

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Priscila de Oliveira Martins

**O DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO INTERFERE NA VIA DE
PARTO?**

Belo Horizonte
2013

Priscila de Oliveira Martins

O DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO INTERFERE NA VIA DE PARTO?

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Área de concentração: Saúde da mulher

Orientadora: Prof^a Dra Laíse Conceição Caetano

Belo Horizonte

2013

Martins, Priscila de Oliveira.
M586d O diagnóstico de gestação de alto risco interfere na via de parto?
[manuscrito]. / Priscila de Oliveira Martins. – Belo Horizonte: 2012.
43f.

Orientadora: Laíse Conceição Caetano.
Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1. Enfermagem Obstétrica. 2. Parto. 3. Gravidez. 4. Dissertações
Acadêmicas. I. Caetano, Laíse Conceição. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WA 590

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela força e por sempre iluminar meus caminhos com muita saúde e alegria.

Ao meu pai Antônio, minha mãe Dirce e meu irmão Tiago pela imensa ajuda, atenção, paciência e por serem tudo para mim. Sem vocês nada disso teria sido realizado.

Ao meu esposo Ricardo pelo amor, carinho, paciência, companheirismo, ajuda e também por ser tudo na minha vida. Obrigada por sempre trazer muita alegria.

À minha família (avôs, tios e primos) pela força e por entenderem os meus momentos de ausência para dedicar aos estudos.

Às minhas amigas pelos momentos de descontração.

Aos funcionários do Hospital Sofia Feldman pela ajuda, atenção, paciência e ensinamentos.

Em especial à minha coordenadora Eliane Rabelo pelas oportunidades oferecidas e por ser um exemplo de pessoa e profissional. Devo muito a ela! Além disso às enfermeiras da Casa da Gestante por tudo!

Aos professores da Escola de Enfermagem pelos conhecimentos fornecidos.

À minha orientadora pela disponibilidade, paciência e ensinamentos.

A todas as gestantes, puérperas e recém-nascidos que foram pessoas essenciais para a construção do meu saber.

RESUMO

Introdução: Os índices de cesárea estão aumentando significativamente principalmente quando a mulher se enquadra no diagnóstico de gestação de alto risco. **Objetivos:** Identificar se o diagnóstico de alto risco da gestante tem relação com a via de parto ocorrida e quantificar a prevalência da via de parto em gestantes de alto risco em uma Instituição filantrópica de direito privado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental, desenvolvido com 292 gestantes internadas no período de janeiro de 2011 à Dezembro de 2011 e que tiveram seus dados registrados em um livro da instituição bem como em prontuários. As variáveis estudadas foram as síndromes hipertensivas, alterações do líquido amniótico, alterações do crescimento fetal, alterações da inserção placentária, ruptura prematura de membranas, alterações glicêmicas, gestação gemelar com crescimento fetal discordante e isoimunização anti-Rh. Os dados foram transportados para o programa Excel para análise estatística. **Resultados:** A maioria das mulheres foi submetida a um parto cesárea (53,08%). Os diagnósticos predominantes estavam relacionados à Síndromes Hipertensivas culminando em parto cesariana no final da gestação. Nos casos de CIUR, o número de parto normal foi igual ao de cesárea (50%), já no CIUR grave houve uma maior quantidade de cesariana (57,14%). Os Oligohidrâmnios e Polidrâmnios também tiveram a mesma porcentagem de parto normal e cesárea (50%). Nos casos de DM II, a maior parte teve cesárea (75%). Já a DMG somente 44,44% tiveram cesariana. Todas as mulheres com placenta prévia total evoluíram para cesárea e somente 16,67% das placentas prévias marginais tiveram parto normal. As gestantes com ruptura prematura de membranas tiveram em sua maioria parto normal (74,36%). **Considerações finais:** O estudo demonstrou que a maior parte das mulheres teve parto cesárea e, esse ato cirúrgico, nem sempre ocorreu devido o diagnóstico da gestante, mas sim por outras alterações.

Palavras chaves: Gravidez, gravidez de alto risco, parto normal, cesárea.

ABSTRACT

Introduction: The number of caesarean sections is increasing significantly especially when the woman fits the diagnosis of high-risk pregnancies. **Objectives:** To identify if the diagnosis of high-risk has relation with the mode of delivery pregnancy and to quantify the prevalence of mode of delivery in high-risk pregnancies in a philanthropic institution of private law. **Methods:** It's a descriptive, retrospective and documentar study, developed with 292 women admitted from January 2011 to December 2011 and that their details registered in a book of the institution. The variables studied were hypertensive syndromes, abnormal amniotic fluid, abnormal fetal growth, abnormal placental insertion, premature rupture of membranes, abnormal glucose, twin pregnancy with discordant fetal growth and anti-Rh isoimmunization. The data were transferred to Excel for statistical analysis. **Results:** Most women had cesarean delivery (53.08%). The most prevalent diagnoses were related to Hypertensive Syndromes. Most of these women had cesarean. In cases of CIUR, the number of normal delivery was equal to cesarean (50%), severe CIUR now there was a greater number of cesarean section (57.14%). The oligohydramnios and polyhydramnios were also the same percentage of vaginal delivery and cesarean section (50%). In cases of DM II, most had Cesarean (75%). DMG now only 44.44% were caesarean. All women with complete placenta previa and cesarean evolved to only 16.67% of the previous marginal placentas had normal delivery. The pregnant women with premature rupture of membranes had mostly normal delivery (74.36%). **Conclusions:** The study showed that even though most women had cesarean birth, this surgery does not always occur because the diagnosis of the mother, but by other changes.

Key-words: Pregnancy, high-risk pregnancy, normal delivery, cesarean section.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I - Vias de parto das gestantes internadas na Casa da gestante do HSF no ano de 2011.....	22
Gráfico II - Tipo de parto nas Síndromes Hipertensivas	23
Gráfico III - Motivos para realização de cesáreas nas Síndromes Hipertensivas (HAC + PE sobreposta e HÁG)	24
Gráfico IV - Motivos das cesáreas nas Síndromes Hipertensivas (PE grave e PE leve).....	25
Gráfico V - Via de parto nas alterações do líquido amniótico	25
Gráfico VI - Motivo para realização das cesáreas nas alterações do líquido amniótico	26
Gráfico VII - Vias de parto nas alterações glicêmicas da gestante.....	27
Gráfico VIII - Motivos para realização das cesáreas nas alterações glicêmicas da gestante.....	27
Gráfico IX - Via de parto nas alterações da inserção placentária.....	28
Gráfico X - Via de parto nas Rupturas prematuras de membranas	29
Gráfico XI - Motivos para realização das cesáreas nas Rupturas prematuras de membranas.....	29
Gráfico XII - Vias de parto nas alterações do crescimento fetal	30
Gráfico XIII - Motivos para realização de cesáreas nas alterações do crescimento fetal	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIUR – Crescimento Intra-uterino Restrito

DM II – Diabetes Melittus tipo II

DMG – Diabetes Melittus gestacional

HAC – Hipertensão Arterial Crônica

HAG – Hipertensão Arterial Gestacional

HAC + PE sobreposta – Hipertensão Arterial Crônica + Pré-eclâmpsia Sobreposta

HSF – Hospital Sofia Feldman

PE grave – Pré-eclâmpsia Grave

PE leve – Pré-eclâmpsia Leve

RN – Recém-Nascido

RPMP – Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo

UCI – Unidade de Cuidados Intermediários

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
3 MÉTODOS	18
3.1 TIPO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	18
3.2 LOCAL	18
3.3 QUESTÕES ÉTICAS	19
3.4 COLETA DE DADOS.....	20
3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO	20
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
4 RESULTADOS	22
4.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS.....	22
4.2 ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO.....	25
4.3 ALTERAÇÕES GLICÊMICAS	26
4.4 ALTERAÇÕES DA INSERÇÃO PLACENTÁRIA.....	28
4.5 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRÉ-TERMO	28
4.6 ALTERAÇÕES DO CRESCIMENTO FETAL.....	30
5 DISCUSSÃO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	40
ANEXO 1 – PARECER DOCUMENTADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN	41

1 INTRODUÇÃO

Atenção às melhorias na qualidade da assistência em saúde, principalmente no que diz respeito ao parto e nascimento, são constantes nas políticas de saúde bem como no trabalho de profissionais envolvidos e atuantes na área de materno infantil. Segundo Boaretto (2003) os conceitos e práticas de atenção a saúde estão vinculados ao momento histórico e ao contexto social em que se vive, ou seja, são construídos histórica e socialmente.

De acordo com Boaretto (2003) existem vários modelos de assistência que são altamente intervencionistas, além disso, não possuem evidências sobre seus benefícios e ainda estão presentes em diversas áreas da prática médica. No que diz respeito à assistência ao parto e ao nascimento o Ministério da Saúde (2001) destaca que o atual modelo dominante é muito dependente da tecnologia médica o que diminui a confiança da capacidade inata da mulher de dar à luz sem intervenção.

A mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir. (MS, 2001, p. 18).

Segundo Campana e Peloso (2007) a institucionalização do parto a partir da década de 40 e a medicalização da assistência ao parto levaram a perda da autonomia da mulher na escolha do tipo de parto com o conseqüente aumento de medidas de intervenção relacionadas ao parto e ao nascimento.

De acordo com Boaretto (2003) a relação entre médico e paciente está assimétrica, o que faz com que as mulheres sintam-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos. Um exemplo dessa situação é o uso excessivo de cesárea. Segundo Campana e Peloso (2007) o Brasil é hoje um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo e apresenta um aumento crescente desse tipo de parto desde a década de 70.

O parto cesárea tem diversas indicações e quando indicado de forma correta apresenta benefícios para o binômio mãe e filho. Isso pode ser confirmado por

Boaretto (2003) que diz que não se pode negar o papel fundamental da operação cesariana na obstetrícia moderna como redutor da morbidade e mortalidade perinatal e materna. No entanto, este procedimento cirúrgico que comparativamente ao parto normal associa-se a maior morbidade e mortalidade materna e neonatal, pelas complicações decorrentes, tem indicações precisas que devem ser ponderadas antes da sua indicação.

