

Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos

Indications of cesarean births in hospitals affiliate to the Unified Health System: low and high risks

Joe Luiz Vieira Garcia Novo¹, Caroline Rosa Pellicciari¹,
Letícia de Arruda Camargo¹, Sérgio Borges Bálsamo¹, Neil Ferreira Novo¹

RESUMO

Objetivo: Analisar indicações de partos cesáreos em pacientes de baixo e de alto risco provenientes, respectivamente, do Hospital Santa Lucinda (HSL) e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), do Sistema Único de Saúde (SUS), em Sorocaba, São Paulo. **Métodos:** Estudo retrospectivo dos prontuários das pacientes internadas nesses hospitais, submetidas a cesáreas no período de 01 de março de 2014 a 01 de março de 2015. A pesquisa avaliou parâmetros maternos socioepidemiológicos, reprodutivos, clínicos, indicações das cesáreas e dados neonatais dos recém-nascidos. **Resultados:** No total de partos ocorridos, indicaram-se cesáreas em 56,3% (CHS) e 32,4% (HSL), havendo significância estatística ($p < 0,001$). Pacientes com cesárea anterior prevaleceram no HSL (77,0%) em comparação com o CHS (56,4%), com proporções estatísticas significativas ($p = 0,0009$). As indicações prevalentes de cesáreas no HSL foram: sofrimento fetal (24,0%), falha na indução ao parto (22,0%) e desproporção céfalo-pélvica (18,7%). No CHS, as maiores proporções foram: sofrimento fetal (35,3%) e iteratividade (25,3%), revelando significância estatística ($p < 0,0001$). **Conclusões:** O estudo revelou que as proporções de partos cesáreos em ambas as maternidades são superiores àquelas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A provável redução de proporções de partos cesáreos na maternidade de baixo risco poderia vir com indicações precisas de indução à parturição, utilização de analgesia ao parto e, ainda, com a devida prática da extração baixa transvaginal do feto pelo fórcepe de alívio às parturientes. Em relação às pacientes de alto risco, tal queda de cesáreas estará subordinada às melhores atenções das políticas públicas de atenção à saúde da mulher brasileira. **Palavras-chave:** parto; cesárea; parto obstétrico; gravidez de alto risco; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze indications for cesarean births in patients of the Unified Health System (SUS) in low- (HSL) and high-risk (CHS) in Sorocaba, São Paulo, Brazil. **Methods:** Retrospective study of the medical records of patients hospitalized in these hospitals undergoing cesareans from March 1st, 2014 to March 3rd, 2015. The research evaluated maternal socio-epidemiological, reproductive and clinical parameters, indications of cesarean sections and neonatal data of the newborns. **Results:** From the total births, cesareans were indicated in 56.3% (CHS) and 32.4% (HSL), with statistical significance ($p < 0.001$). Patients with previous cesarean prevailed in HSL (77.0%) compared to the CHS (56.4%), with statistically significant proportions ($p = 0.0009$). The prevalent cesareans indications HSL were: fetal distress (24.0%), failure to induce labor (22.0%), and cephalopelvic disproportion (18.7%). In CHS the highest proportions were: fetal distress (35.3%) and iterativity (25.3%), revealing statistical significance ($p < 0.0001$). **Conclusions:** The study shows that the proportions of cesarean deliveries in both maternities are higher than those recommended by the World Health Organization (WHO). The probable reduction in the proportion of cesarean deliveries in the low-risk maternity unit could come with precise indications of parturition induction, the use of analgesia during childbirth, and even the proper practice of low transvaginal fetal extraction by forceps. In relation to high-risk patients, such a decrease in cesarean sections will be subordinated to the best attention given by public health care politics to Brazilian women. **Keywords:** parturition; cesarean section; delivery, obstetric; pregnancy, high-risk; Unified Health System.

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: joeluinovno@hotmail.com

Recebido em 27/12/2016. Aceito para publicação em 30/01/2017.

