

CESÁREAS: FREQUÊNCIA, FATORES DETERMINANTES E CONSEQUÊNCIAS MATERNAS E PERINATAIS, MARINGÁ, PARANÁ¹

Regina Lúcia Dalla Torre Silva *

RESUMO

O presente trabalho discute a elevada taxa de partos cirúrgicos realizados nos hospitais de Maringá, PR e os fatores que influenciaram a sua realização no ano de 1995. Caracteriza a população de mulheres que estão sendo submetidas aos partos abdominais e as complicações mais comuns desse procedimento no período puerperal. Foram estudados 2498 partos hospitalares, utilizando como fonte de dados o sistema de informação sobre nascidos vivos e os prontuários hospitalares. Encontrou-se uma frequência de 79,8% de cesáreas, 20,2% de partos normais e 0,4% foram realizados com o auxílio de fórceps. As principais indicações clínicas das cesáreas foram por repetição seguida por trabalho de parto complicado por sofrimento fetal e desproporção conhecida ou suspeitada (desproporção céfalo-pélvica ou feto-pélvica). A alta incidência de cesáreas e a proporção maior de partos cirúrgicos encontradas nas pacientes particulares, com maior escolaridade que realizaram o maior número de consultas durante o pré-natal e a realização da maioria das cesáreas no período matutino apontam que fatores não técnicos têm influenciado na alta incidência de partos cirúrgicos. Foi encontrada também relação entre a realização de laqueadura e partos cirúrgicos e utilização inadequada de antibióticos psicoprofiláticos. As intercorrências mais comuns no período puerperal foram as hemorragias pós-parto e as infecções. Nos recém-nascidos, a intercorrência mais freqüente foi a síndrome do desconforto respiratório.

Palavras-chave: Parto cirúrgico. Incidência de cesáreas. Taxa de cesáreas. Assistência ao parto.

INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, o parto, como a gravidez, não tem sido visto como um processo fisiológico e natural que requer alguns cuidados especiais, e sim como uma doença que necessita cada vez mais da intervenção de profissionais especializados e de procedimentos que envolvem alta tecnologia e maiores índices de intervenção cirúrgica. A assistência prestada às gestantes migrou drasticamente do extremo misticismo e intuição das parteiras e do parto domiciliar diretamente para a sala de cirurgia, local que requer aparatos tecnológicos cada vez mais sofisticados.

A partir do século XIX, com a crescente industrialização e interesse em aumentar o número de trabalhadores, as mães e a infância passam a ser mais valorizadas. A mulher grávida é merecedora de maiores cuidados porque dela depende um aumento da população ativa. Passa a ser medicalizada e as parteiras combatidas, por serem consideradas

responsáveis pelos acidentes durante o trabalho de parto e pelas mortes maternas (FERRAZ, 1993).

Pouco a pouco, com as transformações sociais ocorridas, com o aumento no número de médicos e a incorporação de novas tecnologias pela medicina o parto vai sendo gradativamente institucionalizado. No Brasil, a prática do parto hospitalar iniciou-se pouco antes da República. Nessa época, a maioria dos hospitais encontrava-se sob a responsabilidade das irmãs de caridade, que não admitiam o parto hospitalar por considerá-lo uma falta de pudor (TANAKA, 1995).

Com esses novos conhecimentos, parir nas sociedades industriais deixa de ser um evento social e de ambiente doméstico, que envolvia as mulheres, suas famílias e algumas vezes toda a comunidade. Progressivamente, o parto vai se medicalizando. A frequência cada vez maior da hospitalização e maior domínio das técnicas ampliam as possibilidades de diagnósticos de riscos maternos e fetais, resultando em uma prática médica que faz uso

¹ Extraído da Dissertação de Mestrado

* Enfermeira, Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

intensivo da tecnologia, traduzida pelo uso saturado de monitorização do parto e aumento progressivo de cesáreas. Observa-se, no entanto, que após certo nível esse uso que deveria ser puramente benéfico deixa de ter impacto positivo sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal e traz consigo um certo grau de iatrogenia (RATTNER, 1996).

Apesar dos problemas apontados, a taxa de cesarianas vem aumentando sistematicamente, sendo uma tendência mundial, e tem sido objeto de preocupação de profissionais da área e pesquisadores em inúmeros países.

