



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ANA CAROLINA DE SOUZA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:  
FATORES INFLUENCIADORES E PERCEPÇÕES DA  
MULHER**

---

Londrina  
2020

ANA CAROLINA DE SOUZA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:  
FATORES INFLUENCIADORES E PERCEPÇÕES DA  
MULHER**

Exame de Defesa/ Dissertação apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Catia Campaner Ferrari Bernardy.

Londrina  
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

A532 SOUZA, ANA CAROLINA .  
PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA: FATORES INFLUENCIADORES E PERCEPÇÕES DA MULHER / ANA CAROLINA SOUZA. - Londrina, 2020.  
65 f.

Orientador: CATIA CAMPANER FERRARI BERNARDY .  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.  
Inclui bibliografia.

1. PARTO VAGINAL - Tese. 2. CESÁREA - Tese. 3. ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - Tese. 4. NASCIMENTO VAGINAL APÓS CESÁREA - Tese. I. CAMPANER FERRARI BERNARDY , CATIA . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

ANA CAROLINA DE SOUZA

**PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA:**  
FATORES INFLUENCIADORES E PERCEPÇÕES DA MULHER

Exame de Defesa/ Dissertação apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Catia Campaner  
Ferrari Bernardy  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Adriana Valongo Zani  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Silvana Regina R. Kissula Souza  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Londrina, 26 de Março de 2020.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus**, por sempre tornar os meus sonhos possíveis. Pela força e coragem para enfrentar esse desafio em meio a tantos outros enfrentados ao mesmo tempo.

A minha avó **Lourdes Honorato S. Souza** pelas orações diárias, por ter me criado e educado, sempre me oferecendo tudo que estava em seu alcance.

A minha orientadora Profa. Dra. **Catia Campaner Ferrari Bernardy**, pela persistência, paciência, incentivo, compreensão, apoio e transmissão de conhecimento e sabedoria.

Aos meus amigos **Alessandra Carla D. Milan, Eduardo Aparecido Milan e Thomaz Eduardo D. Milan** por tudo que fizeram e fazem por mim, por tornarem meus dias melhores, pelo apoio incondicional e incentivo diário.

As minhas amigas **Gabriela Curan, Camila Hellen Oliveira e Maria Rita Silva** pelo incentivo, orações e por não me deixar desanimar.

Aos meus afilhados **Samuel Moura Souza e Benjamin Moura Souza** por me fazer sorrir até mesmo nos momentos de dificuldades.

As professoras Dr(a) **Adriana ValongoZani, Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari e Deise Serafin** por aceitarem o convite para participar da banca examinadora e contribuir para o aprimoramento científico deste produto.

A professora **Thelma Malagutti Sodré** pelo apoio e aten o nesta reta final.

As integrantes do grupo de pesquisa **Inova es Tecnológicas, Terapias Integrativas e Complementares em Saúde**, por compartilharem experiências acad micas, colaborando e incentivando minha jornada científica.

A **turma de mestrado 2018**, em especial as minhas amigas **Danielli Rafaeli Pedro, Ludmilla Laura Miranda e Patrícia Januário** pela convivência no decorrer desses dois anos e por todo o apoio. Durante as disciplinas e seminários aprendi a admirar cada uma de vocês.

A todos que, direta ou indiretamente, me apoiaram nesta jornada.

*“Para mudar o mundo, primeiro é preciso  
mudar a forma de nascer.”*

*(Michel Odent)*

SOUZA, Ana Carolina. **Parto vaginal após cesárea: fatores influenciadores e percepções da mulher.** 2020. 66 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

## RESUMO

**Introdução:** As altas taxas de cesáreas no Brasil se tornaram um problema de saúde pública, ressaltando que sua realização sem indicação traz riscos desnecessários para o binômio materno-infantil e eleva os custos do sistema de saúde. O parto vaginal após cesárea é considerado uma opção segura e factível para muitas mulheres, contribuindo com a diminuição das taxas de cesarianas desnecessárias. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados à via de parto em mulheres com cesárea anterior, e compreender a experiência da mulher que vivenciou um parto vaginal após uma cesárea. **Método:** Este estudo teve como abordagem o método misto. Os dados quantitativos foram coletados primeiro e os resultados obtidos orientaram a coleta dos dados qualitativos, o presente estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica desenvolvida em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná: Foz do Iguaçu, Cascavel e Londrina. O período do desenvolvimento do estudo foi de junho de 2017 a outubro de 2019. A coleta de dados quantitativos foi realizada com 238 mulheres, esse número de participantes foi estabelecido por meio de cálculo amostral dos números de partos realizados nas maternidades em estudo no ano anterior. Utilizou-se questionário semi-estruturado em entrevistas realizadas no pós-parto imediato durante internação na maternidade e análise do Cartão da Gestante e da Criança. Os dados foram processados e analisados no Software Estatístico SPSS 2.0. O teste de qui-quadrado foi aplicado, e para as relações que apresentaram o  $p \geq 0,20$ , o teste de regressão Logística Binária foi aplicado. Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas em visita domiciliar agendadas previamente. Em relação a este estudo, o emprego de agendamento das entrevistas por meio telefônico viabilizou o desenho misto da pesquisa, pois as participantes da etapa qualitativa foram definidas a partir dos resultados quantitativos. A entrevista teve como questão norteadora: Como foi para você a experiência de ter um parto vaginal após uma cesárea? Foram realizadas 12 entrevistas, os dados foram submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin. O município de Londrina foi sede da pesquisa, desta forma, a aprovação ética foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina. **Resultados:** Foram apresentados em dois estudos. Os resultados indicaram que as mulheres com cesárea prévia são submetidas a uma nova cesárea antes de serem colocadas a prova de trabalho de parto e que ter uma cesárea anterior é um fator de risco para que a mulher seja submetida a uma nova cesárea. Foi possível evidenciar que as mulheres relataram preferência pela via de parto vaginal devido à recuperação mais rápida e a independência para cuidar do bebê. Apesar da dor do trabalho de parto ter sido muito referida, as mulheres relataram que a dor é minimizada logo após o nascimento e primeiro contato com o filho. **Conclusão:** As características e as condições obstétricas das mulheres submetidas à cesárea de repetição permitem uma reflexão sobre a prática profissional e tomada de decisão desses profissionais, fazendo-se necessário novos modelos de assistência ao parto.

**Palavras-chave:** Prova de trabalho de parto. Cesárea. Parto normal. Nascimento vaginal após cesárea. Enfermagem Obstétrica.

SOUZA, Ana Carolina. **Vaginal delivery after cesarean section: influencing factors and women's perceptions.** 2020. 66 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2020.

## ABSTRACT

**Introduction:** The high rates of cesarean sections in Brazil have become a public health problem, emphasizing that their performance without indication brings unnecessary risks to the mother-child binomial and raises the costs of the health system. Vaginal delivery after cesarean section is considered a safe and feasible option for many women, contributing to the reduction of unnecessary caesarean rates. **Objective:** To evaluate factors related to the mode of delivery in women with previous cesarean section, and to understand the experience of the woman who experienced a vaginal delivery after a cesarean section. **Method:** This study approached the mixed method. Quantitative data were collected first and the results obtained guided the collection of qualitative data, the present study is part of a multicenter research carried out in three Health Regions in the State of Paraná: Foz do Iguaçu, Cascavel and Londrina. The period of development of the study was from June 2017 to October 2019. Quantitative data collection was performed with 238 women, this number of participants was established by means of a sample calculation of the number of deliveries performed in the maternity units under study in the previous year. . A semi-structured questionnaire was used in interviews carried out in the immediate postpartum period during hospitalization in the maternity ward and analysis of the Pregnant and Child Card. The data were processed and analyzed using SPSS 2.0 Statistical Software. The chi-square test was applied, and for the relations that presented  $p \geq 0.20$ , the Binary Logistic regression test was applied. Qualitative data were collected through interviews in previously scheduled home visits. In relation to this study, the use of scheduling interviews by telephone made possible the mixed design of the research, since the participants of the qualitative stage were defined based on the quantitative results. The interview had the guiding question: How was the experience of having a vaginal delivery after a cesarean section for you? 12 interviews were carried out, the data were submitted to content analysis according to Bardin. The city of Londrina was the site of the research, thus, ethical approval was obtained by the Research Ethics Committee Involving Human Beings (CEP / UEL) of the State University of Londrina. **Results:** They were presented in two studies. The results indicated that women with a previous cesarean are submitted to a new cesarean section before being tested for labor and that having a previous cesarean is a risk factor for the woman to be submitted to a new cesarean. It was possible to show that women reported a preference for the vaginal delivery route due to faster recovery and independence to care for the baby. Although the pain of labor was widely reported, women reported that pain is minimized shortly after birth and first contact with the child. **Conclusion:** The characteristics and obstetric conditions of women submitted to repetitive cesarean section allow a reflection on the professional practice and decision making of these professionals, making new models of childbirth assistance necessary.

**Descriptors:** Proof of labor. Cesarean section. Normal birth. Vaginal birth after cesarean section. Obstetric Nursing.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Aspectos sociodemográficos e econômico das puérperas. Paraná, 2017.....	19
<b>Tabela 2</b>	Condições maternas segundo as variáveis na admissão hospitalar. Paraná, 2017 .....	20
<b>Tabela 3</b>	Boas práticas de atenção ao parto. Paraná, 2017. ....	21
<b>Tabela 4</b>	Associação entre a indicação para cesárea do obstetra (variável dependente) e a indicação de cesárea (variável independente) segundo as recomendações. Paraná, 2017.....	23
<b>Tabela 5</b>	Análise de regressão logística binária para o tipo de parto realizado e doenças na gestação. Paraná, 2017 .....	24
<b>Tabela 6</b>	Doenças desenvolvidas na gestação atual. Paraná, 2017.....	25

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Síntese do desenho do estudo.....	14
-----------------	-----------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF	Batimento Cardiofetal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPG	Programas de Pós-Graduação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VBAC	Vaginal birfh after cesarian

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>ESTUDO 1</b> .....	15
2.1	INTRODUÇÃO .....	16
2.2	MÉTODO .....	17
2.3	RESULTADOS .....	18
2.4	DISCUSSÃO .....	25
2.5	CONCLUSÃO .....	31
<b>3</b>	<b>ESTUDO 2</b> .....	35
3.1	INTRODUÇÃO .....	35
3.2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	37
3.3	RESULTADOS .....	38
3.4	DISCUSSÃO .....	41
3.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
	<b>APÊNDICES</b> .....	52
	APÊNDICE A Formulário de entrevistas com questão norteadora .....	53
	<b>ANEXOS</b> .....	54
	ANEXO A Instrumento de coleta de dados .....	55
	ANEXO B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	61
	ANEXO C Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....	63

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A temática saúde materna e infantil tem sido discutida e pesquisada no Brasil, sobretudo visando os índices de mortalidade. O nascimento de um filho deve ser um momento de celebração e prazer, portanto indicadores perinatais assim como a experiência vivenciada pelas mulheres, revelam uma realidade preocupante num cenário desafiador (GOMES, 2014).

As altas taxas de cesáreas se tornou um problema de saúde pública, ressaltando que sua realização sem indicação trás riscos desnecessários para o binômio materno-perinatal e eleva os custos do sistema de saúde (SARAIVA; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Desde 1985, governos e profissionais de saúde tem se preocupado com o aumento das taxas de cesáreas e seu impacto sobre a saúde materna e infantil, pois taxas populacionais de cesarianas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (WHO, 2015).

No entanto, a World Health Organization (2015) considera a cesárea uma estratégia para salvar vidas de mães e bebês quando bem indicada. Do ponto de vista clínico, a indicação de uma cesárea deve ser em situações de risco sendo recomendada sua realização o mais próximo possível do início do trabalho de parto (RATTNER; MOURA, 2016).

Conforme a literatura, as principais indicações de cesárea baseadas em evidências são: herpes ativo no momento do trabalho de parto; tumores que impeçam a progressão da apresentação fetal; distócias, desproporção céfalo-pélvica, macrossomia fetal, apresentação pélvica; gemelaridade (considerando a idade gestacional e apresentação); infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (a depender da carga viral e de condições ligadas ao trabalho de parto); acretismo placentário; placenta prévia central; prolapso de cordão umbilical; sofrimento fetal agudo e descolamento prematuro de placenta se a cesariana for à via de parto mais rápida e *vasa previa* (CÂMARA *et al.*, 2016; CARNEIRO *et al.*, 2015; CONITEC, 2016; MYLONAS; FRIESE, 2015; AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

As cesáreas sem indicação médica estão relacionadas a um maior risco de morbidade e mortalidade materna, infecção puerperal, prematuridade e mortalidade neonatal. Este procedimento também é mais oneroso ao sistema de saúde (NOVO *et al.*, 2017).

O aumento das taxas de cesáreas no Brasil, ocorreu a partir da década de

1970, com origem no respeito à autonomia da mulher e seu novo papel na família e na sociedade, contribuindo na sua escolha de via de parto (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

A cesárea a pedido materno, em sua maioria se justifica pela falta de informação sobre o processo do parto, destacando o medo, antecedentes negativos, crenças e protocolos hospitalares. Outro fator avaliado pelas mulheres que possuem a opção de escolha da via de parto é a insegurança de terem lesões perineais em órgãos vizinhos como útero e bexiga ou lesão da pelve, que podem levar ao prolapso genital ou incontinência urinária quando submetidas ao parto vaginal (SABATINO, 2014; COPELLI *et al.*, 2015).

Outro fator que contribui para o alto índice de cesáreas eletivas no Brasil está associado à adequação de agendas entre obstetras e gestantes, e a relativa praticidade do procedimento cirúrgico (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Aproximadamente 43,0% das gestantes no setor privado relataram em um estudo realizado em São Paulo, que preferiam cesárea devido a influência de uma cesariana anterior. Em contrapartida, mulheres que tiveram a experiência de um parto vaginal previamente, apresentaram menor possibilidade de optarem por cesárea (FREITAS; FERNANDES, 2016).

Observa-se uma preferência por cesárea já no início da gestação em mulheres atendidas no setor público sendo 29,2% multíparas e 15,4% em nulíparas. Entretanto, no setor privado, os números são ainda maiores 36,1% em primíparas e 58,8% em multíparas. Como resultado, há um aumento no número de cesáreas realizadas em primíparas no setor privado (LEAL *et al.*, 2014).

