PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO EM PRIMIGESTAS ATENDIDAS NA MATERNIDADE VIVA VIDA DE JUIZ DE FORA–MINAS GERAIS

Process in decision of the types of parturition in primigravidae assisted in Maternidade Viva Vida in Juiz de Fora – Minas Gerais

Cinthia Carvalho Silva Gonzatto[1]
Vera Lucia Alves Mariano Spadoni[2]
Vívian Campos Damasceno[3]
Leonardo PandolfiCaliman[4]
Nathália Cristina Mezzonato Machado[4]
Guillermo Patricio Ortega Jácome[5]
Nathália Barbosa do E. Santo Mendes[5]

Resumo: Esse trabalho visa descrever o desfecho da via de parto nas primigestas internadas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora – MG, observando a frequência de parto vaginal, a aderência às medidas não farmacológicas para alívio da dor e as principais indicações de parto operatório. Para isso, foi feito um estudo retrospectivo, baseado em análise de prontuário das primigestas internadas na maternidade supracitada durante janeiro de 2013 a dezembro de 2014, obtendo um total de 811 primigestas. O perfil de primigesta que predominou foi a faixa etária dos 15 aos 24 anos (62,5%), com ocupação não remunerada (49,9%) e de ensino médio (56,1%). A maioria (80,7%) apresentou idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e os pré-natais de alto risco corresponderam a 22,8%. O trabalho de parto espontâneo (61%) representou a maioria dos motivos de internação, seguido da indicação de indução (21,2%) e de parto operatório (17,8%). O desfecho da via de parto que predominou foi o parto vaginal (60%) e aderência às medidas não farmacológicas para alívio da dor ocorreu em 86,8% das primigestas que internaram por trabalho de parto espontâneo ou por indicação de indução. As principais indicações de parto operatório foram as distócias (37,8%) e os distúrbios hipertensivos (35%). O trabalho demonstrou que a maternidade campo de estudo tem se empenhando na redução das taxas de parto operatório em prol do bem estar materno-infantil. Acredita-se ainda que assistência humanizada recebida pelas primigestas possa ter influenciado no maior desfecho de partos vaginais.

Palavras-chave: Trabalho de Parto, Saúde da Mulher, Humanização

Abstract: This study aims to describe the outcome of delivery route in hospitalized first primigravidae to birth at the Maternidade Viva Vida of Juiz de Fora – Minas Gerais, noting the frequency of vaginal delivery, adherence to nonpharmacological measures for pain relief and the main indications of caesarean section. Thus, a retrospective study based on medical primigravidaerecords

[1] Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia – Hospital Universitário da Grande Dourados.
[2] Médica Clinica Geral.
[3] Médica Residente em Ginecologia e Obstetrícia – Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus – Juiz de Fora.
[4] Medico Ginecologista e Obstetra – Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido – FHEMIG.
[5] Docente – Faculdade de Medicina de Juiz de Fora.

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

admitted to the aforementioned maternity during January 2013 to December 2014 was done, obtaining a total of 811 first pregnancy. The primigravidae profile that predominated was the age group of 15 to 24 years (62.5%), with no paid employment (49.9%) and high school (56.1%). Most (80.7%) had gestational age greater than or equal to 37 weeks and prenatal high risk accounted for 22.8%. The spontaneous labor (61%) represented the majority of hospital admissions, followed by induction indication (21.2%) and caesarean section (17.8%). The outcome of the type of delivery that prevailed was vaginal delivery (60%) and adherence to nonpharmacological measures for pain relief occurred in 86.8% of primiparous who were hospitalized for spontaneous labor or indication of induction. The principal caesarean section indications were dystocia (37.8%) and hypertensive disorders (35%). The study showed that the maternity has been striving to reduce the caesarean section rates for the well being mother and child. It is believed that even humanization assistance received by the first pregnancy may have influenced the outcome of most vaginal deliveries.

Key words: Childbirth, Woman's health, Humanization

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

1 Introdução

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado uma mudança na forma de nascer devido às incertezas, medos e insegurança das mães. As operações cesarianas passaram a ser a via de parto mais comum, alcançando o percentual de 85% dos partos realizados na rede privada de saúde e 40% na rede pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Isso mostra que o procedimento médico está se banalizando sendo realizado sem indicações, sem levar em conta as complicações da cirurgia.

A cesárea deve ser realizada sim, quando necessária. Desta forma, concluiu-se que a taxa de cesariana superior a 10% não implica em redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal, sendo considerada aceitável uma taxa entre 10 a 15% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Na tentativa de mudar essa realidade, na qual a segurança do parto normal frente ao cirúrgico vem sendo questionada, o Ministério da Saúde no ano de 2000 instituiu em todo o território brasileiro, através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). O objetivo desse programa é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Além disso, para garantir a humanização na maternidade, foi sancionada a Lei n°. 11.108, que preconiza a presença de um acompanhante junto à parturiente durante toda a transição do parto. Em geral, as mulheres mais favorecidas economicamente, que tem seus partos em redes privadas, é que fazem uso deste direito.

Segundo o DATASUS, em Juiz de Fora - MG, nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, a taxa de parto vaginal foi de 38,3%, 37,2%, 35,5% e 35,7%, respectivamente, mostrando um percentual de parto vaginal abaixo da média encontrada na população de mulheres que vivenciam a experiência de parto em nosso país, a qual se encontra ao redor de 44% a taxa de parto vaginal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Esses dados mostram que o grande desafio de transformar as recomendações do Ministério da Saúde em práticas, com adoção tanto nos serviços públicos quanto privados de protocolos baseados em evidências científicas, ainda persiste.