INTRODUÇÃO

Para as mulheres, o parto representa experiência extremamente importante e marcante por toda a sua vida. Constitui-se na prova definitiva de sua competência feminina, em geral, prover o harmonioso desenvolvimento de um novo ser, ter condições à passagem de seu tão esperado filho, além de, após o parto, poder nutri-lo por meio do aleitamento.¹

A escolha da via do parto pela mulher, todavia, poderá gerar nelas opiniões de soluções que mais satisfaçam seus anseios e expectativas, de forma independente das condições clínicas, obstétricas e orientações propiciadas em sua assistência pré-natal. A opinião feminina refletindo sua autonomia, de certa forma, deverá estar acoplada, e não sobreposta aos critérios clinicamente conhecidos.^{2,3}

As institucionalizações da assistência ao parto e os avanços tecnológicos vêm alcançando maiores benefícios maternos e fetais, reduzindo a morbiletalidade do ciclo grávido puerperal; contudo, ainda se observa nesses procedimentos a prática de inúmeras intervenções desnecessárias.⁴

A alta incidência de partos cesáreos sem indicações precisas é motivo de preocupação mundial. O procedimento associa-se a taxas mais elevadas de mortalidade materna — quatro a cinco vezes maiores em relação aos partos vaginais — e, ainda, encontra-se associado a morbidade e mortalidade perinatais.⁵

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que não há justificativa para qualquer região do mundo possuir taxas de partos cesáreos maiores do que 10 a 15,0%, suportando a hipótese de que quando tal índice é superior a 15,0%, os riscos para a saúde reprodutiva passam a superar os benefícios. Duas décadas mais tarde, todavia, as taxas de nascimento por cesárea contrariam tal preconização, tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.⁶

São vários os fatores que podem indicar a necessidade de um parto por meio de cesárea, tais como apresentações anômalas, doença materna sexualmente transmissível como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e alguns casos de papilomavírus humano (HPV), síndromes hemorrágicas do terceiro trimestre da gravidez (descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, rotura uterina), indicações clínicas maternas (diabetes, hipertensão arterial e síndrome HELLP), entre outros, que venham a complicar o bom andamento do parto, parto cesárea de repetição (iteratividade), sofrimento fetal agudo, distócias funcionais etc.⁷

As cesáreas sem indicação médica estão associadas a um maior risco de infecção puerperal, mortalidade e morbidade materna, prematuridade, mortalidade neonatal e consequente elevação de gastos para o sistema de saúde. A busca por fatores que justifiquem esses aumentos é essencial para que soluções possam ser pensadas.^{5,8}

O projeto de pesquisa projetou-se à investigação das indicações dos partos cesáreos no Hospital Santa Lucinda (HSL) – de baixo risco – e no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) – de alto risco, no período definido pelo presente estudo, buscando-se colaborar para o entendimento mais amplo da questão.

MÉTODOS

Este trabalho é fruto de estudo documental, descritivo, retrospectivo, com coleta de dados diretamente de prontuários médicos disponíveis nos arquivos das instituições, sob declaração de manter compromisso e confidencialidade em relação a todas as informações obtidas relativas ao projeto.

A população de estudo foi composta por 150 pacientes de baixo risco atendidas no HSL e 150 de alto risco no CHS, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), identificadas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) de cada hospital, todas elas submetidas a partos cesáreos no período de 01 de março de 2014 a 01 de março de 2015. O número de sujeitos utilizados nesta pesquisa em cada maternidade foi considerado e confirmado pelo estatístico como sendo suficiente para atingir os objetivos deste trabalho. Excluíram-se aquelas com prontuários considerados incompletos e nas quais os partos foram vaginais (normais e/ou fórceps).

Os parâmetros maternos analisados foram: idade, etnia (branca, não branca), escolaridade (ensino fundamental, colegial e superior), situação conjugal (união estável, solteiras), hábitos e vícios, a assistência pré-natal: sim (≥ 6 consultas) e não (≤ 6 consultas), paridade (primiparidade, multiparidade), idade gestacional, patologias maternas clínicas e gestacionais.^{9,10} Para os dados neonatais, observaram-se: peso, idade gestacional, gênero e prováveis complicações. Os índices de vitalidade no primeiro e no quinto minuto de vida dos nascituros foram relacionados em categorias padronizadas.¹¹