Neste mesmo cenário, contribuindo para as altas taxas de cesárea está a presença de cesárea prévia. No entanto, o parto vaginal após cesárea também referida pela sigla inglesa VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean* é considerado uma opção segura para muitas mulheres, chegando a 90% o índice de sucesso na presença de acompanhamento médico adequado e vigilância fetal (LAVADO *et al.*, 2016). Assim, o parto vaginal após cesárea (VBAC) é uma alternativa segura, e factível para diminuição de taxas de cesáreas desnecessárias (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Para que haja uma redução de cesáreas é preciso promover o resgate do protagonismo da mulher no processo de parir, para isso faz-se necessário capacitar futuros profissionais para adoção das boas práticas de atenção ao parto e

nascimento. A implementação de evidências científicas pode favorecer na mudança do modelo obstétrico diminuindo intervenções desnecessárias e tornando a assistência mais humanizada (COPELLI *et al.*, 2015).

Enfatiza-se que discutir isoladamente a taxa de cesárea sem levar em consideração a população obstétrica assistida não faz sentido. E, para que haja redução no número de cesáreas a longo prazo, indica-se evitar a primeira cesárea e permitir o início espontâneo do trabalho de parto (ALMEIDA *et al.*, 2014).

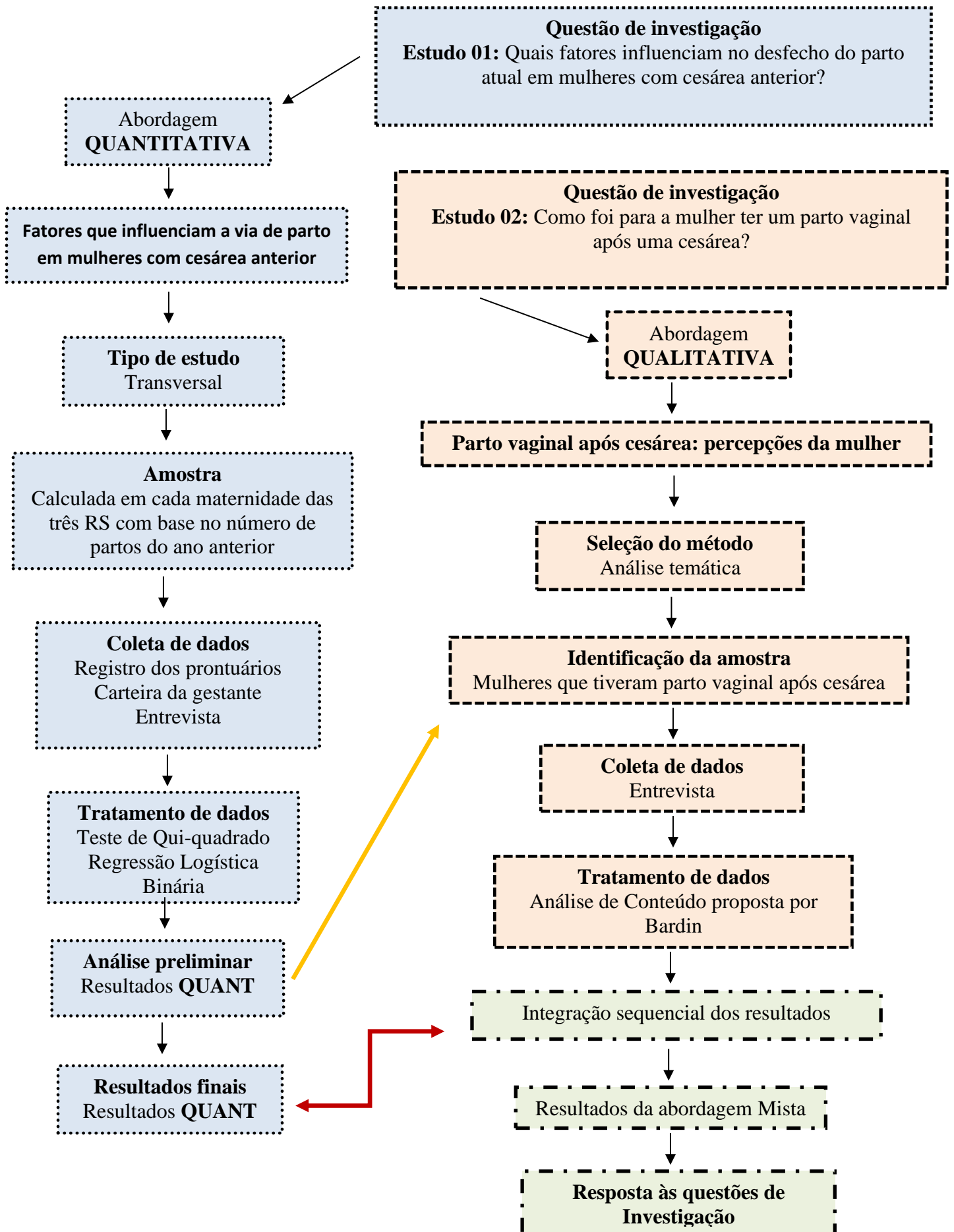
A OMS recomenda o Sistema de Classificação de Dez Grupos de Robson como instrumento padrão para monitorar as indicações das cesáreas, a expectativa é melhorar estas indicações e avaliar a efetividade de estratégias para redução da taxa de cesárea melhorando a qualidade da assistência e dos dados. Esta classificação subdivide os grupos segundo características obstétricas como: histórico obstétrico, estabelecimento do trabalho de parto, posição fetal, número de filhos e idade gestacional (WHO, 2015; VOGEL *et al.*, 2015).

Como estratégia para redução de taxas de cesárea o Ministério da Saúde lançou em 2016 o protocolo Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, tendo como objetivo promover a mudança na prática clínica, padronizar o cuidado na assistência ao parto vaginal; diminuir condutas sem justificativa no processo do nascimento; reduzir intervenções sem indicações; melhorar as informações para a tomada de decisão das mulheres quanto aos tipos de partos, e trabalhar com práticas baseadas em evidências (BRASIL, 2016).

Diante da problemática incidência de cesáreas no país e a necessidade de promover um novo modelo de atenção ao parto, esta pesquisa norteou-se por duas questões de investigação (Figura 1), o que resultou em dois estudos.

Esta dissertação faz parte da pesquisa multicêntrica denominada Rede Mãe Paranaense na Perspectiva da Usuária: o Cuidado da Mulher no Pré-natal, Parto, Puerpério e da Criança, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), com parecer nº 2.053.304.

Figura 1 – Síntese do desenho do estudo. Londrina, 2020.



## 2. ESTUDO 1

### FATORES QUE INFLUENCIAM A VIA DE PARTO EM MULHERES COM CESÁREA ANTERIOR

#### RESUMO

**Introdução:** As altas taxas de cesáreas no Brasil são consideradas um problema de saúde pública, pois aumentam a morbimortalidade materna e perinatal. Uma estratégia eficaz para a redução dessas taxas é o parto vaginal após cesárea. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados à via de parto em mulheres com cesárea anterior. **Método:** Estudo transversal, quantitativo, parte de uma pesquisa multicêntrica desenvolvida em três Regionais de Saúde do Estado do Paraná, entre junho e dezembro de 2017. Compuseram a amostra 238 puérperas, com pelo menos uma cesárea anterior. Os dados foram obtidos por meio de registros nos prontuários da puérpera, Carteira de Saúde da Gestante, e entrevistas realizadas durante a internação no alojamento conjunto. Os dados foram processados e analisados no Software Estatístico SPSS 2.0. **Resultados:** Das 238 participantes, apenas 39 (16,3%) tiveram um parto vaginal e 199 (83,7%) tiveram cesárea de repetição. As mulheres que tiveram parto vaginal assim como as que foram submetidas a cesárea (81,2% e 95,3%, respectivamente) realizaram pré-natal e não havia desenvolvido nenhuma doença durante a gestação (56,1%). As mulheres submetidas à cesárea foram internadas fora da fase ativa do trabalho de parto e não foram submetidas à indução de parto. As mulheres que realizaram parto vaginal não tinham indicação para a cesárea, contudo, dentre as que foram submetidas à cesárea, apenas 38,3% tinham indicação para o procedimento ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** As mulheres que tiveram indicação de cesárea por terem sido submetidas a uma cesárea anterior têm maior probabilidade de não ter uma indicação desse procedimento conforme as recomendações científicas.

**Descritores:** Prova de trabalho de parto. Cesárea. Parto normal. Nascimento vaginal após cesárea. Assistência ao parto.

## 2.1 INTRODUÇÃO

As altas taxas de cesárea se tornaram um problema de saúde pública (SARAIVA; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017), e a utilização desse procedimento pode elevar a taxa de morbimortalidade materna e perinatal. Estratégias para reduzir o número de cesáreas desnecessárias tem apresentado pouco sucesso a nível mundial (BETRÁN *et al.*, 2018).

No Brasil o percentual de cesáreas tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas, chegando a 80% no setor privado e 30 % no setor público (VIANA *et al.*, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a proporção ideal de cesáreas seria 10% a 15% para risco habitual e 30 % para alto risco, não havendo justificativas para o aumento desses índice(WHO, 2015; NOVO *et al.*, 2017).

Em 2015, a OMS padronizou de forma global o sistema de classificação de Robson para avaliar, controlar e comparar as taxas de cesárea (WHO, 2015). Os 10 grupos de Robson criado em 2001 pelo médico Irlandês Michael Robson, baseia-se nas características da gestante e sua gestação, assim como na conduta frente ao trabalho de parto e a não indicação à cesárea (VERISSIMO *et al.*, 2013).

Considerado um dos países com a maior taxa de cesarianas no mundo, o Brasil apresenta tendência de aumento, devido a vários fatores como: o perfil obstétrico, recursos tecnológicos e humanos disponíveis, protocolos clínicos de conduta, e a cultura de cesárea no país (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Tanto no Brasil como em outros países a escolha das mulheres pela cesárea é um dos motivos para o aumento das taxas deste procedimento cirúrgico. Um estudo realizado em São Paulo apresenta uma proporção de preferência pela cesárea de 15,6%, sendo esse valor mais elevado em mulheres com cesárea prévia (29,4%) (DOMINGUES *et al.*, 2014). Esta preferência pela via de parto pode estar relacionada ao medo e a angústia das parturientes pelo parto normal, pois acreditam que a cesárea é mais segura, devido a cultura que mistifica o processo de parto e nascimento (VIANA *et al.*, 2018).

Como agravante desse cenário, existe uma propensão dos médicos obstetras por realizarem partos por via abdominal em mulheres com cesárea prévia, considerando como principal risco a ruptura uterina (SOUZA *et al.*, 2015).

O parto vaginal após cesárea também conhecido pela sigla inglesa VBAC - *Vaginal Birth After Cesarean* é considerado uma escolha segura para muitas

gestantes, sendo uma estratégia para a redução da taxa de cesárea. Uma vez que, a prova de trabalho de parto em parturientes com cesárea prévia tem índice de sucesso de 60% a 90% (LAVADO *et al.*, 2016). Tradicionalmente, a cesárea era considerada a única opção para mulheres com antecedentes de cesárea. Contudo, estudos têm mostrado que o VBAC quando bem conduzido tem menor taxa de morbidade e mortalidade materna quando comparado com a cesariana de repetição (REZAI, 2016; MADI *et al.*, 2013).

Neste cenário, o presente estudo tem como objetivo: Avaliar os fatores relacionados à via de parto em mulheres com cesárea anterior.

## 2.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa desenvolvido em municípios de três Regionais de Saúde (RS) do Estado do Paraná: 9ª RS de Foz do Iguaçu, 10ª RS de Cascavel e 17ª RS de Londrina. Esse estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulada “Rede Mãe Paranaense na Perspectiva da Usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”.

A amostra da população estudada foi calculada em cada maternidade das três RS com base no número de partos do ano anterior, considerando-se: N o tamanho (número de elementos) da população; n tamanho (número de elementos) da amostra;  $n_0$  uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; e E0 erro amostral tolerável (BARBETTA PA, 2012), tendo-se a seguinte fórmula:  $n_0 = 1 / E0^2$  (5% = 400). Considerou-se uma margem de erro da pesquisa de 5%, e o nível de confiança de 95%. Desta forma, compuseram a amostra do estudo multicêntrico 1.270 mulheres, sendo elegíveis para o presente estudo 238, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: multíparas com pelo menos uma cesárea anterior. Excluiu-se as mulheres que tiveram filhos natimorto na gestação atual, ou que apresentaram comprometimento do estado cognitivo.

Foram analisadas as seguintes variáveis: aspectos sócio-demográficos e econômicos, antecedentes obstétricos, características clínicas relacionadas à gestação, condições maternas na admissão hospitalar, doenças na gestação, aspectos relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto, utilização das boas práticas na assistência ao parto e indicações do obstetra para realização de cesárea Conforme a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS- CONITEC.

Os dados foram obtidos por meio de registros nos prontuários da puérpera, Carteira de Saúde da Gestante, e entrevistas realizadas durante a internação para o preenchimento de dados que não constavam nos documentos. Foi utilizado um questionário semi estruturado elaborado pelas pesquisadoras do estudo multicêntrico. O instrumento era composto por 288 questões, porém, para o presente estudo foram utilizadas 37, que respondiam ao objetivo proposto. O período de coleta de dados foi entre junho e dezembro de 2017.

Inicialmente foi realizada a análise exploratória dos dados. O teste de Qui-quadrado foi aplicado com o objetivo de verificar as possíveis associações entre as variáveis independentes e dependentes. Para as relações que apresentaram o  $p \geq 0,20$ , o teste de Regressão Logística Binária foi aplicado. Os dados foram processados e analisados no Software Estatístico SPSS 2.0. O nível de significância estatística adotado foi de  $p < 0,05$  para todas as inferências.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina, parecer: n<sup>o</sup> 2.053.304 e foi norteada pelos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16.