Vale ressaltar que o aumento da proporção de partos cirúrgicos no país, em conformidade com estudo realizado pelo CLAP (1998), não se fez acompanhar do decréscimo equivalente nas taxas de mortalidade perinatal e materna, desmistificando o argumento tradicionalmente evocado. Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1985), o limite aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal é de 10% a 15%.

No Estado do Paraná, os índices de cesárea chegaram a 45% no ano de 1995 e sofreram variações que vão de 7,34% a 89,13% (PARANÁ, 1996).

Em Maringá, PR, o parto operatório atinge índices alarmantes, estando entre os maiores do país. A frequência das intervenções no município é a mais alta quando comparada com os 10 municípios com maior população do estado. A cesariana representou 77% dos partos ocorridos no município no ano de 1994, segundo dados preliminares do Sistema de Informação sobre Nascimentos - SINASC (PARANÁ, 1996).

Após a municipalização dos serviços de saúde, passou a ser primordial que os serviços planejem suas ações com base em informações de saúde que representem a realidade local, assegurando que a população tenha acesso aos serviços e atinja bons níveis de saúde.

No entanto, pouco tem sido feito para reverter a situação, além de haver uma verdadeira lacuna sobre o tema. Assim sendo, definiram-se como objetivos deste estudo levantar a frequência de partos cirúrgicos realizados nos hospitais de Maringá, PR no ano de 1995, os principais fatores que

influenciam a alta incidência de cesáreas, quais as principais indicações e as complicações ocorridas com a mãe e o recém-nascido durante o período de internação, comparando partos vaginais e cesáreas.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para uma maior e melhor discussão sobre o assunto e, conseqüentemente, possibilitar uma assistência com mais qualidade ao binômio mãe-filho.

METODOLOGIA

A amostra foi composta por 50% das mulheres que realizaram seus partos nos hospitais de Maringá, PR no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1995.

Após a definição do número amostral, utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística para escolha das pacientes, garantindo que todos os setes hospitais que prestavam assistência ao parto fossem equitativamente representados na amostra, independentemente do número de partos realizados por eles durante o período estudado. A seguir, esses números foram utilizados para alimentar novamente o programa EPI_INFO 6.04 e importar os dados do SINASC, gerando um novo banco de dados aleatoriamente, garantindo a proporcionalidade dos hospitais conforme cálculos efetuados anteriormente.

As variáveis de interesse primeiramente foram obtidas através das declarações de nascidos vivos (DN) que são preenchidas nos hospitais e enviadas para a seção de epidemiologia da Secretária de Saúde do Município de Maringá e dos prontuários hospitalares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 2.498 partos estudados, a idade da mãe variou de 12 a 46 anos, sendo que a idade média foi de 26 anos. A maioria das mulheres (75,7%) apresentava-se na faixa etária entre 20 e 34 anos, considerada ideal para o processo reprodutivo.

Em relação às faixas etárias de maior risco, encontraram-se índices de 16,4% para mulheres adolescentes e de 7,9% para a faixa acima de 35 anos.

Quanto à escolaridade, 59% possuíam apenas o ensino fundamental, considerada baixa escolaridade.

Na população estudada, 45,6% das mulheres eram nulíparas e a maioria (95,3%) tinham tido somente até dois filhos anteriormente. A proporção de grande múltiparas, consideradas aqui após o 5º filho, foi de apenas 0,5%. Esses dados confirmam uma tendência nacional, de modificação no padrão reprodutivo das mulheres brasileiras, que vem sofrendo um declínio no número de filhos em todas as regiões do país, principalmente a partir da década de 1970. A desaceleração no crescimento populacional levou a uma importante queda no número de filhos por mulheres no Brasil, passando de 6,16 filhos por mulher na década de 1970 para 3,3 filhos no quinquênio 1981-1986 para o país como um todo. Quando consideradas apenas as áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste, o número de filhos por mulher chega a 2,4; próximo ao nível de reposição populacional, que é de 2,2 filhos por mulher. (CAMARANO et al., 1990).

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem dos partos hospitalares realizados no município de Maringá, segundo tipo de parto – Maringá, PR, 1995.

Tipo de Parto	N.º	%
Fórceps	10	0.4
Normal	495	19.8
Cesárea	1993	79.8
TOTAL	2498	100.0

Dos partos realizados nos hospitais de Maringá, 79,8% foram pela via abdominal (Tabela 1), índice muito acima dos limites propostos tanto pelos órgãos oficiais, quanto pela Organização Mundial de Saúde que sugere índices entre 10% a 15%, e também por pesquisadores da área que, analisando as ampliações das indicações, nas posições pélvicas e nas cesáreas interativas, concluíram que não se podem aceitar incidências maiores que 15% a 20%. (WORLD, 1985; CAMANO ; MATTAR, 1983)

Quando se analisa a distribuição do tipo de parto em cada um dos estabelecimentos

hospitalares onde ocorreram os nascimentos (Tabela 2), observa-se um comportamento distinto da assistência prestada ao parto. Embora todos apresentem taxas muito acima dos limites preconizados, observa-se que as maiores proporções encontram-se nos hospitais privados, que apresentaram índices muito semelhantes, chegando a 90% no hospital n.º 6, ocorrendo uma pequena diminuição na taxa para o hospital n.º 5, de caráter filantrópico, com 73.6%. A alta taxa encontrada no hospital filantrópico talvez se explique pela nova conduta adotada por esses hospitais após a implantação do SUS, muito semelhante à dos hospitais privados, com um grande número de Santas Casas, perdendo a classificação de hospitais filantrópicos.

O estabelecimento que apresentou a menor incidência foi o hospital n.º 7, de caráter público, onde 46,21% dos partos foram cesáreas, o único a ter 100% dos partos financiados pelos SUS. (Tabela 2).

Embora haja uma diferença significativa no número de cesáreas realizadas nos hospitais públicos privados, a proporção encontrada no hospital público não pode ser considerada adequada, mesmo considerando-se que este atende a uma demanda regional e de maior risco. Uma agravante na taxa de cesáreas encontrada no hospital n.º 7 é este estar vinculado ao ensino universitário e, portanto, ser uma instituição responsável pela formação de profissionais que estarão em futuro muito próximo no mercado de trabalho. Essa falta de oportunidade em acompanhar um parto normal entre estudantes da área de saúde tem sido um dos fatores que tem colaborado com o aumento da incidência de cesáreas.

Rattner (1996), examinando as taxas em estabelecimentos hospitalares no estado de São Paulo, encontrou percentuais mais acentuados entre os prestadores privados, havendo variações de 0 até valores próximos a 100%, sendo que a maioria apresentava-se acima de 50%. Entre os hospitais universitários, as variações foram de 78% para o ano de 1987 a 19% para 1992, mostrando uma tendência à queda das taxas nessas instituições. Entre os hospitais filantrópicos, apenas 33.9% apresentaram proporções menores de 80% de cesáreas no ano de 1993.

Tabela 2 - Distribuição do número e porcentagem dos partos hospitalares realizados no município de Maringá, segundo local de ocorrência do nascimento e tipo de parto – Maringá, PR, 1995.

Hospital	Normal		Cesárea		Fórceps		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Hosp. 1	69	10.3	602	89.7	0	0	671	100.0
Hosp. 2	63	19.9	251	79.4	2	0.6	316	100.0
Hosp. 3	42	18.9	179	80.6	1	0.4	222	100.0
Hosp. 4	72	15.8	382	83.8	2	0.4	456	100.0
Hosp. 5	180	26.0	509	73.7	2	0.3	691	100.0
Hosp. 6	1	10.0	9	90.0	0	0	10	100.0
Hosp. 7	68	51.5	61	46.2	3	2.3	132	100.0
TOTAL	495	19.8	993	79.8	10	0.4	2498	100.0

Ao ser analisada a distribuição dos partos hospitalares segundo tipo de parto e hora do nascimento, chama atenção a proporção de partos operatórios realizados no período

matutino (87,51%) e vespertino (81,3%) em relação aos realizados durante o período noturno (0 às 5 horas), 58,74% (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição do número e porcentagem dos partos hospitalares realizados no município de Maringá, segundo hora do nascimento, Escolaridade da mãe e tipo de parto – Maringá, PR, 1995.

Hora – Nascimento	Normais		Operatório		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
0 – 5	120	41.9	168	58.7	286	100.0
6 – 11	128	12.5	897	87.5	1025	100.0
12 – 17	111	18.5	490	81.5	601	100.0
18 – 23	79	46.5	91	53.5	170	100.0
Ignorados e Perdas	67	16.1	349	83.9	416	100.0
Escolaridade						
Nenhuma	17	48.6	18	51.4	35	100
1º Grau Incompleto	237	26.7	650	73.3	887	100
1º Grau Completo	97	16.6	488	83.4	585	100
2º Grau	92	14.3	553	85.7	645	100
Superior	41	12.6	285	87.4	326	100
Ignorados	21	100.0	14	70.0	20	100
TOTAL	505	20.2	1993	79.8	2498	100.0

Percebe-se que existe uma inversão dos valores. A grande maioria dos partos cirúrgicos foi realizada no período diurno e a dos partos normais no período da madrugada. Essas diferenças de proporções favorecem a hipótese de que as indicações das cesáreas teriam a influência da comodidade de uma intervenção programada por parte do profissional responsável pela assistência ao parto e também a própria opção da mulher.

A análise anterior se confirma quando é analisado outro fator importante como medida geral de condição econômica da mãe, o nível de escolaridade. A maior proporção de cesáreas foram das mães pertencentes ao nível de escolaridade 2º grau completo e superior, 85,74% e 87,42%, respectivamente (Tabela 3).

Em relação aos partos normais a relação é inversa, a proporção de partos normais é maior para as mães que não apresentaram nenhuma escolaridade e com 1º grau incompleto, com 48,57% e 26,72%, respectivamente. A existência de atendimento diferenciado, de acordo com o tipo de hospital, fonte de financiamento e escolaridade da mãe revela uma distorção na assistência prestada ao parto, que parece estar mais ligada a fatores extratécnicos, como os econômicos, do que às questões relacionadas à saúde do binômio mãe-filho.

Embora seja evidente pelos números encontrados e discutidos que a alta proporção de partos cirúrgicos não está fundamentada somente em indicações técnicas, podem ser levantadas algumas discussões importantes

quando se analisa a variável indicação clínica de cesáreas.

A distribuição encontrada (Tabela 4) é semelhante aos dados da literatura, dos quais as principais indicações se alternam entre cesárea de repetição, sofrimento fetal, anormalidades de contração uterina (distócias) e apresentação pélvica, ocorrendo uma discrepância de porcentagens apenas para a indicação cesárea por repetição, a menos justificável tecnicamente. Os índices para cesárea de repetição encontrados em estudos semelhantes variaram de 16,98% a 27,9% por sofrimento fetal e 14,55% a 17,9%, proporções bem menores do que as deste estudo. Nas indicações por apresentação pélvica, as variações foram de 5,1% a 30,5% e distócias 30,5% a 39,27%. (AMIRIKIAN; VANZ, 1981; VIGGIANO et al., 1983; MATHIAS, 1986; VALDEZ; MARTINEZ, 1990).

Das indicações encontradas, uma das mais preocupantes é a da cesárea de repetição, indiscriminadamente. Uma alternativa para diminuir as taxas de cesárea é a morte do aforisma, “uma vez cesárea sempre cesárea”. Neste estudo, se se considerar que um grande número de mulheres estava tendo seu primeiro filho e realizou cesárea a tendência é de aumento para os próximos anos.

As Complicações no Puerpério

Entre as pacientes estudadas, 201 apresentaram algum tipo de complicação puerperal (8,04%), das 505 pacientes cuja via de parto foi a vaginal o percentual foi de 5,15% e entre as que se submeteram à cesárea de 8,78%.

As complicações mais frequentes foram as retenções urinárias, as complicações anestésicas, as hemorragias pós-parto e as infecções puerperais (Tabela 5).

Quando comparadas as diferentes complicações com o tipo de parto, encontram-se com maior frequência nos partos cirúrgicos as retenções urinárias com 30,85%, seguidas das complicações anestésicas com 29,14%,

intercorrências comuns ao procedimento. As infecções puerperais aparecem em terceiro lugar (14,28%).

Para o parto normal, aparecem as hemorragias do pós-parto e lacerações do períneo, ambos com 26,92%, seguidos dos traumatismos obstétricos (19,23%) e infecções puerperais (11,54%).

Trabalhos que analisaram somente as complicações pós-cesáreas citam a infecção puerperal como a patologia mais frequente.

Damiian et al. (1992) asseveram que dos 120 casos de pacientes que desenvolveram endometrite em estudo realizado no México nos anos de 1990 a 1991, 90% tiveram seus partos resolvidos através da cesárea. Neste estudo, as infecções puerperais foram mais comuns nos partos cirúrgicos, mas em número inferior ao esperado, talvez pelo elevado uso de antibióticos psicoprofiláticos utilizados.

O desconforto respiratório representado pela membrana hialina e a taquipnéia transitória é a patologia que mais frequentemente acomete os RN, especialmente quando a gestação é interrompida prematuramente, com idade gestacional inferior a 37 semanas (COSTA et al, 1994).

A cesárea é um dos fatores que interferem no aparecimento da síndrome do desconforto respiratório.

Costa et al (1984) referiram maior incidência da síndrome em RNs nascidos de partos cirúrgicos, sendo que no estudo de Costa (1984) houve um incremento de 8% de casos de membrana hialina nas cesáreas eletivas.

No presente estudo, foram encontrados 85 casos de síndrome dos desconfortos respiratórios, representando uma frequência de 3,4% do total de nascimentos, sendo que a proporção nos partos cirúrgicos (3,64%) foi maior que a dos partos vaginais (2,97%), as diferenças no entanto não foram significativas contudo são menores do que as encontradas na literatura.

Tabela 4 - Distribuição do número e porcentagem dos partos cirúrgicos realizados no município de Maringá, segundo indicação clínica da cesárea – Maringá, PR, 1995.

Indicação clínica da cesárea	N.º	%
Parto único por cesariana (cesáreas repetidas - SOE) - (0.82)	717	35.9
trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal (S.F.AGUDO) - (CS.F. Crônico) - 0.68	304	15.3
Assistência prestada à mãe por desproporção conhecida ou suspeita (cefalo-pélvica, feto-pélvica, feto grande) - (0.33)	181	9.1
Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada do feto (pélvica, transversa, face) - (0.32)	126	6.3
Anormalidades da contração uterina (contrações inadequadas, tipo de parto irregular, atomia uterina, anormalidades não especificadas) - (0.62)	80	4.0
Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] com proteinúria significativa (pré-eclâmpsia moderada, grave e não especificada) - (0.14)	69	3.5
Ruptura prematura membranas (0.42)	50	2.5
Outras formas de obstrução do trabalho de parto (falha na tentativa de trabalho de parto não especificado, seguida cesárea) - (0.66)	29	1.5
Gestação múltipla - (0.30)	27	1.5
Placenta prévia - (0.44)	10	0.5
Hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa - (0.13)	9	0.5
Parto pré-termo - (0.60)	9	0.5
Gravidez prolongada - (0.48)	8	0.4
Descolamento prematuro placenta [abrupto placentae] - (0.45)	8	0.4
Todas as demais - (0.10; 0.36; 0.40; 0.63; 0.61; 0.66; 0.75)	25	1.2
Perdas e/ou ignorados	341	17.1
TOTAL	1993	100.0

Tabela 5 - Distribuição do número e porcentagem dos partos hospitalares realizados no município de Maringá, segundo tipo de complicações puerperais e tipo de parto- Maringá, PR, 1995.

Complicação puerperal	Parto Vaginal		Parto Cesárea	
Complicações do puerpério não especificadas em outra parte 060 (retenção urinária)	0	0	54	30,8
Complicações de anestesia durante o trabalho de parto e parto -074	1	3,8	51	29,1
Hemorragia do pós -parto- 072, 072.1	7	26,9	21	12,0
Outras infecções puerperais- 0.86 (infecção da incisão cirúrgica de origem obstétrica), 086,4	3	11,5	25	14,3
Infecção puerperal – 0.85 endometrite	3	11,5	13	7,4
Outros traumatismos obstétricos – 0.71 (ruptura do útero durante o trabalho de parto, laceração obstétrica do colo, lesão obstétrica aos órgãos pélvicos (bexiga), hematoma de períneo)	5	19,2	3	1,7
Laceração de períneo durante o parto	7	26,9	0	0
Complicações venosas no puerpério- 0.87 – Tromboflebite superficial no puerpério	0	0	6	3,4
Psicose puerperal- F.53.1	0	0	1	0,6
Embolia pulmonar de origem obstétrica – 0,88	0	0	1	0,6
TOTAL	26	100,0	175	100,0

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência ao parto no Brasil não está descolada do contexto do modelo de saúde hegemônico do país, orientado pela lógica de mercado, privilegiando as ações individuais, curativas, com uso abusivo da tecnologia e que ainda nega o acesso de determinada parcela da população do direito à saúde.

A elevada taxa de cesáreas encontrada nos serviços de saúde revela o quanto que a assistência ao parto se insere nessa lógica.

As diferenças existentes na realização dos partos cirúrgicos, de acordo com as categorias de financiamento hospitalar, escolaridade da mãe e horas de realização do procedimento, reforçam que a indicação tem muito mais a interferência da comodidade e remuneração dos profissionais do que as necessidades de saúde das mulheres e seus filhos.

A assistência ao parto no município, como no resto do país, tem se concentrado nas mãos do médico, que na maioria das vezes não tem disponibilidade de tempo para acompanhar a parturiente, e muitas vezes opta pela forma mais conveniente para a resolução do parto. A falta de enfermeiras obstetrias e de profissionais habilitados para acompanhar o trabalho de parto também colabora para a tomada de decisão e gera insegurança para as mães e os profissionais.

Ademais, a assistência pré-natal no município não privilegia a educação em saúde e as ações preventivas. Esse momento é considerado oportuno para se discutir com as gestantes suas ansiedades e dar a oportunidade a essas mulheres de desmistificar suas

fantasias e temores em relação ao parto. Acredita-se que desta forma a opção da mãe se daria de forma mais consciente.

A participação dos profissionais de saúde é fundamental para a transformação dessa prática vigente. Questiona-se como essa “cultura” da cesárea poderá ser modificada se os profissionais que estão sendo formados não estão tendo a oportunidade de vivenciar um parto normal.

Todavia, não se pode esperar uma melhoria da assistência ao parto isoladamente, acredita-se que só haverá mudança no padrão de atendimento se ocorrer a efetiva implantação do SUS e mudança real do modelo curativo para um que privilegie as ações preventivas.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde preocupado com alta incidência de cesáreas, com a mortalidade materna e a baixa qualidade de assistência ao parto no País, lançou alguns programas e diretrizes que interferissem neste quadro. O programa do parto humanizado é um deles, outra medida importante foi a definição de um teto percentual para o pagamento de cesáreas realizadas pelo SUS. Portanto um desafio para nós seria a realização de nova pesquisa para verificarmos se estas medidas serviram para estabilizar ou reduzir as taxas?, a redução tem se dado apenas nos partos do SUS, qual a interferência na saúde das mães e dos recém-nascidos?

A garantia de assistência humanizada ao parto orientada pelos direitos e baseada nas evidências científicas constitui uma importante estratégia na busca da promoção os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento tão especial de suas vidas.

CESAREAN SECTION: FREQUENCY, DECISIVE FACTORS, MATERNAL AND PERINATAL CONSEQUENCES

ABSTRACT

The present work discusses the high rate of surgical childbirths performed in the hospitals of Maringá – Paraná State, and the factors that influenced its accomplishment in the year of 1995. It characterizes the women's population that is being submitted to the abdominal childbirths and the most common complications in the puerperal period that result from such procedure. Using as source of data the system of information on live births and the hospital records, 2498 childbirths were studied. It was found a frequency of 79.8% of cesareans, 20.2% of vaginal deliveries and 0.4% deliveries accomplished with the forceps aid. The main clinical indications for the C-sections were for complicated labor, for fetal suffering and known or suspected cephalopelvic or fetuspelvic disproportion. The high incidence of cesareans and the larger proportion of surgical deliveries found in private patients with higher education that had the greatest number of prenatal consultations, and the fact that most of the C-sections were performed in the morning period point that non-technical reasons have been influencing in the high incidence of surgical childbirths. It was also found relationship between tubal ligation and surgical childbirths and inadequate use of antibiotic psychoprophylaxis. The most common intercurrent in the puerperal period was the postpartum hemorrhages and the infections. In the newborn, the most frequent intercurrent was the syndrome of the breathing discomfort.

Key words: Surgical childbirth. C-section incidence. C-section rate. Delivery attendance.

