

PREVALÊNCIA DA MEDICALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE¹

Lorena Vicentine Coutinho Monteschio*
Jenny Carol Gomes Sato Sgobero**
Rosana Rosseto de Oliveira***
Deise Serafim****
Thais Aidar de Freitas Mathias*****

RESUMO

O estudo teve por objetivo verificar a prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde. Foi realizado um estudo transversal com 358 puérperas atendidas pelo Sistema Único de Saúde. As entrevistas foram feitas no hospital no período pós-parto e os prontuários e cartão da gestante foram verificados. A medicalização do parto foi considerada presente quando houve pelo menos uma destas intervenções: tricotomia; enteroclisma; indução/condução do parto; amniotomia; episiotomia ou cesariana. Além disso, a medicalização foi analisada segundo variáveis sociodemográficas, obstétricas e assistenciais, por meio do teste Qui-quadrado, considerando $p \leq 0,05$. O percentual de mulheres com pelo menos uma intervenção no trabalho de parto e parto foi de 92,7%. Houve associação com mulheres primigestas e histórico de cesariana prévia em mulheres multigestas. A tricotomia esteve associada à cesariana e, a indução/condução à amniotomia e episiotomia, sugerindo o efeito cascata. Conclui-se que as altas taxas de medicalização e a associação entre as intervenções demonstram a necessidade de vigilância e humanização da assistência à saúde da mulher durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Medicalização. Parto obstétrico. Enfermagem Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto e o parto têm sido alvo de intensa medicalização no Brasil⁽¹⁾. Aspectos do modelo de assistência ao parto e história obstétrica da parturiente podem influenciar a equipe de saúde na adoção de procedimentos durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes considerados desnecessários⁽²⁾.

A medicalização do parto pode ser compreendida como qualquer intervenção no trabalho de parto e parto, uma vez que esse é considerado um evento fisiológico que, majoritariamente, pode ocorrer de forma natural e espontânea, o que torna necessária uma justificativa plausível para qualquer intervenção. A Organização Mundial da Saúde (OMS) esclarece que as principais intervenções realizadas pela equipe de saúde nas parturientes, tais como a tricotomia, enteroclisma, indução ou

condução do trabalho de parto, episiotomia e cesariana, são prejudiciais e devem ser abolidas ou usadas com restrição^(3,4).

Muitos são os esforços no campo das políticas públicas no Brasil para redução das intervenções no parto. O uso da tricotomia até a prática liberal da cirurgia cesariana estão no escopo da atenção à saúde da mulher no momento da parturição. As taxas de cesariana estão elevadas e com tendência ascendente no Brasil⁽¹⁾, bem como as condutas prejudiciais à saúde da mulher e conceito também são constantes na assistência prestada durante o parto vaginal^(1,5,6).

No Brasil, o modelo tecnocrata é predominante, caracterizando-se pela adoção de intervenções⁽¹⁾. É importante destacar que muitas intervenções realizadas nos serviços de saúde brasileiros, não recomendadas pela OMS para a condução do parto, deveriam ser eliminadas⁽³⁾. A medicalização da assistência ao parto tem como pressupostos o risco potencial à saúde da mulher e

¹Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada: Medicalização do trabalho de parto e parto em um município do Sul do Brasil, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-Paraná, Brasil (UEM), 2013.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Hospital Universitário Regional de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: helorenn@gmail.com.

**Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: jenny-sato@hotmail.com.

***Enfermeira. Pós-doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM-Paraná, Brasil. E-mail: rosanarosseto@gmail.com.

****Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEM, Paraná, Brasil. E-mail: dserafim@hotmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM, Paraná, Brasil. E-mail: tafmathias@gmail.com.

do feto, a situação de submissão da mulher, o ambiente hospitalar como palco do uso excessivo de tecnologia e do poder de decisão detido pelos profissionais de saúde⁽²⁾.