### 2.3 RESULTADOS

Das 238 mulheres entrevistadas 39 (16,3%) tiveram parto vaginal atual e 199 (83,7%) foram submetidas à cesárea de repetição, sendo que 52,9% destas haviam tido apenas uma cesárea anterior. A idade variou entre 25 e 39 anos (69,1%), a cor da pele predominante foi a branca (61,4%), e o grau de escolaridade prevalente foi o ensino médio completo (37,0%) e o ensino fundamental incompleto (24,4%). Em relação à ocupação, um pouco mais da metade das gestantes (55,8%) exerciam atividades não remuneradas e 46,4% possuíam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (Tabela 1). É importante salientar que algumas informações não estavam disponíveis no banco de dados, por isso o n se torna flutuante nas diferentes variáveis.

**Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos e econômico das puérperas. Paraná, 2017.**

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Idade (n=236)</b>	
18-24 anos	67 (28,4)
25-39 anos	163 (69,1)
40-59 anos	6 (2,5)
<b>Raça/cor (n=233)</b>	
Branca	143 (61,4)
Negra	15 (6,4)
Amarela	1 (0,4)
Parda	72 (30,9)
Indígena	2 (0,9)
<b>Escolaridade (n=238)</b>	
Sem escolaridade	1 (0,4)
Fundamental completo	27 (11,3)
Fundamental incompleto	58 (24,4)
Médio completo	88 (37,0)
Médio incompleto	41 (17,2)
Superior completo	13 (5,5)
Superior incompleto	10 (4,2)
<b>Ocupação (n=233)</b>	
Remunerada	103 (44,2)
Não remunerada	130 (55,8)
<b>Renda (n=222)*</b>	
Sem renda	3 (1,4)
<1 salário mínimo	21 (9,5)
1-2 salários mínimos	103 (46,4)
3-4 salários mínimos	78 (35,1)
>4 salários mínimos	17 (7,7)

Fonte: O próprio autor, 2019.

\*Cálculo da renda baseado no ano de 2017, em que foi realizado o estudo.

Na análise das variáveis referentes às condições fisiológicas maternas na admissão hospitalar, (84,4%) das mulheres submetidas ao parto vaginal e cesárea (87,9%) não apresentou alterações de sinais vitais. A ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) durante o pré-parto foi realizado, mas não de forma sistemática, pois esta prática esteve presente em 78,8% dos partos vaginais e em 92,7% das cesáreas. O exame de cardiotocografia foi realizado em 84,6% das mulheres que tiveram parto vaginal, e em 79,7% das que foram submetidas a cesárea, no entanto, há de se considerar a limitação de que a pesquisa envolve maternidades de risco habitual, intermediário e alto risco.

Maior frequência de membrana íntegra foi observada para ambas as condições 76% e 84,5% respectivamente para parto vaginal e cesárea. A dinâmica uterina foi inevitavelmente presente em 100% das mulheres submetidas ao parto

vaginal e ausente em 70,3% das submetidas à cesárea. Poucas mulheres apresentaram sangramento vaginal espontâneo na admissão, este evento esteve presente em 28,1% das mulheres que realizam parto vaginal, e 6,7% das mulheres submetidas à cesárea, vale salientar que este sangramento esteve relacionado às modificações fisiológicas do colo uterino. O líquido amniótico claro esteve presente com maior frequência em ambas às vias de nascimento, 80% no parto normal espontâneo e 86,9% nas cesáreas (Tabela 2).

**Tabela 2** - Condições maternas segundo as variáveis na admissão hospitalar. Paraná, 2017.

Variáveis	Tipo de parto n (%)		p (x <sup>2</sup> )
	Vaginal	Cesárea	
<b>Alteração dos sinais vitais (n=197)</b>			
Sim	5 (15,6)	20 (12,1)	0,799
Não	27 (84,4)	145 (87,9)	
<b>Ausulta BCF pré-parto (n=212)</b>			
Sim	26 (78,8)	166 (92,7)	0,23
Não	7 (21,2)	13 (7,3)	
<b>Cardiotocografia (n=184)</b>			
Sim	22 (84,6)	126 (79,7)	0,75
Não	4 (15,4)	32 (20,3)	
<b>Dinâmica uterina (n=163)</b>			
Presente	25 (100,0)	41 (29,7)	<0,001
Ausente	0 (0,0)	97 (70,3)	
<b>Estado das membranas (n=173)</b>			
Íntegra	19 (76,0)	125 (84,5)	0,44
Rota	6 (24,0)	23 (15,5)	
<b>Sangramento vaginal (n=195)</b>			
Sim	9 (28,1)	11 (6,7)	<0,001
Não	23 (71,9)	152 (93,3)	
<b>Líquido amniótico (n=137)</b>			
Claro	24 (80,0)	93 (86,9)	0,30
Meconial	6 (20,0)	12 (11,2)	
Hemático	0 (0,0)	2 (1,9)	

Fonte: O próprio autor, 2019.

As boas práticas de atenção ao parto estiveram presentes, 12% das mulheres que tiveram o parto vaginal receberam banho morno para relaxamento,

enquanto 66% das que realizaram cesáreas, mas que entraram em trabalho de parto, não tiveram esta oportunidade como promoção de conforto. Para ambos os grupos, parto vaginal (13%) e cesárea com trabalho de parto inicial (75%), a bola ou assento ativo não foi uma estratégia utilizada na promoção de movimentação da parturiente.

Ainda no contexto da valorização do parto fisiológico, apenas 15,7% das mulheres que realizaram parto vaginal e 3,5% das que realizaram cesáreas com trabalho de parto inicial receberam a prática de massagem para alívio da dor. Para ambas as vias de parto, a maior parte das mulheres não receberam outros métodos não farmacológicos para alívio da dor. Quanto à presença do acompanhante no pré-parto (75,6%) e (63%) das mulheres que teve parto vaginal e cesárea respectivamente estavam acompanhadas por um representante de sua rede social. Foi possível observar a restrição alimentar durante o trabalho de parto, pois somente 58,5% das mulheres que realizaram parto vaginal e 9% das que foram submetidas a cesárea com trabalho de parto inicial receberam líquidos durante este período, e apenas 19,5% das mulheres que tiveram parto vaginal e 3,4% das que foram submetidas a cesárea recebem alimentos leves(Tabela 3).

**Tabela 3 – Boas práticas de atenção ao parto. Paraná, 2017.**

Variáveis	Tipo de parto realizado n (%)		p (x <sup>2</sup> )
	Normal espontâneo	Cesárea	
<b>Banho de relaxamento (n=209)</b>			
Sim	25 (64,1)	32 (18,8)	<0,0001
Não	14 (35,8)	138 (81,1)	
<b>Bola ou assento ativo (n=208)</b>			
Sim	11 (28,9)	12 (7)	0,001
Não	27 (71)	158 (92,9)	
<b>Musicoterapia (n=209)</b>			
Sim	1 (2,5)	1(0,5)	0,347
Não	39 (97,5)	168 (99,5)	
<b>Massagem para alívio da dor (n=205)</b>			
Sim	6 (15,7)	6 (3,5)	0,011
Não	32 (84,2)	161 (96,5)	
<b>Outros Métodos não farmacológicos (n=211)</b>			
Sim	0 (0)	3 (1,7)	1,00
Não	38 (100)	170 (98,3)	

<b>Presença de Acompanhante (n=219)</b>			
Sim	31 (75,6)	109 (63)	0,105
Não	10 (24,4)	69 (37)	
<b>Trabalho de parto e ingestão de líquidos (n=214)</b>			
Sim	24 (58,5)	14 (9)	<0,0001
Não	17 (41,4)	159 (91)	
<b>Trabalho de parto e recebeu alimentos leves (n=215)</b>			
Sim	8 (19,5)	6 (3,4)	0,001
Não	33 (80,4)	168 (96,6)	

Fonte: O próprio autor, 2019

O uso da ocitocina e/ou do misoprostol quando indicado adequadamente pode contribuir com a diminuição da incidência de cesárea e promoção do parto vaginal. No entanto, no presente estudo o uso destes recursos farmacológicos foi utilizado inapropriadamente, pois ao associar a indução com ocitocina ou misoprostol e a dilatação cervical, observou-se que as mulheres que não apresentaram dilatação cervical (3,6%) receberam indução com ocitocina e 100% não receberam indução com misoprostol. Também se observa o uso de ocitocina para as mulheres que apresentaram dilatação entre 1 e 4 cm (20,4%) e apenas 7,6% induzidas com misoprostol.

Não foram observadas associações significativas entre o estado da membrana, condução ou indução com ocitocina com o líquido amniótico ( $p > 0,05$  para todas as associações). Contudo, a utilização de misoprostol apresentou associação significativa com o tipo do líquido amniótico ( $p = 0,01$ ). Assim, observou-se que 25% das gestantes que receberam misoprostol apresentaram líquido amniótico meconial. Por outro lado, a maior parte das mulheres que não receberam misoprostol tinha líquido amniótico claro.

Ao associar a indicação de cesárea de acordo com as recomendações científicas com a indicação de cesárea realizada pelo médico obstetra, observa-se que as gestantes com indicação eletiva de cesárea pelo obstetra apresentam 12 vezes mais chances de não terem indicação absoluta para cesárea, em relação às gestantes com indicação de cesárea de emergência, sendo essa uma relação estatisticamente significativa ( $p = 0,004$ ). Nesse mesmo sentido, as gestantes com

indicações conforme recomendações científicas para a cesárea em relação às gestantes com indicação de cesárea de emergência ( $p=0,001$ ).

Foi possível observar que quando a indicação para a cesárea do obstetra é eletiva ou iterativa, existem maiores chances de não existir uma indicação para cesárea de acordo com as recomendações científicas (Tabela 4).

**Tabela 4** - Associação entre a indicação para cesárea do obstetra (variável dependente) e a indicação de cesárea conforme recomendações (variável independente) segundo as recomendações. Paraná, 2017.

Indicação do obstetra	Indicação segundo recomendações		
	Sim – n (%)	Não – n (%)	RR (IC 95%)
Eletiva (n=44)	11 (25,0)	33 (75,0)	12,0 (2,2 – 65,2)
Iterativa (n=63)	13 (20,6)	50 (79,4)	15,3 (2,9 – 81,3)
Urgência (n=32)	23 (71,9)	9 (28,1)	1,5 (0,2 – 8,8)
Emergência (n=10)	8 (80,0)	2 (20,0)	Ref*

Fonte: O próprio autor, 2019.

\*Ref = Categoria de referência.

As associações entre as vias de parto e variáveis relacionadas às características clínicas e sociodemográficas das gestantes também foram realizadas, bem como associações entre a via de parto e as recomendações para cesárea. Com estas correlações não foram observadas associações significativas entre a via de parto realizado e a idade, renda, escolaridade e período interpartal menor do que um ano ( $p>0,05$  para todas as associações). Para ambas as vias de parto (vaginal ou cesárea) a maior parte das mulheres realizaram pré-natal (81,2% e 95,3%, respectivamente), sendo esta uma relação significativa ( $p=0,01$ ).

Quanto à dilatação, 50% das mulheres que tiveram parto vaginal apresentaram 1 a 4 cm de dilatação na admissão, enquanto que as submetidas à cesárea, 45,9% não apresentaram dilatação e 45,1% também apresentaram entre 1 e 4 cm ( $p<0,001$ ). Todas as mulheres que evoluíram para o parto vaginal espontâneo apresentaram dinâmica uterina no momento da internação, enquanto 70,3% das submetidas à cesárea tinham dinâmica uterina ausente ( $p<0,001$ ). Dentre as mulheres que tiveram parto vaginal, 78,9% entraram em trabalho de parto espontâneo, enquanto 21,1% daquelas que realizaram cesáreas também estiveram nesta condição ( $p<0,001$ ). A maior parte das mulheres não apresentou doenças na

gestação em ambos os grupos (normal espontâneo (76,9%) e cesárea (54,9%) ( $p=0,03$ ).

Todas as mulheres que evoluíram para o parto vaginal espontâneo realmente não tinham indicação para a cesárea, contudo, dentre as mulheres que foram submetidas à cesárea, apenas 38,3% tinham indicação para o procedimento conforme as recomendações científicas ( $p<0,001$ ).

Ao realizar a análise de regressão para a presença de doença desenvolvida na gestação e a via de parto realizada, observa-se que as mulheres que não desenvolveram nenhuma doença durante a gestação tiveram 2,7 vezes mais chances de evoluírem para o parto normal espontâneo em relação as que desenvolveram algum tipo de doença ( $p=0,04$ )(Tabela 5).

**Tabela 5** - Análise de regressão logística binária para o tipo de parto realizado e doenças na gestação. Paraná, 2017.

Variável	Tipo de parto RR (IC 95%)
<b>Doença na gestação</b>	
Sim*	1,00
Não	2,73 (1,04 – 7,16)

Fonte: O próprio autor, 2019.

\*Categoria de referência. Probabilidade predita para parto normal.

A partir dos dados descritivos relacionados à gestação, é possível observar que a maior prevalência foi para a hipertensão arterial, a qual atingiu 16,3% da amostra de gestantes. A segunda doença mais prevalente foi o diabetes (8,1%), seguida de infecção do trato urinário (6,2%). As demais doenças apresentaram uma prevalência menor do que 4% na população estudada.

Dentre as doenças mais prevalentes na amostra (hipertensão arterial, diabetes e infecção do trato urinário), foi verificada a ocorrência de acordo com a via de parto realizada. Para a hipertensão arterial, 29 (17,9%) das gestantes que apresentaram a doença foram submetidas à cesárea, enquanto que para o grupo de mulheres que tiveram parto vaginal, a prevalência foi de 3 (11,5%) mulheres. Entretanto, não foi observada associação significativa entre a hipertensão arterial e a via de parto realizada ( $p=0,40$ ). Quanto ao diabetes, 14 (8,2%) das mulheres que

foram submetidas a cesárea apresentaram essa condição clínica, enquanto que apenas 2 (6,5%) que tiveram o parto vaginal tinham diabetes. A associação entre o diabetes e o tipo de parto realizado também não foi significativa ( $p=0,72$ ). Por fim, para a infecção do trato urinário, 12 (7,1%) das mulheres que foram submetidas à cesárea tinham esta condição clínica, enquanto nenhuma mulher que teve o parto vaginal apresentou infecção do trato urinário. Essa relação também não foi estatisticamente significativa ( $p=0,26$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Doenças desenvolvidas na gestação atual. Paraná, 2017.

