sections in Brazil: Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality? A Population Based Birth Cohort Study Linking Ethnographic and Epidemiological Methods. Br Med J, 2002; 324:942-5, 2007.

6. DIAS MAB, DOMINGUES RMSM, PEREIRA APE, FONSECA SCF, GAMA SGN, THEME FILHA MM, BITTENCOURT SAD; ROCHA PMM, SCHILITHZ AOC, LEAL MC. 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. Ciência e Saúde Coletiva 2008, disponível em <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>. No prelo.

7. FREITAS PF, DRACHLER ML, LEITE JCC & GRASSI PR. Desigualdade Social nas Taxas de Cesariana em Primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública, 39(5):761-7, 2005.

8. FUCHS K & WAPNER MD. Elective Cesarean Section and Induction and Their Impact on Late Preterm Births. Clin Perinatol, 33:793-801, 2006.

9. HANSEN AK, WISBORG K, ULDBJERG N, & HENRIKSEN TB. Risk of Respiratory Morbidity in Term Infants Delivered by Elective Caesarean Section: Cohort Study. Br Med J, 336(7635):85-7, 2008.

10. JOSEPH KS, DEMISSIE K & KRAMER MS. Obstetric Intervention, Stillbirth, and Preterm Birth. Sem Perinatol, 26(4):250-259, 2002.

11. JOSEPH KS. Theory of Obstetrics: An Epidemiologic Framework for Justifying Medically Indicated Early Delivery. BMC Pregnancy Childbirth, 28 (7):4, 2007.

12. KENNARE R, TUCKER G, HEARD A & CHAN A. Risks of Adverse Outcomes in the Next Birth After a First Cesarean Delivery. Obstet Gynecol, 109(2):270-276, 2007.

13. LEAL MC, GAMA GNG. Perinatalidade no Município do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública, 20 Sup 1:4, 2004.

14. LEAL MC, GAMA GNG, CAMPOS MR, CAVALINI LT, GARBAYO LS, BRASIL CLP, SZWARCWALD CL. Fatores Associados à Morbi-mortalidade Perinatal em uma Amostra de Maternidades Públicas e Privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública, 20 Sup 1:20-33, 2004.

15. LOCIERO AK. Explaining Excessive Rates of Cesareans and Other Childbirth Interventions: Contributions From Contemporary Theories of Gender and Psychosocial Development. Soc Sci Med, 37(10):1261-1269, 1993.

16. MENACKER F, DECIERCQ E, McDORMAN MF. Cesarean Delivery: Background, Trends and Epidemiology. Semin in Perinatol, 30:225-241, 2006.

17. RATTNER D. Sobre a Hipótese de Estabilização das Taxas de Cesáreas no Estado de São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, 30 (1):19-33, 1996.

18. ROBSON MS. Can We Reduce the Cesarean Section Rate? Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol, 15(1):179-194, 2001.

19. ROSMANS C. What is the Evidence for the Role of Audits to Improve the Quality of Obstetric Care. In: European Comission Expert Meeting on Safer Motherhood. (H. Buttiëns, V. D. B. Brouuwere & W. V. Lerrrberghe, ed), Bruxelas, 2000.

20. RONSMANS C, HOLTZ S, STANTON C. Socioeconomic Differentials in Caesarean Rates in Developing Countries: A Retrospective Analysis. Lancet, 368:1516-23, 2006.

21. SHAPIRO-MENDONZA CK, TOMASHEK KM, KOTELCHUCK M, BARFIELD ,W, WEISS, J & EVANS, S . Risk Factors for Neonatal Morbidity and Mortality Among “Healthy,” Late Preterm Newborns, 30(2):54-60, 2006.

22. SILVER RM, LONDON MB, ROUSE DJ, LEVENO KJ, SPONG CY, THOM EA, MOAWAD AH, CARITIS SN, HARPER M, WAPNER RJ, SOROKIN Y, MIODOVNIK, CARPENTER M, PEACEMAN AM, O’SULLIVAN MJ, SIBAI B, LANGER O, THORP JM, RAMIN SM & MERCER BM. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. Obstet Gynecol, 107(6):1226-1232, 2006.

23. SWAMY GK, OSTBYE T & SKJAERVEN, R. Association of Preterm Birth With Long-Term Survival, Reproduction, and Next- Genaration Preterm Birth. JAMA, 26;299(12):1477-8, 2008.

24. TAYLOR LK, SIMPSON JM, ROBERTS CLR, OLIVE EC & HENDERSON-SMART, DJ. Risk of Complications in a Second Pregnancy Following Caesarean Section in the First Pregnancy: A Population-based Study. Med J Austr, 183(10):515-519, 2005.

25. THEME FILHA MM, GAMA SGN, CUNHA CB, LEAL MC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública, 20 Sup 1:83-92, 2004.