Apesar de pesquisas na área demonstrarem características semelhantes para diversos locais do Brasil, sinalizando a necessidade de mudança no modelo assistencial, muitos são os desafios para alcançar as práticas que respeitem a evolução fisiológica do parto. Portanto, é necessário investigar quais fatores sociodemográficos, assistenciais e obstétricos influenciam a prática assistencial e resultam na medicalização do trabalho de parto e parto. Desse modo, esse estudo teve por objetivo verificar a prevalência da medicalização do trabalho de parto e parto na rede pública de saúde e os fatores associados à adoção de procedimentos prejudiciais, denominados neste estudo como a “medicalização do parto”.

METODOLOGIA

Estudo transversal realizado com mulheres residentes em Maringá-PR internadas em alojamento conjunto, logo após o parto, nos dois hospitais de referência ao parto pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Para o cálculo da amostra de 358 puérperas, consideraram-se os 2168 partos de residentes em Maringá, financiados pelo SUS e ocorridos em 2011, e o percentual de partos em cada um dos hospitais que atendem o parto pelo SUS acrescidos de 10% para possíveis perdas, com nível de confiança de 95%, erro de 5% e prevalência de 50%. Os critérios de inclusão foram puérperas com recém-nascidos acima de 500g e que estivessem internadas em alojamento conjunto. No período de dezembro de 2012 e abril de 2013, as 358 puérperas, 67 para o hospital 1 e 291 para o hospital 2, foram entrevistadas durante a internação após o parto e os prontuários hospitalares e o cartão da gestante foram consultados. As questões da entrevista eram referentes aos aspectos socioeconômicos, obstétricos e assistenciais. Dos prontuários e cartão da gestante das puérperas foram coletados dados sobre a assistência e sobre as intervenções realizadas, complementadas com dados da entrevista. O prontuário foi analisado por completo, prescrições, relatórios médicos e de enfermagem, folha de gastos, descrição cirúrgica,

partograma e ficha de admissão do pronto-atendimento.

A variável dependente foi a medicalização do parto, a qual, nesse estudo, considerou-se presente quando houve a realização de ao menos uma das seguintes intervenções no trabalho de parto e/ou parto: tricotomia; enteroclistima; indução/condução do parto; episiotomia; amniotomia e cesariana. Ademais, calculou-se a taxa de intervenção total, segundo número de gestações anteriores e segundo tipo de parto, calculada pela razão do número de intervenções e o total de gestantes. As variáveis independentes foram as informações sociodemográficas da puérpera como idade (≤ 19 ou ≥ 20 anos), ter companheiro (sim ou não), raça/cor (branca ou não branca), escolaridade (ensino médio: sim ou não), atividade remunerada (sim ou não), renda (≤ 3 salários mínimos ou > 3 salários). A história obstétrica foi analisada segundo: número de gestações anteriores (primigesta ou multigesta); idade gestacional (< 37 ou ≥ 37 semanas) e cesariana anterior para as multigestas (sim ou não).

Os dados foram analisados por meio do teste de Qui-quadrado e $\alpha = 5\%$, o *Odds Ratio* (OR) foi calculado para mensurar a magnitude da associação entre as variáveis e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%). A tabulação dos dados foi feita com o programa *Excel*® e a análise descritiva por meio do software *Statistica 7* e *Epi Info 7*.

Todos os princípios éticos foram respeitados e o desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, com o projeto de pesquisa aprovado em 12 de dezembro de 2012, sob o parecer nº 170.704. Explicou-se às puérperas os objetivos da pesquisa e garantiu-se a interrupção da entrevista por sua parte a qualquer momento, além disso, todas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de medicalização foi de 92,7%, ou seja, das 358 puérperas entrevistadas 332 sofreram pelo menos uma intervenção. As primigestas (96%; $p=0,046$), as mulheres com parto vaginal (83,1%, $p<0,001$) e as multigestas

com cesariana anterior (96,9%; $p=0,004$) foram as que tiveram mais chances de sofrer alguma intervenção durante o trabalho de parto ou parto.

Observou-se também que a medicalização esteve presente em 54,4% das mulheres que foram submetidas à cesariana (Tabela 1).

Tabela 1. Análise bivariada de associação da medicalização do trabalho de parto e parto e características sociodemográficas e obstétricas. Maringá-PR, 2013.