<b>Doença</b>	<b>Sim – n (%)</b>	<b>Não – n (%)</b>
Hipertensão arterial (n=196)	32 (16,3)	164 (83,7)
Cardiopatía (n=196)	1 (0,5)	195 (99,5)
Diabetes (n=209)	17 (8,1)	192 (91,9)
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (n=209)	8 (3,8)	201 (96,2)
Hipotireoidismo (n=208)	5 (2,4)	203 (97,6)
Hipertireoidismo (n=209)	2 (1,0)	207 (99,0)
Doença mental (n=209)	2 (1,0)	207 (99,0)
Lúpus (n=209)	1 (0,5)	208 (99,5)
Artrite reumatoide (n=209)	1 (0,5)	208 (99,5)
Infecção trato urinário (n=209)	13 (6,2)	196 (93,8)
Sífilis (n=209)	7 (3,3)	202 (96,7)
Dist. Coagulação	3 (1,4)	206 (98,6)
HIV (n=209)	2 (1,0)	207 (99,0)
Trabalho de parto prematuro (n= 209)	3 (1,4)	206 (98,6)

#### 2.4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostram a tendência à cesárea, considerando que as mulheres da amostra já haviam sido submetidas a uma cesárea anterior. Muitos profissionais ainda optam pela cesárea de repetição por temerem a ruptura da cicatriz uterina, apesar da segurança demonstrada em estudos anteriores (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010). No entanto, uma única cesárea prévia não é um indicativo de uma nova cesariana (LAVADO *et al.*, 2016).

A cesárea está associada a complicações maternas e perinatais. As maternas precoces relacionam-se à lesão de intestino ou bexiga, histerectomia, hemorragia que requer transfusão, morbidade grave ou infecções puerperais. O risco de a mulher apresentar estes agravos aumenta após duas ou mais cesáreas (SONDGEROTH *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2016). A longo prazo, a cesárea de repetição pode ser um fator preditivo para a anemia no período do climatério (PARK; LEE, 2017). Em relação às complicações perinatais, o nascimento de neonatos prematuros, de baixo peso, ou com transtornos respiratórios e neurológicos são os agravos mais prevalentes (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As características sociodemográficas e econômicas das parturientes, no presente estudo não interferiram na via de parto realizado. Domingues *et al.* (2014) relatam em seu estudo que independente do nível socioeconômico, a maior proporção das mulheres tem preferência pelo parto vaginal. Um olhar especial deve ser dado às gestantes adolescentes, pois Cesar *et al.* (2011) identificaram que este grupo de mulheres realizam menor número de consultas pré-natal, são mais inibidas para esclarecer suas dúvidas, e desta forma, são submetidas com maior frequência ao uso de fórceps e episiotomia. Para estes autores, gestantes adolescentes são mulheres com menos de 20 anos de idade.

A realização do pré-natal por quase todas as parturientes deste estudo demonstra que elas tiveram acesso a esse direito que garante a segurança durante a gestação, e vale salientar que houve associação entre a via de parto e a realização do pré-natal. Porém, é importante ressaltar que não basta somente ter acesso as consultas, mas é necessário ter um pré-natal de qualidade, preparando e conscientizando as mulheres para o parto vaginal (NOVO *et al.*, 2017).

A qualidade do pré-natal no Brasil é um dos grandes desafios da assistência à mulher, pois para ser considerado de qualidade é preciso oferecer ações resolutivas, encaminhamento aos níveis de atenção necessários conforme seu estado clínico, garantir cuidados adequados na gestação, preparar a mulher para o parto e o puerpério. Estas ações contribuem para modificar o modelo biomédico estabelecido em nosso país, e assegurar as boas práticas de atenção à gestante, parturiente e puérpera, o vínculo entre profissional e usuária, assim como a escuta ativa e o acolhimento (GUIMARÃES *et al.*, 2018; WARMLING *et al.*, 2018; AYRES, 2009).

Poucas mulheres nesse estudo tiveram acesso às boas práticas na assistência ao parto, mesmo apresentando condições fisiológicas adequadas no momento da internação. Embora as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre a prática de assistência ao parto vaginal tenham sido disseminadas há mais de duas décadas, o tema permanece atual e estas recomendações ainda são ponderadas. Estas práticas consideram a fisiologia do nascimento, o uso criterioso de recursos tecnológicos, e a intervenção mínima. Foram classificadas em quatro grupos (A a D), e as categorias representam práticas: úteis (grupo A); prejudiciais ou ineficazes (grupo B); utilizadas com cautela (grupo C), e utilizadas de modo inadequado (grupo D). Dentre os itens que caracterizam as práticas úteis na assistência ao parto, observamos neste estudo uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor; estímulo a posição não supina; o respeito à escolha do acompanhante; a oferta de líquidos e alimentos leves; a monitorização fetal, e monitoramento do trabalho de parto (OMS, 1996).

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto são uma das estratégias utilizadas para diminuir a ansiedade e o estresse, e conseqüentemente contribuir para a diminuição da dor e evolução favorável do trabalho de parto (MASCARENHAS *et al.*, 2019).

A utilização da bola suíça como tática de incentivo à mobilização da parturiente, possibilitar à mulher adotar diversas posições verticalizadas, movimentando a pelve, contribuindo na progressão do trabalho de parto e conseguinte redução do número de cesáreas (ARAÚJO *et al.*, 2018). Esta prática auxilia na aplicação de outras técnicas para aliviar a dor como a massagem e o banho morno.

A massagem aplicada à parturiente não altera as características da dor do parto, mas é efetiva no seu alívio nas fases iniciais do trabalho de parto. Estes achados foram relatados por uma pesquisa clínica realizada em uma cidade de Taiwan. Segundo os autores, esta técnica é uma intervenção de baixo custo e eficaz, utilizada culturalmente naquele país, onde métodos farmacológicos para alívio da dor são evitados (CHANG; CHEN; HUANG, 2006).

Em relação ao apoio emocional à parturiente, a presença do acompanhante é essencial, pois além do suporte emocional, oferece conforto e segurança à mulher, assim como auxilia na aplicação de massagem, e desta forma contribui para a redução da ansiedade e do estresse trazendo benefícios neste momento único para

família. O direito de escolha de um acompanhante é garantido à mulher pela Lei 11.108 de 08 de abril de 2005 (Lei do Acompanhante), este estatuto determina também que os acompanhantes não necessitam participar de formação ou grupo para exercer seu direito, porém, sabe-se que o acompanhante orientado assume com mais propriedade seu papel, e atua como facilitador da autonomia feminina no parto. Ressalta-se a importância do acompanhante na cesárea, pois este direito também está garantido pela Lei do Acompanhante (BRASIL, 2017; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015). Atualmente discute-se o acolhimento adequado às necessidades do acompanhante, visto que o direito de permanecer ao lado da parturiente já está estabelecido (SANTOS *et al.*, 2018). No entanto, observa-se que nem ao menos a presença do acompanhante está garantida na nossa região.

Outra prática benéfica na assistência ao parto é a oferta de líquidos e alimentos leves com baixo teor de resíduos, palatáveis à parturiente. Considerando que as mulheres deste estudo não possuíam risco iminente para anestesia geral, e que não estavam sob efeito de opióides nas fases iniciais do trabalho de parto, não justifica a restrição hídrica e alimentar apresentada, pois a restrição alimentar possui efeitos negativos na evolução do trabalho de parto. Isto porque o jejum reduz o aporte calórico necessário para a força do trabalho de parto, e também porque a fonte de energia materna é combustível energético fetal (BRASIL, 2017; MELO; PERAÇOLI, 2007).

No que se diz respeito à avaliação do bem estar fetal e da evolução do trabalho de parto, algumas medidas são úteis neste controle intraparto. Quanto ao bem estar fetal, a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (BCF) é realizada por meio de um detector fetal portátil, e visa evitar possível hipóxia fetal e controle de intervenções desnecessárias. Já a cardiotocografia (CTG) é uma tecnologia desenvolvida para monitorar a frequência cardíaca fetal e atividade uterina, sendo melhor indicada às parturientes de alto risco. Contudo, é possível observar o uso destas tecnologias de forma rotineira nos serviços de risco habitual em nossa região, e com maior frequência do que a indispensável ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2017). O preenchimento em tempo real do partograma também é considerado uma prática útil na assistência ao parto pela OMS, neste estudo todas as mulheres possuíam este instrumento preenchido em seus prontuários, mas é uma limitação do estudo definir em qual

momento foi realizado o preenchimento, considerando que a entrevista foi realizada no puerpério mediato.

A maior parte das mulheres participantes deste estudo foram submetidas à cesárea sem entrar em trabalho de parto e não tiveram seus partos induzidos. Indicações precisas de indução ao parto poderiam contribuir com a diminuição da taxa de cesárea (NOVO *et al.*, 2017). A indução do trabalho de parto estimula as contrações uterinas, antes inexistentes, a desencadear o trabalho de parto, e a condução é a utilização da medicação durante o trabalho de parto com o objetivo de acelerá-lo ou reorganizar contrações ineficazes (SCAPIN *et al.*, 2018). A ocitocina é um hormônio que aumenta as contrações uterinas auxiliando na expulsão do feto, sendo utilizada no manejo do parto, tanto para indução quanto para condução, dessa forma, contribui para a redução de cesárea (SANTOS *et al.*, 2018).

O uso de prostaglandinas como o misoprostol para indução de trabalho de parto é uma boa opção quando bem indicado, pois em mulheres com cesárea anterior aumenta o risco de ruptura uterina, sendo contraindicado a estas mulheres. Neste caso recomenda-se o método Krause para o amadurecimento cervical, que consiste na inserção de uma sonda foley no colo uterino insuflando-se o balão, que por ação mecânica levará à separação do córion da decídua, e estimulará reações fisiológicas que induzem as contrações uterinas. Este é um método eficaz e de baixo custo em mulheres com cesárea prévia (SOUZA *et al.*, 2015).

Observou-se neste estudo que as mulheres admitidas sem dilatação foram submetidas à cesárea, e aquelas admitidas com quatro centímetros ou menos também foram submetidas a cesárea. As indicações de cesárea realizadas pelo obstetra considerada eletiva ou iterativa poucas vezes seriam indicações absolutas. São consideradas indicações absolutas na literatura, aquelas que a realização do parto por via alta é a opção mais segura para a mãe e seu bebê (VIANA *et al.*, 2018).

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) considera indicações de cesárea: apresentação pélvica, quando a versão cefálica externa for contraindicada, gestação múltipla se primeiro feto dor pélvico, nascimento pré-termo quando feto for pélvico, placenta prévia para placentas centro-total ou centro-parcial, acretismo placentário increta ou percreta, HIV a depender da carga viral, herpes quando infecção ativa no parto (CONITEC, 2016).

Quanto ao motivo de realização de cesárea, podemos observar, que cesárea prévia, considerada uma indicação iterativa foi a mais predominante, embora não tivessem indicação absoluta para uma nova cesariana. A cesárea de repetição tem impactos negativos para a mulher, pois está associada ao aumento do risco de mortalidade (VIANA *et al.*, 2018).

Com base na classificação dos 10 grupos de Robson, as mulheres deste estudo classificavam-se no grupo 5, o qual se refere à todas as mulheres com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, > de 37 semanas (WHO, 2017). É importante ressaltar que esse grupo mesmo sem evidências científicas tem sido rotineiramente submetido a um novo procedimento cirúrgico.

Ainda, é importante evidenciar que não houve associação entre a via de parto; variáveis clínicas; características sociodemográficas, e recomendação de cesárea. Oliveira *et al.* (2016) em estudo realizado no Paraná relatam que os fatores associados à realização de cesárea, para mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde, foi a renda familiar per capita maior que um salário mínimo, parto cesárea anterior, sobrepeso ou obesidade pré-gestacional, e o desejo de parto cesárea no início da gestação.

Outro achado importante é que as três patologias prevalentes não tiveram associação significativa com a via de parto, mas mulheres que não apresentavam patologia associada tinham mais chances de evoluir para o parto normal espontâneo. A patologia prevalente neste estudo (hipertensão arterial) é considerada a complicação clínica mais comum na gestação, e a principal causa de morbimortalidade materna e perinatal, a diabetes também contribui para estes desfechos, e as infecções do trato urinário (ITU) relacionam-se com várias complicações clínicas quando não diagnosticada precocemente, mas também com o parto prematuro, aumentando a morbimortalidade fetal, além das maternas já descritas (FEBRASGO, 2011).

Diante do exposto é importante investir na detecção precoce das patologias obstétricas no acompanhamento pré-natal, assim como na formação dos profissionais que exercem o cuidado a mulher, para promoverem a assistência adequada não apenas no pré-natal, mas no parto e no puerpério. Faz-se necessário também aplicar o ensino inovador nas universidades com o intuito de despertar a conscientização para a realização de cesárea nos casos realmente necessários (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O parto vaginal após cesárea prévia ainda é questionado pelos obstetras pelo risco de ruptura uterina, porém a literatura sugere que as mulheres devem ser submetidas à prova de trabalho de parto (INBAR *et al.*, 2017). Estudos demonstram que a prova de trabalho de parto, assim como o VBAC após duas e até três cesáreas anteriores são opções viáveis, e não estão associadas a maior risco de complicações maternas ou fetais. Nos Estados Unidos o VBAC após duas cesáreas foi relatado como uma experiência de sucesso em 79,2% (VIGORITO *et al.*, 2016; REZAI, 2016).

Contudo, com o objetivo de reduzir as indicações de cesáreas, sem indicação clínica justificada, é necessária a adoção de um modelo humanizado centrado na mulher e uma ação respeitosa e colaborativa da equipe multiprofissional.

## 2.5 CONCLUSÃO

No presente estudo a taxa de parto vaginal após cesárea foi de 16,3%. A principal indicação de cesárea em mulheres com cesárea prévia foi a interatividade, mesmo não sendo uma indicação para tal procedimento conforme recomendações científicas, mostrando que uma cesárea anterior é um fator de risco para uma nova cesárea na gestação atual.