26. TRACY SK, TRACY MB & SULLIVAN, E . Admission of Term Infants to Neonatal Intensive Care: A Population-based Study. Birth, 34(4):301-7, 2007.

27. VILLAR J, VALLADARES E, WOJDYLA D. Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: the 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin América. Lancet, 367:1819-29, 2006.

28. VILLAR J, CARROLI G, ZAVALETA N, DONNER A, WOJDYLA D, FAUNDES A, VELAZCO A, BATAGLIA V, LANGER A, NARVÁEZ A, VALLADARES E, SHAH A, CAMPODÓNICO L, ROMERO M, REYNOSO S, PÁDUA KS, GIORDANO D, KUBLICKAS & ACOSTA, A. WHO 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated With Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study. Br Med J, 335(7628):1025, 2008.

29. WEN SW, SMITH G, YANG Q, WALKER M. Epidemiology of Preterm Birth and Neonatal Outcome. Sem Neonatol, 9(6):429-35, 2004.

30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Apropriate Technology for Birth. Lancet, 2:436-438, 1985.

VI. Atenção humanizada ao parto e nascimento

Ricardo Herbert Jones, *Médico ginecologista e obstetra*

Cresce em todo o planeta um movimento fundamental, resgatando valores fundamentais, capazes de provocar profundas mudanças, na direção de um mundo menos violento, mais amoroso, digno, respeitável e justo.

1. Introdução

O atual modelo de atenção obstétrica predominante no setor suplementar de saúde no Brasil caracteriza-se pelo elevado uso de tecnologia, em especial no cuidado ao parto e nascimento, o que se traduz na alarmante proporção de 80% de cesarianas encontrada hoje no setor. A compreensão do paradigma que determina tal situação e daquele que poderá embasar estratégias para a reversão deste quadro é fundamental para elaboração e implementação de ações efetivas.

Nos pilares do movimento pela humanização do nascimento encontram-se as bases para proposição de modelos alternativos ao atual, com vistas ao aumento da proporção de partos normais no setor suplementar. Este texto propõe-se a discutir as repercussões do paradigma tecnocrático na saúde perinatal e as possibilidades de mudanças consoantes com o paradigma humanístico, fundamento teórico do movimento pela humanização do parto e nascimento.

A entrada da tecnologia nas nossas vidas, a partir do século XVII, acabou atingindo até os nossos ciclos e processos biológicos. O uso indiscriminado de drogas (legais e ilegais) é mais um dos reflexos de uma cultura que acredita estar a saúde "fora do corpo", e magicamente acondicionada em drágeas, pílulas, comprimidos e injeções. Esta modificação na forma como compreendemos a busca pelo equilíbrio (de um modelo interno, para

um modelo externo) produz repercussões em toda a sociedade. Nas sociedades ocidentais contemporâneas a "saúde" e o "bem estar" são vendidos como produtos, alienando o indivíduo de sua busca pessoal e responsabilização.

As mulheres, historicamente entendidas como possuidoras de organismos defectivos, foram as mais atingidas. No que tange ao nascimento humano vemos hoje em dia uma clara sinalização sobre os perigos do excesso de artificialização da vida. O aumento das cesarianas é um bom exemplo deste exagero. Esta que deveria ser uma cirurgia salvadora acabou sendo banalizada ao extremo, e um percentual muito grande de mulheres acaba optando pela sua realização sem uma noção exata dos riscos a ela associados.

A Cesariana no Mundo

Fontes: Brasil: MS e ANS. Argentina: Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001-DAlud. Demais Países: Health at Glance OECD Indicators 2005. In: OECD Publishing

Sabemos que no México temos índices de nascimentos cirúrgicos da ordem de 50%, assim como no Chile, Coréia e China. No Brasil a incidência desta cirurgia já superou a marca de 42%[1]. Nos Estados Unidos o relatório de dados preliminares do CDC (Center for Disease Control and Prevention) do ano de 2006 aponta para uma incidência de cesarianas acima de 30% (exatos 31.1%)[2], deixando em alerta as organizações americanas de defesa do parto normal, como o ICAN[3] *(International Cesarean Awarenes Network)*. Por outro lado a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que não mais de 10 a 15% dos partos podem terminar em uma cirurgia de grande porte como a cesariana[4]. Existe, portanto, um claro abuso na indicação desta cirurgia, pois estes números acima do razoável não se relacionam com necessidades de caráter médico. Incrivelmente, num mundo em que os indicadores de saúde melhoram em função do incremento nas condições sociais, a mortalidade materna aumentou nos últimos anos nos Estados Unidos, principalmente às custas do aumento de cesarianas naquele país[5]. Ainda mais: a mortalidade infantil teve um incremento nos Estados Unidos no ano de 2005, e não obtém nenhuma diminuição desde o ano 2000[6]. Apesar do montante de investimentos em saúde na nação mais rica do mundo ultrapassar a quantia de 1 trilhão de dólares por ano, ela não está entre as 40 nações mundiais com menores índices de mortalidade materna[7]. O percentual de mulheres no ciclo grávido-puerperal que morrem anualmente nos Estados Unidos é ligeiramente pior do que a Bielorússia, e um pouco pior que a da Bósnia-Herzegovina, apesar da escandalosa diferença entre as capacidades de investimento em saúde destas nações. O incremento de cesarianas está claramente relacionado com os péssimos resultados materno-fetais, como demonstram os últimos estudos publicados no ano de 2007 sobre cesarianas, suas conseqüências médicas e estratégias de prevenção[8-19]. Se não podemos reconhecer no investimento e nos recursos econômicos os determinantes fundamentais para a melhoria dos resultados maternos e perinatais, onde podemos encontrar tais respostas?