	Medicalização ^s				Total	OR	IC	p-valor*
	Sim (n=332)		Não (n=26)					
	N	%	N	%				
Idade								
<20	62	91,2	6	8,8	68	0,765	0,295-1,986	0,582
≥20	270	93,1	20	6,9	290			
Ensino médio								
Não	190	91,4	18	8,6	208	0,595	0,252-1,406	0,232
Sim	142	94,7	8	5,3	150			
Companheiro								
Não	38	92,7	3	7,3	41	0,990	0,284-3,458	0,989
Sim	294	92,7	23	7,3	317			
Atividade remunerada								
Não	162	93,1	12	6,9	174	1,112	0,499-2,476	0,795
Sim	170	92,4	14	7,6	184			
Raça/cor								
Não branca	162	92,6	13	7,4	175	0,953	0,429-2,117	0,906
Branca	170	92,9	13	7,1	183			
Renda (salário mínimo**)								
≤ 3	230	91,6	21	8,4	251	0,537	0,197-1,464	0,218
> 3	102	95,3	5	4,7	107			
Idade gestacional								
≥ 37	285	93,4	20	6,6	305	1,819	0,694-4,766	0,217
< 37	47	88,7	6	11,3	53			
Nº de gestações anteriores								
Primigesta	143	96,0	6	4,0	149	2,522	0,987-6,442	0,046
Multigesta	189	90,4	20	9,6	209			
Tipo de parto***								
Cesáreo	111	54,4	93	45,6	204	0,242	0,147-0,401	<0,001
Vaginal	128	83,1	26	16,9	154			
Cesariana anterior****								
Sim	93	96,9	3	3,1	96	5,490	1,557-19,355	0,004
Não	96	85,0	17	15,0	113			

^sPelo menos uma das intervenções: tricotomia, indução/condução do parto, amniotomia, episiotomia e cesariana, *Qui-quadrado, **Salário mínimo no Brasil vigente em 01/01/2013: R\$678,00, ***Valores referentes às mulheres que tiveram as seguintes intervenções: tricotomia, indução/condução do parto, amniotomia e episiotomia (n=239),****Só multigestas (n=209)

Como a grande maioria das mulheres teve seu parto medicalizado, com pelo menos uma intervenção, as diferenças da prevalência de medicalização, segundo dados sociodemográficos de raça/cor, idade, estado civil, escolaridade, renda ou ocupação, não foram observadas. O que parece demonstrar que existe certa democratização da medicalização para o parto às mulheres atendidas pelo SUS e residentes no município de Maringá, ou seja, a medicalização ocorre independentemente das condições socioeconômicas. Diante da alta prevalência de medicalização, é importante analisar a real

necessidade ou indicação de sua realização em quase todas as mulheres. Essa realidade pode sinalizar que o modelo obstétrico intervencionista é predominante entre as equipes de saúde nesse município, independente da característica de cada mulher e de particularidades pessoais e do seu trabalho de parto⁽⁷⁾.

Das intervenções, a mais frequente foi a cesariana, com 57% do total de partos, independentemente do número de gestações anteriores da mulher, em seguida vem a indução/condução do trabalho de parto (42,2%) e a episiotomia (37,7%). Além disso, houve

associação da realização de episiotomia (60,3%; $p < 0,001$) e da indução/condução do trabalho de parto (55,7%; $p < 0,001$) em mulheres primigestas (Tabela 2). O enterocisma foi pesquisado, mas essa intervenção não foi realizada nenhuma vez. Outro resultado desse estudo foi a exposição da mulher primigesta a um maior número de

intervenções durante o trabalho de parto e parto, como a cesariana, a indução/condução e a episiotomia (Tabela 2). Ser primigesta e sofrer mais intervenções pode estar relacionado com o tempo de trabalho de parto nesse grupo, que, geralmente, é mais prolongado⁽⁸⁾.

Tabela 2. Taxas de intervenção durante o trabalho de parto e parto segundo número de gestações anteriores. Maringá-PR, 2013.