A internação em trabalho de parto não foi um fator protetor para uma nova abordagem cirúrgica, pois mais da metade das mulheres não foram submetidas a prova de trabalho de parto, incluindo as que internaram com dinâmica uterina inicial.

Este estudo encontrou associação entre a via de parto e a realização do pré-natal, as mulheres submetidas à cesárea tiveram maior assistência ao pré-natal quando comparadas as mulheres que evoluíram para o parto vaginal. Contudo, é importante evidenciar que não houve associação entre a via de parto; variáveis clínicas e as características sociodemográficas.

Estes fatores reforçam o modelo assistencial vigente no estado, pois as características e as condições obstétricas das mulheres submetidas à cesárea permitem uma reflexão sobre a prática profissional e tomada de decisão desses profissionais.

Como limitação do presente estudo destacamos que a pesquisa foi realizada em maternidades que atendiam gestante de alto risco além de risco habitual e intermediário colaborando para a realização de uma nova cesárea.

Ressalta-se ainda, a aplicabilidade dos achados apresentados neste estudo, considerando-se que esses podem contribuir para estabelecer e implementar ações que qualifiquem a atenção ao parto, e também estimular a realização de novos estudos que avaliem o acesso e a qualidade do pré-natal no estado do Paraná.

## 2.6 REFERÊNCIAS

AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R.; PORTO, A. Cesariana baseada em evidências – parte I. **Femina**, v. 38, n. 81, p. 415–422, 2010.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 dez. 2019.

BARBETTA, P. A. (2012). Estatística aplicada às ciências sociais (8ª ed.) Florianópolis: Ed. UFSC.

BETRÁN, A.P. *et al.* Interventions to reduce unnecessary cesarean sections in healthy women and babies. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1358–1368, 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. **Ministério da Saúde**. Brasília, D.F, 1 jun. 2017.

CESAR, J.A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985-994, maio, 2011.

CHANG, M.Y.; CHEN, C.H.; HUANG, K.F. A Comparison of Massage Effectson Labor Pain Using the Mc Gill Pain Questionnaire. **Journal of Nursing Research**, v. 14, n. 3, 2006.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias No SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf). Acesso em: 6 ago. 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 1 (suppl), p. 101–116, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 01 set. 2019.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

**Manual de Gestão de Alto Risco**. 2011. Disponível em:

[https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/gestacao\\_alt\\_o-risco\\_30-08.pdf](https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/gestacao_alt_o-risco_30-08.pdf). Acesso em: 05 mar. 2020.

GUIMARÃES, W.S.G. *et al.* Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110417, 2018

INBAR, R. *et al.* Trial of labour after caesarean (TOLAC) is associated with an increased risk for instrumental delivery. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 37, n. 1, p. 44–47, 2017.

LAVADO, M.M. *et al.* Fatores Associados a Via De Parto Atual Em Mulheres Com Cesariana Prévia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 11–22, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/34>. Acesso em: 10 set. 2019.

MADI, J.M. *et al.* Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 516-522, Nov. 2013.

MASCARENHAS, V.H.A. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 350-357, jun. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002019000300350&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300350&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 dez. 2019.

MELO, C.R.M.; PERAÇOLI, J.C. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, jul.-ago., 2007.

NOVO, J.L.V.G. *et al.* Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 2, p. 67, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/28942>. Acesso em: 05 set. 2019.

OLIVEIRA, R.R. *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 734–741, 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

REZAI, S. Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section (VBAC) Versus Repeat Cesarean Section; A Review. **Obstetrics e Gynecology International Journal**, v. 4, n. 6, p. 1–7, 2016. Disponível em: <https://medcraveonline.com/OGIJ/trial-of-labor-after-cesarean-tolac-for-vaginal-birth-after-previous-cesarean-section-vbac-versus-repeat-cesarean-section-a-review.html>. Acesso em: 17 out. 2019.

SANTOS, J.A. *et al.* Percepção do acompanhante quanto ao seu acolhimento durante o parto. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 12, n.10, p. 2535-45, out., 2018.

SARAIVA, J.M.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 38, n. 3, p. e69141, 2017.

SCAPIN, S.Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 710016, 2018.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, set. 2015.

SONDGEROTH, K.E. *et al.* Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. **American Journal of Perinatology**, v. 36, n. 4, p. 346-351, 2019.

SOUZA, A. S. R. *et al.* Método mecânico de indução do parto em gestantes de alto risco com cesariana anterior. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 3, p. 127–132, 2015.

VERISSIMO, C.A. *et al.* Implementation of the 10-group Classification System :understanding caesarean section. **Acta Obstetrica e Ginecologica portuguesa**, v. 7, n. 1, p. 3–7, 2013.

VIGORITO, R. *et al.* Obstetric outcome associated with trial of labor in women with three prior cesarean delivery and at least one prior vaginal birth in an area with a particularly high rate of cesarean delivery. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 29, n. 22, p. 3741–3743, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26782748>. Acesso em: 22 jul. 2019.

VIANA, T. G. F. *et al.* Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1–8, 2018.

WARMLING, C.M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>. Acesso em: 08 jul. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson classification: Implementation manual**. 2017. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/robson-classification/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/). Acesso em: 15 out. 2019.

### 3 ESTUDO 2

## PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA: PERCEPÇÕES DA MULHER

### RESUMO

**Introdução:** O parto é um acontecimento permeado por sensações e sentimentos positivos e negativos, sendo influenciado pelas experiências vividas. Portanto, é relevante conhecer seu significado na visão das mulheres. **Objetivo:** Compreender a experiência da mulher que vivenciou um parto normal após uma cesárea. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu entre junho e outubro de 2019. Foram entrevistadas, doze mulheres que tiveram pelo menos um parto normal após uma cesariana em maternidades que atendem exclusivamente SUS na 17ª Regional de Saúde do Paraná, Brasil. Os dados foram analisados por análise temática de conteúdo proposta por Bardin. **Resultado:** A partir da análise foi possível apreender duas unidades temáticas que permitiram descrever a experiência da mulher com o parto vaginal após uma cesárea. A dor foi relatada como o evento mais marcante para as mulheres ao vivenciar um parto vaginal, porém é minimizada após o nascimento do bebê gerando satisfação em relação a esse tipo de parto quando comparado com a cesárea. As mulheres revelaram também satisfação com a cesariana, embora aponte as limitações no pós-operatório e ressaltaram a necessidade de ajuda de outras pessoas para realizar os cuidados com o recém-nascido. **Considerações finais:** As mulheres têm preferência pelo parto vaginal enfatizando a recuperação mais rápida e independência para cuidar do bebê.

**Descritores:** Saúde da Mulher. Nascimento vaginal após cesárea. Pesquisa qualitativa. Trabalho de parto. Dores do trabalho de parto.

#### 3.1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento permeado por emoções e sentimentos, seu significado positivo ou negativo tem origem a partir de sua vivência individual ou de influências externas. No entanto, é relevante conhecer seu sentido para as mulheres assim como o meio social em que vivem (LEITE *et al.*, 2014). No decorrer dos anos o parto passou a ser visto como acontecimento patológico, tornando-se um ato cirúrgico quando a mulher em trabalho de parto é chamada de “paciente” (CARNEIRO *et al.*, 2015).

A expectativa das mulheres sobre o tipo de parto está relacionada com o conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que elas recebem durante o pré-natal. Portanto, é necessário que o profissional não somente informe as gestantes, mas também possibilite o esclarecimento de dúvidas, reduzindo assim a ansiedade dessas mulheres em relação ao trabalho de parto e nascimento (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014) e conseqüentemente à chance de escolherem a cesárea.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda taxas de cesárea de 15%, considerando-se o seu uso apenas nos casos em que há risco de vida para a mãe e ou para a criança. O percentual de cesárea tem aumentado consideravelmente no Brasil nos últimos anos, chegando a 80% no setor privado e 30 % no setor público (VIANA *et al.*, 2018).

Tanto no Brasil como em outros países a escolha das mulheres pela via de parto cirúrgico é um dos motivos para o aumento das taxas de cesáreas. Um estudo sobre preferência da via de parto realizado em São Paulo apresentou uma proporção de preferência pela cesárea de 15,6%, sendo esse valor mais elevado em mulheres com cesárea prévia (29,4%) (DOMINGUES *et al.*, 2014). Observa-se que a opção da mulher pela cesárea é associada ao medo de não suportara dor, de não conseguir parir e até mesmo de morrer durante o parto vaginal, sendo está via de parto considerada perigosa por muitas mulheres (PAIVA *et al.*, 2019).

O parto vaginal após cesárea conhecido como VBAC- *Vaginal Birth After Cesarean*, é uma escolha segura para muitas mulheres, e também uma estratégia para a redução da taxa de cesárea sendo seu índice de sucesso de 60% a 90% (LAVADO *et al.*, 2016). Historicamente, a cesárea era considerada a única opção para mulheres com antecedentes de parto por via alta. Porém, a literatura demonstra que o VBAC diminui a taxa de morbidade e mortalidade materna quando comparado com a cesárea de repetição (REZAI, 2016).

Em relação aos tipos de parto em mulheres que vivenciaram um VBAC, observou-se que a maioria delas referiu preferência pelo parto vaginal. A preferência e as vantagens estão associadas à recuperação mais rápida após o parto, a menor dor no pós-parto, a consciência de uma escolha mais saudável para a mãe e o bebê, e a experiência positiva com parto vaginal (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Vivências negativas sobre o parto vaginal estão relacionadas com o medo da dor, a falta de humanização, as complicações fetais, o trabalho de parto prolongado, o excesso de intervenções e a falta de privacidade. Já sobre a cesárea estão o medo da anestesia e do procedimento cirúrgico, o maior índice de hemorragias e infecções puerperais, e a recuperação pós-parto lenta e dolorosa (CARNEIRO *et al.*, 2015).

O êxito no processo de parturição se deve principalmente aos cuidados que a mulher recebe durante o trabalho de parto e parto, assim como a assistência a ela prestada e as suas necessidades, sendo o cuidado centrado na parturiente deve ser

garantido. Desse modo, se faz necessário a utilização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, para que o parto se torne além de seguro, uma vivência positiva para a mulher (Pereira *et al.*, 2018). Descritas em 1996 pela Organização Mundial de Saúde e atualizadas em 2018, essas são práticas comuns determinadas para a assistência prestada ao parto e nascimento, com o objetivo de estabelecer assistência apropriada e segura para a mulher (WHO, 2018).

Diante do exposto, o estudo teve como pergunta de pesquisa: como foi para a mulher ter um parto vaginal após uma cesárea? Para responder tal questionamento, delineou-se o objetivo de compreender a experiência da mulher que vivenciou um parto vaginal após uma cesárea.

Descrever a experiências dessas mulheres que vivenciaram um parto vaginal após uma cesárea considerando toda a complexidade biopsicossocial e cultural da percepção do trabalho de parto e parto.

### 3.2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O presente estudo foi realizado na 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, nos municípios de Londrina, Cambé e Ibiporã no período de junho a outubro de 2019.

As participantes da pesquisa foram mulheres atendidas em maternidades do Sistema Único de Saúde e que tiveram um parto vaginal após cesárea. A escolha das participantes foi baseada nos resultados da primeira etapa da pesquisa multicêntrica, considerando todas as mulheres residentes da 17ª Regional de Saúde do Município de Londrina, totalizando doze mulheres, após excluir as mulheres que não foram encontradas após quatro tentativas telefônicas para agendamento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas na residência das mulheres, pelas pesquisadoras, após contato telefônico para confirmação do endereço e agendamento da data e horário conforme disponibilidade delas e das entrevistadoras. Foi utilizado um instrumento semiestruturado com a questão norteadora: Como foi para você a experiência de ter um parto vaginal após uma

cesárea? As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas em aparelho celular e as falas foram transcritas criteriosamente na íntegra.

Os dados foram analisados seguindo a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin. Esta é uma técnica bastante utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, impõe um corte entre as intuições e as hipóteses da pesquisa e as encaminha para interpretações mais definidas, chegando a significados manifestos e latentes do material qualitativo (BARDIN, 2004).

Para a análise de conteúdo, uma das técnicas utilizadas é a análise temática. Este tipo de análise pode abranger as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Na fase da pré-análise, organiza-se o material a ser avaliado com o objetivo de sistematizar as idéias. Neste momento é realizada a escolha do material que será analisado, formula-se a hipótese e os objetivos. Estes três fatores são interligados, porém, podem ocorrer sem ordem cronológica (BARDIN, 2004).

A exploração do material consiste, basicamente, na operação de codificação e esta fase caracteriza-se pela sistematização das decisões tomadas na fase anterior. Neste momento realiza-se a definição das categorias que nortearão a especificação do tema proposto. No tratamento dos dados o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no quadro teórico (BARDIN, 2004).

O anonimato das entrevistadas foi preservado, sendo as mesmas identificadas como “M” seguindo a ordem numérica em que se realizaram as entrevistas (M1 a M12) e seguiram os princípios da ética em pesquisa com seres humanos pelos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Parecer: 2.053.304.

### 3.3 RESULTADOS

As participantes do estudo tinham idade entre 24 e 38 anos de idade, todas com relacionamento conjugal estável. Quanto à história obstétrica, nove tinham vivenciado o parto vaginal pela primeira vez após uma cesárea e três experimentaram o segundo parto vaginal após uma cesariana.

A partir da análise segundo Bardin foi possível apreender duas unidades temáticas que permitiram descrever a experiência da mulher com o parto vaginal após uma cesárea.

### **Vivenciando sentimentos ambíguos frente ao parto vaginal**

A experiência das mulheres revelou que o parto vaginal configura-se como uma vivência marcada pela dor. Apesar da concepção dolorosa do parto vaginal ter sido enfatizada, os relatos a seguir também revelam uma experiência positiva, com a dor desvalorizada após o nascimento do bebê, pois emergem sentimentos de alegria ao ver o filho vivo e saudável.

*O ruim é a dor só, porque depois que a criança saiu foi tranquilo [...] ah não é aquela dor, sabe, tirando a dor, o parto normal foi perfeito. (M2)*

*No parto normal tem a dor ali na hora, mas depois você vê o neném e já passou a dor e já acabou. Então é menos sofrido que uma cesárea, apesar da dor e tudo, é menos sofrido, no meu ponto de vista. (M6)*

*No momento que ela saiu, ele (marido) chegou até a cortar o cordão dela, foi ótimo, eu acho que o amor de mãe nessa hora, acho que o fato de eu ter sentido mais dor, e sentindo saindo, para mim foi bem mais aconchegante e amoroso. (M3)*

Apesar de as puérperas vivenciarem dificuldades como parto vaginal, relatam a preferência por essa via de nascimento, motivadas pelo fato de conseguirem se locomover e amamentar com maior facilidade depois do nascimento.