CESÁREAS: FRECUENCIA, FACTORES DETERMINANTES Y CONSECUENCIAS MATERNALES Y PERINATALES. MARINGÁ – PARANÁ

RESUMEN

El presente trabajo discute la elevada tasa de partos quirúrgicos realizados en los hospitales de Maringá, PR y los factores que influyeron en su realización el año 1995. Caracteriza la población de mujeres que están siendo sometidas a los partos abdominales y las complicaciones más comunes de ese procedimiento en el período puerperal. Fueron estudiados 2498 partos hospitalares, utilizando como fuente de datos el sistema de información sobre nacidos vivos y los prontuarios hospitalares. Se encontró una frecuencia de 79,8% de cesáreas, 20,2% de partos normales y 0,4% fueron realizados con el auxilio de fórceps. Las principales indicaciones clínicas de las cesáreas fueron por repetición seguida por el trabajo de parto complicado por sufrimiento fetal y desproporción conocida o sospechada (desproporción céfalo-pélvica o feto-pélvica). La alta incidencia de cesáreas y la proporción mayor de partos quirúrgicos encontradas en las pacientes particulares, con mayor escolaridad que realizaron el mayor número de consultas durante el prenatal y la realización de la mayoría de las cesáreas en el período matutino apuntan que factores no técnicos tienen influenciado en la alta incidencia de partos quirúrgicos. Fue encontrada también relación entre la realización de laqueadura y partos quirúrgicos y utilización inadecuada de antibióticos psicoprofiláticos. Las intercorrencias más comunes en el período puerperal fueron las hemorragias pos-parto y las infecciones. En los recién nacidos, el intercorrencia más frecuente fue el síndrome de incomodidad respiratorio.

Palabras Clave: Parto quirúrgico. Incidencia de cesáreas. Tasa de cesáreas. Asistencia al parto.

REFERÊNCIAS

- AMIRIKIAN, H. Z. B.; EVANS, T. N. Cesarean sections a 15 years review of changing incidence, indication and risk. *American Journal Obst. Gynecol.* p. 139-81, 1981.
- CAMANO, L.; MATTAR, R. Reflexão sobre a incidência da cesárea. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 155-59, jul./ago. 1983.
- CAMARANO, A. A. et al. Século XXI a quantas andará a população brasileira? In: **Prioridades e perspectivas de políticas públicas para a década de 90**. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.
- CASTILHO, J. D. et al. Via del parto em pacientes com antecedentes de cesárea. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*. v. 10, n. 1, p. 65-82. Jan./mar. 1989.

- CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo), 1998. El nacimiento por cesarea hoy. **Salud Perinatal**, 3: 101-108.
- COSTA, C. F. F. et al Aspectos controversos da operação cesariana. **Feminina**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 544-51, jun. 1994.
- DAMIAN, R. F. et al. Experiencia del manejo de la endometritis en el Instituto Nacional de Perinatología (INPEE). **Ginecología y Obstetricia de México**, México, v. 60, p. 272-6, oct. 1992.
- FERRAZ, R. C. F. A medicalização da infância e da mulher no século XVII, o discurso da Encyclopédie sobre a infância e as mães: **Femina**, v. 21, n. 17, p. 714-26, jul. 1993.

MATHIAS, L. et. al. Indicações clínicas e obstétricas da cesárea em hospital escola Jundiaí (SP). **Rev. Paul. Med.**, São Paulo, v. 104, n. 3, p. 175-5, mai./jun. 1986.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Dados preliminares do SINASC para nascidos vivos. 1995.** Curitiba: SSBES, 1996.

RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996.

REZENDE, J. e MONTENEGRO, C. A. B. Conceitos, propósitos e súmulas históricas. In: _____. **Obstetrícia Fundamental**. 5a.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, p. 1-18.

REZENDE, J. Conceitos, propósitos e súmulas. In: _____. **Obstetrícia**. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

TANAKA, A.C. d' A. O parto. In: _____. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**, São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 83-101.

VALDES, R. L.; MARTINEZ, L. D. P. Analisis de la indicacion de cesarea ensino um centro de manejo activo del parto. **Rev. Chilena Obstet. Ginecol.**, v. 1, n. 55, p. 10-6, 1990.

VIGGIANO, M. G. C. et al. Cesariana: incidência, indicação e morbi-mortalidade materno-fetal durante 10 anos na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes. **J. Bras. Ginec.** v. 93, n. 3, p. 165-70, maio/jun. 1983.

WORLD, HEALTH ORGANIZATION, Appropriate technology for birth. **Lancet**, n. 2, p. 436-7, 1985.

Endereço para correspondência: Regina Lúcia Dalla Torre Silva. Endereço: UEM. Av Colombo, 5790. CEP: 87020-900. E-mail: rldtorre@uem.br.