Grande parte das cesarianas é justificada por cesarianas prévias e as impressões sobre o processo do parto são propagadas entre as mulheres, o conhecimento

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

da frequência de parto vaginal em primigestas torna-se importante, pois poderá mudar o atual cenário do Brasil, no qual as operações cesarianas são a via de parto mais comum.

O objetivo deste trabalho foi descrever o processo de decisão pelo tipo de parto em primigestas atendidas pela Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora – Minas Geraise a observação da frequência de parto vaginal em relação ao parto cesáreo nas primigestas, a fim de verificara aderência das primigestas àsmedidasnão farmacológicas para alívio da dor, apontando os motivos relacionados à necessidade de indicação de uma cesariana primária.

2 Metodologia

Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo por meio da análise de dados de prontuários das pacientes primigestas, que foram internadas para realização de parto, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, na Maternidade Viva Vida do Hospital Regional João Penido - FHEMIG, em Juiz de Fora - Minas Gerais.A Maternidade Viva Vida é referência na região para atendimentos de alto risco. Como preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o sigilo das informações coletadas quanto ao nome dos pacientes e seus dados pessoais foram preservados. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FHEMIG, sendo aprovado pelo parecer consubstanciado de n° 1.343.366. Para a pesquisa, foram selecionadas todas as pacientes primigestas internadas para realização de parto vaginal ou cesáreo.

Reuniram-se dados sociodemográficos, dados da internação, presença de acompanhante, uso de medidas não-farmacológicas e farmacológicas e via de parto. Todos os itens mencionados foram obtidos através do prontuário da paciente.

Foram analisados todos os prontuários das pacientes que cumpriram os critérios de inclusão, totalizando 811 primigestas. Os dados foram armazenados no programa Access, Microsoft® Corporation, USA.

3 Resultados

No presente estudo retrospectivo, às características sociodemográficas, das 811 primigestas internadas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora – Minas Gerais, entre janeiro de 2013 e dezembro de 2014, verificou-se que grande parte das primigestas era solteira (60,5%), com idade entre 19 e 34 anos (67,6%) e apresentava uma ocupação não remunerada (49,9%), sendo 37,1% do lar e 12,8% estudante (Tabela 1). A maioria declarou-se branca (50,7%),

2016 | Volume 3 | N° 05
ISSN: 2358-3401

procedente de Juiz de Fora (72,3%), conclusão até o ensino médio (56,1%) (Tabela 1). Para Sanches et al. (2012), a constatação de um número reduzido de mulheres exercendo uma ocupação remunerada contrapõe-se a tendência de sua crescente inserção no mercado de trabalho.

Tabela 1 - Perfil Epidemiológico das primigestas atendidas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	n=811	%		n=811	%
Idade			**Cor**		
10 - 18 anos	215	26,5	Branca	411	50,7
19 - 34 anos	548	67,6	Negra	208	25,6
34 - 44 anos	48	5,9	Parda	169	20,8
Profissão			Sem informação	23	
Ocupação remunerada	314	38,7	**Procedência**		
Do lar	301	37,1	Juiz de Fora	586	72,3
Estudante	104	12,8	Microrregião	224	27,6
Sem informação	92	11,3	Outra	1	0,1
Estado civil			**Nivel de instrução**		
Solteira	491	60,5	Analfabeto	1	0,1
Casada	223	27,5	Fundamental	217	26,8
União Estável	61	7,4	Ensino médio	455	56,1
Outro	11	-	Ensino superior	90	11,1
Sem informação	25	7,4	Sem informação	48	5,9

No momento da internação, a maioria das primigestas apresentou idade gestacional a termo (80,6%), confirmada por ECO < 20 semanas (46,6%) e número de consultas de pré-natal superior a seis (71,1%) como preconizado pelo Ministério da Saúde (2005). A maior parte dos pré-natais foram realizadas em Unidades Básicas de Saúde - UBS (34,6%) e na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora (33,6%), sendo a maioria dos pré-natais considerados de risco habitual (76,2%) (Tabela 2). Estes valores foram inferiores aos encontrados em um estudo semelhante realizado por Accetta et al. (2013), no qual 28% das primigestas eram de alto risco.

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

Tabela 2 - Dados do pré-natal no momento da internação das primigestas atendidas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	n=811	%		n=811	%
Local de realização do pré-natal			**Número de consultas pré-natal**		
UBS	281	34,6	< 6 consultas	143	17,6
Maternidade Viva Vida	273	33,6	6 consultas	73	9,0
Outros	167	20,6	> 6 consultas	577	71,1
Convênio	44	5,4	Nenhuma	3	0,4
Não realizou pré-natal	3	0,4	Sem informação	15	1,8
Sem informação	43	5,3			
Idade gestacional no momento da internação			**Risco pré-natal**		
Pré-termo (< 37s)	156	19,2	Habitual	618	76,2
Termo (37s - 41s6d)	654	80,6	Alto	185	22,8
Pós-termo (≥ 42s)	1	0,1	Sem informação	8	1,0
Idade gestacional confirmada por					
ECO < 20 semanas	378	46,5			
DUM	368	45,4			
USG na internação	3	0,4			
Sem informação	62	7,6			

Nas primigestas com desfecho de parto vaginal observou-se que, no momento da internação, a maioria (59,8%) apresentava dilatação < 5 cm, seguida por dilatação ≥ 5 cm (32,6%) e feto em apresentação cefálica (96,5%) (Tabela 3). Já nas primigestas com desfecho de parto cesáreo, a maioria (46,3%) apresentava dilatação < 5 cm, seguida de dilatação ausente (38,9%) e feto em apresentação cefálica (81,8%) (Tabela 3). A diferença mostrou-se estatisticamente significativa (p=0,000) em todas as variáveis apresentadas. Todas as primigestas tiveram direito a um acompanhante durante toda a internação, sendo o familiar preferencialmente escolhido tanto no desfecho de parto vaginal (50,3%) quanto no desfecho de parto cesáreo (43,5%), seguido do parceiro (34,5% e 36,7%, respectivamente) (Tabela 3).