*Foi uma delícia (parto normal)! Assim que ela nasceu colocaram perto de mim, foi um momento diferente, especial, acabou de sair e já colocaram no meu colo e tentaram colocar para sugar. (M4)*

*No normal eu consegui amamentar, não precisou ninguém dormir comigo, fiquei sozinha, totalmente diferente. Parece que eu fui mais mãe no normal do que na cesárea. Na cesárea o ruim foi só os pontos e no normal também os pontos, mas eu prefiro normal em relação à cesárea. Independente da dor, eu prefiro parto normal. (M5)*

*No normal dói, mas é outra vida [...] Mil vezes o normal, praticamente no normal você sai andando. Agora, na cesárea, não. (M12)*

As entrevistadas também descreveram as experiências negativas que sofreram durante o parto vaginal. A condução do parto e a dor intensa foram os aspectos mais referidos para justificar o parto vaginal como um acontecimento ruim.

*Teve uma hora que deixou de vir às contrações e eu não aguentava mais, e foi a noite inteira de parto, eu ganhei só no outro dia de manhã às 6:30, e eu cheguei umas sete horas da noite no hospital. (M3)*

*Mas o ruim foi que ele não deu o “pique” para ela sair, ela ficava, eu fazia força, ela saía, daí eu perdia a força e ela voltava, aí foi fazendo laceração, deu 19 pontos, aí eu sofri muito, pra ir no banheiro. (M2)*

*Foi fora do normal, eu pedi para eles me rasgarem, eu sofri a noite inteira. E eu pedi a noite inteira para eles me cortarem, eu falei ele não vai sair, meu primeiro foi cesárea. (M8)*

### **Fragilidades e potencialidades vivenciadas na cesárea**

Refletindo sobre a experiência da cesárea como não sendo a melhor opção de via de parto, as mulheres destacam o efeito indesejável da anestesia, associado à limitação do contato com o bebê e a dor no pós parto.

*Na cesárea a gente fica bem dependente, você fica anestesiada para amamentar, não sente nada. Eles jogam o bebê lá do seu lado. Colocaram o bebê no bercinho e foram embora, aí ele começou chorar e eu não consegui pegar ele porque estava anestesiada. (M1).*

*Na cesárea eu fiquei vários dias sentindo dor, para levantar mesmo foi horrível. (M3).*

*Quando cheguei em casa com os pontos da cesárea, nossa, com os pontos, eu senti muita dor, fiquei mais inchada, começou a vazar mais líquido e daí tem que ter mais cuidado. (M6).*

*Na cesárea você fica todo aquele tempo lá parado sem poder se mexer, sem poder pegar o neném por causa da anestesia. (M9).*

Após as mulheres vivenciarem a cesárea, sentiram a necessidade de ajuda de outra pessoa. Tal condição associou-se ao período de recuperação pós-operatória e do puerpério tardio.

*Na cesárea você já tem dificuldade para levantar da cama, vai uns 10 dias. Na primeira semana você está em casa, você vai levantar da cama e ainda precisa de ajuda. (M1)*

*Na cesárea foi mais difícil depois, a dor com certeza na verdade doeu bem mais que o dela (parto vaginal). Dele (cesárea) foi mais complicado, mesmo depois de 15 dias eu precisava de alguém em casa, para me ajudar. (M2)*

Durante as entrevistas, três mulheres relataram o parto cirúrgico como melhor experiência comparada ao parto vaginal, tal fato se deu por não ter sentido dor.

*Quando você compara o parto normal com a cesárea, a cesárea é maravilhosa, a da minha primeira filha, foi tudo lindo. No pós parto a cesárea não doeu como no normal. (M7)*

*A cesárea foi bom pelo fato de não ter sentido dor, aquela dor rasgando tudo, foi melhor. (M11)*

*Entre cesárea e um parto normal pela minha experiência de parto normal eu prefiro a cesárea porque eu até comentei com ele (marido) ontem, se eu tivesse feito cesárea acho que eu estaria bem melhor do que eu estou agora. (M10)*

### 3.4 DISCUSSÃO

As mulheres revelaram a experiência desagradável da dor em ambas as vias de parto. Porém, no parto vaginal a manifestação desta sensação é compensada pela presença do bebê, e o contato pele a pele. A dor puerperal relacionada ao procedimento cirúrgico para realização da cesárea é descrita como limitante para desenvolver as atividades de autocuidado e cuidado com o bebê, mas melhor suportada quando comparada a dor do trabalho de parto.

Experiências positivas do parto geram sentimentos satisfatórios como recompensa e realização, e os significados atribuídos ao término do trabalho de parto, e conseqüentemente a dor relacionada às contrações, são sensação de alívio, superação e alegria (CAMPOS *et al.*, 2020).

O parto vaginal está associado ao medo e à ansiedade, e em muitas culturas, esses sentimentos criam expectativas negativas sobre nascimento, sendo transmitidas entre gerações e tornando o parto normal sinônimo de dor e sofrimento (SILVA *et al.*, 2012).

A dor no trabalho de parto está relacionada a aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, sendo sentida de forma distinta entre as mulheres (SANTOS; CANGIANI FABBRO, 2018). Nesse estudo as mulheres relataram a dor do trabalho de parto como uma experiência intensa, representando sofrimento, porém para algumas mulheres é aceitável, permitindo uma recuperação mais rápida. Assim, a dor parece estar relacionada à cultura destas mulheres, pois enfrentaram o processo do nascimento de forma diferente, cada uma atribuindo o sofrimento à intensidade da dor e manifestando seus efeitos de forma diferente. Vale ressaltar que apenas uma mulher percebeu o processo de nascimento como algo fisiológico, vivenciando a dor do trabalho de parto como uma experiência positiva, pois ela teve a participação ativa do acompanhante no momento do nascimento.

A dor no processo de nascimento se inicia durante o trabalho de parto e vai aumentando gradativamente, e pode ser classificada em: orgânica, aguda, transitória, complexa, subjetiva e multidimensional, principalmente gerada pelas contrações uterinas (SILVA *et al.*, 2018).

As mulheres devem ser informadas e esclarecidas sobre a dor do processo de parturição, assim como a dor do pós-operatório de cesárea, e as formas dessa dor ser amenizada para que seja suportada. A experiência da dor no trabalho de parto é subjetiva, individual e variável de mulher para mulher (SILVA *et al.*, 2018).

A forma como a mulher vivencia a dor de trabalho de parto é envolvida com a fisiologia individual de cada mulher, mas também é muito relacionada aos aspectos culturais, o conhecimento adquirido pela família, e experiências de partos anteriores. Estes fatores são responsáveis pelo medo do parto, e por sentimento de incapacidade de parir, demonstrado neste estudo por algumas mulheres (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

As boas práticas de atenção ao parto podem propiciar uma experiência favorável do parto, contribuindo para a mudança de paradigma relacionado à assistência neste período. Assim, práticas claramente prejudiciais e traumas emocionais podem ser evitados. É evidente que instituições que contam com a

atuação de enfermeiras obstetras reduzem substancialmente as taxas de intervenções realizadas, e possuem menor taxa de cesárea (SILVA *et al.*, 2019).

Dentre os desconfortos referidos pelas mulheres neste estudo, destacam-se também os traumas perineais no parto, em forma de laceração, ou episiotomia. Diante do exposto, é necessário que enfermeiros, obstetras e médicos estejam preparados para prevenir, analisar e recuperar o trauma perineal, possibilitando que os tecidos e estruturas envolvidos sejam reparados corretamente, promovendo a cicatrização (SANTOS; RIESCO, 2016) e evitando complicações, sendo assim colaborando para que a experiência do parto se torne algo positivo para as mulheres.

Ficou evidente em um relato a cultura da incapacidade de parir após ter uma cesárea, e esta mulher demonstra também o comportamento submisso à assistência tecnicista ao solicitar a episiotomia, pois considerava este procedimento capaz de facilitar o nascimento do bebê.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico utilizado de forma rotineira na atenção ao parto, embora evidências científicas demonstrem que o uso seletivo desta prática é mais benéfico, associa-se a menor risco de trauma de períneo posterior, a menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. O uso rotineiro está relacionado historicamente com a possibilidade de facilitar o desprendimento cômico e para evitar lacerações, o que já foi revogado pela literatura científica nas últimas décadas. Diante desta problemática é necessário que os profissionais de saúde reestruturem suas práticas, e para que isto ocorra a formação profissional deve deixar de ser pautada na prática curativa e centrado na doença, ignorando a fisiologia do parto e o considerando como um problema em potencial (PEREIRA; PINTO, 2011).

Este desconforto perineal foi também relatado por outras mulheres, e seria uma desvantagem para o parto normal na visão delas, pois além da dor, referiram medo de complicações e desconforto quando é feito uma episiorrafia, principalmente quando inflama no local (MELO; DAVIM; SILVA, 2015). Neste estudo, o relato de uma das mulheres que teve complicações perineais a fez repensar sobre o desejo pelo parto vaginal, pois ela sofria com as complicações e lembrou as dores puerperais da cesárea com menos sofrimento. Este relato pode infelizmente traduzir a assistência inadequada durante o trabalho de parto.

As preferências associadas ao parto vaginal foram encontradas em descrições como: menor sensação dolorosa no pós parto, recuperação mais rápida, maior independência nos cuidados com o bebê, maior satisfação em relação ao protagonismo no parto e o retorno precoce às suas atividades diárias (VELHO; DOS SANTOS; COLLAÇO, 2014; FIGUEIREDO *et al.*, 2010). As participantes referiram também que o parto normal possibilita o contato mais íntimo com o seu bebê, com maior liberdade e interação, e desta forma, são mais independentes no cuidado e retorno a sua rotina.

Outro fator positivo do parto vaginal referido pelas mulheres foi o contato pele a pele logo após o nascimento e a amamentação ainda na sala de parto o qual proporciona ao recém nascido uma melhor adaptação da vida extrauterina. Sendo que a amamentação precoce, trás benéficos também para as mães, estimulando a hipófise na produção de ocitocina e prolactina, aumentando a produção de leite, favorecendo a manutenção da amamentação (SILVA *et al.*, 2018).

Na cesárea devido ao efeito da anestesia, as mulheres ficam em posição inadequada para apoiar o bebê, dificultando assim a amamentação na primeira hora, além do atraso do contato pele a pele devido à rotina de cuidados pós-operatórios (SILVA *et al.*, 2018).

Este procedimento cirúrgico beneficia muitas mulheres e bebês em situação de risco, mas a mulher muitas vezes assume um papel de submissão perante os profissionais, minimizando sua autonomia e participação nas decisões. Mesmo as mulheres preferindo o parto normal, se submetem a cesárea por indicação médica, já que o médico é quem define o tempo de duração do parto. A cesárea também contribui para o aumento da permanência intra-hospitalar, e outros fatores de risco a saúde da mulher e do bebê (MELO; DAVIM; SILVA, 2015).

Sobre a vivência da cesárea, as razões para considerá-la a melhor forma de nascimento estão associadas com ausência das dores do trabalho de parto. Alguns fatores positivos desta via de parto em mulheres que o vivenciaram, são relatados considerando a facilidade, rapidez, ausência da dor e a segurança para o bebê (MELO; DAVIM; SILVA, 2015; VELHO *et al.*, 2012; FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Sendo relevante ressaltar que as preferências por essa via de parto geralmente são baseadas em aspectos psicossociais e não em aspectos clínicos ou em informações sobre o risco do procedimento.

Ficou evidente em um relato a cultura da incapacidade de parir após ter uma cesárea, e esta mulher demonstra também o comportamento submisso à assistência técnica ao solicitar a episiotomia, pois considerava este procedimento capaz de facilitar o nascimento do bebê.

Porém, as vantagens da cesárea também foram acompanhadas por percepções negativas deste procedimento, e as mulheres enfatizaram, que no parto cirúrgico, a dor surge no pós-parto sendo mais intensa e persistente ao ser comparada ao parto vaginal, limitando os cuidados ao recém-nascido. Elas mencionaram recuperação lenta, necessidade de ajuda de outras pessoas para realizarem atividades diárias e essenciais como se locomover e amamentar o seu bebê por vários dias.

Este achado corrobora com dados da literatura que demonstram a percepção negativa da mulher em relação à cesárea, por ser um procedimento que prejudica a vida da puérpera por longo período. É evidente a importância das orientações às gestantes no período pré-natal, conscientizando as mulheres sobre os riscos e benefícios das duas vias de parto (cesárea e parto vaginal) (MELO; DAVIM; SILVA, 2015).

### 3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo foi possível, descrever a experiência das mulheres que vivenciaram um parto vaginal após uma cesárea. Esses dois momentos com diferentes vivências e sentimentos marcam fortemente suas histórias. Essas percepções estão relacionadas com os aspectos físicos, emocionais e culturais que devem ser respeitados em sua individualidade.

A satisfação com o parto normal foi demonstrada pelas mulheres, mesmo marcado pela dor. Referem que essa sensação dolorosa é minimizada após o nascimento do bebê. Foi possível evidenciar também repercussões negativas da cesárea, marcado por limitações, dor no pós-operatório e dependência de outras pessoas.

Contudo, é necessário que profissionais de saúde estejam preparados para prestar assistência humanizada, utilizando as boas práticas de assistência ao parto, contribuindo assim para que esse momento tão importante na vida da mulher, o nascimento de um filho, seja recordado como uma experiência positiva.

## 3.6 REFERÊNCIAS

**BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004**

CAMPOS, V.S. *et al.* Experiência de puérperas com a dor do parto normal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, p. e2396, fev. 2020.

CARNEIRO, L. *et al.* Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 0, n. 0, p. 1574–1585, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, p. 101–116, 2014.

FIGUEIREDO, N.S.V. *et al.* Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010.