Muito mais importante do que o montante de dinheiro alocado para a saúde é o *modelo* de atenção ao nascimento o determinante principal dos resultados observados, e esse modelo é fruto das crenças e valores culturais profundamente estabelecidos. Mais do que valores monetários, é necessário repensar o paradigma que controla o nascimento. Sem uma nova atitude e uma nova visão do nascimento, apenas repetiremos os erros cujos resultados nos atormentam. À humanização do nascimento cumpre a função de demonstrar a competência essencial da mulher na função de gerar e parir nossos filhos, sem jamais descuidar do aporte de tecnologia que se faz necessário nas ocasiões em que elas necessitam. A

sociedade civil organizada está se dando conta de que o modelo tecnocrático existente não está mais oferecendo a qualidade de saúde que as mulheres exigem, e se une através das múltiplas formas de representatividade para discutir o destino do nascimento em várias partes do mundo.

É desse caldo social e cultural que surgem as organizações de mulheres, as corporações profissionais, as agências governamentais (como a ANS) e a própria mídia para impulsionar as mudanças que a sociedade exige no que tange à qualidade na assistência às mães e bebês.

2. Humanizando o nascimento

"Humanizar o nascimento é restituir o lugar de protagonista à Mulher".

Humanizar a chegada de um novo ser ao mundo baseia-se na idéia de que ele deve ser tratado com carinho e ser bem recebido desde o início, além de oferecer à mulher o controle do processo. A metáfora de uma "festa" se presta para este momento: se você fosse receber um filho seu que passou muitos anos fora de casa prepararia uma festa em que ele pudesse ser recebido com afeto e consideração. No parto, a mesma situação. A transformação do parto, de um acontecimento social em evento médico, é um processo cujas conseqüências ainda não foram completamente entendidas. Os humanistas do nascimento acreditam que a fisiologia das mulheres é absolutamente capaz de dar conta dos desafios a ela impostos. Partem da pressuposição básica de confiança e otimismo. Crêem na idéia de que para *"humanizar o nascimento é fundamental restituir o protagonismo à mulher"*[20]. Acreditam no processo evolutivo como depurador e impulsionador de transformações lentas e gradativas na natureza. Nas palavras do poeta, *"somos caminhantes dos milênios e temos nossas pegadas marcadas na poeira das galáxias infinitas".*

O parto humano foi forjado nesse grande laboratório de aprimoramento que é a dinâmica do processo evolutivo, e não pode ser melhorado através de equipamentos, drogas ou cirurgias. Nossa função como cuidadores da saúde é observar os casos em que existe uma *"fuga da fisiologia"* na direção perigosa da patologia. Nesse caso, poderemos com toda a confiança e cuidado usar a nossa arte e nossa tecnologia para salvar tanto mães quanto bebês.

Entretanto, o que vemos todos os dias é um abuso das cirurgias, fruto de uma desconsideração das capacidades da mulher, como se ela fosse sempre entendida como incapaz, defectiva, frágil e

incompetente para ter sucesso ao realizar uma tarefa milenar como a de colocar seus filhos neste mundo. Usamos abusivamente a tecnologia, e nos baseamos numa crença preconceituosa em relação à mulher: *"A tecnologia é mais segura do que as mulheres para dar conta do nascimento"*. Isso é comprovadamente falso, através das pesquisas abrangentes que ocorrem contemporaneamente. Por estas questões marcadamente filosóficas, a Humanização do Nascimento é também uma questão de *gênero*, porque a matriz desta visão distorcida é uma postura de descrédito para com a mulher e sua fisiologia. O projeto global de Humanização do Nascimento é uma forma de colocar a mulher numa posição de destaque, valorizando seu corpo e sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo de seus partos.

3. Humanização do nascimento e tecnologia

Elas não se opõem em hipótese alguma. A humanização do nascimento é a síntese que coloca paradigmas de atenção lado a lado.

O uso de tecnologia é uma característica ancestral do ser humano, e o que nos diferencia das outras espécies animais. Somos seres que dominam o mundo ao seu redor, ao invés de nos submetermos a ele. Somos dotados de racionalidade e de linguagem, o que nos oferece as mais amplas capacidades de modificar o meio ambiente. Essa capacidade fantástica de mudar o mundo é ao mesmo tempo maravilhosa e perigosa. Bem sabemos o quanto o uso de tecnologia poluiu o mundo a ponto de nos colocar em risco de sobrevivência. Sabemos da mortandade de peixes, do aquecimento global, do envenenamento de lagos e rios, do desaparecimento de espécies animais pela ação predatória irresponsável do ser humano. Temos conhecimento pleno, também, do número abusivo de cesarianas. Isso tudo foi construído com o nosso intelecto, mas sem uma avaliação adequada dos riscos inerentes em se modificar o mundo circundante.

A humanização do nascimento é a síntese que procura colocar dois paradigmas lado a lado, criando uma terceira via de discussão. De um lado temos o "naturalismo", que encara os fenômenos de forma "natural", onde qualquer intervenção humana seria inadequada e ruim. Assim, se uma criança ou mãe viessem a morrer, a natureza daria conta desta falta. Outras mulheres teriam seus filhos, e a contabilidade final levaria em consideração a proteção da natureza, e não a vida subjetiva das mulheres que passam pelo processo.

No extremo oposto do espectro temos a "tecnocracia", que é um sistema de poder que coloca em posição de destaque aqueles que contro-

lam a tecnologia e a informação. Neste modo de ver o mundo as pessoas acabam se despersonalizando, perdendo seu rosto, tornando-se objetos da ação da tecnologia. Vemos isso diariamente, sob múltiplas formas, na medicalização crescente do parto. O nascimento, que deveria ser um acontecimento social, familiar e afetivo, tornou-se paulatinamente num evento médico, cheio de intervenções potencialmente perigosas, levado a cabo por profissionais frios e técnicos, insuficientemente treinados para uma consideração integrativa das mulheres que atendem.

Diante da distância que separa estes dois paradigmas, como agir para oferecer o melhor que as mulheres e seus filhos precisam e merecem? Wenda Trevathan, antropóloga americana, autora de livros sobre o nascimento humano em uma perspectiva antropológica e darwiniana (Birth, Evolutionary Medicine), sintetiza bem esta questão ao afirmar que:

> *"(...) as raízes do suporte emocional às mulheres são tão antigas como a própria humanidade, e a crescente insatisfação com o modo como conduzimos o parto está relacionada com a falha do sistema médico em reconhecer e trabalhar com essas necessidades"*[28].

Perdemos o contato com a natureza íntima, sexual, feminina e transformadora do parto. Domesticamos o nascimento, abafando a sua natural rebeldia. Entretanto, o que sobra de humano no parto? O que resta do evento que poderia ser aproveitado como elemento de projeção e de transformação para esta mulher?

A Humanização do Nascimento entra neste momento histórico como a síntese mais acabada das teses digladiantes. Procura entender o ser humano como um ser imerso na linguagem e que constrói a tecnologia como forma de expressão de sua própria natureza racional, mas que não pode jamais perder a sua humanidade. Assim, a idéia de "humanizar o nascimento" esforça-se para oferecer o *"melhor de dois mundos"*[29], ao procurar o resgate do suporte social, emocional, afetivo e espiritual às mulheres em trabalho de parto, ao mesmo tempo em que oferece o melhor da tecnologia salvadora para aquelas mulheres que se afastam do rumo da fisiologia e se dirigem ao caminho perigoso da patologia.

Não há porque negar o recurso tecnológico para resgatar vidas que se apresentam em risco; por outro lado não há razão para se alterar de tal maneira e com tanta intensidade um evento tão humano quanto o parto. De tão artificializado, o nascimento de um indivíduo desfigurou-se a ponto de nem ser mais reconhecido como processo ligado à reprodução e à natureza, quanto mais estar unido a sentimentos tão humanos como o amor e a esperança.

4. Caminhos para a humanização

A mobilização em torno de um parto mais humano e seguro é um evento político, porque tem a ver com a expressão social de valores!

Existem várias formas de trabalhar com essa necessária reformulação. Primeiro, é importante entender a *necessidade* desta reavaliação. A intromissão da tecnologia em todos os setores da nossa vida cotidiana nos cria a sensação incômoda de que estamos deixando de ser o que sempre fomos. Filmes como "*Matrix*", "*O Exterminador do Futuro*", etc. nos falam dessa perda paulatina da essência humana através da metáfora do Cyborg. Outros filmes recentes, como "*Equilibrium*" e "*Children of Men*" nos alertam para o desaparecimento daquilo que nos caracteriza como seres humanos: a nossa capacidade de sentir, cuidar e amar os semelhantes. Este último nos mostra uma sociedade em crise pela falta do elemento civilizador do amor, metaforizado pela infertilidade desesperadora que ocorreria em um futuro próximo. O aviso, em tons dramáticos, é de que estamos a cada dia que passa mais distantes da essência humana que nos define.