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

Tabela 3 - Dados da internação segundo o desfecho das primigestas atendidas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	Vaginal		Cesáreo		
	n=487	%	n=324	%	*p* -valor
Apresentação fetal					
Cefálica	470	96,5	265	17,6	
Pélvica	11	2,3	37	9,0	
Transversa	-	-	3	71,1	
Sem informação	6	1,2	19	0,4	0,000
Dilatação do colo uterino					
Dilatação < 5 cm	291	59,8	150	46,3	
Dilatação ≥ 5 cm	159	32,6	24	7,4	
Ausente	34	7,0	126	38,9	
Sem informação	3	0,6	24	7,4	0,000
Acompanhante					
Familiar	245	50,3	141	43,5	
Parceiro	168	34,5	119	36,7	
Amiga	11	2,3	12	3,7	
Sem informação	63	12,9	52	16,0	0,178

No que se refere ao motivo de internação, houve prevalência do trabalho de parto espontâneo (61%), sendo 52,5 % trabalho de parto a termo e 8,5% trabalho de parto prematuro, seguido da indicação de indução (21,2%) e de parto operatório (17,8%) (Tabela 4). O desfecho da via de parto que predominou foi o parto vaginal (60%), sendo que índices maiores foram encontrados nas primigestas que internaram por trabalho de parto prematuro (89,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Motivo de internação segundo o desfecho das primigestas internadas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	Vaginal		Cesáreo		Total		
	n	%	n	%	n	%	*p* -valor
	487	60,0	324	40,0	811	100,0	
Motivo de internação							
Trabalho parto a termo	329	77,2	97	22,8	426	52,5	0,000
Trabalho parto prematuro	62	89,8	7	10,2	69	8,5	0,000
Indução	96	55,8	76	44,2	172	21,2	0,117
Parto operatório	-	-	144	100,0	144	17,8	-

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

O desfecho da via de parto que predominou foi o parto vaginal (60%), o índice de parto cesáreo (40%) ainda se encontra longe do ideal proposto pela OMS, em 2015, a qual considera como taxa aceitável valores de até 15%.

Ao comparar-se o desfecho da via de parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora – Minas Gerais no ano de 2013 com os dados disponíveis no DATASUS para partos realizados na rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora no ano de 2013 foi encontrada, respectivamente, uma taxa de parto vaginal igual a 60,2% e 35,7% e de parto cesáreo equivalente a 39,8% e 64,3% (Figura 1).

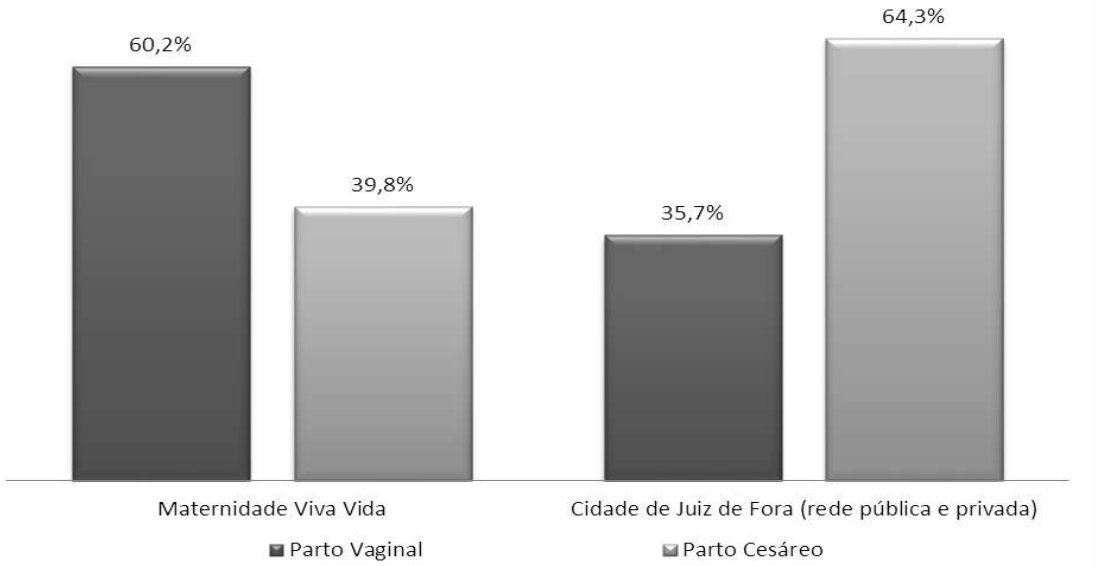

Figura 1 - Desfecho da via de parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora x Frequência de partos na cidade de Juiz de Fora. Considerando o ano de 2013.

Desconsiderando as 144 primigestas que internaram para parto operatório, das 667 primigestas que internaram por trabalho de parto espontâneo ou por indicação de indução, 87,8% tiveram a evolução do trabalho de parto documentada no partograma, sendo que este acompanhamento ocorreu em sua maioria nas primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal (97,3%) (p=0,000) (Tabela 5).

Nessa mesma amostra observou-se que 73% das primigestas evoluíram para parto vaginal e 27% para parto cesáreo. Ao restringir ainda mais essa amostra para apenas aquelas que apresentavam pré-natal de risco habitual, encontrou-se uma frequência de parto vaginal equivalente a 75,6% (Tabela 5).