Pelloso e Campana (2007) também dizem que:

O aumento da utilização de cesarianas foi justificado nos prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe, como por exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclâmpsia, dentre outras intercorrências obstétricas. (Pelloso; Campana, 2007, p. 52).

Por outro lado, a cesárea pode trazer vários riscos tanto para o recém-nascido, quanto para a mãe. De acordo com Faúndes e Cecatti (1991) os riscos da cesárea para o recém-nascido são: interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional e a ocorrência de angústia respiratória. O mesmo autor reforça também os riscos para a mãe como uma recuperação mais difícil, uma demora no primeiro contato entre mãe e filho e no início da amamentação; com uma cicatriz uterina depois do primeiro bebê, a mulher fica com seu futuro obstétrico comprometido.

A partir dos estudos indicando o alto índice de cesáreas no Brasil, de acordo com Boaretto (2003) várias medidas vêm sendo adotadas para modificar o quadro dominante. Dentre as medidas estão àquelas relacionada às Políticas Públicas de Humanização do Parto e Nascimento. Segundo Rattner (2009) essas políticas têm como iniciativa as campanhas pelo parto normal humanizado, além de redução das cesáreas desnecessárias. Elas também são compostas por várias diretrizes que estimulam o parto normal que, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), é mais seguro que a cesariana, pois oferece menos riscos de infecção, hemorragia e prematuridade. Além disso, o organismo materno se prepara para o nascimento.

O parto normal é benéfico tanto para mulheres com gestações de baixo risco, quanto para as de alto risco. Segundo Martins (2002) gestação de alto risco é aquela em que o feto por atributos maternos, de gestação ou de parto, apresenta chance aumentada de dano.

O conceito de risco gravídico segundo Gomes, Cavalcanti e Marinho (2001) surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto e puerpério. Na assistência pré-natal, a gestação de alto risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto.

O Ministério da Saúde (2012) classifica os fatores geradores de risco em quatro grandes grupos: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior à gestação atual, doenças obstétricas na gestação atual e as intercorrências clínicas. A ausência de assistência pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido.

Observa-se hoje uma forte tendência da obstetrícia de tirar da mulher a sua autonomia para escolher a via de parto. Portanto é de grande relevância estudar a temática acerca do tipo de parto e o diagnóstico prévio da gestante. Percebe-se, por meio de estudos já realizados, que essa tendência pode estar relacionada à formação profissional, questões socioeconômicas e culturais, uso indiscriminado da tecnologia, medo da dor e o preparo inadequado no pré-natal, tudo isso reforça a importância de estudar sobre o que pode interferir na via de parto da gestante, o que nem sempre está relacionado com o diagnóstico.

Considerando as recomendações constantes nas políticas de assistência ao parto de privilegiar o parto normal, na atenção às gestantes e parturientes, o diagnóstico de risco da gestante interfere na condução do parto, ou seja, na via de parto?

Sendo assim os objetivos do trabalho são:

- Identificar se o diagnóstico de alto risco da gestante tem relação com a via de parto ocorrida;
- Quantificar a prevalência da via de parto em gestantes de alto risco em uma Instituição filantrópica de direito privado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O parto é um processo natural e fisiológico que muitas mulheres passam ao longo da vida. De acordo com Zimmermann et al. (2009) o parto é a expulsão do feto para o mundo exterior, por intermédios das vias genitais.

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade das parteiras que segundo Moura et al. (2007) eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Os mesmos autores ainda ressaltam que:

A partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. (MOURA, 2007 p.452).

De acordo com Figueiredo et al. (2010) o ato do parto passou historicamente por modificações de acordo com as características e disposições da sociedade de cada época. Além disso, o mesmo autor resalta que desde as últimas décadas do século XX tem-se observado um aumento exponencial da incidência de cesáreas no mundo e muitas delas sem indicação estrita.

Diante do exposto, a mulher perdeu sua autonomia e foi submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas fazendo com que cada vez aumente ainda mais o número de partos operatórios. Segundo Zimmermann et al. (2009) o Brasil vem apresentando, nos últimos anos, uma das taxas mais elevadas de cesárea do mundo.

O fato acima descrito pode ser comprovado por Faúndes e Cecatti (1991) quando dizem que a incidência do número de cesárea é um evento comum a quase todos os países do mundo, porém não se sabe de nenhum outro país onde as taxas tenham números tão altos como no Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde (2010) no Brasil essa incidência chegou a 34% de 2008 a 2009 e, em Juiz de Fora, 43,1% em 2009, mas apenas 15,4% entre 2008 e 2009 se deram por se tratarem de gestação de alto risco. Porém, de acordo com Figueiredo et al. (2010), a Organização Mundial de Saúde considera aceitável uma incidência de cesárea de até 15%.

Lima et al. (2006) reforça que embora a Organização Mundial de Saúde afirme que uma taxa de cesárea maior que 15% é medicamente injustificável, observa-se além de taxas muito acima dessa cifra, uma tendência mundial de aumento deste tipo de parto.

O autor acima também enfatiza que de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2004, 87,9% dos nascimentos no Brasil ocorreram no Sistema Único de Saúde (SUS) e 12,1% no setor de Saúde suplementar, e o parto cesárea correspondeu a 79,7% dos nascimentos desse último tipo de serviço. Ao contrário disso, Lima et al. (2006) complementa que o SUS registrou uma taxa de 27,53% de partos cesáreas neste mesmo período e enfatiza que esses diferenciais institucionais sugerem que fatores não-médicos, como ganhos econômicos e pressões da prática privada, podem motivar os profissionais a praticarem partos cirúrgicos.

Segundo Barbosa et al. (2003) as razões para essa alta prevalência também parece se relacionar a fatores que interferem na escolha da via de parto, bem como o estrato econômico, cultural e o acompanhamento profissional durante o pré-natal e parto. Nesse sentido, Figueiredo et al. (2010) ressaltam que recentemente muitos trabalhos tem questionado se o aumento de partos cirúrgicos se deve principalmente à preferência das mulheres por este tipo de procedimento.

Lima et al. (2006) colocam que as razões para esta alta prevalência de parto cesárea parecem não estar ligadas somente ao aumento do risco obstétrico, mas sim, aos fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana”. Ele também resalta que independentemente do nível socioeconômico, a demanda por cesárea parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório.

Faúndes e Cecatti (1991) pontuam que muitas mulheres optam pela cesárea em função do medo da dor durante o trabalho de parto. Assim, os mesmos autores dizem que muitas gestantes acreditam que um parto programado, com dia e hora marcada, proporciona um nascimento sem dor e que mantém a integridade da anatomia e fisiologia da vagina e do períneo.

Ainda de acordo com Faúndes e Cecatti (1991), do ponto de vista médico, o procedimento do parto cesárea traz a conveniência de ser uma intervenção

programada que não tomará mais de uma hora do seu tempo, ao contrário do parto vaginal, que pode ocorrer a qualquer dia ou hora do dia.

Outros dois fatores que interferem na ocorrência de parto cirúrgico no nosso meio é citado por Lima et al. (2006) quando assinalam que a questão do retorno financeiro do profissional para elevação das taxas obteve maior destaque até a década de 1980, o procedimento apresentava maior remuneração para os profissionais, com relação ao parto vaginal. Os autores também dizem que atualmente, mesmo com a quase equidade de remunerações por qualquer um destes procedimentos, a demanda crescente por cesárea não foi modificada. Outra explicação para os índices alarmantes e cada vez mais crescentes de parto cesárea poderia ser a laqueadura tubária, concomitante com a cesárea.

Após refletirmos sobre as várias causas que podem elevar o índice de cesáreas, cabe ressaltar que essa via de parto foi criada para ser utilizada criteriosamente. Carnel e Zanolli (2006) confirmam esta idéia dizendo que este tipo de parto é uma alternativa médica em condições em que as situações materno-fetais não favorecem o parto vaginal.

Esse tipo de procedimento pode muitas vezes salvar a vida tanto da mãe quanto do feto, porém, pode trazer muitas complicações, como por exemplo, as citadas por Zimmermann et al. (2009): acidentes anestésicos, hemorragias, lesões vesicais e intestinais, aumento da incisão miometrial, embolia amniótica e infecção puerperal. Já o parto vaginal, em detrimento a cesárea, por ser o fenômeno fisiológico, oferece um número reduzido de complicações.

Lima et al. (2006) também reforça que o parto cesárea pode representar para a parturiente maiores riscos de complicações como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e mortalidade materna. Aponta que para o recém-nascido, há maiores probabilidades de o parto cesárea resultar em problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e mortalidade neonatal. Além disso, Carnel e Zanolli (2006) acrescentam que o aleitamento materno também pode ser influenciado pela ruptura do vínculo entre mãe e filho.

Apesar de o parto operatório trazer todas essas complicações, seu índice continua aumentado, o que já foi dito ao longo do texto. Porém, o Ministério da Saúde (2012) afirma que nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do Governo e da

sociedade. Mas apesar dos esforços empreendidos, a redução da morbimortalidade materno e infantil ainda constitui um grande desafio para o país.

Então, nesse contexto de necessidades vivenciadas pelo país, foi lançada no Brasil em 2011 a Rede Cegonha, que de acordo com o Ministério da Saúde (2012) é uma estratégia que visa qualificar a atenção a saúde, bem como a atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério.

A Rede Cegonha concretiza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de trabalhadores da saúde, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, mulheres ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. (BRASIL, 2012; p. 7).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2012) essa estratégia avança no sentido de garantir o acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e a incorporação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

Como o parto é evento fisiológico, a gestação em si também é, e segundo o Ministério da Saúde (2012) é por isso que sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. De acordo com Costa (2002), apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico, gestantes podem desenvolver patologias associadas à gravidez, caracterizando-a como gravidez de alto risco.

De acordo com Bezerra (2010) conceitua-se gravidez de alto risco como aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto tem maiores chances de serem atingidas que as da média das populações consideradas. Quevedo, Lopes e Lefreve (2006) também conceituam este termo quando referem que a gravidez é considerada de alto risco quando o risco de doença ou de morte antes ou após o parto é maior que o habitual tanto para o conceito quanto para a mãe.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) os marcadores e fatores de riscos gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, condições clínicas pré-existentes como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, dentre outras.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) dentre os diagnósticos de gestação de alto risco, as complicações hipertensivas na gravidez são a maior causa

de morbidade e mortalidade materna e fetal, ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações.

A partir da década de 90, estudos epidemiológicos vêm registrando um acentuado de óbitos infantis por causas perinatais, como prematuridade, doenças da membrana hialina, infecções, hiperbilirrubinemia, dentre outros, as quais, provavelmente, se originaram de problemas decorrentes da gravidez, parto e nascimento, correspondendo a mais de 50% das causas das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2005).

Segundo Oliveira (2008) até nas gestações de alto risco pode-se verificar que a taxa de mortalidade infantil por parto cesárea é maior do que a taxa observada nos partos vaginais. Então, nem sempre o diagnóstico de gestação de alto risco é indicação de parto operatório.

O Ministério da Saúde (2012) faz várias orientações sobre a melhor via de parto nas doenças adquiridas na gravidez. Em casos de síndromes hipertensivas refere que o parto vaginal é preferível à cesariana, evitando o estresse adicional de uma cirurgia em situações de alterações fisiológicas múltiplas.

A placenta prévia é outra complicação na gestação que caracteriza uma gravidez de alto risco. O Ministério da Saúde (2012) a define como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero e diz que a via de parto é baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica.

Outro diagnóstico de gravidez de risco é o crescimento intra-uterino restrito (CIUR) que é conceituado pelo Ministério da Saúde (2012) como a limitação patológica de um feto em atingir o seu potencial de crescimento, devido a vários fatores. A via de parto também deve ser baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica.

A rotura prematura de membranas pré-termo, também torna a gravidez como de alto risco e de acordo com o Ministério da Saúde (2012), é caracterizado pela rotura espontânea das mesmas antes de 37 semanas. Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2012) para gestantes em trabalho de parto espontâneo, a apresentação cefálica com dilatação cervical progressiva, a via vaginal é a mais apropriada independentemente da idade gestacional, respeitadas as indicações obstétricas.

As alterações do líquido amniótico são diagnósticos frequentes na gravidez de alto risco. O Oligodrâmnio é considerado como a redução patológica do volume do

líquido amniótico. Se o feto estiver bem, a melhor via de parto é a vaginal. A interrupção por cesariana está condicionada a indicação materna ou ao comprometimento da vitalidade fetal. Já o Polidrâmnio é o aumento excessivo do volume de líquido amniótico e a via de parto segue as mesmas regras do Oligodrâmnio (BRASIL, 2012).

O Diabetes também é uma alteração que pode se desenvolver ou ser agravada durante a gestação caracterizando-a como de alto risco. Segundo o Ministério da Saúde (2012) é uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia e é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente por macrossomia fetal e malformações fetais. Em relação à via de parto indica que as gestantes com bom controle metabólico devem aguardar a evolução espontânea para o parto.

Saindo dos aspectos físicos e obstétricos da gestação de risco, Quevedo, Lopes e Lefreve (2006) citam que a mulher identificada como grávida de alto risco apresenta dificuldades para as adaptações emocionais, exigidas pelo novo papel, acrescentando-se várias outras emoções. Segundo Tedesco citado por Oliveira (2008):

A grávida na qual identificou fator de risco tem intensificadas as dificuldades para as adaptações emocionais. O simples e habitual rotular-se alto risco é suficiente para que se identifique como 'diferente' em contraposição à normal. Acrescenta-se a isto, o próprio fator de risco como componente estressante. (OLIVEIRA, 2008, p.13).

Nesse sentido, Oliveira (2008) assinala que mulher que tem conhecimento de pertencer a um grupo de alto risco devido a sua história familiar também está propensa a desenvolver um perigoso desgaste psicológico. O mesmo autor complementa que este desgaste ou estresse psicológico advém do medo ou ansiedade e das incertezas do dia-a-dia na convivência com "um fantasma" que está sempre a ameaçar sua saúde.

A gestante de alto risco, na maioria das vezes, necessita permanecer internada. A gravidez de alto risco associada à hospitalização prolongada é considerada um estressor psicossocial e a internação constitui um trauma importante para a gestante e sua família (QUEVEDO, LOPES e LEFREVE, 2006).

Para atender as necessidades de saúde dessas mulheres e seguindo o princípio de equidade do Sistema Único de Saúde, com ênfase na humanização da

assistência, o Ministério da Saúde implantou, em 1998, os Sistemas de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco, e entre os serviços prestados há a criação do programa “Casa das Gestantes” (NAZARETH, PIMENTA e SOUZA, 2010).

Este programa oferece uma assistência qualificada, de uma equipe multiprofissional, às gestantes de alto risco que necessitam de observação e acompanhamento prolongado, devido ao seu quadro clínico. Porém, as gestantes internadas neste tipo de serviço de saúde permanecem em área física diferenciada da hospitalar, em ambiente acolhedor e residencial (NAZARETH, PIMENTA e SOUZA, 2010).

3 MÉTODOS

3.1 Tipo e População do estudo

Foi realizada uma pesquisa descritiva retrospectiva documental com gestantes internadas no período de janeiro a dezembro de 2011. A escolha desse período se justifica por uma melhor facilidade de acesso aos prontuários devido à melhor organização dos mesmos no setor. Durante esse ano foram internadas 638 gestantes. Dessas, apenas 301 se enquadraram nos critérios de inclusão. Porém a amostra foi composta por 292 gestantes, pois não foram encontrados 09 prontuários.

3.2 Local

O estudo foi realizado na Casa da Gestante Zilda Arns do Hospital Sofia Feldman que é referência para gestantes consideradas de alto risco. É uma unidade de cuidado vinculada ao Hospital destinada ao acolhimento e acompanhamento dessas gestantes.

Essa instituição é a maternidade de referência dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste da cidade. Visa garantir às usuárias e usuários do Sistema Único de Saúde o acesso aos serviços de saúde, à resolutividade, à humanização no atendimento e sua conseqüente satisfação (HSF 2012).

É uma instituição privada sem fins lucrativos, 100% SUS. Está atualmente em crescimento do número de leitos, porém hoje possui 150 leitos: 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, e 13 de outras clínicas. São realizados cerca de 800 partos ao mês (HSF 2012).

Na Maternidade a equipe busca favorecer a imagem do parto normal como uma forma prazerosa, segura e saudável de dar a luz, o envolvimento do homem no processo do nascimento, além de outros objetivos (HSF 2012).

O setor em que fica internada a maior parte das gestantes de alto risco é a Casa da Gestante Zilda Arns, que foi criada em outubro de 2007. As mulheres

internadas embora necessitem de atenção em serviços de saúde de maior complexidade, não exigem vigilância tão constante em um ambiente hospitalar. Ao mesmo tempo, pela natureza do problema apresentado e distância de suas moradias, não podem retornar aos domicílios naquele momento (HSF 2012).

Tem a capacidade para receber 23 gestantes. Abriga também mulheres na fase de latência do trabalho de parto que residam distante do Hospital até que se encontrem na fase ativa ou que realmente se confirme que não estão em trabalho de parto, quando então podem ser liberadas para suas casas (HSF 2012).

A assistência oferecida às mulheres na Casa da Gestante tem como referência os princípios norteadores da Humanização da Assistência, preconizados pelo Ministério da Saúde. Os cuidados são prestados da melhor maneira possível a fim de diminuir ao máximo os impactos de uma internação prolongada (HSF 2012).

Elas recebem cuidados de uma equipe multiprofissional: médico obstetra, enfermeiro obstetra, assistente social, psicóloga e terapeuta ocupacional. Contam, também, com um salão de beleza e terapias integrativas e complementares, como a auriculoterapia e escalda-pés com ervas medicinais (HSF, 2012).

O Programa de Internação Domiciliar Obstétrico, através da Casa da Gestante, permite que as mulheres que necessitam de atenção em serviço de saúde de maiores complexidades, durante a gestação ou após o parto, recebam atendimento adequado até o momento de sua internação definitiva no Hospital (HSF, 2012).

3.3 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman em obediência à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), tendo sido aprovado, conforme parecer 03/2013 (ANEXO 1).

As informações obtidas por meio das fontes de dados já indicadas tiveram finalidade de realização de estudo e retornaram a instituição de origem. As pacientes (gestantes e/ou puérperas) e profissionais envolvidos na assistência não foram identificados no trabalho proposto.

3.4 Coleta de dados

Teve início a partir da busca das gestantes internadas na Casa da Gestante no livro de estatística do setor, no ano de 2011. A coleta foi feita pela pesquisadora. Este livro conta com as seguintes variáveis: número de prontuário, número de registro, nome, idade, paridade, idade gestacional, diagnóstico, procedência, data de internação hospitalar, data de transferência para a Casa da Gestante, data transferência hospitalar, data da alta, motivo da alta/transferência, tipo de parto, RN e observações (peso do RN, hora do parto e ápgar).

As informações registradas no livro e no prontuário que enquadravam no estudo foram transcritas para um formulário próprio de coleta de dados (APÊNDICE 1) e, posteriormente inseridas no Programa Excel. Nos casos de parto cirúrgico foi realizada busca nos prontuários dessas gestantes sobre o motivo dessa via de parto, mais especificamente, se ocorreu por uma correlação com o diagnóstico da gestante ou por alterações ocorridas durante o trabalho de parto. Essas informações também foram transcritas para o mesmo formulário de coleta de dados.

O período selecionado para coleta de dados foi de 01/01/11 (primeiro registro realizado no livro) até 31/12/11 (último dia registrado no ano de 2011). Os fatores limitadores foram os prontuários faltosos e os facilitadores foram que a maioria dos dados foram encontrados.

3.5 Variáveis de estudo

As variáveis do estudo foram selecionadas a partir de uma análise dos diagnósticos mais freqüentes na Casa da Gestante, como gestação gemelar com crescimento fetal discordante, ruptura prematura de membranas pré-termo, síndromes hipertensivas, alterações da inserção placentária, alterações do líquido amniótico, alterações do crescimento fetal, alterações glicêmicas e isoimunização anti Rh. Algumas gestantes foram internadas com mais de um diagnóstico, porém, foi estudado apenas o de maior relevância.

Foram excluídas do estudo as pacientes com diagnósticos que não estavam ligados a gestação de alto risco que possa interferir na via de parto, como, as

gestantes internadas por questão social ou trabalho de parto prematuro inibido com dilatação cervical avançada.

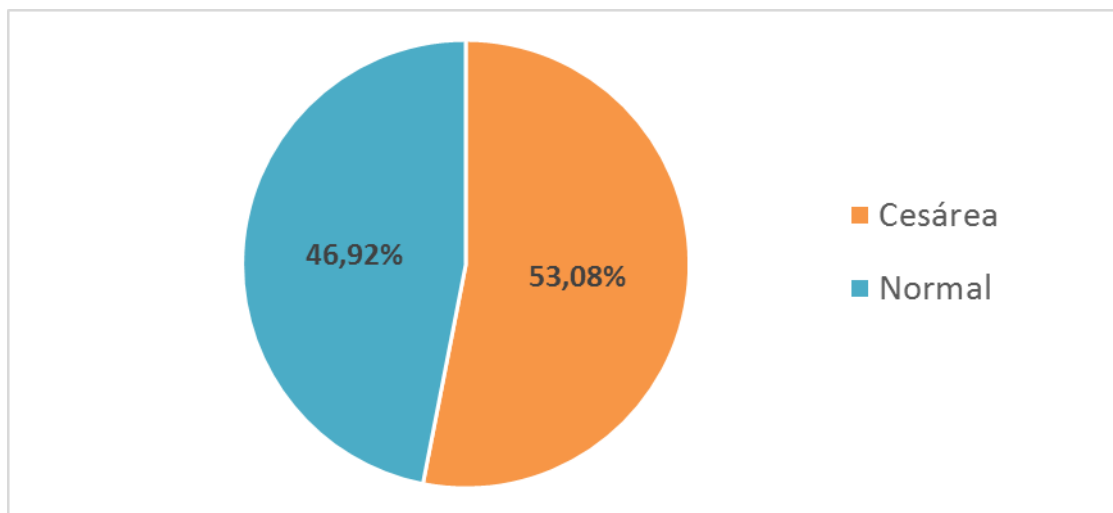
3.6 Análise estatística

Para a análise estatística as variáveis foram apresentadas sob a forma de frequência percentual e dispostas na forma de gráficos. A interpretação dos gráficos relativos aos diagnósticos das gestantes e a via de parto ocorrida possibilitou a análise das informações coletadas. Na ocorrência do parto cirúrgico foi efetuada a análise da associação entre a via de parto operatório e o motivo da mesma.

4 RESULTADOS

Foram analisados 292 prontuários sendo que 53,08% das pacientes evoluíram para parto cesárea e 46,92 % para parto normal (Gráfico I). Esse resultado nos leva a um questionamento: Será que o diagnóstico de risco realmente interfere na via de parto?

Gráfico I - Vias de parto das gestantes internadas na Casa da gestante do HSF no ano de 2011

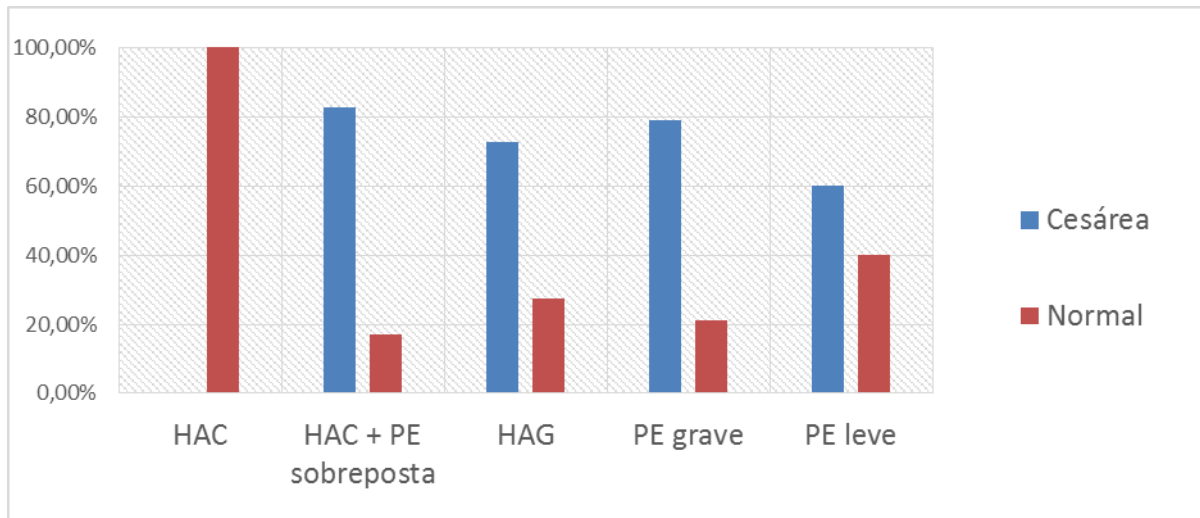


No que diz respeito às vias de parto e os diagnósticos mais frequentes têm-se:

4.1 Síndromes Hipertensivas

Pode-se observar conforme o gráfico II que todas as pacientes com Hipertensão arterial crônica evoluíram para parto normal. Mas quando é associado a essa patologia algum fator de gravidade ou quando este fator ocorre de maneira isolada, o índice de cesárea encontra-se maior.

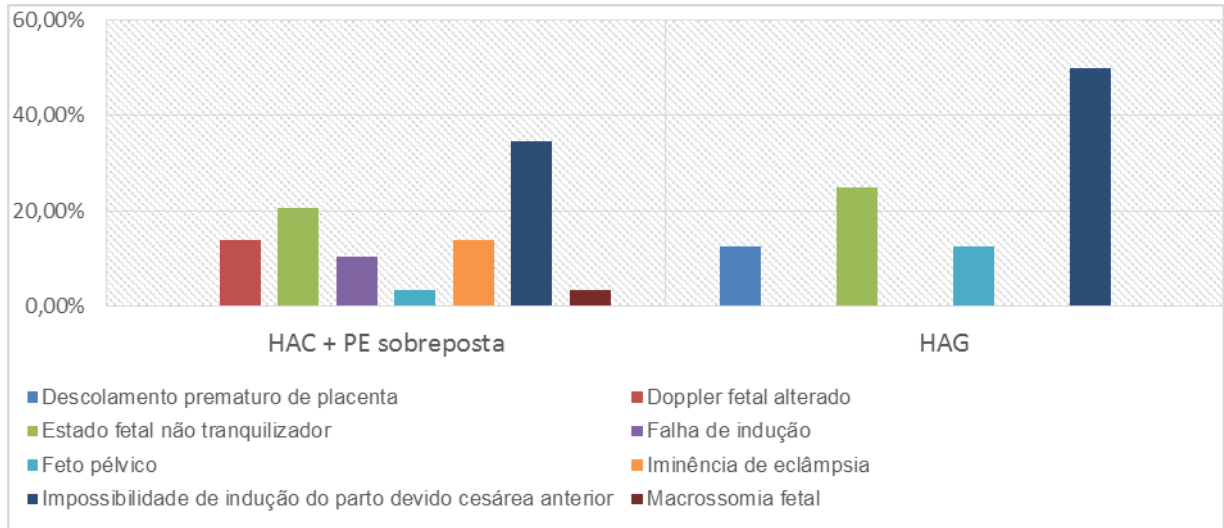
Gráfico II - Tipo de parto nas Síndromes Hipertensivas



Essas cesáreas, conforme os gráficos III e IV ocorreram por diversos fatores, aqueles que não estavam relacionados ao diagnóstico e os que estavam indiretamente relacionados. Isso nos faz refletir sobre a idéia de que o diagnóstico isolado de alguma Síndrome Hipertensiva não desencadeia obrigatoriamente um parto cesárea, mas pode estar relacionado ou ocasionar alguma alteração que indique essa via de parto.

Observa-se como motivo predominante de parto operatório em todas as Síndromes Hipertensivas, a impossibilidade de indução do parto devido cesárea anterior. A freqüência deste motivo para a via de parto cirúrgico nos dados analisados chamou atenção e isso nos leva a um questionamento: Será que essas mulheres foram submetidas à cesárea na gestação anterior por apresentarem também algum diagnóstico de alto risco? Além disso, nos fez refletir também como a via de parto anterior de outras gestações tem poder ou influência sobre o desenvolvimento e a resolução do parto da mulher na gestação atual.