Em segundo lugar temos que entender que esse não é um problema "médico", ou que tem a ver somente com a medicina; é um problema da sociedade como um todo, com possíveis expressões médicas[30]. Foi a sociedade, e não a medicina, que criou o modelo tecnocrático que se expressa em quase todos os aspectos da cultura. No dizer da antropóloga e professora Robbie Davis-Floyd,

"(...) a tecnocracia aplicada ao nascimento não se expressa num vácuo conceitual; aproveita uma visão crescente na cultura que encara a Máquina como a principal metáfora para explicar o nosso funcionamento como sociedade"[31].

Nós verdadeiramente acreditamos que somos mais felizes por termos celulares, televisores de plasma, ou aviões supersônicos; por que não acreditaríamos que seremos melhores se tirarmos um bebê do ventre materno em minutos e aparentemente sem dor?

É preciso uma compreensão muito mais sofisticada da história, da vida, da ritualística, dos valores, da fisiologia humana e dos nossos próprios sonhos para ter uma visão dissidente do modelo tecnológico contemporâneo. Desta forma, humanização do nascimento passa pela compreensão do sentido profundo dos "*valores*", e estes não podem ser alterados por decreto. Eles se formam ao longo dos séculos, às vezes milênios. Mudá-los significa mexer

na ultra-estrutura inconsciente da sociedade, e tais alterações na maneira como entendemos a cultura e as sociedades demandam tempo. Além do mais, essa mobilização em torno de um parto mais humano e seguro é um evento político, porque tem a ver com a expressão social destes valores. Somos seres que vivem "aglomerados", e a nossa ação política significa organizar e mobilizar pessoas em torno de ideais comuns.

5. Um processo lento e gradual

A educação e conscientização para o parto humanizado têm uma importância vital no processo.

Através da compreensão das forças que estabelecem nossos valores profundos podemos ver que a tarefa de humanizar o nascimento só pode se dar através de um processo demorado e lento, porque tem a ver com a própria estrutura que sustenta a sociedade ocidental. Nossa ação, portanto, deve ser em várias frentes, sendo a educação para o parto humanizado uma das tarefas mais substanciais. Inúmeros livros têm sido escritos ultimamente sobre parto humanizado, e muitos dos lançamentos se direcionam às crianças, porque se entende que o respeito ao corpo da mulher e seus ciclos é algo que se aprende desde a mais tenra idade. Educar meninas e meninos sobre o valor do nascimento com dignidade é uma tarefa dos educadores que não pode ser mais adiada.

Outra ação importante é com os cuidadores de saúde. Estes devem receber orientação sobre as vantagens que a medicina baseada em evidências aponta para a humanização do nascimento. Médicos, parteiras, psicólogas, educadoras perinatais, enfermeiras e doulas devem receber treinamento numa abordagem mais suave, mais social e afetiva do nascimento. A presença de companheiros e/ou familiares na hora do nascimento deve ser estimulada por estes profissionais. Esta atitude simples e de baixo custo, além de não aumentar riscos, diminui o sofrimento e oferece uma vivência mais harmoniosa do parto para o casal e a família.

As escolas médicas e de enfermagem deverão incluir de forma obrigatória classes que abordem os direitos das pacientes, a humanização do nascimento, partos domiciliares e medicina baseada em evidências. É digno de nota que o Brasil acaba de assinar uma lei em nível nacional que garante a presença de um acompanhante de livre escolha da paciente nos partos atendidos no sistema público. Este documento foi assinado pelo Ministro da Saúde em cerimônia durante o "II Congresso Internacional de Humanização do Nascimento", no Rio de Janeiro em 2005.[32]

Uma outra frente importante de luta é pelo direito das pacientes de terem uma doula durante o parto. A medicina baseada em evidências, como foi dito anteriormente, recomenda que se devam estimular as pacientes a terem uma acompanhante treinada durante o parto, pelos inúmeros efeitos positivos que possui e pela ausência de riscos associados. As doulas se comportam, hoje em dia, como a linha de frente na luta por um parto vivido de forma mais tranqüila e serena. Sua presença nos partos deveria ser estimulada pelos governos e hospitais, pelas vantagens eloqüentes de sua presença.