Dentre as primigestas atendidas por trabalho de parto espontâneo ou por indicação

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

de indução, 86,8% aderiram às medidas não farmacológicas para alívio da dor. Das 487 primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal, 92,4% fizeram uso de medidas não farmacológicas e apenas 12,3% fizeram uso de medidas farmacológicas para alívio da dor. Das 180 primigestas que tiveram como desfecho o parto cesáreo, 71,6% fizeram uso de medidas não farmacológicas e apenas 12,8% fizeram uso de medidas farmacológicas para alívio da dor. Diferença estatisticamente significativa (p=0,000) foi encontrada no uso das medidas não farmacológicas. (Tabela 5).

Tabela 5 - Risco pré-natal, presença de partograma e utilização de medidas para alivio da dor segundo o desfecho das primigestas atendidas por trabalho de parto expotâneo e por indicação de indução.

	Vaginal		Cesáreo		
	n	%	n	%	*p* -valor
	487		180		
Risco pré-natal					
Habitual	429	75,6	138	24,4	0,000
Presença do partograma					
Sim	474	97,3	112	62,2	0,000
Medidas não farmacológicas					
Sim	450	92,4	129	71,6	0,000
Medidas farmacológicas					
Sim	60	12,3	23	12,8	0,483

Dentre as medidas não farmacológicas utilizadas para alívio da dor, nas que tiveram como desfecho o parto vaginal observou-se o chuveiro (81,9%) como o preferido, seguido pela posição de conforto (69,2%), deambulação (64,1%), bola (60,8%) e massagem (60,4%). Já nas que tiveram como desfecho o parto cesáreo, a maioria fez uso do chuveiro (54,4%), seguido da deambulação (48,9%), posição de conforto (43,3%), bola (39,4%) e massagem (35,5%). Dados significativos (p=0,000) foi encontrada no uso do chuveiro, posição de conforto, deambulação, bola e massagem (Tabela 6).

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular, observado por Davim et al. (2009).

Em relação às intervenções realizadas para manejo ativo do trabalho de parto (TP),

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

tanto nas primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal quanto o parto cesáreo predominou o uso da ocitocina (48,3% e 42,2%, respectivamente), seguida pela amniotomia (31,8% e 20,5%, respectivamente) (p=0,002). Não houve intervenção no manejo ativo em 30,4% dos partos vaginais e em 23,3% dos partos cesáreos(p=0,044) (Tabela 6).

Tabela 6 - Medidas não farmacológicas utilizadas para alívio da dor e intervenções durante o trabalho de parto das primigestas internadas por parto espontâneo e por indicação de indução segundo o desfecho da via de parto.

	Vaginal		Cesáreo		
	n=487	%	n=180	%	*p* -valor
Medidas não famacológicas					
Chuveiro	399	81,9	98	54,4	0,000
Posição de conforto	337	69,2	78	43,3	0,000
Deambulação	312	64,1	88	48,9	0,000
Bola	296	60,8	71	39,4	0,000
Massagem na região lombar	294	60,4	64	35,5	0,000
Cavalinho	125	25,7	39	21,7	0,168
Banquinho	14	2,9	1	0,5	0,056
Sem informação	7	1,9	5	2,8	0,257
Intervenções durante o TP					
Ocitocina	235	48,3	76	42,2	0,097
Amniotomia	155	31,8	37	20,5	0,002
Ausente	148	30,4	42	23,3	0,044

O parto cesáreo nas primigestas que internaram por trabalho de parto a termo justificou-se predominantemente pela parada de progressão (60,8%), seguida da desproporção fetopélvica (20,6%) e de líquido meconial espesso (17,5%), enquanto que nas primigestas que internaram por trabalho de parto prematuro justificou-se em sua maioria por descolamento prematuro de placenta (42,9%) e malformação fetal (28,6%) (Tabela 7).

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

Tabela 7 - Justificativa de parto cesáreo nas primigestas inter
Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	n=97	%
Trabalho de parto a termo		
Parada de progressão	59	60,8
Desproporção fetopélvica	20	20,6
Líquido meconial espesso	17	17,5
Bradicardia fetal	13	13,4
Anormalidade de apresentação ou de posição	9	9,3
Líquido meconial fluído	9	9,3
Malformação fetal	3	3,1
Discinesia uterina	2	2,1
Taquicardia fetal	2	2,1
Prolapso de cordão	2	2,1
Crescimento intrauterino restrito - CIUR	1	1,0
Oligodrâmnio	1	1,0
Pré-eclâmpsia grave	1	1,0
Macrossomia fetal	1	1,0
Distúrbio mental materno	1	1,0

Já nas primigestas que internaram por indicação de indução e evoluíram para parto cesáreo, a justificativa principal foi a falha na indução (76,3%). A indicação de indução que predominou foi a gravidez prolongada (37%), seguida da ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) (30,6%), sendo 22,5% a termo e 8,1% prematura (Tabela 8).

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

Tabela 8 - Indicações de indução e suas justificativas de parto cesáreo nas primigestas internadas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	n=172	%
Indicações de indução		
Gravidez prolongada	64	37,0
Rupturas prematuras de membranas ovulares - a termo	39	22,5
Rupturas prematuras de membranas ovulares - prematuro	14	8,1
Hipertensão arterial sistêmica gestacional	14	8,1
Pré-eclâmpsia	14	8,1
Crescimento intrauterino restrito	11	6,4
Oligodrâmnio	8	4,6
Anormalidades no doppler fetal	5	2,9
Morte fetal	5	2,9
Diabetes gestacional	3	1,7
Malformação fetal	2	1,2
Adrâmnia	1	0,6
Intercorrências clínicas	1	0,6
	n=76	%
Justificativa de parto cesáreo		
Falha na indução	58	76,3
Desproporção fetopélvica	25	32,9
Parada de progressão	20	26,3
Líquido meconial espesso	9	11,8
Bradicardia fetal	6	7,9
Líquido meconial fluído	5	6,6
Pré-eclâmpsia grave	4	5,3
Discinesia uterina	3	3,9
Oligodrâmnio	3	3,9
Anormalidade de apresentação e de posição	3	3,9
Polidrâmnio	2	2,6
Taquicardia fetal	2	2,6
Crescimento intrauterino restrito - CIUR	1	1,3
Iminência de eclâmpsia	1	1,3
Descolamento prematuro de placenta	1	1,3
Anormalidades no doppler fetal	1	1,3
Anormalidades dos tecidos moles do trato reprodutivo	1	1,3

Das 144 primigestas que internaram para parto operatório, a maioria tinha como indicação a presença de distócias (qualquer problema de origem materna ou fetal que dificulte ou impeça o parto) (37,8%), sendo a mais comum por anormalidade de apresentação / posição (16,8%), por colo desfavorável à indução (11,9%) e por desproporção fetopélvica (6,3%). Em seguida, observaram-se os distúrbios hipertensivos

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

maternos (35,0%), tais como a pré-eclâmpsia grave (22,4%) e a síndrome HELLP (complicação da eclâmpsia caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) - (6,3%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Indicações de parto operatório nas primigestas internadas para parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora, MG (2013 - 2014).

	n=144	%
Distócias		
Anormalidade de apresentação ou de posição	24	16,8
Colo desfavorável à indução	17	11,9
Desproporção fetopélvica	9	6,3
Anormalidade dos tecidos moles do trato reprodutivo	3	2,1
Discinesia uterina	1	0,7
Distúrbios hipertensivos materno		
Pré-eclâmpsia grave	32	22,4
Síndrome HELLP	9	6,3
Iminência de eclâmpsia	5	3,5
Eclâmpsia	4	2,8
Anormalidades na formação / crescimento fetal		
Crescimento intrauterino restrito - CIUR	25	17,5
Malformação fetal	14	9,8
Macrossomia fetal	9	6,3
Anormalidade no desenvolvimento fetal	1	0,7
Distúrbios do volume do líquido amniótico		
Oligodrâmnio	15	10,5
Adrâmnia	3	2,1
Polidrâmnio	2	1,4
Anormalidades cardíaca / circulatória fetal		
Anormalidades no doppler fetal	14	0,8
Bradicardia fetal	4	2,8
Taquicardia fetal	1	0,7
Arritmia cardíaca fetal	1	0,7
Distúrbios placentários		
Descolamento prematuro de placenta	5	3,5
Placenta prévia	3	2,1
Síndrome da transfusão placentária	1	0,7
Outras		
Gestação gemelar	8	5,6
Primigesta idosa (feto precioso)	3	2,1
Cesariana eletiva	2	1,4
Intercorrências clínicas	2	1,4
Distúrbio mental materno	1	0,7
Gestante HIV com carga viral desconhecida	1	0,7

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

4 Discussão

Em relação ao perfil sociodemográfico das primigestas estudadas, observou-se que essas eram relativamente novas, sendo que 26,5% eram adolescentes. A maioria apresentou uma ocupação não remunerada e ter concluído até o ensino médio. Para Sanches et al. (2012), a constatação de um número reduzido de mulheres exercendo uma ocupação remunerada contrapõe-se a tendência de sua crescente inserção no mercado de trabalho.

No momento da internação observou-se uma idade gestacional maior ou igual a 37 semanas em 80,7% das primigestas. Nomura et al. (2004) em estudo realizado num hospital universitário no município de São Paulo, referência para gestação de alto risco, verificou uma taxa de 73,3%. O número de consultas de pré-natal igual ou superior a seis, como preconizado pelo Ministério da Saúde (2005), esteve presente em 80,1% das primigestas. Embora a maternidade campo de estudo seja referência para gestação de alto risco, os pré-natais de alto risco corresponderam a 22,8%. Valores esses inferiores aos encontrados em um estudo semelhante realizado por Accetta et al. (2013), no qual 28% das primigestas eram de alto risco.

Neste estudo foram analisados 811 prontuários, observando-se que a maioria (60%) dos partos evoluíram pela via vaginal e apenas 40% pela via cirúrgica. Entretanto, o índice de parto cesáreo ainda se encontra longe do ideal proposto pela OMS, em 1996, a qual considera como taxa aceitável valores de até 15%. Estudos semelhantes realizados por Accetta et al. (2013) e Campana e Pelloso (2007), em hospitais públicos de referência para gestação de alto risco, encontraram taxas de parto vaginais equivalentes a 67,2% e 54,7%, respectivamente. Como justificativa para o elevado índice de parto cesáreo, o primeiro estudo mencionou a possível influência das gestações de alto risco.

Ao comparar o desfecho da via de parto na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora com os dados disponíveis no DATASUS para partos realizados na rede pública e privada da cidade de Juiz de Fora, no ano de 2013, foi possível encontrar uma diferença discrepante. A superioridade da taxa de parto vaginal encontrada na maternidade campo de estudo pode ser explicada pelo fato dessa instituição ser 100% SUS.

No presente estudo foi possível observar que, ao considerar-se apenas as 667 primigestas que internaram por trabalho de parto espontâneo ou por indicação de indução, a taxa de parto vaginal aumentou consideravelmente demonstrando um valor de 73%. Ao restringir-se essa amostra, para

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

apenas aquelas que possuíam pré-natal de risco habitual, a taxa de parto vaginal aumentou, observando um valor equivalente a 75,6%. Esses dados corroboram com os achados de Paim et al. (2008) e Sanches et al. (2012), que apresentaram percentuais de partos vaginais equivalentes a 75% e 77%, respectivamente, para primigestas com pré-natal de risco habitual.

O trabalho de parto tem por definição uma dilatação do colo uterino de 3 a 4 cm ou mais na presença de contrações uterinas (CUNNINGHAM et al., 2012). Em um estudo realizado num Centro de Parto Normal (CPN) intra-hospitalar no Município de São Paulo, com 2.441 primigestas classificadas como de baixo risco, aquelas admitidas com colo impérvio tiveram maior prevalência de cesarianas (OSAVA et al., 2011). Na maternidade campo de estudo, o desfecho de parto cesáreo ocorreu em sua maioria nas parturientes que internaram com dilatação < 5 cm (46,3%) ou dilatação ausente (38,9%), dados esses que reafirmam a importância de se evitar a admissão hospitalar precoce, erroneamente associada a trabalho de parto prolongado (SAKAE et al., 2009).

A apresentação pélvica, observada em muitos casos como indicação direta de cesariana, ainda é vista por alguns profissionais como passível de resolução por via baixa. O presente estudo encontrou a apresentação pélvica em 2,3% dos partos vaginais e em 11,4% dos partos cesáreos. Estudo semelhante, realizado apenas com primigestas, teve todos os casos de apresentação pélvica resolvidos por via alta (OSAVA et al., 2011), corroborando com o estudo de Sakae et al. (2009), no qual se verificou forte associação entre apresentação não-cefálica e parto cesáreo.

Todas as primigestas fizeram uso do direito a um acompanhante durante toda a internação, sendo o familiar preferencialmente escolhido tanto no desfecho de parto vaginal (50,3%) quanto no desfecho de parto cesáreo (43,5%). Davim et al. (2008), em uma pesquisa também realizada em uma maternidade que preconiza e estimula o acompanhante, verificou a presença do acompanhante em 78% dos casos, sendo este em sua maioria o próprio parceiro (44%).

Das 667 primigestas que internaram por trabalho de parto espontâneo ou por indicação de indução, observou-se que 87,8% tiveram a evolução do trabalho de parto documentada no partograma e 73% evoluíram para parto vaginal, o que denota o uso adequado desse instrumento.

A aderência de 86,8% das primigestas internadas por trabalho de parto espontâneo ou por indicação de indução às medidas não

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

farmacológicas para alívio da dor demonstra que o suporte oferecido pela equipe de saúde tem sido efetivo. A utilização dos cuidados não farmacológicos de alívio da dor vai muito além de uma iniciativa de movimentos humanistas, pois representa um ato de necessidade nos dias atuais devido aos altos índices de intervenções no parto (SESCATO et al., 2008).

Das 487 primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal, 92,4% fizeram uso de medidas não farmacológicas, enquanto que nas 180 primigestas que tiveram como desfecho o parto cesáreo, 71,6% também o fizeram, sendo essa diferença (p=0,000). Sescato et al. (2008), em um estudo realizado em maternidade escola no município de Curitiba – PR, com apenas 10 puérperas que haviam realizado parto vaginal, verificou que todas as mulheres fizeram uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor, sendo o chuveiro, a deambulação e a massagem, as mais utilizadas, sucessivamente.

Dentre as medidas não farmacológicas utilizadas pelas primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal, a preferida foi o chuveiro (81,9%). A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular (GALLO et al., 2011). Ao comparar as médias de intensidade da dor antes e após o uso do chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, o estudo de Davim et al. (2009) verificou uma diferença estatisticamente significativa (p=0,000), demonstrando a efetividade do banho de chuveiro no alívio da dor das parturientes do estudo.

A segunda medida não farmacológica mais utilizada pelas primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal foi a posição de conforto (69,2%). As parturientes devem ser incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente (LAWRENCE et al., 2009; SIMKIN, 2004 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Mamede et al. (2007a) constataram que a maior influência da deambulação sobre a duração do trabalho de parto está na primeira, segunda e terceira hora de deambulação, ou seja, quanto mais as mulheres deambularem nestas três horas de início da fase ativa do parto, maiores os benefícios percebidos na redução da duração do trabalho de parto. Lawrence et al. (2009) demonstraram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto. No presente estudo, 64,1% das primigestas que tiveram como desfecho o

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

parto vaginal fizeram uso dessa medida não farmacológica para alívio da dor.

A liberdade de movimentos permite que a mulher instintivamente assuma posições que facilitam a acomodação do feto, diminuem a compressão de vasos e nervos, e reduzem os níveis de estresse e a dor (GALLO et al., 2014). No estudo realizado por Oliveira et al. (2012) observou-se que a bola foi indicada pelas enfermeiras no início da fase ativa do trabalho de parto devido ao aumento das contrações e da intensidade da dor nesse período.

No estudo em questão, a bola foi utilizada por 60,8% das primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal. Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Tanto serve de suporte para outras técnicas como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro (DAVIM et al., 2008), como também para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, dentre outros (GALLO et al., 2014).

Na maternidade campo de estudo, a massagem foi recebida por 60,4% das primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (SIMKIN, 2004). O toque produz sensação de apoio físico e companheirismo. Supõe-se que todas essas práticas proporcionem à parturiente um ambiente agradável e contribuam para que o trabalho de parto seja mais tranquilo, resgatando o nascimento como um momento da família e uma celebração da vida (MACEDO et al., 2005).

Acredita-se que a baixa utilização de alguns métodos possa ter ocorrido por falta de conhecimento prévio ou, como no caso da massagem, devido à demanda elevada de atendimentos da equipe de enfermagem. Uma solução seria que o acompanhante, após bem orientado pela equipe, realizasse tal técnica na parturiente (SESCATO et al. 2008) e que, durante o período de pré-natal, cursos fossem realizados, a fim de se oferecer às gestantes e acompanhantes instruções e um primeiro contato com as medidas não farmacológicas para alívio da dor. Vale ressaltar que nem todos os métodos são eficientes no alívio da dor, entretanto muitos diminuem a ansiedade da parturiente e promovem a satisfação (GAYESKI e BRUGGEMANN, 2010).

Para acelerar o trabalho de parto, a infusão intravenosa de ocitocina, em combinação com a ruptura artificial das membranas amnióticas (amniotomia) na fase

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

ativa do trabalho de parto, tem sido empregada tradicionalmente. O emprego dessas intervenções no trabalho de parto é, frequentemente, denominado de manejo ativo do trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). A ocitocina foi administrada em 48,3% das primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal e em 42,2% das primigestas que tiveram como desfecho o parto cesáreo. Essa diferença não se mostrou dados significativos.

Já a amniotomia foi realizada em 31,8% das primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal e 20,5% das primigestas que tiveram como desfecho o parto cesáreo, sendo essa diferença estatisticamente significativa (p=0,002). Esses achados demostram que essas intervenções são realizadas de maneira prudente, e não como uma conduta rotineira e desnecessária, o que aumentaria o risco de distócias no trabalho do parto (DAVIM et al. 2009).

O Ministério Da Saúde preconizou, em 2001, uma prevalência de episiotomia entre 10 a 30% do total de partos vaginais. Um estudo realizado em um CPN com 80 primigestas classificadas como baixo risco, a taxa de episiotomia foi de 64,9% (MAMEDE et al., 2007b). Valores esses muito acima do encontrado no presente estudo, o qual apresentou uma taxa de episiotomia de 53%. Em contrapartida, um estudo realizado em um CPN com 176 primigestas classificadas como de baixo risco, a taxa de episiotomia foi de 11%. Nesse mesmo estudo foi encontrada uma correlação entre a posição de parto e a episiotomia, sendo esta mais frequente em parturientes que realizaram o parto na posição horizontal (BARACHO et al., 2009).

Esse mesmo achado também pode ser observado no presente estudo, uma vez que 42,2% das episiotomias foram realizadas na posição de litotomia seguida de 18,2% em decúbito lateral. Por outro lado, tal resultado pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar episiotomia em posições verticais do parto vaginal. Independentes disso, esses resultados sugerem que a posição vertical de parto vaginal seja um fator protetor para ocorrência de episiotomia (BARACHO et al., 2009).

Das indicações de indução, observou-se que a maioria ocorreu devido à gravidez prolongada (37%), seguida da RPMO (30,6%). Dentre as gestantes internadas por indicação de indução, 55,8% evoluíram para parto vaginal. Gomes et al. (2010), em um estudo realizado numa maternidade de Ribeirão Preto – SP, também encontraram tais indicações como as mais frequentes, sendo a gravidez prolongada encontrada em 16,8% dos casos e a RPMO em 58,8%. O parto vaginal ocorreu em 63% das

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

gestantes induzidas. Taxa essa superior a encontrada no presente estudo.

A indução do trabalho de parto consiste em desencadear contrações uterinas efetivas antes do deflagrar espontâneo, com ou sem ruptura de membranas (CUNNINHAM et al., 2012). A utilização de métodos efetivos pode viabilizar o parto vaginal em aproximadamente 70 a 80% dos casos (SOUZA et al., 2008).

As distócias foram as causas mais comuns (37,8%) de indicação de parto operatório no momento da internação, sendo a anormalidade de apresentação / posição a mais frequente dentre elas. Corroborando com esses achados, Silva et al. (2008), em um estudo realizado em um CPN, encontrou uma taxa de 37% de distócias nas indicações de parto cesáreo. A cesariana é recomendada para gestantes com feto a termo em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Como segunda causa mais comum de indicação de parto operatório no momento da internação encontrou-se os distúrbios hipertensivos maternos (35,0%), sendo a pré-eclâmpsia grave a mais apontada dentre elas. Taxas inferiores de distúrbios hipertensivos maternos, equivalentes a 25,5%, 22,2% e 21,6%, foram encontradas nos estudos de Accetta et al. (2013), Oliveira e Cruz (2010) e Campana e Pelloso (2007), respectivamente.

A pré-eclâmpsia grave não é uma indicação de cesariana *per se,* apesar de usualmente ser adotada, por ser um método rápido, sobretudo se existe deterioração da condição materna ou, nos casos de hipertensão grave, pelo temor de um descolamento prematuro de placenta ou lesão dos órgãos-alvo da gestante (NASSAR et al., 1998 e XENAKIS et al., 1997).