Em relação às indicações de partos cesáreos, foram considerados: iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores),¹² sofrimento fetal agudo (alterações cardiotocográficas: bradicardia, desacelerações tardias e/ou variáveis, visualização de mecônio à cório-amnioscopia ou à eliminação pela vulva),¹³ distócias da parturição irreversíveis (oligossistolia, polissistolia, hipertonia e/ou distócias cervicais dinâmicas)¹⁴ e/ou desproporção céfalo-pélvica absoluta e/ou relativa¹⁵ em partos espontâneos ou induzidos utilizando-se ocitocina por via endovenosa, avaliadas pelo partograma,¹⁶ síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placentação heterotópica), apresentações anômalas (avaliadas pela palpação e confirmadas pelo toque vaginal),¹² e/ou outros fatores que foram justificados para o desfecho de se realizarem partos cesáreos.⁹

O estudo estatístico utilizou o teste do χ^2 com o objetivo de comparar os fatores considerados. Em todos os testes fixou-se o nível de significância em 0,05 ou 5%.^{17,18}

A pesquisa respeitou as normas da Declaração de Helsinque¹⁹ e da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisa em seres humanos;²⁰ iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob número 681676, de 10 de junho de 2014.

RESULTADOS

Foram estudados 300 prontuários: 150 de pacientes do HSL e 150 do CHS. Os dados epidemiológicos não diferiram estatisticamente entre os dois grupos estabelecidos.

Analisando-se o total de partos ocorridos durante o período de estudo, indicaram-se partos cesáreos em 56,3% no CHS e em 32,4% dos casos no HSL, havendo significância estatística ($p < 0,001$) (Tabela 1).

O número de pacientes que já tinham paridade antes da gestação atual e com cesárea anterior prevaleceu no HSL (77,0%) em comparação com o CHS (56,4%), proporções significativas estatisticamente ($p = 0,0009$) (Tabela 2).

Em relação às indicações de cesárea, as mais prevalentes no HSL foram: sofrimento fetal agudo (24,0%), falha na indução ao parto (22,0%) e desproporção céfalo-pélvica (18,7%). No CHS, as maiores proporções foram: sofrimento fetal agudo (35,3%) e iteratividade (25,3%). Esses dados obtiveram significância estatística ($p < 0,0001$) (Tabela 3).

A idade gestacional (avaliada à internação das pacientes) prevalente no HSL e no CHS foi a de termo, respectivamente em 90,6 e 62,0% dos casos. Entretanto, no CHS a presença de recém-nascidos pré-termo (avaliação de dados dos recém-nascidos após o nascimento) é significativa quando comparada com o HSL ($p < 0,0001$) (Tabela 4).

O gênero e o peso dos recém-nascidos se assemelharam em proporções nos grupos estudados. As variáveis de vitalidade nos recém-natos de primeiro e quinto minutos após o parto apresentaram significância estatística, $p = 0,0293$ e $p = 0,0331$, respectivamente. Esses resultados indicam recém-nascidos do CHS exibindo condições menos favoráveis de vitalidade, provavelmente ligados às patologias maternas preexistentes e/ou às condições de prematuridade (Tabela 5).

Tabela 1. Total de partos no Sistema Único de Saúde durante o período de 2014 a 2015.

Centro	Parto cesárea	Parto normal	Total	Cesárea (%)
HSL	595	1244	1839	32,4
CHS	757	587	1344	56,3
Total	1352	1831	3183	42,5
$\chi^2 = 182,59$ ($p < 0,001$)				

HSL: pacientes de baixo risco; CHS: pacientes de alto risco.

Tabela 2. Pacientes com tipos de partos anteriores.

Tipo de parto anterior	HSL		CHS	
	n	%	n	%
Normal	24	22,4	48	43,6
Cesária	83	77,6	62	56,4
Fórcipe	–	–	–	–
Total	107	100	110	100
$\chi^2 = 11,00$ ($p = 0,0009$)				

HSL: pacientes de baixo risco; CHS: pacientes de alto risco.

Tabela 3. Indicações dos partos cesáreos.