Gráfico III - Motivos para realização de cesáreas nas Síndromes Hipertensivas (HAC + PE sobreposta e HAG)



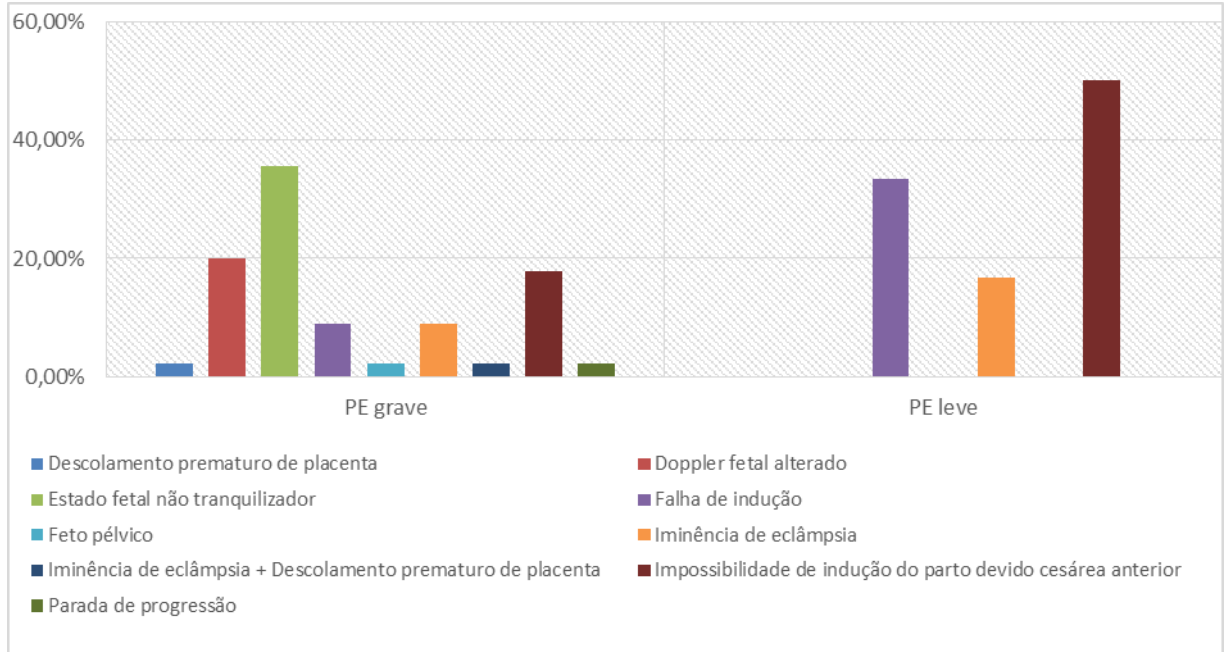
Nos casos de HAC + PE sobreposta 51,71% das cesáreas não estavam relacionadas ao diagnóstico e 48,29% estavam indiretamente relacionadas (Gráfico III), ou seja, não foi o diagnóstico que resultou na cesárea, mas uma alteração provocada e esperada pelo mesmo.

Já nas mulheres com HAG ocorreu o mesmo, 62,50% das cesáreas não estavam relacionadas com o diagnóstico e 37,50% estavam indiretamente. Resultado também condizente nos casos de PE leve onde 54,33% não estavam relacionados com o diagnóstico e 45,67% estavam indiretamente relacionados.

Ao analisarmos as Síndromes Hipertensivas com maior repercussão de gravidade, como a PE grave, os resultados se invertem, pois 68,89% das cesáreas ocorreram por fatores indiretamente relacionados ao diagnóstico, já 31,11% não estavam relacionados (Gráfico IV). A partir disso pode-se perceber que essa Síndrome Hipertensiva estava relacionada a uma maior repercussão fetal, o que aumentou o índice de cesárea.

As Síndromes Hipertensivas nem sempre foram indicativas de parto cesáreas, porém desencadearam alterações fetais que indicaram essa via de parto.

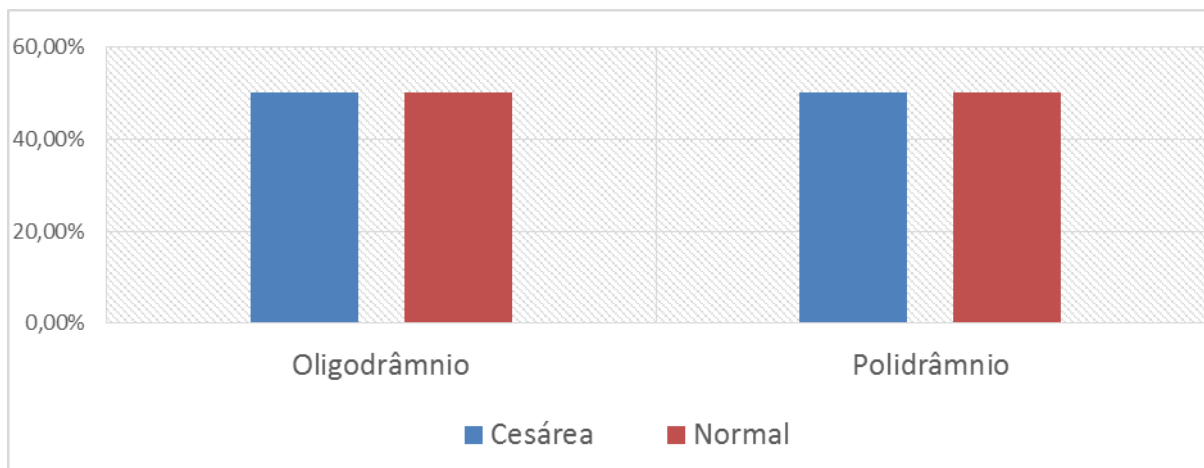
Gráfico IV - Motivos das cesáreas nas Síndromes Hipertensivas (PE grave e PE leve)



4.2 Alterações do líquido amniótico

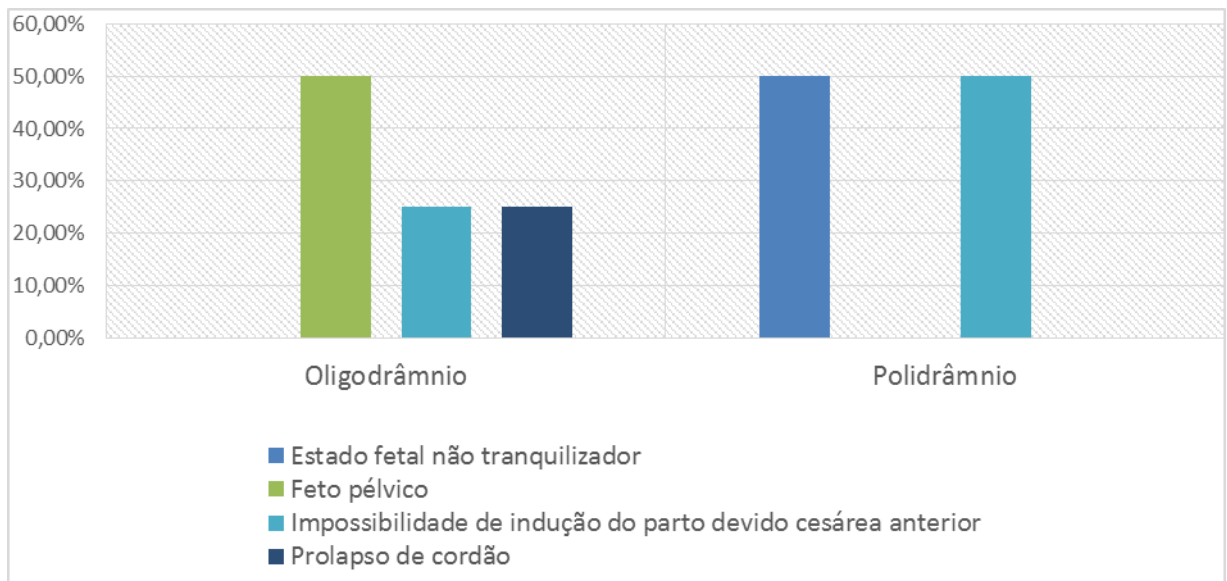
Não houve diferença entre as vias de partos nas pacientes internadas com Oligodrâmnio e Polidrâmnio conforme o gráfico V.

Gráfico V - Via de parto nas alterações do líquido amniótico



De acordo com o gráfico VI, das pacientes com Oligodrâmnio, nenhuma cesárea estava relacionada ao diagnóstico. Já aquelas com Polidrâmnio metade foi realizada por fatores indiretamente relacionados ao diagnóstico e a outra metade não.

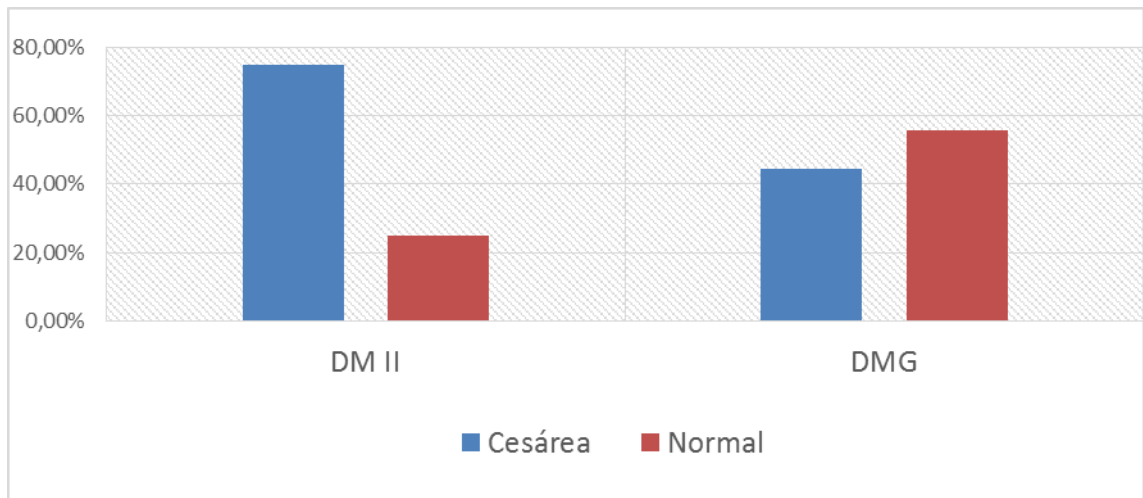
Gráfico VI - Motivo para realização das cesáreas nas alterações do líquido amniótico



4.3 Alterações glicêmicas

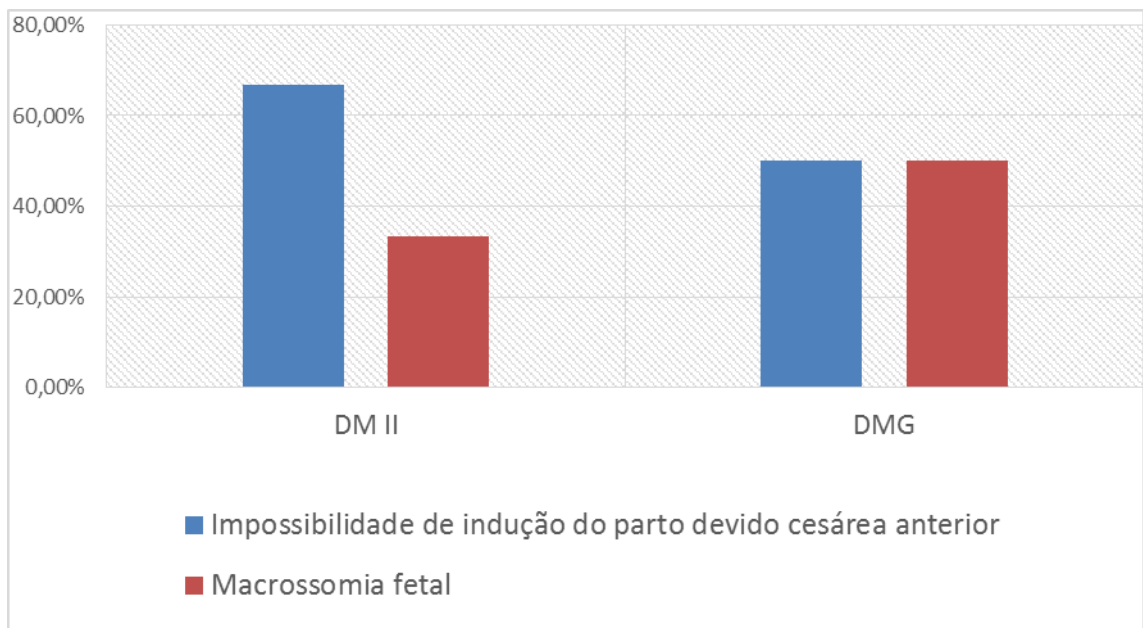
Com relação ao gráfico VII as gestantes com Diabetes Mellitus tipo II, tiveram em sua maioria parto cesárea. Dessas cesáreas, de acordo com o gráfico VIII, 66,67% não estavam relacionadas com o diagnóstico.

Gráfico VII - Vias de parto nas alterações glicêmicas da gestante



Das pacientes com Diabetes Gestacional a contrário da DM II e ainda de acordo com o gráfico VII, a maior parte das mulheres evoluiu para parto normal e em relação ao gráfico VIII, não houve diferença significativa sobre os motivos das cesáreas que estavam relacionadas com o diagnóstico e as que não estavam.

Gráfico VIII - Motivos para realização das cesáreas nas alterações glicêmicas da gestante

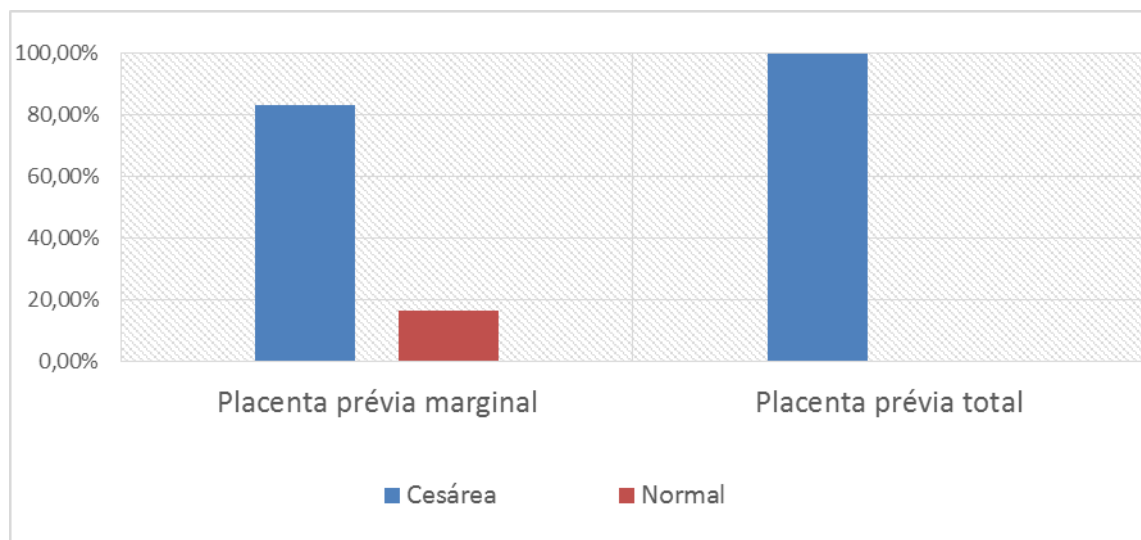


No que se refere a alteração glicêmica, a via de parto não guardou relação com o diagnóstico da gestante, mas com condições do parto anterior e condições do feto da gravidez atual.

4.4 Alterações da inserção placentária

As pacientes com placenta prévia marginal tiveram diferença significativa entre as vias de parto conforme o gráfico IX. Todas as pacientes com Placenta prévia total evoluíram para parto cesárea.

Gráfico IX - Via de parto nas alterações da inserção placentária

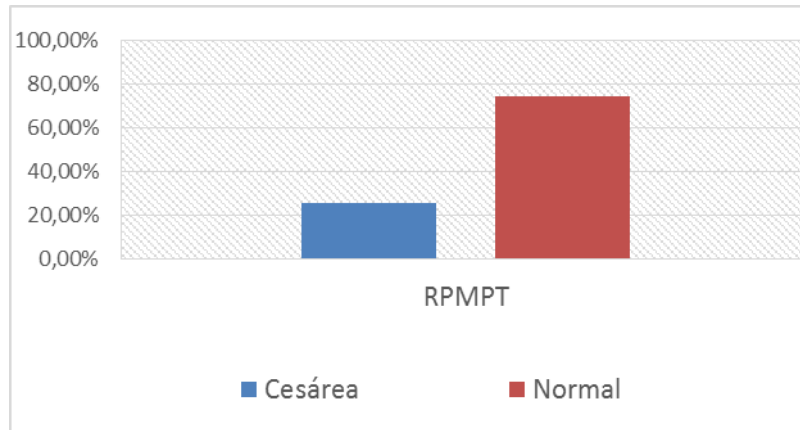


Pelo gráfico acima tem-se que a quase totalidade das pacientes com Placenta prévia marginal e total realizaram cesárea por fatores relacionados ao diagnóstico. Com esses resultados pode-se concluir que esse diagnóstico tem forte influência na via de parto.

4.5 Ruptura prematura de membranas pré-termo

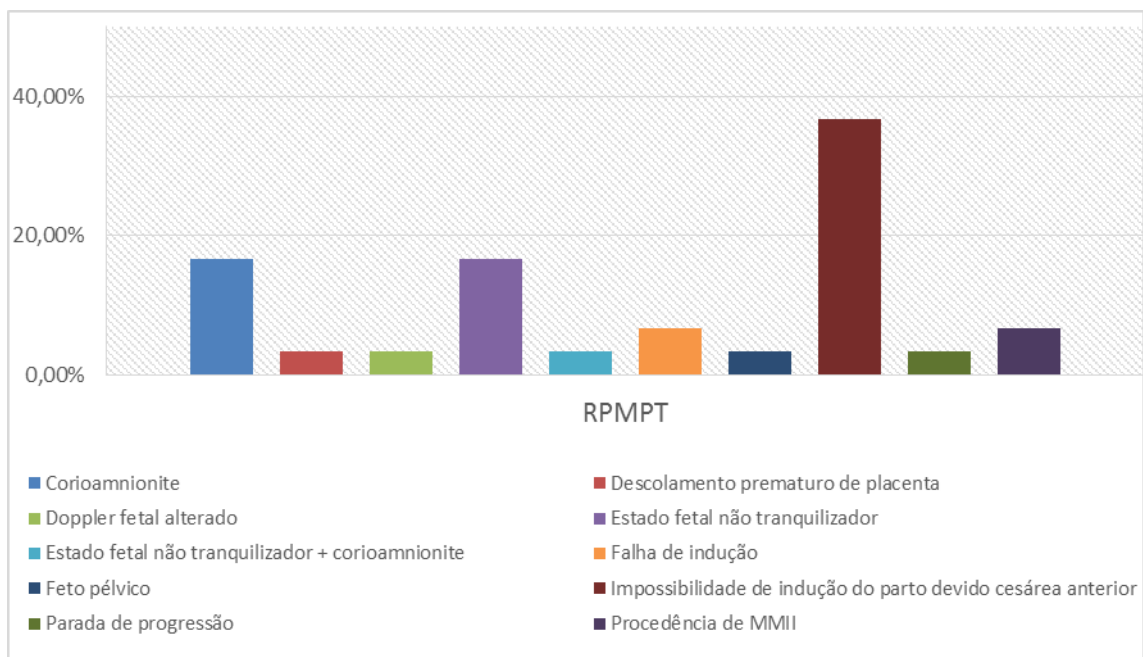
No gráfico abaixo, Gráfico X, pode-se observar que a maior parte das mulheres teve parto normal.

Gráfico X - Via de parto nas Rupturas prematuras de membranas



Dessas cesáreas, conforme o gráfico XI, 50% estavam indiretamente relacionadas ao diagnóstico e a outra metade não. Esse diagnóstico não teve forte influência na via de parto, visto que, a maior parte evoluiu para parto normal e das que não evoluíram, os motivos das cesáreas nem sempre estavam relacionados com o diagnóstico.