5 Conclusão

O estudo ressaltou, em primeira instância, a prevalência pelo parto vaginal nas primigestas atendidas na Maternidade Viva Vida de Juiz de Fora – Minas Gerais, dados que contrastam com os altos índices de cesáreas registradas atualmente no Brasil. A frequência do parto vaginal foi igual a 60,2% e de parto cesáreo equivalente a 39,8%. No eixo da segunda ordem de análise deste estudo, a investigação evidenciou a predominância do uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor nas primigestas que tiveram como desfecho o parto vaginal quando comparadas com o parto cesáreo, demonstrando que a assistência ao parto, oferecida pela equipe, é humanizada, sendo necessários nos dias atuais, devido os altos índices de intervenções no parto. Chamou atenção a presença de

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

primigestas que internaram para parto operatório, onde a maioria tinha como indicação a presença de distócia, sendo a mais comum por anormalidade de apresentação / posição, por colo desfavorável à indução e por desproporção fetopélvica. Em seguida, observou-se a pré-eclâmpsia grave e a síndrome HELLP. A pré-eclâmpsia grave não é uma indicação de cesariana *per se,* apesar de usualmente ser adotada, por ser um método rápido, sobretudo se existe deterioração da condição materna ou, nos casos de hipertensão grave, pelo temor de um descolamento prematuro de placenta ou lesão dos órgãos-alvo da gestante. No presente estudo, a maioria das primigestas apresentou mais de uma indicação de parto operatório em seu prontuário, o que explica a presença de condições que isoladamente não sinalizariam a necessidade de um parto cesariano. Estas considerações põem em relevo a valorização do parto vaginal a despeito do parto cesáreo nesta realidade específica da Maternidade campo de estudo, por apresentar características peculiares, sendo referência na assistência humanizada em gestantes de alto risco. Quanto aos eixos analisados por esta investigação, observamos que há a necessidade da realização de futuros trabalhos, com vistas na associação positiva dessa elevada prática entre as primigestas que tem indicação obstétrica de parto vaginal. Os dados obtidos podem servir como subsídios e ponto de partida para aprimoramento de outros estudos sobre o tema na região, bem como de feedback para a própria maternidade. Também servirá de alerta às autoridades na condução de políticas públicas da humanização do parto e nascimento.

Referências Bibliográficas

ACCETTA, S. G.; SALAZAR, C. C.; VETTORAZZI, J.; CAPP, E.; OPPERMANN, M. L. R.; PASSOS, E. P. Cesariana primária em nulíparas – fatores de risco em hospital público universitário. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v. 33, n.3-4, p. 198-204, 2013.

BARACHO, S. M.; FIGUEIREDO, E. M.; SILVA, L. B.; CANGUSSU, I. C. A. G.; PINTO, D. N.; SOUZA, E. L. B. L.; FILHO, A. L. S. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.9, n.4, p. 409-414, 2009.

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesáreos realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 51-63, 2007.

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L.; HAUTH, J. C.; ROUSE, D. J.; SPONG, C.Y. **Obstetrícia de Williams**. 23ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C.; MELO, E. S.; PAIVA, C. P.; VIERA, D.; COSTA, I. K. F. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio de dor de parturientes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p. 600-9, 2008.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.2, p. 438-45, 2009.

GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLI, A. C.; FERREIRA, C. H. J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S. M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v.39, n.1, p. 41-8, 2011.

GALLO, R. B. S.; SANTANA, L. S.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M. A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. **Revista Dor**. v.15, n.4, p. 253-5, 2014.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enfermagem,**v.19, n.4, p. 774-82, 2010.

GOMES, K. SOUSA A. M. M. S.; MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 360-6, 2010.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYR, G. J.; DOWSWELL, T.; STYLES, C. Maternal positions and mibility during firts stage labour.**Cochrane Library**. v.2, p. 1-58, 2009.

MACEDO, P. O.; PROGIANTI, J. M.; VARGENS.;O. M. C.; SANTOS, V. L. C.; SILVA, C. A. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Revista Enfermagem UERJ**; v.13, p. 306-12, 2005.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; GOMES, F. A. N.; PANOBIANCO, M. S. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermage**, v.11, n.3, p. 466-71, 2007$_{a.}$

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, L.; MAMEDE, V. M. A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.6, p. 1-6, 2007$_{b}$.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Manual técnico do pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Relatório de recomendação** - Conitec. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

NASSAR, A. H.; ADRA, A. M.; CHAKTOURA, N.; GÓMEZ-MARÍN, O.; BEYDOUN, S. Severe reeclampsia remote from term: labor induction or elective cesarean delivery? **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.179, n.5, p. 1210-3, 1998.

NOMURA R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 9-15, 2004.

OLIVEIRA, D. R.; CRUZ, M. K. P. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará. **Revista Rene,** v.11, n.3, p.114-121, 2010.

OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.3, p. 573-580, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra (SUI), 1996.

OSAVA, R. H.; SILVA, F. M. B.; TUESTA, E. F.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; AMARAL, M. C. E. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1036-1043, 2011.

PAIM, A. D.; APOLINÁRIO, E. C.; ZAMPIERI, J. F.; KLUCK, M. M. Taxa de cesárea primária. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, v.28, n.3, p. 136-41, 2008.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto Enfermagem**, v.21, n.2, p. 418-26, 2012.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D´ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, v.43, n.3, p. 472-80, 2009.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p. 585-90, 2008.

SILVA, F. M. B.; KOIFFMAN, M. D.; OSAVA, R. H.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G. Centro de Parto Normal Como Estratégia de Incentivo ao Parto Normal: Estudo Descritivo. **Enfermería Global**, v.14, p. 1-12, 2008.

SIMKIN, P. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. **Journal of Midwifery & Womens Health**, v. 49, n.6, p. 489-504, 2004.

SOUZA, A. S.; AMORIM, M. M.; FEITOSA, F. E. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for the induction of labour: a systematic review. **BJOG – Na International Journal of Obstetrics & Gyneacology**, v.115, n.11, p. 1340-9, 2008.

XENAKIS, E. M.; PIPER, J. M.; FIELD, N.; CONWAY, D.; LANGER, O. Preeclampsia: is induction of labor more successful? **Obstetrics & Gynecology**, v.89, n.4, p. 600-3, 1997.

2016 | Volume 3 | Nº 05
ISSN: 2358-3401