LAVADO, M.M. *et al.* Fatores associados à via de parto atual em mulheres com cesariana prévia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 11–22, 2016.

LEITE, M.G. *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, Mar. 2014. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 dez. 2019.

MELO, J.K.F.; DAVIM, R.M.B.; SILVA, R.R.A. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. **J. res.: fundam. care. online**, v. 7, n. 4, p. 3197-3205, out.dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 16. 17, 2017.

PAIVA, A.C.P.C. *et al.* Da decisão à vivência da cesariana: a perspectiva da mulher. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.9, n. p. e3115, 2019.

PEREIRA, G.V.; PINTO, F.A. Episiotomia: uma revisão de literatura. **Ensaio e Ciência Biológicas, Agrárias e da Saúde**. v. 15, n. 3, 2011.

PEREIRA, S.B *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde.\* *Revista Brasileira de Enfermagem\**. v. 71, suppl 3, p. 1393-1399, 2018

REZAI, S. Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section (VBAC) Versus Repeat Cesarean Section; A Review. **Obstetrics e Gynecology International Journal**, v. 4, n. 6, p. 1–7, 2016. Disponível em: <https://medcraveonline.com/OGIJ/trial-of-labor-after-cesarean-tolac-for-vaginal-birth-after-previous-cesarean-section-vbac-versus-repeat-cesarean-section-a-review.html>. Acesso em: 17 out. 2019.

SANTOS, R.C.S.; RIESCO, M.L.G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68304, 2016.

SANTOS, S.; FABBRO, M.R.C. A difícil tarefa de escolher o parto natural.\* *Ciencia e Enfermeria\**. v. 24, n. 11, 2018.

SILVA, G.P.S. *et al.* Experiência de mulheres com a cesariana sob a ótica da fenomenologia social. **Online brazilian journal of nursing**, v. 13, n. 1, p. 5–14, 2012

SILVA, J. L. P. *et al.* Fatores Associados Ao Aleitamento Materno Na Primeira Hora De Vida Em Um Hospital Amigo Da Criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4190017, 2018.

SILVA, S.P.C.E; PRATES, R.D.C.G.; CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1–9, 2014.

SILVA, R.C.F. *et al.* Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20170218, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100450&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100450&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 fev. 2020.

SILVA, T.P.R. *et al.* Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Bras Enferm**, v.72, n. suppl3, p: 245-53, 2019.

VELHO, M.B. *et al.* Vivência Do Parto Normal Ou Cesáreo : Revisão Integrativa. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 458–66, 2012.

VELHO, M.B.; DOS SANTOS, E.K.O.A.; COLLAÇO, V.S. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282–289, 2014.

VIANA, T.G.F. *et al.* Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1–8, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 18 out. 2019.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos descritos nesta dissertação demonstraram que a tentativa de trabalho de parto em mulheres com cesárea anterior é pouco realizada pelos obstetras que ainda usam a cesárea prévia como indicação para um novo parto cirúrgico. As mulheres são submetidas a cesariana sem serem conduzidas com medicamentos e também na maioria das vezes não são ofertadas as boas práticas na assistência ao parto.

O parto vaginal após uma cesárea é uma estratégia factível para a redução dos altos índices de cesáreas o qual se tornou um problema de saúde pública devido ao aumento do risco de mortalidade maternidade. Porém essa se faz necessário uma conscientização dos profissionais de saúde para que o Vbac aconteça.

Favorecer o parto vaginal para mulheres que tiveram cesárea anterior é uma estratégia para redução das altas taxas de cesariana, sendo necessária uma conscientização dos profissionais para uma assistência mais humanizada onde a mulher é a protagonista do seu parto.

A melhor forma de nascer é aquela mais segura para mãe e para o bebê, destaca-se que se deve dar preferência à realização do parto cesárea, quando indicado durante o trabalho de parto.

As políticas públicas devem ser dirigidas para redução da cesariana nas nulíparas, especialmente através da redução do número de cesáreas eletivas nestas mulheres. Encorajar o VBAC e reduzir a cesárea de repetição é de extrema importância uma vez que a maior parte de cesarianas no país ocorre nesse grupo.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. *et al.* Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. **Nascer e Crescer: Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto**, Portugal, v.23, n.3, p.134-139, 2014.
- AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R.; PORTO, A. Cesariana baseada em evidências – parte I. **Femina**, v. 38, n. 81, p. 415–422, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Conitec, 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_DiretrizPartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 23 jul. 2019.
- CÂMARA, R. *et al.* Cesariana a pedido materno. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes**, v. 43, n. 4, p. 301–310, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-69912016000400301&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 10 nov. 2019.
- CARNEIRO, L. *et al.* Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 2, p. 1574–1585, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/744>. Acesso em: 01 ago. 2019.
- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias No SUS. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf). Acesso em: 6 ago. 2019.
- COPELLI, F.H.S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto contexto em enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 336-343, jun. 2015.
- DIAS, H.M.S. Do ensino à aprendizagem da sexualidade: estudo ao nível do 1 ciclo em enfermagem. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto - Portugal
- DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. 1 (suppl), p. 101–116, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 01 set. 2019.
- FREITAS, P.F.; FERNANDES, T.M.B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 525–538, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000300525&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000300525&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 ago. 2019.

GOMES, M.A.S.M. Compromisso com a mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S41–S42, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S41-S42/pt>. Acesso em: 25 ago. 2019.

LAVADO, M.M. *et al.* Fatores Associados a Via De Parto Atual Em Mulheres Com Cesariana Prévia. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 11–22, 2016. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/34>. Acesso em: 10 set. 2019.

LEAL, M.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005). Acesso em: 12 out. 2019.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista de Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 509-517, dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 14 nov. 2019.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indikationen, Vorzüge und Risiken einer elektiven Kaiserschnittoperation. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 112, n. 29-30, p. 489–495, 2015. Disponível em: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171315/Indikationen-Vorzuege-und-Risiken-einer-elektiven-Kaiserschnittoperation>. Acesso em: 05 out. 2019.

NOVO, J.L.V.G. *et al.* Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 19, n. 2, p. 67, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/28942>. Acesso em: 05 set. 2019.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimento no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sócio demográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.16, n.1, p.39-47, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100039&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100039&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 06 out. 2019.

SABATINO, H. **Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências: paradigmas do nascimento**. Manaus: Grafisa, 2014.

SARAIVA, J.M.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 38, n. 3, e69141, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000300412](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300412). Acesso em: 12 ago. 2019.

VOGEL, J.P. *et al.* **Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys**. *The Lancet Global Health*, v. 3, n.5, p.260-270, 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355>. Acesso em: 02 nov. 2019.

WHO. World Health Organization. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>. Acesso em: 08 jul. 2019.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

Formulário de entrevistas com questão norteadora instrumento de coleta de dados

Número de coleta:

Nome:

Idade:

Numero de gestação anterior:

### **Entrevista semiestruturada com a mulher**

Como foi para você a experiência de ter um parto vaginal após uma cesárea?

**ANEXOS**

## ANEXO A

## Instrumento de coleta de dados

Regional de Saúde: ( ) 9ª RS ( ) 10ª RS ( ) 17ª RS  
 Município: ..... Local do parto:.....  
 Entrevistador: .....

Número do Instrumento/Ficha:.....			
Data do Parto: ____/____/____		Data da Entrevista: ____/____/____	
Registro Hospital: .....			
Nome da Puérpera: .....			
Endereço: .....		Nº.: .....	
Bairro: .....	Zona: .....	Telefone: .....	
Endereço 2: .....		Nº.: .....	
Bairro: .....	Zona: .....	Telefone: .....	
I. Aspectos Sociodemográficos			
Idade:	anos.		Entrevista
Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista
Número de filhos:	(1) Um (2) Dois (3) Mais que três		Entrevista
Escolaridade:	(1) 1 a 3 (2) 4 a 7 (3) 8 a 11 (4) Mais que 11 anos		Entrevista
Raça/cor	(1) branca (2) negra/preta (3) amarela (4) Parda (5) Indígena		Prontuário
Condição de Ocupação:	(1) Remunerada Qual? .....		Entrevista
Se atividade	(2) Não remunerada		
Classe social segundo a classificação da ABEP¹:	(1) Classe A1 (3) Classe B1 (5) Classe C1 (7) Classe D (2) Classe A2 (4) Classe B2 (6) Classe C2 (8) Classe E		Entrevista
(Classificação de classe social segundo posse de bens proposta pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais).	Posse de itens	Quantidade (0 1 2 3 4 ou +)	Grau de Instrução do Chefe de Família
	Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto 0
	Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 Incompleto 0
	Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 1 Completo / 1
	Automóvel	0 4 7 9 9	Fundamental 2 Incompleto
	Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Fundamental 2 Completo/ 2
	Máquina de lavar	0 2 2 2 2	Médio Incompleto
	Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2	Médio Completo/ 4
	Geladeira	0 4 4 4 4	Superior Incompleto
	Freezer	0 2 2 2 2	Superior completo 8
			Cortes do Critério Brasil - Classe Pontos
			A1 42 - 46
			A2 35 - 41
			B1 29 - 34
			B2 23 - 28
			C1 18 - 22
			C2 14 - 17
			D 8 - 13
			E 0 - 7
II. História Obstétrica Anterior*			
Nº de gestações	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais		Cartão de pré-natal
Tipo de gestações	(1) única (2) gemelar		Cartão de pré-natal
Nº de abortos	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais		Cartão de pré-natal
Nº de partos anteriores	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais		Cartão de pré-natal
Nº de cesária prévia	(1) Um (2) Duas (3) Três (4) Quatro (5) Cinco e mais		Cartão de pré-natal
Patologia prévia à gestação anterior anotada em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim Qual?..... (2) Não		Cartão de pré-natal
Patologia prévia à gestação anterior relatada pela mulher	(1) Sim Qual (is)?..... (2) Não		Entrevista
Uso de algum medicamento	(1) Sim Qual?..... (2) Não		Entrevista
SE USO de MEDICAMENTO/DROGA IDENTIFICAR frequência e quantidade	.....		Entrevista
III. Assistência no Pré-Natal			
Realizou Pré-Natal	(1) Sim (2) Não Por quê?.....		Cartão de pré-natal/ Entrevista
Local que realizou o pré-natal	(1) UBS (2) convenio/particular (3) UBS + convenio/particular (4) UBS + ambulatório especializado (5) outro.....		Cartão de pré-natal/ Entrevista
A gravidez foi planejada/desejada?	(1) O casal queria (2) Só a mulher queria		Entrevista

	(3) Só o homem queria (4) O casal não queria	
Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou?	(1) Estava usando, mas falhou/esqueceu de usar (2) Não estava usando porque queria engravidar (3) Não estava usando por outro motivo Qua?	Entrevista
Durante a gestação fez uso de alguma medicação	(1) Sim Qual?..... (2) Não	
SE USO de MEDICAMENTO/DROGA licita IDENTIFICAR frequência e quantidade de acordo com a frequência	..... ..... .....	Entrevista
Uso de droga licita (tabaco, álcool, etc)	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Entrevista
Uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, etc)	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Entrevista
SE USO de droga ilícita IDENTIFICAR frequência e quantidade de acordo com a frequência	..... ..... .....	Entrevista
Alguém da casa em que você mora e seu filho FAZ USO de drogas lícitas (álcool, tabaco)	1) Sim Quem?..... (2) Não	Entrevista
Alguém da casa em que você mora e seu filho FAZ USO de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, outras)	1) Sim Quem?..... (2) Não	Entrevista
Você acha que sofreu algum tipo de violência doméstica durante a GESTAÇÃO? (Violência doméstica é aquela sofrida no ambiente doméstico ou no lar)	(1) Sim (2) Não	Entrevista
SE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA durante a gestação? Identifique	(1) Psicológica (xingamentos, ofensa como mulher e mãe, etc) (2) Física (tapas, golpes, empurrões, etc) (3) Sexual (sexo sem permissão) (4) outra.....	Entrevista
SE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA procurou ajuda?	(1) Sim Onde..... (2) Não Motivo?.....	Entrevista
Realizou Exames laboratoriais	(1) até 14 semanas (1º trimestre) (2) 15 a 28 semanas (2º trimestre) (3) 29 a 42 semanas (3º trimestre) (4) não fez - Motivo?.....	Cartão de pré-natal entrevista
Exames realizados no 1º trimestre (teste rápido para gravidez, VDRL/sorologia sífilis, HIV e proteinúria)	(1) completo (2) incompleto - Motivo?..... (3) não fez - Motivo?.....	Cartão de pré-natal entrevista
Exames realizados no 2º trimestre (urina I, VDRL/sorologia sífilis, HIV e urina 1 e urocultura)	(1) completo (2) incompleto - Motivo?..... (3) não fez - Motivo?.....	Cartão de pré-natal entrevista
Exames realizados no 3º trimestre (urina I, VDRL/sorologia sífilis, HIV, hematócrito e hemoglobina, dosagem de glicose, urina 1 e urocultura)	(1) completo (2) incompleto - Motivo?..... (3) não fez - Motivo?.....	Cartão de pré-natal entrevista
Acréscimo de exames se GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (teste indireto de antígeno de grupo sanguíneo humano (TIA) para gestantes de RH negativo; contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina de 24 horas), dosagem de ureia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com Doppler e cardiocardiografia anteparto)	(1) completo (2) incompleto - Motivo?..... (3) não fez - Motivo?..... (4) SEM RISCO	Cartão de pré-natal entrevista
Ultrassonografia Obstétrica (USG)	(1) até 14 semanas (1º trimestre) (2) 15 a 28 semanas (2º trimestre) (3) 29 a 42 semanas (3º trimestre) (4) não fez - Motivo?.....	Cartão de pré-natal entrevista
Nº USG realizada no 1º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais Motivo da realização de 1 e mais USG:.....	Cartão de pré-natal entrevista
Nº USG realizada no 2º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais Motivo da realização de 1 e mais USG:.....	Cartão de pré-natal entrevista
Nº USG realizada no 3º trimestre	(1) Uma (2) Duas (3) Três e mais Motivo da realização de 1 e mais USG:.....	Cartão de pré-natal entrevista
Classificação do RISCO GESTACIONAL	(1) Risco Habitual (2) Risco Intermediário (3) Alto Risco	Cartão de pré-natal
Foi orientada quanto a Classificação do Risco Gestacional?	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não Por quê?.....	Entrevista
SE RISCO GESTACIONAL INTERMEDIÁRIO foi encaminhada	(1) Sim Qual serviço?..... (2) Não Por quê?.....	Entrevista