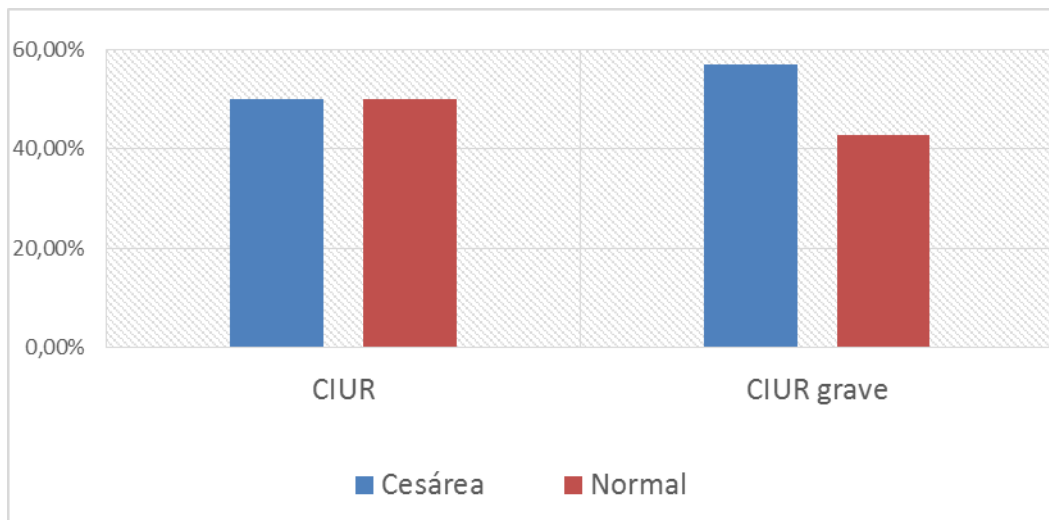
Gráfico XI - Motivos para realização das cesáreas nas Rupturas prematuras de membranas



4.6 Alterações do crescimento fetal

De acordo com o gráfico XII, não houve diferença entre a via de parto nas pacientes classificadas com o diagnóstico de CIUR¹. Já nos casos de CIUR grave houve um índice maior de cesárea, porém não muito significativo (54,14%)

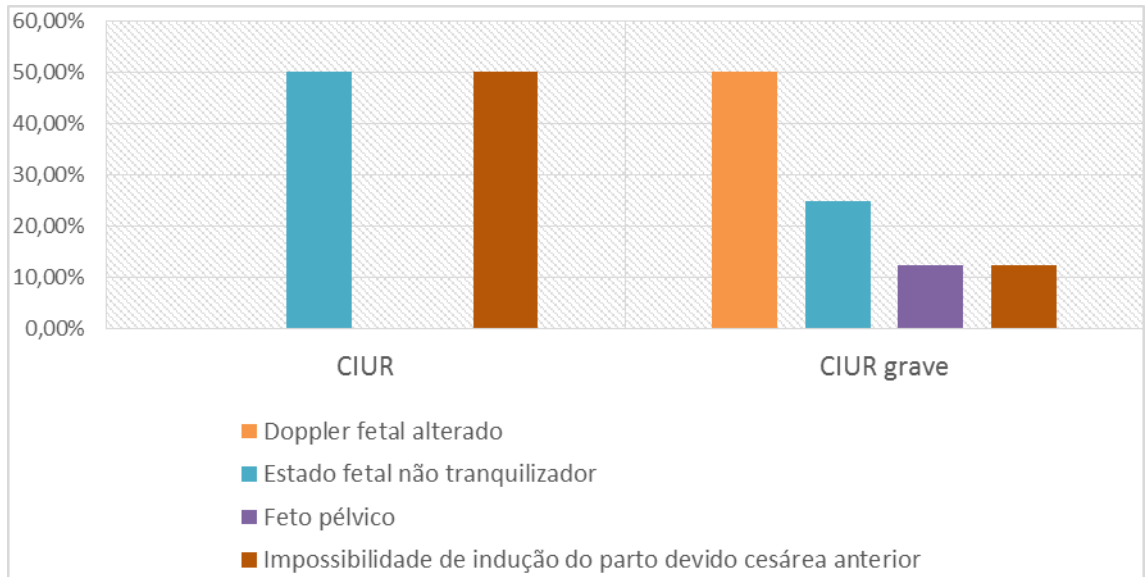
Gráfico XII - Vias de parto nas alterações do crescimento fetal



Já as pacientes com CIUR grave de acordo com o gráfico XII, houve maior quantidade de cesáreas, porém essa diferença também não foi significativa. Das pacientes que evoluíram para o parto cesárea de acordo com o gráfico XIII, 75% estavam indiretamente relacionadas ao diagnóstico e 25% não.

¹ O CIUR ocorre quando o feto não atinge o tamanho determinado pelo seu potencial genético. Não há ainda um conceito internacionalmente aceito como definição clínica de CIUR (BARROS, et al 2010). No HSF é definido como CIUR os fetos com peso estimado entre o percentil 3 e 10 e CIUR grave o peso fetal estimado menor que o percentil 3.

Gráfico XIII - Motivos para realização de cesáreas nas alterações do crescimento fetal



Em relação às cesáreas ocorridas nos casos de CIUR todos os fatores estavam indiretamente relacionados ao diagnóstico. Pode-se perceber que mesmo quando um fator de gravidade foi acrescentado ao diagnóstico, os partos operatórios continuaram ocorrendo em sua maioria por fatores que estavam indiretamente relacionados ao diagnóstico.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais que é um serviço de apoio ao setor de saúde para as gestantes de alto risco que necessitam de observação e de acompanhamento do nível terciário de atenção. (NAZARETH, PIMENTA e SOUZA, 2012)

Ao analisarmos a via de parto predominante na pesquisa foi observada uma frequência de cesariana de 53,08%, resultado um pouco maior ao observado em todo o país (43,8%) no ano de 2006 (BRASIL, 2009). Porém é importante ressaltar que o grupo estudado foi composto por gestantes de alto risco e o número elevado de cesáreas pode ser reflexo das condições de saúde dessas gestantes. De acordo com Viggiano et al. (2004) as altas taxas de cesarianas eletivas revelam as gravidades das patologias obstétricas em questão e a necessidade de interrupção rápida das gestações. Mas neste estudo tivemos partos cirúrgicos que não ocorreram pelo diagnóstico de alto risco, mas sim por outras condições ocorridas durante o trabalho de parto. Um grande motivo de cesáreas observado em todos os diagnósticos foi a impossibilidade de indução do parto devido cesárea anterior. Isso nos retorna a refletir se essas mulheres foram submetidas à cesárea anterior devido algum diagnóstico de alto risco.

O Ministério da Saúde (2012) reforça que em casos de síndromes hipertensivas o parto vaginal é preferível à cesariana. Ao analisarmos todas as Síndromes Hipertensivas do trabalho em questão, podemos observar que a maioria das mulheres evoluiu para cesárea, porém a maioria dessas cesáreas não estava relacionada diretamente com o diagnóstico da gestante, mas sim com outras complicações decorrentes do mesmo e que comprometeram a mãe ou o feto.

Ainda de acordo com as Síndromes Hipertensivas, os dados do presente estudo relativos às cesarianas foram semelhantes ao estudo de Cabral et al. (2003) ao analisarem também a via de parto predominante em gestantes de risco. Esses autores encontraram um maior índice de cesáreas em mulheres com algum tipo Síndromes Hipertensivas.

Segundo Cunha (2002) a hipertensão arterial associada à gravidez sob diferentes formas (doença hipertensiva crônica ou hipertensão específica da gravidez) e graus (pré-eclâmpsia leve, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia) tem sido

observada como fator de risco para cesariana. Em seu estudo as diversas formas de hipertensão estiveram associadas à maior probabilidade de cesariana, sendo a ordem de risco crescente da pré-eclâmpsia leve, passando pela hipertensão crônica e culminando com a pré-eclâmpsia grave. Esses dados foram diferentes do atual estudo em que a ordem crescente foi: HAC, PE leve e PE grave.

De acordo com as alterações no líquido amniótico, metade das mulheres tanto nos casos de Oligodrâmnio quanto nos de Polidrâmnio tiveram 50% de cesáreas e a outra metade parto normal, sendo que a via de parto cesárea mais uma vez não ocorreu somente devido ao diagnóstico, mas sim por vários outros fatores. Segundo a literatura, tanto no Oligodrâmnio quanto no Polidrâmnio se o feto estiver bem, a melhor via de parto é a vaginal. A interrupção por cesariana está condicionada a indicação materna ou ao comprometimento da vitalidade fetal (BRASIL, 2012), o que ocorreu no estudo.

Esses dados acima não foram semelhantes aos de Madi et al. (2005) que obteve em seu estudo um índice de cesárea 3 vezes maior quando a gestante tinha um índice de líquido amniótico normal. Já o estudo realizado por Costa, Cunha e Berezowski (2005) obteve resultados semelhantes à atual pesquisa onde também não foi notada diferença estatística relacionada à via de parto.

No presente estudo, ao analisarmos as alterações glicêmicas percebemos que quando se tratava de Diabetes tipo II 75% das mulheres tiveram parto cesárea, ao contrário da Diabetes Gestacional que a maioria teve parto normal. Porém essas cesarianas não ocorreram em consequência do diagnóstico, mas sim por impossibilidade de indução do parto vaginal. Esses dados seguem ao recomendado pelo Ministério da Saúde (2012) que diz que as gestantes com bom controle metabólico devem aguardar a evolução espontânea para o parto. Porém, complementa que a via de parto é uma decisão obstétrica, sendo necessário estimar o peso fetal por avaliação clínica e ultrassonográfica. Se o peso fetal estimado for maior ou igual a 4.500g, pode-se considerar a realização de cesariana.

Ainda em relação às alterações glicêmicas, os dados podem ser comparados ao de Montenegro et al. (2001) que observou que os partos por via abdominal foram duas vezes mais comuns em mulheres com Diabetes do que as que não tinham e essas cesáreas estavam relacionadas em sua maior parte por obesidade materna e macrossomia fetal.

Ao analisarmos os casos de Placenta prévia marginal, pode-se perceber que a maior parte das mulheres teve parto cesárea, apenas pequena porcentagem evoluiu para o parto normal. No que diz respeito à Placenta Prévia total todas as mulheres evoluíram para cesariana devido o diagnóstico já que o mesmo é indicativo de cesárea. O Ministério da Saúde (2012) orienta que a via de parto é baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica.

Febrasgo (2011) orienta que a via de parto dependerá das condições maternas e fetais. A via vaginal é preferencial nas placentas prévias marginais. Na placenta prévia total, existe a indicação absoluta de cesariana.

Em relação às Rupturas prematuras de membranas, observa-se uma alta taxa de partos normais comparados às cesarianas, sendo que essas cesáreas em sua maior parte ocorreram por casos de infecção materna ou fetal, além de algum tipo de comprometimento fetal. Esses dados também condizem com a literatura, pois Cunha et al. (2002) comparou seu trabalho com os de outros autores concluindo que a amniorrexe prematura não é fator de risco para a cesariana. Além disso, o Ministério da Saúde (2012) também concorda que o parto por via vaginal nesses casos é preferível.