6. Doulas

Elas dão suporte em várias dimensões às mulheres grávidas nos momentos do parto

Doulas são profissionais que acompanham as grávidas durante o processo de nascimento. Elas se aperfeiçoam em oferecer suporte afetivo, emocional e físico para as grávidas durante o parto. Elas não realizam qualquer atividade de ordem médica ou de enfermagem. Seu foco de atenção é somente a mulher e seu conforto. Não verificam pressão arterial, não auscultam batimentos cardíacos fetais, não fazem exames para ver o progresso de dilatação e não oferecem medicações de qualquer ordem. Elas são referendadas pela OMS, através do livro *"Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático"*[21] assim como pelo Ministério da Saúde do Brasil através do livro *"Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher"*[22], e sua atuação é baseada em evidências atualizadas e consistentes, como pode ser visto no livro *"Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto – Enkin e Cols"*[23] da biblioteca Cochrane de Medicina Baseada em Evidências. Os inúmeros trabalhos realizados[24] que avaliam a ação das doulas na assistência ao nascimento mostram um decréscimo das intervenções como cesarianas, fórceps, analgesias de parto, episiotomias, etc, junto com um aumento de sentimentos positivos relacionados com o processo. Ao lado de tantos achados de valor relacionados com a assistência contínua de doulas no parto, também encontramos uma incidência aumentada de mulheres que se mantém amamentando além de 6 semanas após o nascimento de seu bebê[25], o que acrescenta uma vantagem adicional ao trabalho destas auxiliares de parto: mais do que melhorar a qualidade do nascimento elas incrementam a relação que se inicia, entre a nova mãe e seu bebê. Doulas não produzem trabalho redundante, não competem com médicos ou enfermeiras pelo trabalho com as grávidas e, inclusive, deixam os profissionais mais à vontade para suas tarefas específicas. Assim sendo, como recomenda

Biblioteca Cochrane de Medicina Baseada em Evidências, "na ausência de qualquer risco associado, e com as evidências claras das melhorias associadas com sua atuação, para toda a mulher deveria ser oferecida a oportunidade de ter uma doula a lhe acompanhar durante o parto."[23]

7. Um profissional para a vida

O que é um "profissional humanizado" e como reconhecê-lo?

Profissional humanizado é todo aquele que entende as dimensões subjetivas do seu paciente como prioritárias. É o profissional que encara toda a paciente como singular, irreprodutível e diferente de todas as outras. Encara o nascimento como momento único e evento ápice da feminilidade. Trata seus pacientes com gentileza e respeito, oferecendo às mulheres a condução do processo. Posiciona-se como uma instância de orientação técnica, e não como *"proprietário"* do evento. Debate incansavelmente com sua paciente sobre todos os aspectos técnicos do nascimento, usando palavras de fácil compreensão e sempre respeitando a visão que a mulher tem do processo. Usa os protocolos mais atualizados, como a Medicina Baseada em Evidências, para o tratamento de suas pacientes, mas sempre leva em consideração a dimensão subjetiva de cada uma, forjada na sua história pessoal, suas lembranças, seus medos, suas expectativas, seus sonhos, suas características físicas e seu desejo de passar pelo nascimento de seus filhos como um ritual de amadurecimento. É um profissional que alia as habilidades técnicas com uma postura compassiva em relação às mulheres grávidas, entendendo-as como possuidoras de um grande tesouro, que deve ser cuidado com carinho e respeito.

Segundo Sheila Kitzinger, antropóloga britânica e autora de vários livros sobre partos em várias culturas, um profissional humanista é aquele que estimula que suas clientes, ao olharem para trás e lembrando do seu parto, possam enxergar uma estrada de crescimento pessoal[26]. Um profissional humanizado sabe que o adágio hipocrático primeiro é *"Primum non nocere"* – *"Primeiro, não causar dano"* – e tem o máximo cuidado com o uso de intervenções e drogas durante o processo. Um humanista do nascimento sabe que as rotinas em qualquer centro obstétrico no mundo são extremamente invasivas, e que essa interferência no processo natural pode ter repercussões dramáticas nos resultados do nascimento para o binômio mãe-bebê. Assim, procura ter como meta um parto em que o menor número de intervenções ocorra, ao mesmo tempo em que se preocupa com o máximo de segurança e bem estar para todos.

8. Casas de parto e partos residenciais

Um dos pontos nevrálgicos relacionados com a humanização.

A partir dos anos 30 ocorreu um fenômeno migratório imenso relacionado com o nascimento, quando milhões de mulheres no mundo ocidental se dirigiram para os hospitais para terem seus filhos, sem que jamais houvesse uma comprovação de que o ambiente hospitalar tivesse trazido uma melhora dos resultados. Hoje em dia sabemos que a fisiologia do parto fica alterada quando tiramos uma mulher do seu domínio e do seu contexto. A ida para o hospital acrescenta desafios para a mulher, sem apresentar vantagens inequívocas para as pacientes de baixo risco.

Os hospitais foram criados para o tratamento de pacientes graves, portadores de doenças que as impedem de continuarem em suas casas. Uma grávida, ao entrar em um hospital, naturalmente se "contaminará" com a atmosfera *"doentificante"* lá existente, e vai incorporar a idéia de que ela está, em verdade, doente. Esse efeito tem profundas repercussões em seu psiquismo e na sua vivência do evento. Seus hormônios se afastam da ritmicidade natural, e o sistema de proteção é acionado. O círculo vicioso de *"medo-tensão-dor"*, descrito por Grantly Dick-Read[27] nos início do século passado, é acionado, produzindo a liberação da adrenalina, com todos os seus eventos adversos relacionados. Mulheres em hospitais, mesmo que tratadas com gentileza, são atendidas sob o signo do medo. Quanto mais medo, mais tensão. Quanto mais tensa mais dor ela sentirá, através de um processo automático de proteção. Quanto mais exposta à dor patológica (diferente da dor fisiológica do trabalho de parto) mais ela sentirá medo, e o processo todo se reativará novamente, no que se convencionou chamar do *"ciclo vicioso medo-tensão-dor"*, mediado pela adrenalina.