Intervenção*	Primigesta (n=149)		Multigesta (n=209)		Total (n=358)		OR	p-valor**
	n	Taxa [#]	n	Taxa [#]	n	Taxa [#]		
Cesariana	86	57,7	118	56,5	204	57,0	1,1	0,813
Indução/condução	83	55,7	68	32,5	151	42,2	2,6	<0,001
Episiotomia***	38	60,3	20	22,0	58	37,7	5,4	<0,001
Tricotomia	34	22,8	47	22,5	81	22,6	1,0	0,941
Amniotomia	28	18,8	49	23,4	77	21,5	0,8	0,291

*Admite mais de uma resposta, [#]Calculada em relação ao total de primigestas, multigestas e total geral, **Qui-quadrado,

***Somente parto vaginal (n=154; primigestas= 63; multigestas= 91)

Outro estudo em âmbito nacional, evidenciou uma proporção elevada de cesariana em mulheres primíparas e adolescentes. Essa situação gera preocupação diante do futuro reprodutivo dessas mulheres, considerando-se os possíveis partos posteriores⁽⁹⁾, pois a cesariana prévia é uma das principais justificativas para a realização de cesarianas subsequentes⁽¹⁰⁾. No presente estudo, metade das multigestas teve uma cesariana anterior (n=96) e esteve associada à medicalização (Tabela 1).

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas orienta a redução do número de cesarianas em primigestas, ou seja, prevenir a ocorrência da primeira cesariana, que induz a ocorrência de outras subsequentes. Uma melhor avaliação do trabalho de parto e registro adequado no partograma poderiam reduzir as justificativas de distócia de progressão, a qual é uma das indicações intraparto mais frequente da cesariana⁽¹¹⁾.

A OMS admite que apenas 15% dos partos sejam cirúrgicos⁽³⁾. No entanto, nesta pesquisa, constatou-se um percentual muito superior (57,0%), chegando a ultrapassar o número de partos vaginais. A literatura mostra que muitas vezes as indicações para o parto cirúrgico não são precisas e podem não ter fundamento científico⁽¹⁰⁾.

O município de Maringá-PR apresenta, historicamente, índices elevados de cesariana e com tendência ascendente⁽¹²⁾. Outro estudo

realizado nesse mesmo município, sobre as principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos, verificou igualmente uma taxa elevada de cesariana (51,7%), coincidindo com taxas de intercorrências obstétricas elevadas (50,0%)⁽¹³⁾.

Nesse estudo, a indução ou condução do parto esteve presente em 42,2% dos partos e foi mais frequente nas primigestas (Tabela 2); essa intervenção faz parte de uma sequência de procedimentos associada com amniotomia e episiotomia (Tabela 5). Em outras pesquisas, essa intervenção fez parte de uma cascata de intervenções, principalmente para as parturientes primigestas. O termo cascata de intervenções refere-se à tendência de acúmulo de intervenções durante o trabalho de parto e parto⁽¹⁴⁾.

A amniotomia foi realizada em 21,5% das mulheres, com maior percentual para as multigestas (Tabela 2). Esse resultado concorda com estudo realizado na Alemanha, em 2005, no qual observou-se que essa intervenção foi a primeira escolha para essas parturientes⁽¹⁴⁾. Existem evidências que a amniotomia esteja associada ao aumento do risco de uma operação cesariana⁽¹⁵⁾. No estudo sobre o tema realizado no interior do estado de São Paulo, a amniotomia foi realizada em 75,9% das mulheres que foram submetidas à cesariana⁽¹⁶⁾. No presente estudo, a amniotomia esteve associada à indução/condução do trabalho de parto e à episiotomia (Tabela 5).

A episiotomia foi um procedimento realizado

em 37,7% das puérperas, com taxa de 60,3% para as primigestas (Tabela 2). Esses percentuais são elevados se comparados ao intervalo de 10 até 15% preconizados pela OMS⁽³⁾. Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) revelou que na região sul 78,5% das mulheres foram submetidas à episiotomia⁽⁵⁾. Entretanto, a taxa de episiotomia tem decrescido no Brasil, pois foi encontrada uma taxa de 53,5% na pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, inquérito realizado sobre parto e nascimento, no ano de 2014⁽⁶⁾.

Verificou-se que 191 mulheres foram submetidas a, no mínimo, duas (2) intervenções,

valor equivalente a mais da metade da amostra (53,4%). As primigestas foram submetidas a um maior número de intervenções e receberam mais frequentemente 2, 3 e 4 intervenções, quando comparadas às multigestas (Tabela 3). A alta proporção de mulheres submetidas a pelo menos duas intervenções e a relação entre elas, evidenciou uma cascata de eventos, significando que um procedimento, provavelmente, provocou a realização de outro e este provocou a realização de outro e assim sucessivamente. Estudos mostram que a cascata de intervenções ocorre e difere conforme a paridade⁽¹⁴⁾.

Tabela 3. Número de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e parto segundo número de gestações anteriores. Maringá-PR, 2013.

Intervenção	Primigesta		Multigesta		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	6	4,0	20	9,6	26	7,3
1	45	30,2	96	45,9	141	39,4
2	72	48,3	74	35,4	146	40,8
3	24	16,1	18	8,6	42	11,7
4	2	1,3	1	0,5	3	0,8
Total	149	100	209	100	358	100

A Tabela 4 demonstra quais foram as intervenções mais frequentes para cada tipo de parto e evidencia que a indução/condução do parto com 62,3% ($p < 0,001$) e amniotomia com

43,5% ($p < 0,001$) ocorreram mais frequentemente para mulheres com parto vaginal e a tricotomia (32,4%) ($p < 0,001$) para mulheres com parto cesariana.

Tabela 4. Taxas de intervenção durante o trabalho de parto e parto segundo tipo de parto. Maringá-PR, 2013.

Intervenção*	Tipo de parto						OR	p-valor**
	Vaginal (n=154)		Cesariana (n=204)		Total (n=358)			
	N	Taxa [#]	N	Taxa [#]	N	Taxa [#]		
Indução/condução	96	62,3	55	27,0	151	42,2	4,5	<0,001
Episiotomia	58	37,7	-	-	58	37,7	-	-
Tricotomia	15	9,7	66	32,4	81	22,6	0,2	<0,001
Amniotomia	67	43,5	10	4,9	77	21,5	14,9	<0,001

*Admite mais de uma resposta, **Qui-quadrado, [#]Calculada em relação ao total de parto vaginal, cesariana e total da amostra.

A associação bivariada das intervenções entre si indica provável efeito cascata de intervenções, pois a tricotomia esteve associada à cesariana

(OR=4,4; $p < 0,05$); a indução/condução do parto esteve associada à amniotomia (OR=3,8; $p < 0,05$) e à episiotomia (OR=3,8; $p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Matriz de associação das intervenções. Maringá-PR, 2013.

Variáveis (N)	Tricotomia n (81) (%)	Indução n (151) (%)	Amniotomia n (77) (%)	Episiotomia n (58) (%)	Cesariana n (204) (%)
Tricotomia	-	-	-	-	-
Indução	27 (33,3)	-	-	-	-
Amniotomia	7 (8,6) [†]	52 (34,4) [§]	-	-	-
Episiotomia	7 (8,6) [†]	40 (26,5) [§]	26 (33,8) [§]	-	-

Cesariana	66 (81,5) [§]	55 (36,4) [†]	10 (13,0) [†]	-	-
-----------	------------------------	------------------------	------------------------	---	---

[†] p-valor <0,05 (OR<1), [§] p-valor <0,05 (OR>1), p corresponde ao teste de Qui-quadrado.

O excesso de intervenções no trabalho de parto também pode provocar como desfecho a cesariana⁽¹⁷⁾. O presente estudo, embora não tenha tido objetivo de analisar a sequência de procedimentos, aparentemente, constatou que o excesso de intervenções não levou à realização de cesariana, pois essa esteve associada apenas à tricotomia. Ainda, podemos sugerir que, para muitas mulheres, não houve uma tentativa de trabalho de parto, mesmo os hospitais da pesquisa pertencendo ao SUS, sistema no qual a via vaginal é mais frequente do que em hospitais privados não-SUS^(6,12). Considerando a recomendação da OMS, de reduzir as intervenções em torno do parto⁽³⁾, esse estudo mostrou que tanto as mulheres com parto vaginal (83,1%), como as com parto cesariana (54,4%), foram altamente medicalizadas durante o trabalho de parto e parto.

Apenas 6,3% das mulheres tiveram um parto vaginal sem nenhuma intervenção. Esse percentual é semelhante ao da pesquisa nacional "Nascer no Brasil", que encontrou 5,0%⁽⁶⁾.

Promover um parto fisiológico, com menos intervenções ou nenhuma, em um cenário em que a mulher seja respeitada, tenha autonomia, tenha acesso à informação coerente, parece uma prática que depende da mudança de paradigma do modelo médico obstétrico brasileiro⁽²⁾. Para uma mudança no modelo assistencial, algumas medidas podem ser adotadas, como a capacitação de outros profissionais na condução do parto fisiológico, as enfermeiras obstetras e o deslocamento do local de ocorrência do parto para o domicílio, centros ou casas de parto⁽¹⁸⁾. O uso de intervenções nesses locais é menor e os profissionais utilizam as recomendações da OMS para prestar assistência ao parto⁽¹⁹⁾. Países que conseguiram melhorar os índices de medicalização foram aqueles que investiram no enfermeiro obstetra e na parteira como profissional capacitada e preparada para atendimento ao parto, reforçando o modelo humanizado⁽¹⁸⁾. Porém, para além dessas medidas, é necessário atualizar e humanizar a formação dos profissionais, pois ela ainda está fundamentada no modelo biomédico, que contrasta com o modelo humanizado voltado para atuações menos intervencionistas⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da medicalização observada nesse estudo foi muito alta. Quando considerada a cesariana como medicalização, mais de 90% das puérperas receberam pelo menos uma intervenção durante o trabalho de parto e/ou parto, demonstrando que o parto não ocorre naturalmente, de acordo com a sua fisiologia. Os fatores associados à medicalização foram as características obstétricas, como número de gestações anteriores, tipo de parto e cesariana anterior.

O trabalho não foi desenhado para verificar a ordem cronológica das intervenções realizadas, porém, de acordo com a prevalência e a concomitância da realização das intervenções, pode-se supor que são feitas de forma subsequente, demonstrando um efeito cascata, ou seja, uma intervenção induz a realização de outra intervenção e assim por diante.

Recomenda-se para futuros estudos que sejam analisadas mais profundamente as reais indicações desses procedimentos e os motivos da realização das intervenções, pois essas informações muitas vezes não constam no prontuário ou a puérpera não sabe responder por não ter conhecimento sobre as justificativas da sua realização. Esse fato pode ser considerado uma fragilidade do estudo, pois, algumas vezes, existe a necessidade da realização de certas intervenções, como a cesariana e a indução/condução do parto, por exemplo.

Outra limitação consistiu a qualidade dos dados nos prontuários com informações inexistentes ou incompletas, exigindo um maior tempo de estudo e investigação com verificação de outras fontes além do prontuário, por exemplo, a coleta de dados junto à puérpera.

Finalmente, diante das evidências da elevada medicalização do trabalho de parto e parto em mulheres residentes em Maringá, é necessário investigar quais são as dificuldades institucionais, profissionais e de formação dos recursos humanos que impedem uma mudança efetiva na prática obstétrica no município. O método de atuação e processo de trabalho dos profissionais de saúde interfere e acelera o trabalho de parto, fato que

pode ser determinado pelo modelo obstétrico e pela rotina hospitalar.

PREVALENCE OF LABOR AND DELIVERY MEDICALIZATION IN PUBLIC HEALTH NETWORK

ABSTRACT

Objective: to verify the prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health system. **Method:** a cross-sectional study with 358 puerperal patients attended by the Unified Health System. Interviews were performed at the hospital in the postpartum period and the patient's charts and card were checked. The medicalization of labor was considered present when there was at least one of these interventions: trichotomy; enteroclysis; induction/conduction of labor; amniotomy; episiotomy or cesarean section. In addition, the medicalization was analyzed according to sociodemographic, obstetric and care variables, using the Chi-square test, considering $p \leq 0.05$. **Results:** the percentage of women with at least one intervention in labor and delivery was 92.7%. There was an association with primigravida women and previous cesarean history in multigesta women. The trichotomy was associated with cesarean section and induction/conduction to amniotomy and episiotomy, suggesting the cascade effect. **Conclusion:** high medicalization rates and the association between interventions demonstrate the need for vigilance and humanization of women's health care during labor and delivery.

Keywords: Medicalization. Delivery, Obstetric. Obstetrical Nursing.

PREVALENCIA DEL MEDICALIZACIÓN DEL TRABAJO DEL PARTO Y PARTO EN LA RED PÚBLICA DE SALUD

RESUMEN

Objetivo: verificar la prevalencia de la medicalización del trabajo de parto y parto en la red pública de salud. **Método:** estudio transversal con 358 puérperas atendidas por el Sistema Único de Salud (SUS). Las entrevistas fueron realizadas en el hospital en el período posparto y los registros médicos y la tarjeta de la gestante fueron verificados. La medicalización del parto fue considerada presente cuando hubo por lo menos una de estas intervenciones: tricotomía; enema; inducción/conducción del parto; amniotomía; episiotomía o cesariana. Además, la medicalización fue analizada según variables sociodemográficas, obstétricas y asistenciales, por medio de la prueba ji-cuadrado, considerando $p \leq 0,05$. **Resultados:** el porcentual de mujeres con por lo menos una intervención en el trabajo de parto y parto fue de 92,7%. Hubo asociación con mujeres primigestas e histórico de cesariana previa en mujeres multiparas. La tricotomía estuvo asociada a la cesariana y la inducción/conducción a la amniotomía y episiotomía, sugiriendo el efecto cascada. **Conclusión:** las altas tasas de medicalización y la asociación entre las intervenciones demuestran la necesidad de vigilancia y humanización de la atención a la salud de la mujer durante el trabajo de parto y parto.

Palabras clave: Medicalización. Parto Obstétrico. Enfermería Obstétrica.

REFERENCIAS

1. Victora CG, et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011;32-46.
2. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Cadernos Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento. Vol. 4. Brasília (DF); 2014.
3. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal, Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático, Genebra; 1996.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. Brasília; 2009.
6. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. saúde pública*. 2014;30(Sup):17-32.
7. Riesco, MLG. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(Sup):35-6.
8. Koetker JG, et al. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev. saúde pública*. 2012;46(4):747-50.
9. Gama SGN et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. saúde pública*. 2014;30(Sup):117-27.
10. Anjos CS, Westphal F, Goldman RE. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*. 2014; 1(3):86-94.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Obstetric Care Consensus n.1. Safe prevention of the primary cesarean delivery, 2014.
12. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(12):548-54.
13. Veras TCS, Mathias TAF. Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos. *Rev. esc. enferm. USP*. 2014; 48(3):401-8.
14. Petersen A, Poetter U, Michelsen C, et al. The sequence of intrapartum interventions: a descriptive

approach to the cascade of interventions. Arch Gynecol Obstet. 2013;288(2):245-54.

15. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. 2010;38(10):583-91.

16. 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(2):418-26.

17. Indraccolo U, Calabrese S, Di Iorio R, et al. Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. Clin. exp. obstet. gynecol. 2010;37(4):273-7.

18. Narchi NZ, Cruz, EF, Gonçalves R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da

maternidade segura no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2013;18(4):1059-68.

19. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, et al. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited 2014 Mar 19];47(5):1031-8.

Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf>

20. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. Ciênc. cuid. saúde. 2011;10(1):169-75.

Endereço para correspondência: Lorena Vicentine Coutinho Monteschio, Avenida Mandacarú, 1590, Parque das Laranjeiras, CEP: 87083-240, Maringá, Paraná, Brasil. Telefone: (44) 97043311. E-mail: helorenn@gmail.com.

Data de recebimento: 07/07/2016

Data de aprovação: 22/11/2016