A contrário desses autores Silva et al. (2005) em seu estudo concluiu que as pacientes com Ruptura prematura de membranas tiveram maior chance de serem submetidas à cesárea e os índices de cesáreas foram maiores nessas mulheres. Porém citam autores que concordam que outros fatores podem estar contribuindo com a cesárea e não o diagnóstico dessas gestantes.

Em relação às alterações do crescimento fetal, os dados indicam que houve um equilíbrio em relação à via de parto, mas em casos de CIUR grave obteve-se um pequeno aumento na quantidade de partos cirúrgicos. Essas cesáreas muitas vezes não ocorreram pelo diagnóstico, mas sim por outros diagnósticos associados, ou por comprometimento fetal. De acordo com o Ministério da Saúde (2012) a via de parto para os diagnósticos de CIUR's deve ser baseada no julgamento clínico, auxiliado pela informação ultrassonográfica.

Segundo as recomendações da SOGC (2007), após a decisão para um parto normal, o acompanhamento do trabalho de parto e parto deve ser realizado continuamente e por um profissional capacitado.

Durante o período estudado somente uma gestante teve o diagnóstico principal de Gestação gemelar com crescimento fetal discordante e Isoimunização anti-Rh, tais condições dificultaram uma análise detalhada da melhor via de parto para esses dois diagnósticos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados encontrados no presente estudo podemos concluir que durante o ano de 2011 os diagnósticos predominantes de internação foram as síndromes hipertensivas e, neste caso, a via de parto predominante foi a cesariana.

De todas as cesáreas ocorridas, nem todas estavam relacionadas ao diagnóstico da gestante, mas sim a alguma alteração materno-fetal, ou aquelas ocorridas durante o trabalho de parto. Em relação às síndromes hipertensivas essas alterações foram, predominantemente, conseqüentes do diagnóstico.

Observa-se também uma carência de estudos relacionados à via de parto nas alterações do crescimento fetal e da inserção placentária, principalmente no que diz respeito à placenta prévia marginal, uma vez que a placenta prévia total já é indicativa de cesariana.

Vimos que o diagnóstico de risco não interfere na decisão da via de parto, ou seja, não é indicativo de parto cesárea. Além disso, a literatura reforça que o parto vaginal nesses casos é preferível à cesariana. Mas às vezes o diagnóstico de risco pode desencadear alguma alteração materna ou fetal que possa indicar o parto cirúrgico.

Por fim é necessário ressaltar a importância de estudos que relacionem a via de parto com o diagnóstico da gestante já que em muitos serviços a classificação de alto risco já é indicativo de cesárea. Essa via de parto é uma ótima opção, desde que seja bem indicada. Caso contrário pode trazer complicações para uma mulher até mesmo em gestações futuras, pois vimos, em grande parte do estudo, que o motivo da via de parto cirúrgico foi impossibilidade de indução devido à cesárea anterior.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Gisele Peixoto et al. Parto cesárea: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.
- BARROS, Carolina Amorim et al. Crescimento intrauterino restrito: diagnóstico e condução. **Rev Med Mat Fetal**, 2010.
- BEZERRA FILHO, JG et al. Gestação de risco: Percepção e sentimentos das gestantes com amniorrexe prematura. **Rev. Elet. Enf.** nº20, 2010.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico**. Parto, Aborto e Puérpério. Assistência Humanizada à mulher. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: MS, 2005. 60p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico**. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3.ed. Brasília: MS, 2006. 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **DATASUS**. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico**. Gestação de alto risco. 5 ed. Brasília: MS, 2012. 301p.
- BOARETTO, Maria Cristina. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. ENSP/ **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2003.
- CABRAL, Simone A.L.C.S et al. Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. **Rev Bras Ginec Obstet**, 25:739-44. 2003.
- CAMPANA, Hellen Carla R; PELLOSO, Sandra M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf**, 2007.
- CARNEL, Emília F; ZANOLLI, Maria L; NARCILLO, André M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev Bras Ginecol Obstet**, 29:34-40. 2007.

COREGNATO, Rita CA; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, 2006.

COSTA, Idevânia G. As percepções da gravidez de alto risco para a gestante e as implicações familiares. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 30-46, jan, 2002.

COSTA, Fabrício S; CUNHA, Sérgio P; BEREZOWSKI, Anderson T. Avaliação prospectiva do índice de líquido amniótico em gestações normais e complicadas. **Radiol Bras**, 38(5):337-41, 2005.

CUNHA, Alfredo Almeida et al. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 24:21-8, 2002.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, 1991.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de gestação de alto risco 2011. **Disponível em** <http://www.febrasgo.com.br/extras/downloads/gestacao_alto-risco_30-08.pdf>. Acesso em 20/04/13.

FIGUEIREDO, Nathália Stela V et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **Rev. HU**, Juiz de Fora, v.36, n.4, p.296-306, 2010.

GOMES, Romeu et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2001.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>>. Acesso em: 27/11/12.

LIMA, Luciana C et al. Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (**PNDS**), 2006.

MADI, José Mauro et al. Oligodramnia sem rotura das membranas amnióticas: resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 27:75-9, 2005.

MANDARINO, Natália R et al. Aspectos relacionados á escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luis, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009.

MARTINS, MG. Gestação de Alto Risco. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**, Jan – Abr; 3(1):32-35, 2002.

MONTENEGRO, Renan M et al. Evolução materno-fetal de gestantes diabéticas seguidas no HC-FMRP – USP no período de 1992- 1999. **Endocrinol e Metabolog**, 2001.

MOURA, Fernanda Maria J et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**, 60 (4):452-5, 2007.

NAZARETH, Juliana Vieira; PIMENTA, Adriano Maçal; SOUZA, Kleyde Ventura. Programa “Casa das Getantes”: Uma nova lógica de atenção de saúde materna e perinatal. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 230-233.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **NESCON**. Escola de Enfermagem UFMG, 2008.

QUEVEDO, Michele P; LOPES, Ceci MC; LEFÉVRE, Fernando. Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, 16 (1):12-21, 2006.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface** (Botucatu), 2009.

SILVA, Simone ALC; MORAES FILHO, Olímpio B; COSTA, Cícero FF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, 27(4):189-96, 2005.

SOGC- The society of obstetricians and gynaecologists of Canada. Fetal health surveillance antepartum and intrapartum consensus guideline/ **Journal of obstetricis and gynaecologist of Canada**. 2007. V. 24 n.09.

SOUZA, Alex SR; AMORIM, Melania MR; PORTO, Ana Maria F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, 2010.

VIGGIANO, Marcello Braga et al. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, 2004.

ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. Complicações puerperais associadas à via de parto. **Rev Med Minas Gerais**, 19(2): 109-116, 2009.

ANEXO 1 – PARECER DOCUMENTADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Via de parto e sua relação com o diagnóstico da gestante

Pesquisador: Laise Conceição Caetano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12541913.7.0000.5132

Instituição Proponente: Hospital Sofia Feldman/ Fundação de Assistencial Integral à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 203.606

Data da Relatoria: 14/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com finalidade acadêmica para obtenção de título de especialista em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

Quantificar a distribuição da prevalência do parto cesárea de acordo com o diagnóstico entre gestantes de alto risco, internadas na casa de gestantes "Zilda Arns" do Hospital Sofia Feldman.

Identificar associação entre a patologia diagnosticada das mulheres e a via do parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sendo um estudo documental com dados de prontuário, não há riscos para os sujeitos, desde que os autores garantam o sigilo e o anonimato da identidade dos sujeitos e se responsabilizam para a guarda do material.

No contexto atual do abuso do parto cesárea, o estudo mais profundo das indicações da cesárea em pacientes de alto risco pode trazer benefícios para esta área de conhecimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo a metodologia exposto (ver o anexo 2) o único dado a ser coletado será a via do parto, que será compilada por uma lista de contagem. Considerando a seriedade do estudo proponho de coletar também dados relativos a fatores sócio-econômicos e clínicos da paciente, tais como idade, escolaridade, estado conjugal, número de gestação e idade gestacional, estado fetal no momento da terminação da gestação, estado das membranas, e se houve ou não tentativa de

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiaeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



indução do parto. Estas variáveis podem interferir na decisão sobre a via do parto independentemente do diagnóstico primário da paciente. Sugero ainda, que a compilação dos dados é executada em forma de construção de banco de dados e a coleta realizada através de um instrumento de coleta individual. Desta forma, o estudo extrapola a simples contagem e distribuição de frequência e vai poder estabelecer uma associação mais conclusiva.

Sugiro formular a hipótese em forma de afirmação: A via de parto é associada ao diagnóstico clínico da parturiente ou Há frequência maior do parto cesárea em pacientes com diagnóstico clínico que configuram a gestação com alto risco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todos os termos obrigatórios o instrumento de coleta foi apresentado.

Recomendações:

Repensar a metodologia

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer de Relator 03/2013 CAAE: 12541913.7.0000.5132

(favor citar esse número em suas comunicações com o CEP/HSF)

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) analisou as pendências do Projeto de Pesquisa intitulado: Via de parto e sua relação com o diagnóstico da gestante das Pesquisadoras Laise Conceição Caetano e Priscila de Oliveira Martins e após o atendimento das pendências foi considerado APROVADO.

Reafirmamos que o relatório final deverá ser encaminhado ao CEP/HSF ao término do estudo, para fins de conclusão do processo.

Atenciosamente.

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiaeldman.org.br

HOSPITAL SOFIA FELDEMAN/
FUNDAÇÃO DE ASSISTENCIAL
INTEGRAL À SAÚDE



Dra. Lélia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 22 de Fevereiro de 2013.

BELO HORIZONTE, 22 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Tatiana Coelho Lopes
(Coordenador)

Endereço: Rua Antônio Bandeira, 1060

Bairro: Tupi

CEP: 31.844-130

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3408-2249

Fax: (31)3408-2218

E-mail: lep@sofiaeidman.org.br