Indicações	HSL		CHS	
	n	%	n	%
Iteratividade (duas ou mais cesáreas)	17	11,4	38	25,3
Sofrimento fetal agudo	36	24	53	35,3
Falha na indução ao parto	33	22	12	8
Desproporção céfalo-pélvica	28	18,7	9	6
Síndromes hemorrágicas	3	2	7	4,7
Síndromes hipertensivas	5	3,4	5	3,3
Pós-datismo	5	3,4	2	1,3
Apresentação pélvica	8	5,4	12	8
Outros	15	9,7	12	8
Total	150	100	150	100
$\chi^2 = 34,84$ ($p < 0,0001$)				

HSL: pacientes de baixo risco; CHS: pacientes de alto risco.

Tabela 4. Comparação entre as idades gestacionais.

Idade gestacional	HSL		CHS	
	n	%	n	%
Pré-termo	14	9,4	56	37,3
Termo	136	90,6	93	62
Pós-termo	–	–	1	0,7
Total	150	100	150	100
$\chi^2 = 34,25$ ($p < 0,0001$)				

HSL: pacientes de baixo risco; CHS: pacientes de alto risco.

Tabela 5. Comparação dos parâmetros de vitalidade dos recém-nascidos.

Apgar 1º minuto	HSL		CHS	
	n	%	n	%
0 a 3	5	3,3	9	5,9
4 a 7	27	18	44	29,1
8 a 10	118	78,7	98	64,8
Total	150	100	151	100
$\chi^2 = 7,06$ ($p = 0,0293$)				

Apgar 5º minuto	HSL		CHS	
	n	%	n	%
0 a 3	–	–	3	1,9
4 a 7	2	1,33	8	5,3
8 a 10	148	98,67	140	92,7
Total	150	100	151	100
$\chi^2 = 6,81$ ($p = 0,0331$)				

HSL: pacientes de baixo risco; CHS: pacientes de alto risco.

DISCUSSÃO

A análise dos resultados demonstra a realização de partos cesáreos em 32,4% das pacientes de baixo risco (HSL) e em 56,3% daquelas de alto risco (CHS), diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$), sugerindo a maior probabilidade de partos cirúrgicos em pacientes de alto risco.¹⁴ Ambas são porcentagens superiores àquelas preconizadas pela OMS.⁶

As proporções de procedimentos cesáreos estão alteradas e mais elevadas, em virtude de ter entrado e estar em vigor a Resolução Normativa nº 366, da Agência de Saúde Complementar, a qual definiu que a paciente terá direito à indicação de parto cesáreo a seu pedido, no momento da parturição, e o obstetra a assisti-la, obrigatoriamente realizar parto cirúrgico.²¹

As principais indicações de cesáreos observadas na maternidade de baixo risco (HSL) foram praticadas em maiores proporções, respectivamente, por sofrimento fetal, falha de indução com a utilização de ocitocina e desproporções relativas entre o objeto e o canal de parturição, embasadas por exames obstétricos, cardiocografia e utilização de partograma. Esses dados concordam com aqueles obtidos de outros serviços obstétricos de baixo risco.

Tais resoluções cirúrgicas do HSL poderiam ser minimizadas, obtendo-se maiores proporções de partos vaginais, preparando-se e conscientizando-se melhor a mulher durante a assistência pré-natal.¹⁶ Além da utilização dos procedimentos de humanização de assistência ao parto já estabelecidos na maternidade do HSL,¹⁶ menores taxas de partos cesáreos poderiam ser obtidas com indicações precisas de indução ao parto,¹² a aplicação de procedimentos analgésicos (anestésias de bloqueio raquídeo e/ou peridural),^{16,22} e a realização da extração baixa transvaginal do feto pelo fórcepe de alívio às parturientes.^{16,23}

Na maternidade de alto risco houve maior proporção de sofrimento fetal e de partos cesáreos por iteratividade. Tais indicações decorreram como se observa em outras maternidades similares, consequentes de maiores proporções de síndromes e riscos maternos e/ou fetais complexos progressivos associados aos atuais, e de partos cesáreos anteriores indicados ou não pelas mesmas patologias atuais. Compreende-se, em parte, a significância de maior prevalência de partos cesáreos no CHS em relação à maternidade de baixo risco do HSL.¹²