As Casas de parto e os Partos Domiciliares vêm crescendo no mundo inteiro como alternativa ao atendimento marcadamente frio e medicalizado que freqüentemente é oferecido nos hospitais. Já em 1992 a Câmara dos Comuns na Inglaterra recomendava que os partos domiciliares deveriam ser incrementados e estimulados para as pacientes de baixo risco, e acompanhados por parteiras treinadas[28]. No ano de 2006 foi a vez da própria Ministra da Saúde da Inglaterra, Patrícia Hewitt, de posicionar-se claramente em favor de uma mudança radical na ideologia que norteia o nascimento no seu país, com o estímulo à desmedicalização do nascimento e o apoio aos partos extra-hospitalares[29]. No Brasil, apesar do debate ríspido e da inconformidade de setores mais conservadores, já existem casas de parto funcionando em diversos pontos do país. A

Organização Mundial da saúde deixa claro que *"o melhor lugar para uma mulher ter seu filho é onde ela se sente segura"*[30].

Nos Estados Unidos foi concluída recentemente a maior pesquisa já realizada sobre partos fora do ambiente hospitalar, atendidos por parteiras treinadas. Os resultados confirmaram a tese de que *"partos conduzidos por parteiras treinadas e em pacientes de baixo risco tem resultados iguais ou superiores àqueles atendidos no ambiente hospitalar"*[31]. Diante desta confirmação é importante que os governos se apressem em oferecer alternativas seguras para as pacientes, como as Casas de Parto e o estímulo ao Parto Domiciliar.

Outro ponto de extrema importância é a mudança do sistema jurídico para que os médicos se sintam protegidos ao oferecer as evidências mais atuais no atendimento às suas pacientes. No Brasil e nos Estados Unidos, por exemplo, os médicos mais processados são os obstetras, mas apenas quando oferecem atendimentos humanizados e estimulam o parto vaginal. Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, realizar uma cesariana é um "salvo-conduto" para o obstetra, mesmo que isso signifique aumentar os riscos a que milhares de gestantes se expõem ao realizar uma cirurgia desta magnitude. Aguardar o desfecho natural de um parto, pela via vaginal, é um risco tremendo para os profissionais porque a mitologia contemporânea favorece a medicalização extremada, mesmo que o conhecimento científico atual aponte um risco muito maior nas intervenções cirúrgicas. Enquanto os médicos (principais atendentes de parto no Brasil e Estados Unidos e boa parte da América Latina) forem ameaçados por processos judiciais ao atender de forma humanizada nenhum resultado será perceptível. O aprimoramento judiciário é fundamental para que os profissionais da medicina possam ser avaliados em juízo pelos parâmetros mais modernos existentes no atual conhecimento obstétrico, como as diretrizes oferecidas pela Medicina Baseada em Evidências.

9. Princípio fundamental

Para construirmos um mundo menos violento, mais amoroso, mais digno, respeitável e justo temos que começar com o nascimento.

Acreditamos na capacidade de parir que cada mulher carrega. Acreditamos na perfeição da natureza e nos milhares de anos de preparo para os mecanismos intrincados do nascimento. Sabemos da importância da tecnologia para salvar a vida de pessoas que estão em risco. Por outro lado, entendemos que a intervenção num processo natural só pode se justificar diante de critérios muito claros de auxílio diante de graves problemas. Intervir no nascimento para encurtar tempo ou

por interesses econômicos quaisquer são erros graves que devem ser evitados. Atitudes como essas, que retiram da mulher um evento que é essencialmente seu, não podem ser tolerados em uma sociedade que deseja ser justa e fraterna.

O desempoderamento da mulher no nascimento de seus filhos tem repercussões na sociedade como um todo, pois será ela a principal guardiã dos seus valores, e quem a eles vai lhes ensinar as primeiras idéias. O parto é um momento pleno de afeto e sexualidade e a intervenção desmedida pode ter efeitos devastadores - físicos e psicológicos - para a mãe e seu bebê. Além disso, *"se quisermos verdadeiramente mudar a humanidade temos que mudar a forma como nascemos"*, como já nos dizia Michel Odent[32].

Para construirmos um mundo menos violento, mais amoroso, mais digno, respeitável e justo temos que começar com o nascimento, para que todos possam chegar a esse mundo envoltos numa aura de carinho e amor.

10. Referências bibliográficas

1. http://tabnet.datasus.gov.br

2. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr56/nvsr56_07.pdf

3. http://ican-online.net

4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Genebra: OMS, 1996.

5. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_19.pdf

6. http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/prelimdeaths05/prelimdeaths05.htm

7. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607615724/fulltext

8. VILLAR J, et al. Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective study. BMJ, 335:1025, 2007.

9. SPONG, CY, et al. Risk of Uterine Rupture and Adverse Perinatal Outcome at Term After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol, 110(4):801-7, 2007.

10. DECLERCQ E, BARGER M, CABRAL HJ, EVANS SR, KOTELCHUCK M, SIMON C, WEISS J, HEFFNER LJ, et al. Maternal Outcomes Associated with Planned Primary Cesarean Births Compared with

Planned Vaginal Births. Obstet Gynecol, 109(3):669-77, 2007.

11. RICHTER R, BERGMANN RL, DUDENHAUSEN JW. Previous Caesarean or Vaginal Delivery: Which Mode is a Greater Risk of Perinatal Death at the Second Delivery? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 132(1):51-7, 2007.

12. MORALES KJ, GORDON MC, ATES JR GW. Postcesarean Delivery Adhesions Associated with Delayed Delivery of Infant. Am J Obstet Gynecol, 196:461.e1-e6, 2007.

13. YANG Q, WEN SW, OPPENHEIMER L, CHEN XK, BLACK D, GAO J, WALKER MC. Association of Caesarean Delivery for First Birth with Placenta Praevia and Placental Abruption in Second Pregnancy. Br J Obstet Gynecol, 114(5):609-13, 2007.

14. KENNARE R, TUCKER G, HEARD A, CHAN A. Risks of Adverse Outcomes in the Next Birth after a First Cesarean Delivery. Obstet Gynecol; 109(2 Pt 1):270-6, 2007.

15. COASSOLO KM, STAMILIO DM, PARÉ E, PEIPERT JF, STEVENS E, NELSON DB, MACONES GA. Safety and Efficacy of Vaginal Birth after Cesarean Attempts at or Beyond 40 Weeks of Gestation. Obstet Gynecol; 106(4):700-6, 2005.

16. MINAGLIA S, MISHELL DR Jr, BALLARD CA. Incisional Endometriomas after Cesarean Section: a Case Series. J Reprod Med, 52(7):630-4, 2007.

17. SRINIVAS SK, STAMILIO DM, STEVENS EJ, ODIBO AO, PEIPERT JF, MACONES GA. Predicting Failure of a Vaginal Birth Attempt After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol, 109(4):800-5, 2007.

18. GRAY R, QUIGLEY MA, HOCKLEY C, KURINCZUK JJ, GOLDACRE M, BROCKLEHURST P, et al. Caesarean Delivery and Risk of Stillbirth in Subsequent Pregnancy: a Retrospective Cohort Study in an English Population. BJOG, 114(3) 264-270, 2007.

19. ODIBO AO, CAHILL AG, STAMILIO DM, STEVENS EJ, PEIPERT JF, MACONES GA. Predicting Placental Abruption and Previa in Women with a Previous Cesarean Delivery. Am J Perinatol, 24(5):299-305, 2007.

20. JONES R. Memórias do Homem de Vidro – Reminiscências de um Obstetra Humanista. Ed. Idéias a Granel, 2004.

21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao Parto Normal: Um guia Prático. Relatório de um Grupo Técnico. Genebra, 53p., 1996.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher – MS, 2001.

23. ENKIN M, et al. Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto. 3a Edição - Guanabara Koogan, 2000.

24. KLAUSS, MH, KENNELL, JH. The Doula: an Essential Ingredient of Childbirth Rediscovered. Acta Paediatr, 86(10):1034-6, 1997.

25. SOSA, R, KENNELL, J, KLAUSS, M, ROBERTSON, S, URRUTIA, J. The Effective of Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction. N Engl J Med, 303:597-600, 1980.

26. KITZINGER S. The Politics of Birth – Elsevier, p. 50, 2005.

27. DICK-READ, G. (orig pub 1959) Childbirth Without Fear. Pinter & Martin Ltd., London, 2004.

28. HEALTH COMMITTEE 1992 Report on the Maternity Services, vol I [Winterton Report]. London: HMSO.

29. THE INDEPENDENT, Edição de 14 de maio de 2006.

30. http://www.who.ch/pll/dsa/cat97/mat.htm#care]

31. JOHNSON KC & DAVISS BA. Outcomes of Planned Home Births with Certified Professional Midwives: a Large Prospective Study in North America. BMJ, 330:1416, 2005.

32. ODENT, M. Nacimiento Renacido. Ed Errepar S/A, Argentina, 1984. *(O artigo acima foi originalmente publicado no Jornal Bem-Estar de Porto Alegre em 2007)*

Ministério
da Saúde

www.ans.gov.br
Disque-ANS: 0800 701-9656

Av. Augusto Severo, 84 - Glória
Rio de Janeiro-RJ 20021-040