

CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA CESÁREA E DO PARTO NORMAL E HUMANIZADO

CONSIDERATIONS ABOUT CESAREAN DELIVERY AND NATURAL CHILDBIRTH AND HUMANIZING DELIVERY

Krikor Boyaciyany*

A escolha da via de parto geralmente provoca discussões calorosas e polêmicas. Um dos principais motivadores desta questão é a alta incidência de partos cesáreos no Brasil. Assim, principalmente na rede privada de saúde, 80% dos partos chegam a ser por cesárea. Já na rede pública, a taxa cai para 27%.

No último Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia, realizado em São Paulo, em agosto de 2008, a médica Ana Pilar Betrán, do Departamento de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde (OMS), afirmou que é comum assinalar-se que a taxa de cesárea recomendada pela OMS é de 15%. A OMS não estabeleceu um valor mínimo ou ideal. Contudo, divulgou, em 1985, que é difícil justificar um índice superior a 15%.

Para muitos profissionais, isso é uma distorção da prática ideal: o parto normal é a melhor opção tanto para a mãe quanto para o concepto. Por outro lado, há médicos que não observam problemas em optar com mais frequência por partos abdominais e até partem para a defesa aberta dessa prática.

Na intenção de encontrar vítimas e algozes para o alto índice de cesáreas, três personagens se alternam nas posições: a paciente (gestante), o médico (obstetra) e o sistema de saúde (governo, operadores de planos de saúde, hospitais e clínicas particulares).

Atuando também como parte desse cenário, a mídia frequentemente destaca o assunto, geralmente de forma a alimentar a polêmica e atuando no papel de fiscal da sociedade.

Os hospitais e clínicas particulares são acusados de compensar a baixa remuneração dos planos de saúde e do SUS com maior número de procedimentos, visando maior lucro.

Os médicos que exercem a especialidade Ginecologia e Obstetrícia não escapam das acusações de que a opção pela cesárea é resultado apenas da sua comodidade, agindo de forma conivente com o sistema de saúde. Diante da escassez de tempo para cuidar de todas as suas pacientes, o obstetra opta pela via alta, assim, o médico e a gestante acabam assumindo a postura mais cômoda para ambos. A preocupação de ser processado legalmente é apontada também como fator determinante que leva o profissional a adotar preferencialmente a via alta.

Há quem aponte a gestante como responsável pela opção da cesárea com hora marcada. Razões culturais podem ser alegadas como influenciadoras na solicitação da via abdominal, como o medo da dor, da imprevisibilidade da hora, do uso de fórceps ou, ainda, por preocupação estética. Alega-se, também, como motivo determinante da opção pela cesárea, a vontade da paciente de querer fazer o parto com o obstetra que a acompanhou na evolução pré-natal.

A Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (Sogesp) valoriza o parto vaginal como a melhor opção para o binômio materno-fetal, mas reconhece, também, que a cesárea constitui importante conquista da especialidade; suas indicações se ampliaram nos dias atuais, atendendo às

indicações obstétricas (maternas e fetais).

O grande consenso entre os profissionais que exercem a especialidade é o de que cada caso deve ser analisado individualmente. A paciente deve ser informada pelo médico a respeito das vantagens e desvantagens de cada procedimento. Nenhuma gestante deve ser forçada a optar por uma ou outra via de parto.

Assim, a cesárea pode determinar maior risco de infecção e maior perda de sangue, além do desconforto pós-operatório. Outra observação refere-se ao neonato, que pode apresentar taquipnéia transitória se a cesárea for praticada entre 37 e 38 semanas de gestação ou antes.

Por sua vez, o parto vaginal pode lesar o assoalho pélvico, notadamente em fetos acima de 3.200 g; outras complicações, como incontinência urinária e rotura perineal, também podem ocorrer.

Outra discussão importante é o rol de procedimentos recentemente editado pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que prevê cobertura, por parte das operadoras de saúde, para parto normal realizado por enfermeira obstétrica, sem esclarecer que deverá ser feito em hospital e com a supervisão de médico.

Tal iniciativa dá abertura àqueles que defendem o retorno do parto domiciliar, associando-o ao parto humanizado e à redução do número de cesáreas, sem quaisquer compromissos com as intercorrências que podem acometer a parturiente e o seu concepto neste tipo de procedimento.

Não há evolução de parto sem risco. Como a enfermeira vai saber se vai haver distócia ou não?

A maioria dos partos ocorre sem anormalidades. Entretanto, estudos mostram que 10% dos recém-nascidos necessitam de algum procedimento especializado no momento do parto para iniciar a respiração, e que entre 15% e 20% das parturientes podem apresentar complicações e situações imprevisíveis que exigem a intervenção imediata e especializada do médico (rotura uterina, acretismo placentário, atonia uterina, prolapso de cordão umbilical, inversão uterina, etc.).

Parto humanizado é aquele que garante à gestante e ao seu concepto um atendimento digno e de qualidade e, na nossa avaliação, o parto é ato médico e deve ser realizado por médico obstetra, que é o profissional melhor preparado, e em ambiente hospitalar devidamente equipado.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 11, n. 1, p. 26, 2009

* Professor, mestre e doutor do Depto. de Obstetrícia - UNIFESP -, conselheiro diretor corregedor do CREMESP e presidente da SOGESP.

Recebido em 17/11/2008. Aceito para publicação em 24/1/2009.

Contato:

Rua Nebraska, 199 apart. 81
04560-010 São Paulo/SP