Não se questiona que o parto cesáreo assumiu grande importância como sendo técnica adequada para a resolução de uma série de condições obstétricas específicas, que requerem a interrupção da gravidez como única maneira de preservar a saúde materna e/ou fetal. Por outro lado, evidências há muito revelam que não há redução sistemática e contínua da morbidade materno-fetal com o aumento das taxas de partos cesáreos.⁹

A possibilidade de ser evitada a realização de um parto cesáreo em situações de emergência, decorrente de risco materno e/ou fetal, assinala-se o papel importante que uma cesárea eletiva possa ser realizada, também, como opção em determinadas circunstâncias, evitando-se a realização de um parto cesáreo em situações de emergência, decorrente de risco materno e/ou fetal.^{12,16,22,23}

De outra forma, para que haja indicação de parto vaginal em pacientes com cicatriz de cesárea anterior, torna-se

fundamental que alguns preceitos sejam rigorosamente observados e seguidos. Impõem-se o consentimento informado dos riscos aos quais será submetida a paciente ao se tentar o parto vaginal; a monitorização da atividade uterina, quer espontânea ou induzida, por meio de criterioso controle de infusão de ocitocina; fetos proporcionais e em apresentações favoráveis ao canal de parto.^{23,24}

Inerentes a essas condições há a necessidade de que as maternidades de baixo e de alto risco tenham asseguradas equipes adequadas de assistência obstétrica de plantão 24 horas, com obstetras, obstetras, anestesiologistas, neonatologistas e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal.²¹

CONCLUSÕES

O estudo revelou que as proporções de partos cesáreos em ambas as maternidades são superiores àquelas preconizadas pela OMS. A provável redução de proporções de partos cesáreos na maternidade de baixo risco poderia vir com indicações precisas de indução à parturição, a utilização de analgesia ao parto e, ainda, a devida prática da extração baixa transvaginal do feto pelo fórcepe de alívio às parturientes. Em relação às pacientes de alto risco, tal queda de cesáreos estará subordinada às melhores atenções das políticas públicas de atenção à saúde da mulher brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Lopes RCS, Donelli TS, Lima Cameron, Piccinini CA. O antes e depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflex Crít.* 2005;18:247-54.
2. Neme B, Zugaib M. Assistência pré-natal. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 104-19.
3. Santos GHN, Martins MEG, Souza MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31:326-34.
4. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesáreo: representação de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008;10:337-46.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla N, Faundes A, et al. World Health Organization 2005 Global Survey of Maternal and Perinatal Health Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ.* 2007;335(7628):1025.
6. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21:418-26.
7. Montenegro CAB. Operação cesária. In: Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia fundamental*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. p. 634-46.
8. Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública.* 2009;43:472-80.

9. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27:189-96.
10. Brock RS, Falcão MC. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. *Rev Paul Pediatr.* 2008;26:70-6.
11. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of newborn infant. *Rev Anesth Analg.* 1953;32:260-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico.* 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Neme B. Parto: assistência. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 165-91.
14. Neme B, Zugaib M. Distócia funcional. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 678-87.
15. Neme B, Rozas A. Distócia fetal. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 687-725.
16. Brasil. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. Siegel S, Castalani Jr. NJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento.* 2ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2006.
18. Landis JR, Kock GG. The measurement of observer agreement for contrasts among multinomial populations. *Biometrics.* 1977;33:159-74.
19. Andrade ML, Silva OS, Duarte MR, Ferreira LFB, Dias OV, Costa SM. Código de Nuremberg e Declaração de Helsinki [Internet]. 2013 [acesso em 29 dez. 2014]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd183/codigo-de-nuremberg-e-declaracao-de-helsinki.htm>
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12 [Internet]. 2012 [acesso em 29 dez. 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
21. As novas regras sobre parto na assistência complementar. *Rev SOGESP.* 2015;(117):8-9.
22. Ronconi APL, Perdichizzi, Pires OC, Constantino E, Lopes VR, Posso IP. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Rev Dor.* 2010;11: 277-81.
23. Patrício BT, Vanin NS, Novo JLVG. Parto vaginal após uma cesárea anterior. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba.* 2012;14:135-46.
24. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública.* 2004;38:9-15.