para serviço especializado	(3) SEM RISCO	
SE RISCO GESTACIONAL ALTO foi encaminhada para serviço especializado	(1) Sim Qual serviço?..... (2) Não Por quê?..... (3) SEM RISCO	Entrevista
Preenchimento do gráfico de controle de peso:	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal
Preenchimento de avaliação de edema:	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal
Na consulta foi verificado sua Pressão arterial	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista
Na consulta foi verificado sua Altura Uterina (AU)	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista
Na consulta foi verificado Batimento Cardio Fetal (BCF)	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista
Na consulta foi realizado exame das mamas	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não	Entrevista
Vacinação atualizada (anti-tetânica e hepatite, outras)	(1) Esquema completo (2) Esquema incompleto Por quê?.....	Cartão de pré-natal Entrevista
Problemas detectados durante o pré-natal relatado pela mulher	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Entrevista
Problemas detectados durante o pré-natal registrado pelo profissional de saúde no cartão de pré-natal	(1) Sim Qual?..... (2) Não	Cartão de pré-natal
Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (2) 16-30 dias (3) 31-45 dias (4) 46-60 dias (5) Não fez Por quê?.....	Cartão de pré-natal Entrevista
Foi informado qual hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim Qual profissional orientou?..... (2) Não	Entrevista
Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não Por quê?.....	Entrevista
50. Durante o pré-natal participou de grupos de gestantes	(1) Sim Local..... (2) Não Por quê?.....	Entrevista
DURANTE A GESTAÇÃO buscou qual(is) fonte de informação sobre a gravidez/parto/bebê (assinale 1 ou mais)	(1) Internet (6) não buscou pois já tinha experiência anterior (gravidez anterior) (2) mãe/sogra (7) com enfermeiro (3) amigas (8) com médico (4) programa TV (9) outro profissional de saúde (5) livro/revistas (10) outro.....	Entrevista
SE PARTICIPOU DE GRUPOS DE GESTANTE teve orientações ou palestras de quais assuntos (assinale 1 ou mais):	(1) Aleitamento Materno (6) Doenças na gestação (2) Alimentação durante a gestação (7) Educação sexual e prevenção de DST (3) Desenvolvimento do feto (8) Atividade física durante a gestação (4) Tipo de parto (9) Mudanças físicas e emocionais na gravidez (5) Uso de medicação na gestação (10) outro.....	Entrevista
SE PARTICIPOU DE GRUPOS DE GESTANTE qual profissional orientou ou ministrou a palestra (assinale 1 ou mais):	(1) enfermeiro (6) farmacêutico (2) médico (7) auxiliar/técnico de enfermagem (3) nutricionista (8) Agente Comunitário de Saúde (4) psicólogo (9) outro..... (5) educador físico	Entrevista
Durante a gestação teve desejo ou se preparou para amamentar seu bebê	(1) Sim (2) Não Por quê?.....	Entrevista
Teve experiência anterior de amamentação (filho anterior, familiar, amigos)	(1) Sim Qual?..... (2) Não Por quê?.....	Entrevista
Adequação do processo de atendimento do pré-natal (COUTINHO, 2010): <b>ADEQUADO</b> (preenche TODOS os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros). <b>INADEQUADO</b> (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial. <b>INTERMEDIÁRIO</b> : é definido pelas demais associações.	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado Início do PN: ( ) < 14ª sem. ( ) 14ª - 27ª sem. ( ) > 27ª sem. Nº de consultas: ( ) 6 ou mais ( ) 3 a 5 ( ) 0 a 2	Cartão de pré-natal
<b>IV. Condições da Internação na Maternidade*</b>		
Dilatação cervical	_____ cm.	Prontuário

Dinâmica uterina	(1) Presente (2) Ausente (9) S/ registro		Prontuário
Estado das membranas	(1) Integra (2) Rota (9) S/ registro		Prontuário
Características do líquido amniótico	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (9) S/ registro		Prontuário
<b>V. Condições Maternas no Parto e no Puerpério</b>			
Indução do parto:	(1) Sim (2) Não		Prontuário
Fisiometria	(1) Sim (2) Não		Prontuário
Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal (2) Cesárea		Entrevista
Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) (3) Cesárea		Prontuário
Conhecimento da mulher sobre o motivo do parto instrumental ou cesariana (relato da mulher)	..... ..... .....		Entrevista
Quem realizou o parto?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Residente (4) Outro.....		Prontuário
Condições do perineo:	(1) Integro (2) Laceração de 1º grau (3) Laceração de 2º grau (4) Laceração de 3º grau (5) Laceração de 4º grau (6) Episiotomia		Prontuário
Indicação de cesárea (registro no prontuário pelo obstetra)	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário
Eliminação de fezes no parto	(1) Sim (2) Não		Prontuário
Intercorrências intra-parto: (Intercorrências durante o trabalho de parto e anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim Qual..... (2) Não		Prontuário
Intercorrências no quarto período: (Intercorrências durante o quarto período do parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim Qual..... (2) Não		Prontuário
Controles do puerpério imediato: (Intercorrências anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim Qual..... (2) Não		Prontuário
Sucção na sala de parto	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 a 60 minutos (3) 1 a 2 horas		Entrevista
Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno na sala de parto:	(1) Sim Qual profissional?..... (2) Não		Entrevista
Tempo para encaminhamento do recém-nascido ao Alojamento Conjunto:	(1) Até ½ hora (2) 30 a 60 min (3) 60 minutos e mais.		Prontuário
Mulher apresentou complicações parto/pós-parto e foi necessário realizar Transferência para instituição de assistência terciária (Motivo registrado no prontuário pelo médico que prestou assistência).	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário
Se houve complicação o Tipo de transporte para a transferência foi	(1) Particular (2) Ambulância (SAMU) (3) Não tinha transporte disponível para transferir		Prontuário
Tempo de espera entre a solicitação vaga e a transferência	(1) tempo para conseguir a liberação do leito .....(em horas ou dias) (2) tempo para chegada da ambulância .....(em horas ou dias)		Prontuário/ Entrevista
Se houve complicação necessitou de internação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário
Óbito materno	(1) Sim Causa..... (2) Não		Prontuário
<b>VI. Práticas Obstétricas na Maternidade *</b>			
Tipo de rotura de membrana:	(1) Artificial (2) Rotura espontânea (3) Bolsa rota na internação (9) S/ registro	<b>Relato</b> (1) (2) (3) (4)	Entrevista/ Prontuário
Uso de ocitocina:	(1) Sim Qual dilatação.....cm (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
Uso de misoprostol	(1) Sim (2) Não		
Cardiotocografia	(1) Sim Número de vezes: ..... (2) Não		
Avaliação de dinâmica uterina:	(1) Sim Número de vezes: ..... (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário
Ausulta de batimento cardiofetal (BCF)	(1) Sim Número de vezes: ..... (2) Não	(1) (2)	Entrevista/ Prontuário

Fornecimento de orientações/explicações antes do parto	(1) Sim. (2) Não (3) Não deu tempo Se sim, quais informações _____ Quem realizou? _____		Entrevista/ Prontuário
SE ORIENTAÇÕES/EXPLICAÇÕES ANTES DO PARTO quem realizou	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Doula (4) Auxiliar/técnico d enfermagem (5) outro.....		Entrevista/ Prontuário
SE ORIENTAÇÕES/EXPLICAÇÕES ANTES DO PARTO pelo profissional descreva-as	.....		Entrevista/ Prontuário
SE ORIENTAÇÕES/EXPLICAÇÕES ANTES DO PARTO recebeu todas as informações que desejava	(1) Sim (2) Não (3) Em parte		Entrevista/ Prontuário
Banho de relaxamento	(1) Sim (2) Não	( 1 ) ( 2 )	Entrevista/ Prontuário
Massagem para alívio da dor	(1)Sim Quem realizou?..... (2)Não		
Uso de bola ou assento ativo:	(1) Sim (2) Não	( 1 ) ( 2 )	Entrevista/ Prontuário
Recebeu líquidos Via Oral durante o Trabalho de Parto	(1)Sim (2)Não		
Acompanhante:	(1) Sim Quem?..... (2) Não (3) Não deu tempo	( 1 ) ( 2 )	Entrevista/ Prontuário
Local do parto:	(1) Quarto (2) Sala de parto (3) Outro.....	( 1 ) ( 2 ) ( 3 )	Entrevista/ Prontuário
Posição de parto:	(1) Litotômica (2) Dorsal não litotômica (3) Vertical (4) Lateral	( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) ( 4 )	Entrevista/ Prontuário
<b>VII. Condições Perinatais no Parto</b>			
Eliminação de mecônio intra-parto:	(1) Sim Aspecto/quantidade..... (2) Não		Prontuário
Contato precoce mãe-bebê no nascimento:	(1) Sim (2) Não Por quê?.....		Entrevista
<b>VIII. Condições do Recém-Nascido no Nascimento</b>			
Boletim de Apgar - 1º minuto (1 a 10)	.....		Prontuário
Boletim de Apgar - 5º minuto (1 a 10)	.....		Prontuário
Peso do RN	..... gr.		Prontuário
Idade gestacional:	..... semanas.		Prontuário
Adequação do peso segundo a idade gestacional	(1) AIG (2) PIG (3) GIG (4) MBP (5) EBP (99) S/ registro		Prontuário
O bebê nasceu com algum tipo de malformação	(1) Sim Qual (is)?..... (2) Não		Prontuário
SE MALFORMAÇÃO/SINDROME foi detectado durante a gestação	(1) Sim (2) Não Por quê?.....		Prontuário/ Entrevista
SE MALFORMAÇÃO/SINDROME foi realizado encaminhamento profissional	(1) Sim Qual(is)?..... (2) Não Por quê?.....		Prontuário/ Entrevista
SE MALFORMAÇÃO/SINDROME foi orientada por algum profissional	(1) Sim Qual(is)?..... (2) Não		Prontuário/ Entrevista
SE MALFORMAÇÃO/SINDROME e NÃO houve orientação profissional buscou informação/orientação	(1) Sim Quem/Onde?..... (2) Não Por quê?.....		Entrevista
Recebeu vacinas após nascimento (BCG e Anti-Hepatite B)	(1) Esquema completo (2) Esquema incompleto Por quê?.....		Prontuário/ Entrevista
Recém-nascido em condição de alta hospitalar	(1) Sim (2) Não Por quê?.....		Prontuário
Agravos após nascimento	(1) Sim Qual (is)?..... (2) Não		Prontuário
Necessidade de permanecer internado?	(1) Sim Por quê?..... (2) Não		Prontuário
Necessidade de encaminhamento para Unidade de Cuidados Intermediários?	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário
Necessidade de encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário
Houve transferência para outro hospital para UTI	(1) Sim Motivo..... (2) Não		Prontuário

Tempo de espera entre a solicitação da vaga e a transferência	(1) tempo para conseguir a liberação do leito .....(em horas ou dias) (2) tempo para chegada da ambulância .....(em horas ou dias)	Prontuário/ Entrevista
Se houve necessidade de transferência qual Tipo de transporte	(1) Particular (2) Ambulância (SAMU) (3) Não tinha transporte disponível para transferir	Prontuário
<b>IX. Puerpério Imediato no Alojamento Conjunto</b>		
Amamentação em livre demanda durante a internação:	(1) Sim (2) Não Por quê?.....	Prontuário/ Entrevista
Aspecto das mamas	(1) Flácidas (2) Túrgidas (3) Ingurgitadas	Prontuário
Fissura nos mamilos	(1) Sim Orientação/tratamento..... (2) Não	Prontuário/ Entrevista
Houve a necessidade de ordenha	(1) Sim Orientada ou com auxílio por qual profissional..... (2) Não	Prontuário
Aspecto da incisão cirúrgica/ episiorrafia/ perineo	(1) Bom aspecto (2) Equimose (3) Hematoma (4) Hiperemia (5) Edema (6) Secreção (7) Deiscência	Prontuário
Involução uterina	(1) Tônico (2) Volumoso (3) Atônico Qual conduta?.....	Prontuário
Aspecto dos lóquios	(1) Hemático (2) Serohemático	Prontuário
Volume dos lóquios	(1) Pequeno (2) Médio (3) Grande	Prontuário
Lóquios - presença de odor	(1) Sim Qual conduta? ..... (2) Não	Prontuário

## ANEXO B

### Termo de consentimento livre e esclarecido

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável sob o número (2.053.304 /2016) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você no domicílio e realizar uma entrevista gravada visitando sua casa seis meses após o parto ou um ano e seis meses após o parto, todas as duas visitas iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.

Iremos perguntar sobre como o serviço de saúde a acompanhou durante seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Não será cobrado, nem pago qualquer valor ou honorário, para você participar do estudo.

Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

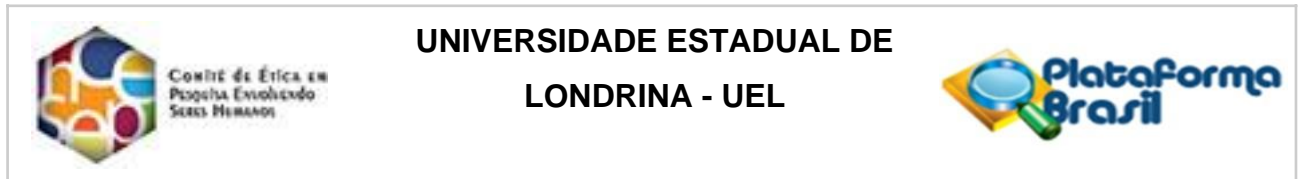
\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Cidade:.....-PR,.....de.....de 20.....

## ANEXO C

Parecer consubstanciado do cep



### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

**Pesquisador:** Rosangela Aparecida pimenta Ferrari

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 67574517.1.1001.5231

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Londrina - UEL

**Patrocinador Principal:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:**

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

**Objetivo Secundário:**

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde; Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****Riscos:**

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o ítem V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

**Benefícios:**

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

---

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli  
(Coordenador)  
Assinado por: