



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CARLA CRISTINA CHAVES DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INDICAÇÃO DA CESARIANA NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS PARA SUA
REALIZAÇÃO**

PALMAS-TO
2016

CARLA CRISTINA CHAVES DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA INDICAÇÃO DA CESARIANA NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS PARA SUA
REALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para
a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Danielle Rosa
Evangelista

PALMAS – TO
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

O48a Oliveira, Carla Cristina Chaves de.

ANÁLISE DA INDICAÇÃO DA CESARIANA NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS PARA SUA
REALIZAÇÃO. / Carla Cristina Chaves de Oliveira. – Palmas, TO, 2016.

51 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ciências da Saúde, 2016.

Orientadora : Danielle Rosa Evangelista

1. Registro Médico. 2. Saúde da Mulher. 3. Informação . 4. Cesárea. I.
Titulo

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLA CRISTINA CHAVES DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA INDICAÇÃO DA CESARIANA NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS PARA SUA
REALIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Ciências da Saúde da
Universidade Federal do Tocantins para a
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 18 / 10 / 2016

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dra. Danielle Rosa Evangelista

Orientadora

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Prof. Dr. Tiago Barreto de Castro e Silva

Examinador Externo

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Prof.^a. Dra. Marta Azevedo dos Santos

Examinadora Interna

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

AGRADECIMENTOS

À DEUS, pelo Dom da Vida e pela oportunidade que me concedeu de concluir mais um dos meus muitos objetivos a serem conquistados.

Aos meus pais, familiares e amigos, e em especial as minhas amigas Raphaella Pizzani e Clarice Silva, pelo incentivo e compreensão.

A professora Dra. Daniele Rosa Evangelista pela acolhida, apoio constante e orientações no decorrer deste trabalho.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde pelo auxílio no meu crescimento profissional e pessoal.

Ao Hospital e Maternidade Pública Dona Regina que permitiu a execução desta pesquisa.

A todos vocês o meu **MUITO OBRIGADO!!**

EPÍGRAFE

“Só Existe opção quando se tem informação”

(Gilberto Diemstein)

RESUMO

O parto cesáreo foi concebido no intuito de reduzir riscos e complicações ao binômio mãe/bebe durante a gravidez e o trabalho de parto em situações que o parto vaginal for desfavorável. O objetivo do trabalho foi avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma. Estudo quantitativo, de corte transversal realizado no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos, Palmas-TO. A população foi composta por 239 puérperas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e de análise documental, através de consultas ao prontuário. As puérperas tinham $26,5 \pm 6,53$ anos de idade, 98 (43%) delas o ensino médio completo e 112 (46,9%), união estável. Em relação aos dados obstétricos, 88,5% tiveram até 3 gestações anteriores e 45 delas aborto, apresentavam $38,5 \pm 3,86$ semanas de idade gestacional, 238 (99,6%) realizaram pré-natal, sendo 210 (88,2%) delas acompanhadas em rede pública, tinham $9,44 \pm 5,24$ número de consultas e 33 (35,5%) tiveram como intercorrência na gestação Hipertensão Arterial. Sobre as orientações recebidas no pré-natal sobre o parto, 55% relataram não ter recebido nenhuma orientação, dentre as puérperas que receberam orientações, 31(29%) delas, relataram ter obtidos informações sobre os benefícios do parto normal, 18 (17%) delas, receberam informações sobre a diferença do parto normal para o parto cesáreo, 13 (12%) puérperas sobre os sinais de parto, outras 13 (13%), ainda no pré-natal, recebeu a definição de que seu parto seria cesáreo e para 07 (7%) delas foram explicado quais atividades deveriam ser realizadas para facilitar o parto. Quanto ao registro da indicação da cesariana em prontuário clínico, observou-se que 3 indicações relatadas não estavam de acordo com as evidências científicas sobre a indicação da cesariana, sendo elas: não cooperação da mulher, infecção do trato urinário e laqueadura. Em relação as informações recebidas dos motivos que as levaram a se submeter a uma cesariana, 201 das entrevistadas, afirmaram ter recebido explicações e que essas aconteceram em sua maioria (90%) antes do parto, as mais relatadas foram categorizadas nas seguintes indicações: distócia de progressão (34%), hipertensão arterial (21%), desproporção cefalo-pélvica (21%), sofrimento fetal(18%), má posição fetal (12%) e cesárea previa(7%). Sobre a indicação da cesariana relatada pelas puérperas ser condizente com as registradas nos prontuários clínicos, 60 (25%) das entrevistas realizadas não foram possíveis comparar o registro da indicação do prontuário clínico aos relatos pelas puerperais, dentre as entrevistas comparadas, 139 (58%) delas, a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relato, e em 40 (17%) delas, estavam distintas. Portanto ao avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma, verificou-se que grande parte das entrevistas a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relato, mas em algumas delas estavam distintas, acontecendo as vezes de não estarem adequados nem ao menos ao histórico obstétrico da paciente.

Descritores: Cesárea. Saúde da Mulher. Registro Médico Coordenado

ABSTRAT

The cesarean birth was conceived to reduce risks and complications to the pair mother/baby during pregnancy and birth label on situations in which vaginal birth is unfavorable. The goal of this work was to evaluate the indication of cesarean in the perspective of the puerperae and the clinical criteria to its execution. A quantitative study, of transversal cut realized in the Public Maternity Hospital Dona Regina Siqueira Campos, Palmas-TO. The population was composed of 239 puerperae. The data gathering was executed through surveys and documental analysis, through queries on medical records. The puerperae were $26,5 \pm 6,53$ years old, 98(43%) had concluded high school education and 112(46,9%), were in stable union with a partner. Regarding the obstetric data, 88,5% had 3 previous gestations and 45 of them abortion, they presented $38,5 \pm 3,86$ weeks of gestational age, 238 (99,6%) did prenatal, being 210(88,2%) of them accompanied in public health system, they had $9,44 \pm 5,24$ medical appointments and 33(35,5%) had arterial hypertension and a gestational intercurrentence. Concerning the guidance received on the prenatal on giving birth, 55% states not having received orientation, among the puerperae that received guidance, 31(29%), states having received information on the benefits of normal birth, 18(17%), received information on the difference of normal and cesarean birth, 13 (12%) puerperae were informed about the birth signs, other 13(13%) , still on prenatal, were informed that their births would be cesarean and to 07(7%) received information on what activities should be performed in order to facilitate birth. About the cesarean indication register in medical record, it was observed that 3 indications reported were not on agreement with scientific evidence about cesarean indication, being them: women's lack of cooperation, urinary tract infection and tubectomy. Regarding information received on the motivation that took them to submit themselves to a cesarean, 201 of the interviewed, states having received explanations and that these happened mostly (90%) before birth, the most related were categorized on the followings indications: progression dystonia (34%), arterial hypertension (21%), cephalon pelvic disproportion (21%), fetal suffering (18%), poor fetal positioning (12%) and previous cesarean (7%). About the cesarean indications reported by the puerperae being consistent with the ones registered on medical records, 60 (25%) of the interviews done were not possible to compare the indication register of the medical record to the reports of the puerperae, among the bought interviews, 139 (58%) the information obtained was in accordance to the clinical criteria report, and on 40 (17%) were distinct. Therefore, as cesarean indication in the puerperae perspective is evaluated and the clinical criteria to its execution, it was verified that a great part of the interviews the obtained information was in accordance to the clinical criteria, however in some of them they were distinct, sometimes not being adequate not even to the obstetric record of the patient.

Descriptors: Cesarean. Women's Health. Coordinated Medical Record.

LISTA DE SIGLAS E ABRVEATURAS

OMS- Organização Mundial de Saúde

MS- Ministério da Saúde (MS)

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

VCE - Versão cefálica externa

UFT- Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	11
2-OBJETIVOS	16
2.1-Objetivo Geral	16
2.2-Objetivos Específicos.....	16
3-METODOLOGIA	17
3.1-Tipo de estudo	17
3.2-Local de estudo.....	17
3.3-População e amostra.....	17
3.4-Coleta e análise dos dados.....	18
4-ASPECTOS ÉTICOS	19
5-RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6-CONCLUSÃO	30
7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
8-APÊNDICES	34
8.1-APÊNDICE A - Roteiro semi-estruturado para entrevista	34
8.2-APÊNDICE B- Termo de consentimento livre esclarecido.....	34
9-ANEXOS	36
9.1-ANEXO A- Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT)	36
9.2-ANEXO B – Artigo submetido a Revista Brasileira de Saúde Materno e Infantil	37

1-INTRODUÇÃO

Historicamente o parto e nascimento vêm apresentando importantes transformações ao longo do tempo. Com o desenvolvimento e a incorporação de diversas tecnologias no campo da medicina, o parto que até épocas anteriores era realizado por parteiras e em ambientes domiciliares, passa a ser considerado um procedimento cirúrgico, e por isso deve ser realizado por médicos e em ambiente hospitalar (BOARETTO, 2003; MALHEIROS et al., 2012).

Esse processo de hospitalização do parto e nascimento, no Brasil, inicia-se partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX. Em consequência a tal realidade, o Brasil passa a se destacar no cenário mundial pelas suas altas taxas de cesarianas somadas ao seu alto índice de mortalidade materna e neonatal (PASCHE et al., 2010).

A frequência de cesariana no Brasil vem aumentando desde 1990, e em 2009 pela primeira vez, a proporção de cesariana superou a de partos normais no país, alcançando 52% em 2010, cifra bem superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 15 %. A proporção de cesariana é desigual no país, sendo maior nas mulheres com mais idade e escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo determinadas, em muitos casos, sem indicações clínicas (LEAL et al., 2014).

Freitas et al. (2005) acrescenta ainda em seu trabalho que no Brasil o índice de cesarianas ocorrem com maior frequência em mulheres com melhor poder aquisitivo, de etnia branca e em hospitais particulares, ou seja, em mulheres com menor potencial para riscos obstétricos.

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, no ano de 2014 foram realizados 17.122 partos em todo o Estado, destes 9.185 sendo partos normais e correspondendo a um percentual de 54% do total e 7.937 sendo partos cesáreos correspondendo a 46 % do total.

A OMS preconiza como aceitável a taxa de cesárea em até 15%, pois se baseia no preceito, de que, apenas esse percentual do total de partos realizados apresenta indicações precisas de cesarianas, ou seja, somente em 15% dos casos existe uma razão real, para a preservação da saúde materna e/ou fetal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Cunningham et al.(2012), traz em seu trabalho possíveis razões para o aumento contínuo das taxas de cesariana, entre eles: a redução do números de filhos, com consequente aumento de nascimento entre as nulíparas, cujo o risco de cesariana é maior; idade materna avançada; o aumento do uso do monitoramento fetal eletrônico contínuo, que em muitos casos estão associados ao aumento de cesariana quando comparados a ausculta dos batimentos fetais de forma intermitente; indicação de cesariana para a maioria dos fetos em apresentação cefálica; a redução de partos com a utilização de fórceps e vácuos; o contínuo aumento da indução do trabalho de parto, especialmente em nulípara, que consequentemente aumenta o risco de cesariana; o aumento da obesidade materna; a diminuição do trabalho de parto em mulheres com pré eclampsia; a diminuição de partos vaginais após cesárea anterior, o crescente aumento por cesárea eletiva e a litigância por erro médico.

Outros fatores encontrados que podem influenciar gestantes pela escolha da via de parto cesáreo são: o medo da dor e violência obstétrica idealizadas com o nascimento por parto vaginal; a interferência do discurso de familiares e terceiros sobre experiências do parto e nascimento; a interpretação das informações adquiridas em consultórios ou em

outras fontes de informação e a interferência dos fatores socioeconômicos (NUNES; RAMOS; MESQUITA, 2014).

Estudos baseados em evidências científicas demonstraram que as indicações de cesarianas são divididas em absolutas e relativas, e destaca-se para o fato da maioria atualmente terem indicações relativas. Entre as principais causas de indicações das cesarianas estão as distócias, desproporção cefalopélvica, má posição fetal, apresentação pélvica, apresentação de face, apresentação córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou com mecônio e centralização fetal. As indicações, antes praticamente restritas a distócia mecânica, foram ampliadas e atualmente incluem: hemorragia anteparto, doença hipertensiva específica da gravidez, gemelaridade, diabetes (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Em relação a indicação de cesariana Neme (2010) as divide em absolutas e relativas. Em indicações absolutas traz: desproporção real fetopélvica por vício pélvico, macrossomia fetais, tumor prévio; comprometimento anatômico do canal de parto (mole) consequente a atresia vaginal, condiloma acuminado gigante, cirurgia prévia de fístula vesicovaginal e de prolapso genital completo; patologia anexial representada por placenta previa central, prolapso do cordão com colo não dilatado, descolamento prematuro de placenta com feto vivo e viável e cervicodilatação apenas inicial e amniorrexe prematura complicada com infecção de urina; sofrimento fetal agudo intraparto ou crônico (intragestação) que impõe extração imediata do concepto e ausente cervicodilatação; rotura incompleta; presença de herpes genital (colo, vagina) com bolsa íntegra; situação transversa com feto vivo e útero enxuto; tentativas falhadas de fórceps com feto vivo.

As indicações relativas de cesarianas são relacionadas a condições que, embora permitam o parto vaginal, apresentam melhores resultados imediatos para o binômio mãe-bebe. Assim citam-se entre outras: parturiente com mais de uma cesárea anterior; primigesta com mais de 35 anos de idade com esterilidade prévia; primigesta adolescente com fundos de sacos vaginais reduzidos; morte habitual fetal; placenta previa lateral ou marginal, especialmente com feto vivo e viável; eclampsia intragestação e/ ou intraparto; varizes vulvares; desproporção fetopélvica relativa; prenhez gemelar com fetos premis, com o primeiro gêmeo em apresentação pélvica e o segundo cefálica e apresentação pélvica com feto prematuro viável (NEME, 2010).

Montenegro e Rezende (2011) em relação as indicações maternas acrescentam a cardiopatias e pneumonias específicas, dissecação aórtica, condições associadas a elevação da pressão intracraniana e histórico de fissura retovaginal. Já em relação as fetais citam, prolapso de cordão, apresentação córmica, gemelidade amniótica, macrossomia, malformações fetais e específicas e HIV com carga viral menos que 1000.

A cesariana eletiva, em gestantes soropositivas cuja a indicação tem o intuito de reduzir a transmissão vertical do HIV, está indicada para as que apresentarem carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias/ml, a partir das 34 semanas de gestação. Quando a carga viral for menor que 1000 cópias/ml, a via de parto será definida exclusivamente por critérios obstétricos (BRASIL, 2012).

O parto cesáreo foi concebido originalmente para reduzir os riscos de complicações maternos e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto, em situações que as condições dos mesmos não favorecem ao parto vaginal. E apesar da contribuição dessa intervenção para uma melhor assistência a saúde e segurança do binômio mãe - bebe, é importante que sua indicação seja criteriosa, pois não é um procedimento inócua, e podem trazer riscos adicionais para a mãe e a criança (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

Estudos comprovam que a cesariana acarreta maior risco de mortalidade e morbidade materna, hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar e riscos anestésicos. Em relação aos recém nascidos, os riscos de ocorrerem distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia e anóxia são maiores. Além disso, interfere no vínculo mãe e filho o que conseqüentemente pode dificultar o aleitamento materno e gerar maior consumo de recursos hospitalares, decorrentes dos procedimentos, maior tempo de internação e da morbidade conseqüente (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

Diante desta situação, desde meados dos anos 80 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e outras entidades governamentais e não governamentais, tem se mobilizado no sentido de mudar este panorama, para tal, iniciaram um movimento de revisão das práticas no campo obstétrico e propuseram mudanças no modelo assistencial, apontado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres. Destacam-se como conquistas nesse processo a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, em 1993; em 2000 a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); em 2001 o lançamento do manual Parto, Aborto e Puerperio- Assistência Humanizada a Saúde da Mulher e mais recentemente, em 2011, a criação da Rede Cegonha (PASCHE et al., 2010).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado com a finalidade de incentivar um atendimento obstétrico integral, garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando uma melhor organização da assistência e ampliação do acesso a mulher a um atendimento com qualidade. O programa possibilitou ainda, discussões necessárias a respeito das mudanças nas condutas implementadas no ciclo gravídico puerperal (MALHEIROS, 2012).

Com a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), cujos princípios teóricos metodológicos eram: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos, ampliou-se o campo da assistência hospital para todos os serviços de atenção a saúde (BARBOSA et al., 2013).

Em 2011, através da portaria 1459, o Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, visando assegurar a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério, e a criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

A proposta da OMS não é eliminar intervenções realizadas no parto, mas reduzi-las apenas às situações em que a necessidade é comprovada, uma vez que, o atual modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê (TORNQUIST, 2002).

Nessa nova perspectiva, ocorre a reinvenção do parto. O parto humanizado possibilita a criação de novas possibilidades de imaginação, de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, e enfim, a possibilidade de reviver o parto como uma experiência humana, onde antes só havia a possibilidades de escolha da cesárea como parto ideal e vitimização da violência no parto e pouquíssimo, ou nenhum, protagonismo da mulher (DINIZ, 2005).

As propostas de humanização do parto no SUS e no setor privado, têm o objetivo de reinventar o parto como experiência humana, criando novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal (DINIZ, 2005).

A humanização da assistência se traduz na necessidade da mudança na compreensão do parto como experiência humana e uma transformação no que se fazer e

em que horas fazer, diante do sofrimento do outro, para quem o assiste (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

Neste contexto e com essa nova lógica de modelo, ao ser indicada uma cesariana para uma mulher, é de suma importância que o profissional que cuida da mulher em trabalho de parto considere os benefícios e riscos da cesariana para a mãe e o conceito e que compartilhe dessa decisão com a mulher e sua família, informando e oportunizando-a de participar de quaisquer decisões sobre a via do parto. A carta de Direitos Humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu artigo 3º discorre que a mulher submetida a uma cesárea tem o direito ao atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, devendo ser assegurado sobre informações de seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, quanto aos objetivos, riscos e benefícios do procedimento cirúrgico (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; BRASIL, 2011).

Para a OMS (1996), os objetivos de uma maternidade segura serão alcançados não só com mudanças no acesso e na oferta de serviços, mas principalmente com o empoderamento das mulheres sobre seus direitos, assegurando que esses sejam respeitados, incluindo o seu direito a serviços e informações de qualidade durante e depois do parto.

“As condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações do direito da mulher à sua integridade corporal; a imposição autoritária e não informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa, e a crise de acesso, com a peregrinação das mulheres por leitos, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência” (DINIZ, 1996, pp.14).

Em um estudo desenvolvido por Gulinelli e colaboradores (2004), identificou-se que a informação diminui o sentimento de isolamento do paciente, o que facilita a cooperação mútua entre ele e o médico. Demonstrou ainda, que a satisfação do mesmo está associada a quantidade e principalmente a qualidade da informação recebida e a possibilidade de participação no tratamento. A pesquisa destaca ainda como fator positivo a adequada relação de comunicação com a família do paciente

Muitos profissionais da saúde resistentes ao novo modelo de prática argumentam que se as pacientes forem informadas de alguns procedimentos realizados durante a cesárea, como a aplicação do fórceps, não irão colaborar, porém, o que ocorre na maioria das vezes, por falta de informação e imperícia durante a assistência ao parto é que a mulher acaba adquirindo uma postura de desconfiança e resistência às intervenções médicas. O fato é que colaborando ou não com os procedimentos realizados, é um direito da mulher ser informada sobre qualquer intervenção a ser submetida (DORNFELD; PEDRO, 2011).

O maior desafio presente na relação entre o profissional de saúde e o paciente, é o de melhorar a comunicação entre ambos, e para tanto, é necessário superar os modelos parteralistas (onde o profissional informa somente o necessário ao paciente sobre seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento) e o modelo chamado informativo (onde o paciente é informado da própria doença, dos riscos que cabe a ele, e a partir desta informação, a decisão final do tratamento), incorporando assim, um modelo de comunicação unilateral a um bilateral, intitulado comunicacional. Neste modelo, o profissional de saúde oferece uma relação empática e participativa que auxilia o paciente na possibilidade de decidir sobre a melhor escolha (CAPRAVA; FRANCO, 1999).

Diante do exposto, de que todo cidadão tem o direito a informações sobre todos os procedimentos que são submetidos durante a intervenção hospitalar, incluindo a mulher que se encontra em um período gravídico-puerperal, é que se justifica este estudo, pois ele

irá avaliar se as informações são repassadas de maneira clara, precisas e de acordo com o entendimento da mulher, características essas, fundamentais das boas práticas preconizadas no parto e nascimento.

Os profissionais da saúde, em sua maioria, ao repassar essas informações em suas rotinas de trabalho, não se preocupam em averiguar com que qualidade elas são transmitidas, se são compreendidas, realizando-as apenas por protocolos de serviço, o que acaba interferindo na relação entre a equipe de saúde e o paciente, afetando principalmente a confiança e segurança do paciente com a equipe de saúde.

Neste intuito surgiu o seguinte questionamento: As puérperas conhecem a indicação da sua cesárea? As indicações relatadas são condizentes com as indicações médicas registradas nos prontuários clínicos? As indicações apontadas estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde? O presente estudo poderá contribuir para a qualificação do cuidado das equipes de saúde, no provimento das informações e garantir uma assistência mais qualificada e humanizada às mulheres.

2-OBJETIVOS

2.1-Objetivo Geral

- Avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma;

2.2-Objetivos Específicos

- Caracterizar as puérperas quanto variáveis sócio-demográficas, histórico obstétrico e acompanhamento pré-natal na gestação atual;
- Analisar a justificativa registrada para a indicação de cesárea de acordo com as principais evidências científicas para a realização da mesma;
- Identificar em qual momento do parto a indicação da cesárea foi repassada a puérpera;
- Conhecer o entendimento da puérpera sobre a indicação da cesariana.

3-METODOLOGIA

3.1-Tipo de estudo

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal. Segundo Klein e Bosh (2006) o estudo transversal ocorre pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade. Seguindo ensinamentos de Richardson (1989), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

3.2-Local de estudo

O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Dona Regina, localizado no município de Palmas-TO. A referida instituição foi escolhida por ser a referência para gestação de alto risco a toda região macro-região sul do Tocantins composta por 74 municípios com população de 781.077. Hospital tipo II de média e Alta complexidade é ainda referência em atendimento de urgência e emergência gineco-obstétricas, alta complexidade em neonatologia, vítimas de violência sexual, e cirurgias eletivas ginecológicas. O mesmo realiza em média cerca de 400 partos mês, sendo realizados no ano de 2013, 4.968 partos dentre eles 2.365 partos cesáreo, portanto, a referida instituição apresenta características adequadas para a execução da pesquisa.

3.3-População e amostra

Os sujeitos da pesquisa foram puérperas, escolhidas aleatoriamente, que tiveram seus filhos no Centro Obstétrico do referido hospital. Foram incluídas na amostra as puérperas submetidas ao parto cesariano na instituição eleita como local. Foram excluídas da amostra as puérperas submetidas a cesárea por indicação eletiva ou de urgência, os casos de óbitos maternos/fetais e má formação fetal. Adotou-se como critério de exclusão a indicação eletiva ou de urgência porque tira o caráter surpresa da cirurgia, causando viés aos dados, bem como impossibilidade de coleta de dados pela pesquisadora. A adoção do critério óbito materno ocorreu por impossibilitar a realização da entrevista com a puérpera e dos critérios óbitos fetais e má formação fetal por se tratarem de situações de vulnerabilidade para as mulheres.

Para determinar o tamanho da amostra foi aplicada a fórmula para cálculo de populações finitas.: Adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro máximo permitido de 6% (VIEGAS, 2007).

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

Z_{α}^2 = Coeficiente de confiança (95% - 1,96)

p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica (50% - 0,5)

q = Percentual complementar (50% - 0,5)

N = Tamanho da população

e^2 = Erro máximo permitido (10% - 0,1)

O tamanho da amostra encontrada foi de 239 puérperas a serem entrevistadas.

3.4-Coleta e análise dos dados

A coleta de dados aconteceu através de entrevista e de análise documental, que ocorreu através de consultas ao prontuário. A entrevista segundo Haguete (1997) é definida como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Já a análise documental consiste em identificar, verificar documentos com uma finalidade específica e por isso a importância de preconizar fontes paralelas de informações para complementar e permitir a contextualização dos mesmos (MOREIRA, 2005).

O período investigado compreendeu em seis meses consecutivos, ocorrendo assim, no período de outubro de 2014 a março de 2015 . A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), a qual abordou questões que caracterizam a puérpera, informações sobre seu pré-natal, da indicação da cesariana, através da análise dos registros clínicos justificados nos prontuários para a sua indicação, bem como o conhecimento da mulher sobre a indicação do procedimento obstétrico.

A coleta de dados aconteceu em um período de 24 semanas, sendo realizadas em média 10 entrevistas dessa forma, totalizaram-se, ao final do estudo 239 entrevistas.

As entrevistas aconteceram na área de alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Dona Regina, após 12 horas do pós-parto, onde a puérpera foi abordada pela pesquisadora, no seu próprio leito, e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando a mesma estava fora do leito ou adormecida, a pesquisadora a procurou em outro momento. A entrevista teve duração de 15 minutos, variando de acordo com a necessidade de cada entrevistada, aconteceram após as 10 horas da manhã onde as principais atividades de rotina já tinham sido realizadas, para que a pesquisa não alterasse a rotina da instituição, alterando de acordo com a necessidade do hospital e principalmente da mulher.

A análise dos dados quantitativos realizada utilizou estatística descritiva simples (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão) depois de serem organizados e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Para atender o objetivo de conhecer o entendimento das puérperas sobre a indicação da cesárea decidiu-se pela técnica de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo constitui-se como uma metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, auxiliando na reinterpretação das mensagens e na compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999).

No intuito de analisar o entendimento das puérperas sobre a indicação da cesariana as respostas encontradas foram classificadas em unidades de análise, categorizadas, descritas através de gráficos, quadros bem como computadas em frequência e percentuais.

4-ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução 466/ 2012 que estabelece princípios e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sendo aprovado pelo parecer nº 084/2014 (ANEXO A)..

Todas as puérperas selecionadas para integrarem ao estudo, mediante o aceite verbal, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE B).

5-RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela1-Distribuição do número de mulheres de acordo com as características sócio demográficas submetida a cesárea no Hospital e Maternidade Publica Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Idade (n=239; \bar{x} =26,5; S=6,53)		
14 a 20 anos	43	18
21 a 30 anos	136	47
31 a 42 anos	60	25
Escolaridade (n=239)		
Fundamental Incompleto	23	9,6
Fundamental completo	28	11,7
Médio incompleto	98	41,0
Médio completo	37	15,5
Superior incompleta	13	5,4
Superior completo	38	16,9
Não Estudou	2	0,8
Estado civil (n=239)		
Casada	74	31
União Estável	112	46,9
Solteira	51	21,3
Divorciada	2	0,8
Naturalidade (n=141)		
Porto Nacional	21	14,9
Miracema	13	9,2
Palmas	9	6,4
Gurupi	9	6,4
Outros*	80	56,7

* Outros representa os outros municípios que foram citados, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

De acordo com as características sócio demográficas descritas na Tabela 1 a idade das puérperas variou de 14 a 42 anos, predominando as faixas etárias de 21 a 30 anos, que representa 57% da população estudada. Autores esclarecem que apesar da idade biológica ideal para se instalar a primeira gestação seja entre os 18 a 20 anos, por considerar este período como sendo de pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, em função do desenvolvimento somático e psicológicos de cada uma e ainda os aspectos preventivos que devem presidir a assistência obstétrica, esse período foi estendido, ficando os limites fisiológicos para se ter uma primeira gestação entre 16 anos (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia) (ARAÚJO et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a faixa etária dos dez aos 19 anos, gravidez na adolescência, e que engravidar nessa idade pode produzir efeitos nocivos à saúde da mãe e do concepto (GURGEL et al., 2008). No presente estudo observou-se que 18 % da população eram adolescentes, o que gera um risco para a gestação e puerpério. O Ministério da Saúde (2012) preconiza ainda, uma atenção especial durante o pré-natal as gestantes com idade materna maior que 35 anos, pois considera fator de risco gestacional. Resultados encontrados mostram que as principais complicações maternas durante a gravidez para gestantes com igual ou superior a 35 anos são: hipertensão arterial, diabetes,

maior número de partos operatórios, de trabalho de parto prematuro, placenta previa, aminorrexe prematura. (GOLCALVES; MONTEIRO, 2012). Neste estudo este grupo de risco representa 25% da população.

A maioria das entrevistadas, com 41%, estudou até o ensino médio, porém não o concluiu e apenas 02 puérperas relataram não ter tido nenhum tipo de estudo, 77,9 % são casadas ou vivem junto com seus parceiros e a maioria, 59% delas, eram naturais do estado do Tocantins, 18,8% do Maranhão e 8,4% do Pará. Das puérperas naturais do Tocantins, 14,9% adivinham do município de Porto Nacional, 9,2% de Miracema e 6,4 de Palmas, Paraíso e Gurupi.

Em um estudo realizado para conhecer o perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade do Espírito Santo, demonstrou que cerca de 54% das mulheres estavam na faixa etária entre 20 a 29 anos, 54% estavam no ensino médio e que 83,3% eram casadas ou viviam com parceiro (LEITE et al., 2013). Ao comparar os dois estudos verificaram-se semelhanças entre os perfis encontrados das puérperas.

Tabela2- Distribuição do número de mulheres internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos com relação aos seus antecedentes obstétricos. Outubro de 2014 a março de 2015 . Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Gestações anteriores (n=148; \bar{x} =2,1; S=1,59)		
1 a 3 gestações	131	88,5
4 a 6 gestações	13	8,8
7 ou mais gestações	4	2,7
Partos anteriores (n=148; \bar{x} =1,91; S=1,46)		
Cesáreos	87	58,8
Normais	61	4,2
Número de nascidos vivos (n=132; \bar{x} =1,91; S=1,46)		
1 a 3 nascidos vivos	122	92,4
4 a 6 nascidos vivos	7	5,3
7 ou mais nascidos vivos	3	2,3
Número de Abortos (n=45; \bar{x} =1,28= S=0,81)		
1 aborto	38	84,4
2 abortos	4	8,9
Mais de 2 abortos	3	6,7
Intercorrência nas gestações anteriores (n=55)		
Aborto	23	41,8
Hipertensão arterial	14	8,9
Trabalho de parto pré-maturo	5	6,7
Outras*	13	23,6

*Outras representam as intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida

Ao observar o número de gestações anteriores das 239 puérperas entrevistadas, constatou-se que 148 puérperas tinham outras gestações com média $2,1 \pm 1,59$ número de partos anteriores. Dentre os partos anteriores, 87 deles foram cesarianos e 61 foram normais. Em relação ao número de nascidos vivos, 132 puérperas responderam possuir outros filhos vivos, com media de $1,91 \pm 1,46$ nascidos vivos , dentre eles , 92,4% tinham de um a três filhos. Esta característica reprodutiva apresentada é a ideal, pois pari mais de quatro crianças aumenta o risco de saúde durante as gestações e os partos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA E ADOLESCENCIA – UNICEF; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE-OMS; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES PARA EDUCAÇÃO, CIENCIA E CULTURA-UNESCO, 1991).

Ao abordar se já tiveram aborto nas gestações anteriores, 44 puérperas com media de $1,28 \pm 0,81$ relataram ter tido, e 86,4% tiveram somente um aborto. Dentre as 55

puérperas que relataram ter tido alguma intercorrência nas gestações anteriores, 23 (41,8 %) relataram ter tido aborto. No Brasil o aborto representa a 4ª causa de morte materna. A maioria dos abortos espontâneos caracteriza-se como resultado de um feto com poucas chances de sobrevivência até o final da gravidez ou que não se encontra em desenvolvimento saudável. Algumas causas já conhecidas que podem provocar tal situação são: anomalias cromossômicas, baixos níveis de progesteronas, infecções e doenças bacterianas e virais. Outras causas podem estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com mais de 40 anos, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarros e outras drogas (NEREY et al., 2006).

Tabela 3 - Distribuição dos dados obstétricos atuais das puérperas internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Idade gestacional (n= 239; \bar{x} =38,5 S=3,86)		
Menor que 37 semanas	28	11,8
37-39 semanas	127	53,1
40-42 semanas	84	35,1
Acompanhamento do pré- natal (n=239)		
Sim	238	99,6
Não	1	0,4
Local de acompanhamento do pré- natal (n=238)		
Rede pública	210	88,2
Rede privada	16	6,7
Rede suplementar	4	1,7
Rede pública e privada	7	2,9
Rede publica e suplementar	1	0,4
Número de consultas (n=238; \bar{x} =9,44 S=5,24)		
Menos que 07 consultas	84	35,3
7-10 consultas	96	40,3
Mais de 11 consultas	58	24,3
Intercorrência na gestação atual (n=91)		
Hipertensão	33	35,5
Infecção de urina	15	16,1
Sangramento	10	10,8
Outros*	32	37,6

*Outros representa outras intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

Em relação ao perfil obstétrico atual das puérperas entrevistadas encontrou-se que 11,8% tiveram seus recém nascidos pré-termo e 88,2 % deles, a termo, sendo que, 53,1% entre as 37 a 39 semanas e 35,1% entre as 40 a 42 semanas. Em relação a idade gestacional ainda, verificou-se diferenças nas idades gestacionais registradas em alguns prontuários analisados, quando comparando o prontuário da puérpera aos do recém-nascido, sendo priorizado nessas situações as informações contidas nos prontuários da puérpera, tendo como referência a Ultrassonografia. Tal fenômeno é possível por ainda não existir um método de estimação de idade gestacional padronizado para todo o país, sendo utilizadas diversas fontes de informações e medidas, como por exemplo o método do capurro, a ultrasonografia entre outros. (PEREIRA et al., 2014).

Ao serem questionadas sobre a realização do pré-natal, quase todas as puérperas, afirmaram ter realizado 99,6% (238 puérperas) delas, 88,2% na rede pública sendo que, 64,7 % tiveram mais de 6 consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2006), com 24,4 % chegando a ter mais de 11 consultas durante todo pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, e que a

primeira consulta de Pré-Natal seja realizada até 120 dias de gestação, sendo uma no primeiro trimestre gestacional, duas no segundo trimestre, três no terceiro trimestre e uma, até 42 dias do puerpério (MAEDA, 2014).

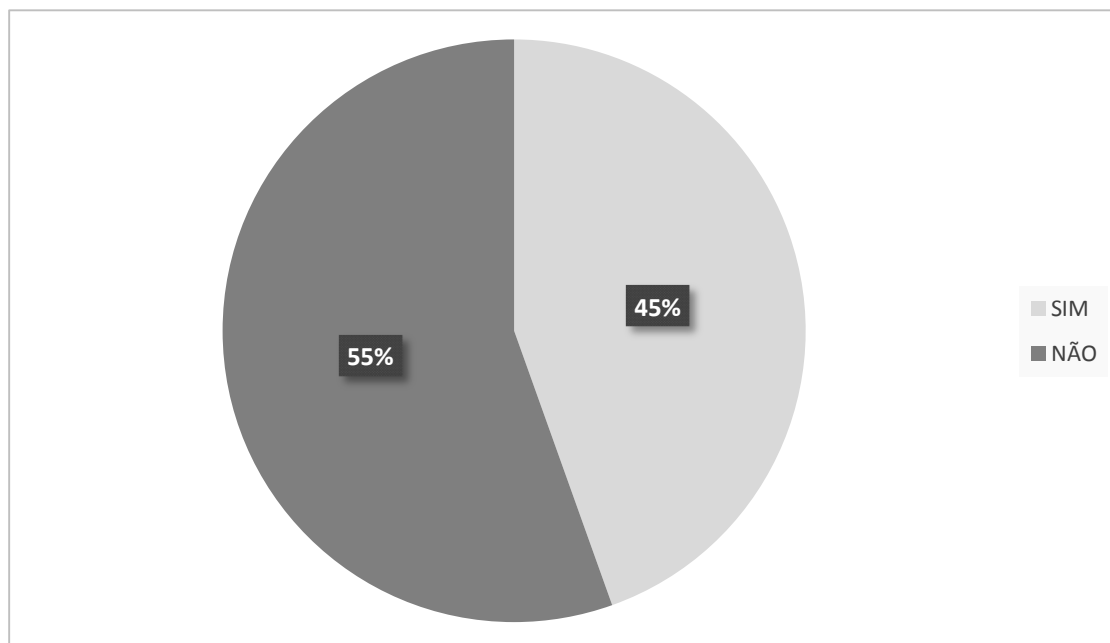
Ao comparar este estudo, ao realizado por Viellas et al. (2014), cuja pesquisa contou com a participação de 23.840 puérperas e o objetivo era o de analisar a Assistência do pré-natal no Brasil, os resultados encontrados demonstram semelhanças na assistência ao pré-natal do Estado do Tocantins em relação a brasileira, visto que a pesquisa também traz uma elevada cobertura de assistência ao pré natal, com 98,6% , que a maioria dos pré-natais foram realizadas em unidades públicas (74,65%) e que 73,1% tiveram seis ou mais consultas.

Entre as 239 puérperas entrevistadas, 91 delas responderam ter tido alguma intercorrência na gestação atual, sendo 35,5% delas hipertensão arterial, 16,1% infecção de urina e 10,8% sangramento.

A hipertensão gestacional é caracteriza pela elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de complicações, como pré-eclâmpsia ou hipertensão preexistentes. Tais complicações ocorrem em cerca de 5% a 8% dos casos, e são grandes responsáveis pela morbimortalidade materna. Tal fenômeno, parece ser preditiva do desenvolvimento posterior de hipertensão essencial e tende a recorrer em gestações subseqüentes (PASCOAL, 2002).

Na variável outros foram agrupados as outras intercorrências com frequência menor (de 1 a 4 eventos) tais como: perda de liquido , diabetes, toxoplasmose, descolamento de placenta e anemia entre outros.

Gráfico1- Distribuição das orientações recebidas durante o pré-natal sobre parto relatadas por puérperas internadas no Hospital e Maternidade pública Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO



Ao abordarem as puérperas entrevistadas sobre as orientações recebidas sobre parto durante o pré-natal, verificou-se que apesar do alto número de cobertura do pré-natal e de consultas recebidas, a maioria delas, cerca de 55% (132), não receberam nenhuma informação em relação ao parto durante todo o pré-natal. Esses resultados se assemelha aos

encontrados por Hotimsky et al. (2002) e Oliveira et al. (2002), onde a maioria das mulheres entrevistadas relataram não ter recebido qualquer orientação para o parto durante a gravidez.

Neste sentido, entende-se que as ações educativas devem ser realizadas durante todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, mas o pré-natal é o momento propício para repassar informações para que a mulher possa viver o parto de forma positiva, evitando assim menos riscos de complicações puerperais. O pré-natal e o nascimento são momentos únicos na vida das mulheres, portanto os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando saberes e desenvolvendo a autoconfiança da mulher para viver o seu processo de gestação, parto e nascimento (RIOS; VIEIRA, 2007).

Tabela 4-Distribuição das orientações recebidas durante o pré-natal relatadas por puérperas internadas no Hospital e Maternidade Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO

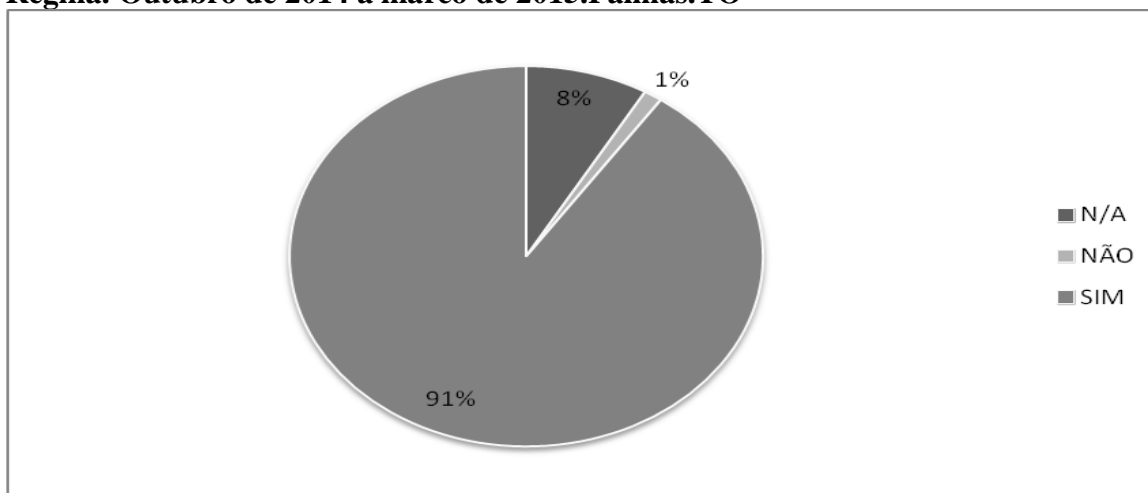
Variáveis (n= 106-100%)	n	%
Benefícios do parto normal	31	29
Diferenças entre os partos	18	17
Sinais do parto	13	12
Que o parto seria cesáreo	13	12
Atividades que facilitam o parto	7	7
Outros*	24	23

*Outros representa outras orientações que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

Dentre as puérperas que receberam orientações durante o pré-natal, 31(29%) delas, relataram ter obtidos informações sobre os benefícios do parto normal, 18 (17%) delas, receberam informações sobre a diferença do parto normal para o parto cesáreo, 13 (12%) puérperas sobre os sinais de parto, outras 13 (13%) puérperas, ainda no pré-natal, recebeu a definição de que seu parto seria cesáreo e para 07 (7%) delas foram explicado quais atividades deveriam ser realizadas para facilitar o parto. O baixo quantitativo de orientações recebidas durante a assistência pré-natal evidencia o papel insuficiente do pré-natal na preparação das mulheres para o parto. As orientações sobre as práticas que facilitam o parto de grande relevância para o preparo da mulher durante esse processo, representou a menor frequência, sendo priorizadas a definição precoce de que o parto seria cesáreo, reforçando o caráter biomédico da assistência.

No estudo realizado por Costa et al. (2011), os resultados encontrados em relação as orientações recebidas pelas puérperas sobre o parto durante o pré-natal são ainda mais preocupantes, visto que, informações relacionados especificadamente a contrações uterina e dor do parto são superiores aos demais aspectos do parto e nascimento.

Gráfico 2-Distribuição do registro da indicação da cesariana em prontuário clínico de acordo com os critérios clínicos para a realização da mesma na maternidade Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO



Ao analisar as justificativas dos 239 prontuários sobre a realização da cesariana neste hospital, observou-se que 20 dos prontuários não apresentavam nenhuma indicação descrita, impossibilitando observar se as mesmas estavam dentro dos critérios clínicos aceitáveis para a sua realização. Importante ressaltar, que o prontuário é um instrumento do paciente, um sistema de registro que deve conter os seus dados de identificação e os relativos à história do indivíduo na interface entre o processo de adoecimento e sua situação social de forma compreensível. Para a equipe de saúde, este registro é um material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais envolvidos no atendimento e aos usuários a que se referem. Tais preceitos reforçam o valor documental, ético e comunicativo dessa ferramenta, tornando-o um acervo para análise dos discursos dos profissionais da saúde e fonte de acesso às práticas, aos conhecimentos, jargões, expressões das categorias profissionais (MESQUITA, DESLANDES, 2010).

Dentre os 219 prontuários que obtiveram indicações justificadas, 216 delas, estavam de acordo com os critérios clínicos e 03 não estavam dentro dos critérios clínicos justificáveis. Importante ressaltar que analisar tais justificativas como aceitáveis ou não, foi a principal dificuldade deste trabalho, pois além do processo de parto e nascimento ser um fenômeno bastante singular, as poucas informações, ou na maioria das vezes a falta total delas contidas nos prontuários de como transcorreu tais processos, limitou suas análises de forma mais detalhada e segura. Foram consideradas justificativas fora dos critérios clínicos aceitáveis aquelas que não aparecem nas referências bibliográficas e trabalhos científicos mais recentes sobre a temática, como “não cooperação da mulher”, ou como “infecção do trato urinário”, além das que aparecem nas referências e trabalhos científicos como não recomendados como a “laqueadura”.

A esterilização definitiva, tanto laqueadura tubária como a vasectomia seguem a legislação específica para sua realização no Brasil, descrita no § 4º do Artigo 10 da Lei 9.263/1996 (que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal) e Portaria SAS/MSNº 048/1999(126), onde traz que a realização de esterilização definitiva somente pode ser realizada em pessoas maiores de 25 anos ou com mais de dois filhos vivos e período de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. A legislação acrescenta ainda, que a realização de ligadura tubária não pode ser realizada no momento do parto, exceto: nos casos de comprovada necessidade, por operações cesarianas sucessivas anteriores; risco de vida materna em uma futura gestação ou risco de vida para um futuro concepto.

(MINISTERIO DA SAÚDE, 2016). Ressalta-se que a indicação no prontuário clínico do presente estudo não descrevia nenhuma das situações prevista na lei.

As indicações infecção urinária e não cooperação da mulher não foram referenciados em nenhuma evidencia científica como indicação de cesárea, portanto, tais mulheres foram expostas a riscos desnecessários. Na segunda indicação, onde o profissional afirma que a cesariana ocorreu pela não cooperação da mulher, é possível ressaltar ainda, que a puérpera sofreu uma violência obstétrica, pois tal indicação torna a mulher insegura, incapaz e marginalizada de seu processo de parto e nascimento.

Como as indicações de operação cesariana têm despertado divergências de opiniões no País, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 306 de 28 de março de 2016, aprova as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana, cujo o objetivo é o de orientar profissionais da saúde e a população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseadas nas evidências científicas existentes (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

De acordo com a portaria, essas diretrizes, são de caráter nacional e devem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e é obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

Tabela 5- Distribuição das informações recebidas sobre a indicação do parto cesáreo pelas puérperas internadas no Hospital e Maternidade pública Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO

Variáveis	n	%
Informado sobre a indicação da cesariana (n=239-100%)		
Sim	201	84
Não	38	16
Momento que recebeu a informação (n=201)		
Antes do parto	181	90
Durante o parto	14	7,5
Depois do parto	2	1
Antes e depois	3	1

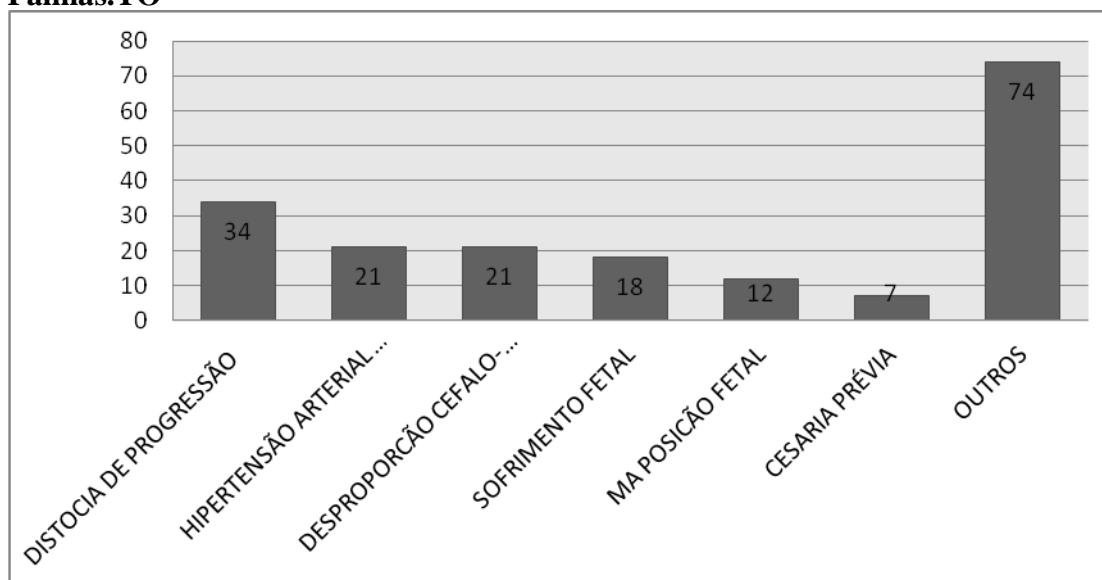
Ao analisar se as puérperas receberam informações dos motivos que as levaram a se submeter a uma cesariana, 201 das entrevistadas, afirmaram ter recebido explicações e que essas aconteceram em sua maioria (90%) antes do parto. Neste estudo 38 puérperas afirmaram não saber o motivo de ter se submetido a um parto cesáreo e algumas delas manifestaram insatisfação por não terem recebidos as devidas informações, sendo assim, orientadas sobre o seu direito a ter esta informação e a conversar com seus obstetras para sanar todas as dúvidas necessárias.

Em seu estudo Albuquerque et al.(2007), onde foram entrevistadas 330 puérperas, o número de mulheres que deixaram de receber explicação do motivo de seus partos terem sido cesáreo, assim como neste estudo, foi bem alto, totalizando, 133 mulheres. O estudo acrescenta ainda que, não informar a mulher da indicação de sua cesariana é desconsiderar seu direito como pessoa e violar princípios éticos, refletindo atitude profissional autoritária, portanto, todo o procedimento realizado ou solicitado a gestante deve ser explicado de forma clara e simples e ela tem o direito de escolher qual procedimento deve ser adotado quando tiver mais de uma opção para ser realizado.

A informação sobre indicações de cesariana, sobre o procedimento e seus riscos, deve ser feita de maneira clara e acessível, respeitando influências socioculturais e individuais da gestante. Não foram encontrados muitos estudos suficientes dissertando sobre a melhor forma de abordagem ou de um instrumento de oferta de informação a respeito do modo de nascimento. Mas, acredita-se que o tema pode ser trabalhado de forma individual ou em grupo de gestantes, e que tal discussão, inerentes a gestação e ao processo do nascimento possam ajudar a esclarecer dúvidas e também a fomentar questionamentos sobre os riscos e as situações em que a operação cesariana é necessária (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

De acordo como Ministério da Saúde (2016), devem ser obtidos por todas as gestantes que serão submetidas a cesariana o termo de consentimento. Este deve incluir as condições clínicas da paciente, opções de tratamento, riscos e benefícios operação cesariana procedimento, incluindo o risco da não realização deste procedimento. Estas informações devem e ser fornecidas de forma clara e acessível e respeitando linguagem e características de cada mulher.

Gráfico 3 – Distribuição das indicações de parto Cesário relada pelas puérperas do Hospital e Maternidade Pública Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015. Palmas.TO



Outros representa as outras indicações que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida

Dentre as explicações obtidas pelas puérperas sobre a realização de suas cesáreas as mais relatadas foram categorizadas nas seguintes indicações: distócia de progressão (34%), hipertensão arterial (21%), desproporção cefalo-pélvica (21%), sofrimento fetal (18%), má posição fetal (12%) e cesárea previa(7%). Foram categorizadas em outros aquelas indicações com frequência inferior a 5% com : obesidade, diabetes gestacional, cardiopatia, anemia falciforme, toxoplasmose, trombopenia entre outros.

A indicação de distócia de progressão foi identificada em algumas falas das puérperas como “ não tive dilatação”, “ não tinha passagem”, “neném não desceu”; já a desproporção cefalo-pélvica nos discursos “ o bebe era grande”, “ o tamanho de bebe era diferente da minha bacia”, “o bebe era gordo”; o sofrimento fetal, além do próprio termo, nas palavras “tinha liquido verde dentro de mim”, “o bebe fez coco”, “sem movimento respiratório”, “a respiração dele tava diminuída”, “o coração tava batendo fraco” e na

categoria má posição fetal estão informações relatadas como “ não estava encaixado”, “estava atrevesado”, “estava sentado”.

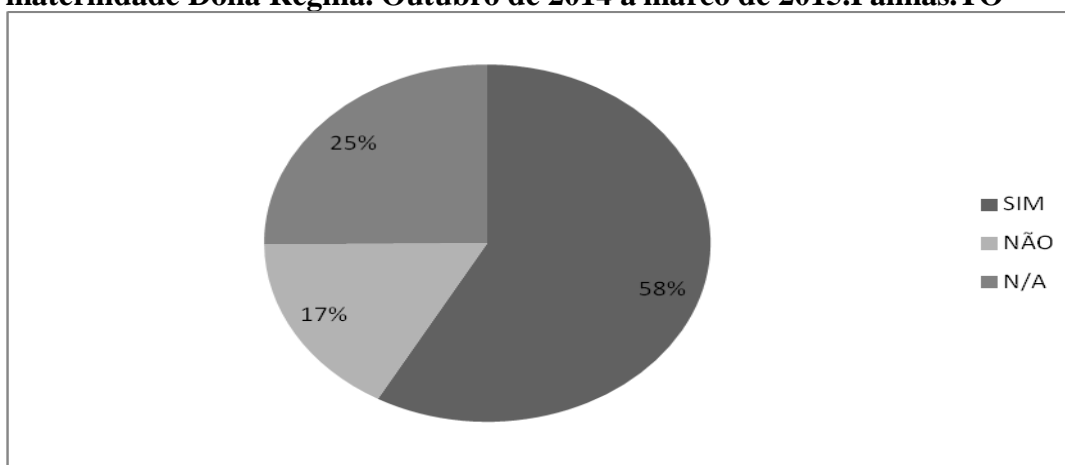
Inague et al. (2014), ao verificar em seu trabalho as indicações mais frequentes para o parto cesáreo, encontrou indicações semelhantes a este estudo, destacando como os mais frequentes a pré eclampsia, a cesárea anterior e o sofrimento fetal agudo.

Importante salientar que a maioria das indicações encontradas apresenta indicações relativas para cesarianas, pois, nas distócias de progressão, por exemplo, o parto normal pode ocorrer mediante correção da contratibilidade uterina, porem nos casos em que a desproporção cefalo-pelvica é diagnosticada, pelo uso criterioso do partograma a cesariana encontra-se indicada. No caso de má posição fetal, a mesma as vezes pode ser corrigida mediante versão cefálica externa (VCE), nos casos de falha ou não realização da manobra a via de parto deve ser discutida com a gestante. Na pratica clinica diante de um sofrimento fetal, aconselha-se a realização da amostra de sangue fetal, na tentativa de diminuir taxas de cesarianas por uma cardiocotografia intraparto alterado, e que sejam avaliados outros parâmetros, como os aspecto do líquido amniótico, grau de dilatação, altura da apresentação pélvica e variedade de posição (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

De acordo com as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana do Ministério da Saúde (2016) em caso de apresentação pélvica, e na ausência de contra-indicações, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de gestação. Dentre as contra indicações para realizar tal procedimento estão: o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesárea previa, inexperiência do profissional entre outras. Nos casos em que não se deve realizar a versão cefálica a operação cesariana programada é recomendada a partir das 39 semanas, sugerindo-se que espere os sinais do trabalho de parto.

Em relação à cesárea previa as diretrizes recomendam um aconselhamento sobre o modo do nascimento com as gestantes que já se submeteram a uma cesárea anterior considerando as prioridades da mulher, os riscos e benefícios da cesariana e do parto vaginal após uma cesariana. Devem ser esclarecidas ainda quanto ao aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após a cesárea previa (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

Gráfico 4-Distribuição da indicação da cesariana registrada no prontuário clinico condizente com o com o conhecimento da puérpera sobre a sua realização na maternidade Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015.Palmas.TO



O quadro acima ilustra os resultados encontrados sobre a indicação da cesariana relatada pelas puérperas ser condizente com as registradas nos prontuários clínicos. Em 60

(25%) das entrevistas realizadas não foram possíveis comparar o registro da indicação do prontuário clínico aos relatos pelas puerperais, em alguns dos casos, porque a mesma não tinha recebido a informação, em outros casos porque esta informação não estava descrita no prontuário clínico e em alguns outros, por ambos os motivos. Dentre as entrevistas compradas, 139 (58%) delas, a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relato, e em 40 (17%) delas, estavam distintas, acontecendo as vezes, de não estarem adequados nem ao menos ao histórico obstétrico da paciente. Em uma entrevista foi possível perceber como indicação de cesariana em um prontuário clínico a cesárea previa e na fala da puérpera verificar que aquele motivo não era adequado para sua realidade visto que a mesma já tinha tido 3 partos anteriores, e os três normais.

Em seu trabalho Fortes (2012), ao analisar o conhecimento de 81 puérperas sobre a indicação de sua cesariana observou que 36% das mulheres não foram adequadamente informadas sobre o motivo de ter se submetido a uma cesariana. O número de trabalho envolvendo a indicação clínica da cesariana e o conhecimento da puérpera sobre esta indicação é bastante reduzido, o que dificulta comparar o presente estudo com mais outros estudos da temática.

6-CONCLUSÃO

A cesariana foi concebida no intuito de reduzir riscos e complicações ao binômio mãe/bebe durante a gravidez e o trabalho de parto em situações que o parto vaginal for desfavorável. Porém tal procedimento cirúrgico, como qualquer outro em geral, não é um procedimento inócuo e podem trazer riscos adicionais para a mãe e a criança. Portanto, o profissional responsável pelo partear de uma gestante, ao indicar uma cesárea deve considerar os riscos e benefícios e ainda, a mulher e a família devem receber informações e participar de quaisquer decisões sobre a via de parto.

Neste contexto ao conhecer o entendimento da puérpera sobre a indicação da cesariana e ao identificar em qual momento do parto esta indicação foi repassada observou-se que a grande maioria delas recebeu informações sobre as indicações de suas cesareanas, e que as mesmas ocorreram na maior parte antes do parto. Dentre as explicações obtidas pelas puérperas sobre a realização de suas cesáreas as principais foram categorizadas nas seguintes indicações: distócia de progressão hipertensão arterial, desproporção cefalo-pélvica, sofrimento fetal, má posição fetal e cesárea previa.

Importante ressaltar, que durante a entrevista grande parte das puérperas que relataram não ter tido nenhuma explicação do motivo que a levaram a ser submetidas a este procedimento manifestaram insatisfação, por não ter recebido as devidas informações e por não ter participado desta decisão.

Em relação aos critérios clínicos registrados nos prontuários para a realização da cesárea verificou-se que quase totalidade das informações que estavam registradas estava de acordo com as principais evidências científicas, com exceção das indicações laqueadura, não cooperação da mulher e infecção de urina, além de uma parte considerável de prontuários não conterem registros o que limitou a análise dos mesmos e consequentemente o estudo.

Ao avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma, verificou-se que grande parte das entrevistas, a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relato, mas em algumas delas estavam distintas, acontecendo as vezes, de não estarem adequados nem ao menos ao histórico obstétrico da paciente. Em uma parte considerável das entrevistas não foi possível fazer tal análise visto que alguns prontuários não tinham informações sobre as indicações das cesarianas ou em outras situações não tinham sido repassadas a puérpera e em outros casos ocorreram as duas situações.

Dentre as principais dificuldades apresentadas que limitaram a execução deste estudo destacam-se: a falta de preenchimento adequado de prontuários clínicos, que limitou uma análise mais segura sobre as indicações das cesáreas, o número reduzido de trabalhos científicos sobre a temática, de referenciais teóricos sobre os critérios clínicos para realização da cesárea e principalmente o singularismo inerente ao processo do parto e nascimento.

Sugere-se que mais trabalhos sobre o processo de parto e nascimento sejam realizados, principalmente envolvendo a temática da cesariana e da importância da inclusão da mulher e de seus familiares na discussão da sua realização e que sejam produzidos mais referenciais teóricos que possam dar subsídio, empoderamento e respaldo aos profissionais de saúde envolvidos no processo de partear sobre as situações as quais a cesariana realmente se faz necessária

Aliado a isto sugere-se ainda a inserção de tal discussão dentro de programas públicos, como por exemplo, saúde da escola, no componente promoção de saúde e prevenção de agravos.

7-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Laine Cortês et al. Conhecimento de mulheres sobre o motivo para a realização do parto cesáreo. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, v 8, n 2, p. 9, 2007.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I; Evidence-based cesarean section indications: part I. *Femina*, v. 38, n. 8, 2010.

ARAÚJO, Kleiton Richard da Silva et al. Perfil Sociodemográfico de Puerperas em uma maternidade pública de referencia do Nordeste brasileiro. *Gestão e Saúde*, 6, ago. 2015.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais da saúde:revisão integrativa.*Rev.Bras.Enferm.* 2013.

BOARETTO, Maria Cecília.**Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no município do Rio de Janeiro.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Carta dos direitos dos usuários da saúde.**3ed.Brasília,2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466/2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde.**Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação da cesariana.**Brasília.2016.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.459**, de 24 de junho de 2011a.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999 .

CARNIEL, Emília de Faria; ZANOLLI, Maria de Lurdes; MORCILLO, André Moreno. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 34-40, Jan. 2007

CARVALHO, Meire Pinheiro Soares; PINTO, Sandra Regina Gonçalves; VAZ, Maria Jose Rodrigues. Parto humanizado: percepção de puérperas. *Saúde Coletiva*, v. 2, n. 7, p. 79-83, 2005.

CONCEICÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão em saúde: notas preliminares.*Ser Social*.Brasília. v 11, n 25, 2009.

COSTA, Alessandra Pereira et al.Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene* , p548-554. 2011.

CUNNINGHAM, F. Gary et al.**Williams:obstetrícia.** 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. cap. 25, p. 544-564.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DORNFELD, Dinara; PEDRO, Eva Neri Rubim. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 190-8, 2011.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesarianas em primíparas do Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**.v.39; n. 5; p. 761-767. 2005

FORTES, Priscila Eugenio .**O Conhecimento das puerperas quanto a indicação da cesariana em um hospital escola**.2013.Trabalho de conclusão de curso.Universidade Federal do Rio grande do Sul.Porto Alegre, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA E ADOLESCENCIA – UNICEF; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE-OMS; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES PARA EDUCAÇÃO, CIENCIA E CULTURA-UNESCO. **Medidas Vitais. Um Desafio de Comunicação**. Brasília: UNICEF/OMS/UNESCO.1991.

GONÇALVES, Záfia Rangel; MONTEIRO, Denise Leite Maia. Complicações maternas em gestantes com idade avançada. **Femina**, v. 40, n. 5, 2012.

GULINELLI, André et al . Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 50, n. 1, p. 41-47, 2004

GURGEL, Maria Glêdes Ibiapina et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 800-6, 2008.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5 edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al . O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002 .

INAGUE, Ana Costa de Melo, et al.CESAREA: PREVALENCIA, INDICACÃO E DESFECHO DO RECEM-NASCIDO.**Rev enferm UFPE on line**,Recife, v.8,n.12, p.4278-84.dez, 2014.

KLEIN, Carlos Henrique, BLOCH, Katia Vergetti.Estudos seccionais.In:MEDRONHO, Roberto de A. et al.**Epidemiologia**.São Paulo;Atheneu, 2006.p.125-150

LEAL, Maria do Carmo et al . Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014 .

LEITE, Franciéle Marabotti Costa, et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puerperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, 2013.

MAEDA, Tamie de Carvalho et al. Importância atribuída por puerperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 2, 2014.

MALHEIROS, Paolla Amorim, et al . Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329, 2012.

MARTINS-COSTA, Sérgio H.; RAMOS, José Geraldo L.; SALAZAR, Cristiano Caetano. Cesariana. In: FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed. 2011. cap. 3, p. 390-410.

MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S. F. . A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, p.664-673.2010.

MONTENEGRO, Carlos Alberto Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia fundamental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.cap. 56, p. 633-647.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NERY, Inez Sampaio et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev enferm UERJ**, v. 14, n. 1, p. 67-73, 2006.

NUNES, Ana Cláudia Farias; RAMOS, Déborah Karollyne Ribero; MESQUITA, Simone Karine da Costa. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia :um estudo de caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 743-753, ago./dez. 2014

PASCOAL, Istenio F. Hipertensão e gravidez. **Rev Bras Hipertensão**, p.256-61. 2002.

PASCHE, Dário Frederico; DE ALBUQUERQUE VILELA, Maria Esther; MARTINS, Cátia Paranhos. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. pt-pag. 105-117, 2010.

PEREIRA, ANA PAULA ESTEVES; et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo nascer no brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v.30, p. S59-S70, 2014.

REZENDE, Marcio Alexandre.. **Conhecimento das mulheres puerperas quanto a indicação do parto cesaria**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública em Saúde da Família). Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 477-486, Apr. 2007 .

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, Sept. 2011 .

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Ministério da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996. 53 p.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al . Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 5, p. 667-674, Oct. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500007>.

TORNQUIST, Carmen Susana. “As armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. **Estudos feministas**, São Paulo, p.486, 2002.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al . Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

VIEGAS W. **Fundamentos lógicos da metodologia científica**. 3. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.

8-APÊNDICES

8.1-APÊNDICE A - Roteiro semi-estruturado para entrevista

IDENTIFICAÇÃO

Sujeito nº _____ Iniciais: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Número de gestações anteriores: _____

Número de nascidos vivos: _____ Número de abortos: _____

Numero e tipo de partos anteriores: _____

Alguma intercorrência nas gestações anteriores: _____

Idade Gestacional (capurro calculada pela enfermeira): _____

Indicação de cesárea justificada no registro clínico: _____

A justificativa registrada está de acordo com os critérios clínicos recomendados? () Sim () Não

1-Teve acompanhamento no pré-natal? () Sim () Não

1.2- Se sim, quantas consultas? _____

1.3- Onde realizou o pré-natal? () Rede Publica () Rede Privada () Saúde Suplementar

1.4- Recebeu alguma orientação sobre parto no pré-natal? () Sim () Não

1.4.1- Se sim, qual orientação? _____

2- Teve alguma intercorrência durante a gestação atual? () Sim () Não

2.1- Se sim, qual? _____

3- Foi lhe explicado o motivo de você ter tido cesariana? () Sim () Não

3.1- Se sim, em que momento do parto recebeu essa informação? _____

3.2.- Se sim, qual foi o motivo? _____

8.2-APENDICE B- Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador a qualquer momento.

Informações Sobre a Pesquisa:

Título do Projeto: Análise comparativa entre a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos prescritos para a sua realização.

Pesquisador Responsável: Carla Cristina Chaves de Oliveira

Telefone para contato: (63) 81350099

O objetivo da pesquisa é avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e critérios clínicos para a realização a mesma.

- A pesquisa pode oferecer riscos aos pesquisados, podendo causar constrangimento e perda do tempo disponibilizado pelos sujeitos da pesquisa. Mas procurar-se-á amenizar ou ausentar os danos, pois garantirá autodeterminação na participação da pesquisa, respeito à privacidade, anonimato e confidencialidade, de modo que os indivíduos pesquisados não possam ser identificados por suas respostas, e não se utilizará qualquer meio e/ou método que venha a ferir a integridade física, moral e/ou psicológica;
- O convidado pode desistir a qualquer tempo e hora de participar da pesquisa, mesmo após a assinatura deste documento, sendo de sua responsabilidade comunicar esta decisão. Tal decisão será respeitada pelo pesquisador;
- O convidado não terá nenhum gasto financeiro com a pesquisa e não receberá pagamento pela mesma;
- Este termo será assinado em duas vias, sendo a primeira via arquivada pelo pesquisador e a segunda via pelo participante da pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____ SSP/_____, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do sujeito da pesquisa _____

Assinatura do pesquisador

9-ANEXOS

9.1-ANEXO A- Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT) .



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CEP - COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o projeto de pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA NA PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS E OS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS PARA SUA REALIZAÇÃO, da pesquisadora responsável, Danielle Rosa Evangelista, Protocolo **084/2014**, foi aprovado em reunião ordinária no dia 26/09/2014.

PALMAS -TO, 07 de Outubro de 2014.


Patrick Letouze Moreira
Presidente do CEP-UFT

Prof. Patrick Letouze
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
UFT

**A INDICAÇÃO DA CESARIANA E OS CRITÉRIOS CLÍNICOS PRESCRITOS
PARA SUA REALIZAÇÃO
INDICATION OF CAESAREAN PRESCRIBED FOR YOUR CLINICAL
PERFORMANCE**

Carla Cristina Chaves de Oliveira¹

Danielle Rosa Evangelista²

Tiago Barreto de Castro e Silva³

Marta Azevedo dos Santos⁴

-
1. Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos (HMDR). Enfermeira. Especialista em Gestão em Saúde e Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Quadra 806 Sul, Alameda 2, lote 3, Bloco 7, Apt 301, Ed. Noel Rosa, CEP: 77023064. Email: carla_cristina_c@hotmail.com; Telefone (63) 9 8135 0099. Autor responsável pela correspondência.
 2. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Enfermeira. Professora Adjunto I. Endereço: Endereço: 109 Norte, Avenida NS 15, Campus de Palmas da UFT, Bloco LAB4, Sala 03, Tocantins, Brasil. E-mail: daniellerosa@uft.edu.br; Telefone: (63) 3232-8549.
 3. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Enfermeiro. Professor Adjunto I. Endereço: Endereço: 109 Norte, Avenida NS 15, Campus de Palmas da UFT, Bloco LAB4, Sala 03, Tocantins, Brasil. E-mail: tiagobcs@mail.uft.edu.br; Telefone: (63) 3232-8549.
 4. Universidade Federal do Tocantins (UFT). Psicóloga. Professora Adjunta IV. Endereço: Endereço: 109 Norte, Avenida NS 15, Campus de Palmas da UFT, Bloco LAB4, Sala 03, Tocantins, Brasil.. Colaboradora Técnica do Ministério da Saúde. Email : mar-azevedo@hotmail.com; Telefone: (63) 3232-8549.

RESUMO

O objetivo do trabalho foi analisar se a justificativa registrada para a indicação de cesárea esta de acordo com as evidencias científicas sobre a temática. Estudo quantitativo, de corte transversal realizado no Hospital e Maternidade Publica Dona Regina Siqueira Campos, Palmas -TO. A população foi composta por 239 puérperas. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista e de analise documental, através de consultas ao prontuário. As puerperas tinham $26,5 \pm 6,53$ anos de idade, 98 (43%) delas o ensino médio completo e 112 (46,9%), união estável. Em relação aos dados obstétricos, 88,5% tiveram ate 3 gestações anteriores e 45 delas aborto, apresentavam $38,5 \pm 3,86$ semanas de idade gestacional, 238 (99,6%) realizou pré-natal, sendo 210 (88,2%) delas acompanhadas em rede publica, tinham $9,44 \pm 5,24$ número de consultas e 33 (35,5%) tiveram como intercorrência na gestação Hipertensão Arterial. Quanto ao registro da indicação da cesariana em prontuário clínico, observou-se que 3 indicações relatadas não estavam de acordo com as evidencias científicas sobre a indicação da cesariana, sendo elas: não cooperação da mulher, infecção do trato urinário e laqueadura. Dessa forma, evidencia-se que a maior parte dos critérios clínicos registrados nos prontuários estava de acordo com as principais evidencias científicas, porém uma parte considerável de prontuários não tinha registros claros e completos, o que limitou a analise dos mesmos e consequentemente o estudo.

Descritores: Cesárea. Saúde da Mulher. Registro Médico Coordenado

ABSTRACT

The objective was to analyze the justification registered for cesarean indication is in accordance with the scientific evidence on the subject. Quantitative study, cross-sectional conducted at Hospital Public Dona Regina Siqueira Campos, Palmas -TO. The population consisted of 239 mothers. Data collection was performed through interviews and document analysis by consulting the records. The women were 26.5 ± 6.53 years of age, 98 (43%) of them completed secondary education and 112 (46.9%), union estável. Em Obstetric data, 88.5% have up to 3 pregnancies earlier and 45 of them abortions, had 38.5 ± 3.86 gestational age, 238 (99.6%) received prenatal care, and 210 (88.2%) of them together in the public network., 9.44 ± 5.24 number of consultations and 33 (35.5%) had a complication during pregnancy Hypertension. As for the registration of cesarean section

indication in clinical records, it was found that 3 reported indications do not appear in scientific evidence on the indication of cesarean section. Thus, it is evident that most of the clinical criteria recorded in the records was in line with the main scientific evidence, but a considerable part of records had no records which limited the analysis of the same and therefore the study.

Keywords: Cesarean. Women's Health. Medical record

INTRODUÇÃO

Historicamente o parto e nascimento vêm apresentando importantes transformações ao longo do tempo. Com o desenvolvimento e a incorporação de diversas tecnologias no campo da medicina, o parto que até épocas anteriores eram realizadas por parteiras e em ambientes domiciliares, passa a ser considerado um procedimento cirúrgico, e por isso deve ser realizado por médicos e em ambiente hospitalar ⁽¹⁻²⁾.

Esse processo de hospitalização do parto e nascimento, no Brasil, inicia-se partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX. Em consequência a tal realidade, o Brasil passa a se destacar no cenário mundial pelas suas altas taxas de cesarianas somadas ao seu alto índice de mortalidade materna e neonatal ⁽³⁾.

Diante desta situação, desde meados dos anos 80 a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e outras entidades governamentais e não governamentais, tem se mobilizado no sentido de mudar este panorama, para tal, iniciaram um movimento de revisão das práticas no campo obstétrico e propuseram mudanças no modelo assistencial, apontado como iatrogênico e inadequado às necessidades das mulheres. Destacam-se como conquistas nesse processo a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, em 1993; em 2000 a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN); em 2001 o lançamento do manual Parto, Aborto e Puerperio- Assistência Humanizada a Saúde da Mulher e mais recentemente, em 2011, a criação da Rede Cegonha ⁽³⁾.

A OMS preconiza como aceitável a taxa de cesárea em até 15%, pois se baseia no preceito, de que, apenas esse percentual, do total de partos realizados, apresentam indicações precisas de cesarianas, ou seja, somente em 15% dos casos existe uma razão real, para a preservação da saúde materna e/ou fetal⁽⁴⁾. Estudos baseados em evidências científicas demonstraram que as indicações de cesarianas são divididas em absolutas e relativas, e destaca-se para o fato da maioria atualmente terem indicações relativas. Entre as principais causas de indicações das cesarianas estão as distórcias, desproporção cefalopelvica, má posição fetal, apresentação pélvica, apresentação de face, apresentação córmica, cesária anterior, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou com mecônio e centralização fetal⁽⁴⁻⁵⁾.

Acrescenta-se em indicações absolutas: desproporção real fetopélvica por vício pélvico, macrossomia fetais, tumor prévio; comprometimento anatômico do canal de parto (mole) conseqüente a atresia vaginal, condiloma acuminado gigante, cirurgia prévia de fístula vesicovaginal e de prolapso genital completo; patologia anexial representada por placenta previa central, prolapso do cordão com colo não dilatado, descolamento prematuro de placenta com feto vivo e viável e cervicodilatação apenas inicial e amniorrexe prematura complicada com infecção de urina; sofrimento fetal agudo intraparto ou crônico (intragestação) que impõe extração imediata do concepto e ausente cervicodilatação; rotura incompleta; presença de herpes genital (colo, vagina) com bolsa íntegra; situação transversa com feto vivo e útero enxuto; tentativas falhadas de fórceps com feto vivo⁽⁶⁾.

As indicações relativas de cesarianas são relacionadas a condições que embora permitam o parto vaginal, apresentam melhores resultados imediatos para o binômio mãe-bebê. Assim citam-se entre outras: parturiente com mais de uma cesárea anterior; primigesta com mais de 35 anos de idade com esterilidade prévia; primigesta adolescente com fundos de sacos vaginais reduzidos; morte habitual fetal; placenta previa lateral ou marginal, especialmente com feto vivo e viável; eclampsia intragestação e/ou intraparto; varizes vulvares; desproporção fetopelvica relativa; prenhez gemelar com fetos premis, com o primeiro gêmeo em apresentação pélvica e o segundo cefálica e apresentação pélvica com feto prematuro viável⁽⁶⁾.

Neste contexto e com essa nova lógica de modelo, ao ser indicado uma cesariana para uma mulher é de suma importância que o profissional que cuida da mulher em trabalho de parto considere os benefícios e riscos da cesariana para a mãe e o concepto e que, compartilhe dessa decisão com a mulher e sua família, a informando e oportunizando-a de participar de quaisquer decisões sobre a via do parto.

A carta de Direitos Humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu artigo 3º discorre que a mulher submetida a uma cesárea tem o direito ao atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, devendo ser assegurado sobre informações de seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, quanto aos objetivos, riscos e benefícios do procedimento cirúrgico⁽⁵⁻⁷⁾.

Com este intuito surgiu o seguinte questionamento: As indicações apontadas nos prontuários clínicos estão de acordo com o preconizado pelas evidências científicas sobre a

cesariana? O presente estudo poderá contribuir para a qualificação do cuidado das equipes de saúde, no provimento das informações e garantir uma assistência mais qualificada e humanizada às mulheres. Portanto, objetivou-se analisar se a justificativa registrada para a indicação de cesárea esta de acordo com as normas, orientações e evidências científicas sobre a temática. Dessa forma, poderá contribuir para a qualificação do cuidado das equipes de saúde no provimento das informações e garantir uma assistência mais qualificada e humanizada às mulheres.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal. O estudo transversal se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade ⁽⁸⁾. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas ⁽⁹⁾.

O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Dona Regina, localizado no município de Palmas-TO. Os sujeitos da pesquisa foram puérperas, escolhidas aleatoriamente, que tiveram seus filhos no Centro Obstétrico do referido hospital. Foram excluídas da amostra as puérperas submetidas a cesárea por indicação eletiva ou de urgência, os casos de óbitos maternos/fetais e má formação fetal. Para determinar o tamanho da amostra foi aplicada a fórmula para cálculo de populações finitas.: Adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro máximo permitido de 6% ⁽¹⁰⁾

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

Z_{α}^2 = Coeficiente de confiança (95% - 1,96)

p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica (50% - 0,5)

q = Percentual complementar (50% - 0,5)

N = Tamanho da população

e^2 = Erro máximo permitido (10% - 0,1)

O tamanho da amostra encontrada foi de 239 puérperas.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semi estruturada e análise documental, através de consultas ao prontuário. A entrevista é definida como um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”⁽¹¹⁾. Já a análise documental consiste em identificar, verificar documentos com uma finalidade específica e por isso a importância de preconizar fontes paralelas de informações para complementar e permitir a contextualização dos mesmos⁽¹²⁾.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semi-estruturada, a qual abordou questões que caracterizam a puérpera, a indicação da cesariana, bem como o conhecimento da mulher sobre a indicação do procedimento obstétrico e também através da análise dos registros clínicos justificados nos prontuários para a sua indicação.

As entrevistas aconteceram na área de alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Dona Regina, após 12 horas do pós-parto, onde as puérperas foram abordada pela pesquisadora, no seu próprio leito, e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista teve duração média de 15 minutos, variando de acordo com a necessidade de cada entrevistada, após as 10 horas da manhã onde as principais atividades de rotina já tinham sido realizadas, respeitando a rotina da instituição.

As variáveis trabalhadas foram: Idade, Escolaridade, Estado civil, Naturalidade, Idade Gestacional, Acompanhamento do pré-natal, Local de acompanhamento do Pré-natal, número de consultas e intercorrência na gestação atual.

Para a análise dos dados quantitativos utilizou-se estatística descritiva simples (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão) depois de serem organizados e processados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme exigências da Resolução 466/2012. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sendo aprovado pelo parecer nº 084/2014.

RESULTADOS

Tabela1-Distribuição do número de mulheres de acordo com as características sócio demográficas submetida a cesárea no Hospital e Maternidade Publica Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Idade (n=239; \bar{x} =26,5; S=6,53)		
14 a 20 anos	43	18
21 a 30 anos	136	47
31 a 42 anos	60	25
Escolaridade (n=239)		
Fundamental Incompleto	23	9,6
Fundamental completo	28	11,7
Médio incompleto	98	41,0
Médio completo	37	15,5
Superior incompleta	13	5,4
Superior completo	38	16,9
Não Estudou	2	0,8
Estado civil (n=239)		
Casada	74	31
União Estável	112	46,9
Solteira	51	21,3
Divorciada	2	0,8
Naturalidade (n=141)		
Porto Nacional	21	14,9
Miracema	13	9,2
Palmas	9	6,4
Gurupi	9	6,4
Outros*	80	56,7

* Outros representa os outros municípios que foram citados, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida.

De acordo com as características sócio demográficas descritas na tabela 1, a idade das puérperas variou de 14 a 42 anos, com média de $26,5 \pm 6,53$ anos de idade.

A maioria das entrevistadas, com 41%, estudou até o ensino médio, porém não o concluiu e apenas 02 puérperas relataram não ter tido nenhum tipo de estudo, todavia, a escolaridade foi até nível superior incompleto e completo. Das entrevistadas, 77,9 % são casadas ou vivem junto com seus parceiros em união estável e a maioria, 59% delas, eram naturais do estado do Tocantins, 18,8% do Maranhão e 8,4% do Pará. Das puérperas naturais do Tocantins, 14,9% adivinham do município de Porto Nacional, 9,2% de Miracema e 6,4 de Palmas, Paraíso e Gurupi.

Tabela2- Distribuição do número de mulheres internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos com relação aos seus antecedentes obstétricos. Outubro de 2014 a março de 2015 . Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Gestações anteriores (n=148; \bar{x} =2,1; S=1,59)		
1 a 3 gestações	131	88,5
4 a 6 gestações	13	8,8
7 ou mais gestações	4	2,7
Partos anteriores (n=148; \bar{x} =1,91; S=1,46)		
Cesáreos	87	58,8
Normais	61	4,2
Número de nascidos vivos (n=132; \bar{x} =1,91; S=1,46)		
1 a 3 nascidos vivos	122	92,4
4 a 6 nascidos vivos	7	5,3
7 ou mais nascidos vivos	3	2,3
Número de Abortos (n=45; \bar{x} =1,28= S=0,81)		
1 aborto	38	84,4
2 abortos	4	8,9
Mais de 2 abortos	3	6,7
Intercorrência nas gestações anteriores (n=55)		
Aborto	23	41,8
Hipertensão arterial	14	8,9
Trabalho de parto pré-maturo	5	6,7
Outras	13	
		23,6

Outras representam as intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida

Ao observar o número de gestações anteriores das 239 puérperas entrevistadas, constatou-se que 148 puérperas tinham outras gestações com média $2,1 \pm 1,59$ número de gestações anteriores. Dentre os partos anteriores, 87 deles foram cesarianos e 61 foram normais. Em relação ao número de nascidos vivos, 132 puérperas responderam possuir outros filhos vivos, com media de $1,91 \pm 1,46$ nascidos vivos, dentre eles , 92,4% tinham de um a três filhos.

Ao abordar se já tiveram aborto nas gestações anteriores, 45 puérperas com média de $1,28 \pm 0,81$ relataram ter tido, e 86,4% tiveram somente um aborto. Dentre as 55 puérperas que relataram ter tido alguma intercorrência nas gestações anteriores, 23 (41,8 %) relataram ter tido aborto.

Tabela 3 - Distribuição dos dados obstétricos atuais das puérperas internadas no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas. TO.

Variáveis	n	%
Idade gestacional (n= 239; \bar{x} =38,5 S=3,86)		
Menor que 37 semanas	28	11,8
37-39 semanas	127	53,1
40-42 semanas	84	35,1
Acompanhamento do pré- natal (n=239)		
Sim	238	99,6
Não	1	0,4
Local de acompanhamento do pré- natal (n=238)		
Rede pública	210	88,2
Rede privada	16	6,7
Rede suplementar	4	1,7
Rede pública e privada	7	2,9
Rede publica e suplementar	1	0,4
Número de consultas (n=238; \bar{x} =9,44 S=5,24)		
Menos que 07 consultas	84	35,3
7-10 consultas	96	40,3
Mais de 11 consultas	58	24,3
Intercorrência na gestação atual (n=91)		
Hipertensão	33	35,5
Infecção de urina	15	16,1
Sangramento	10	10,8
Outros	32	37,6

Outras representam as intercorrências que foram citadas, todavia com uma frequência absoluta e relativa reduzida

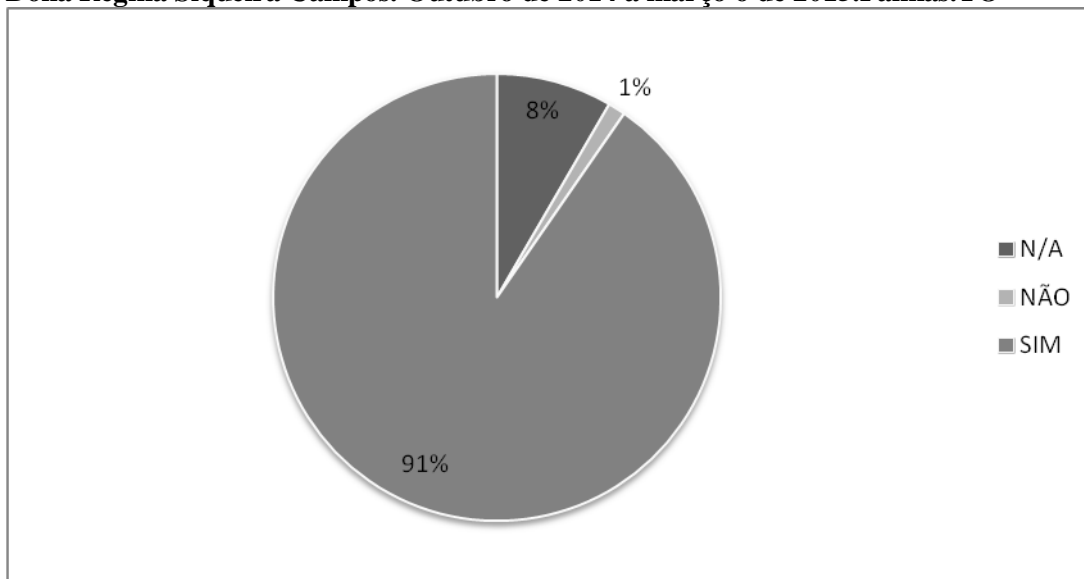
Em relação ao perfil obstétrico atual das puérperas entrevistadas encontrou-se que 11,8% tiveram seus recém nascidos pré–termo e 88,2 % deles, a termo, sendo que,53,1% entre as 37 a 39 semanas e 35,1% entre as 40 a 42 semanas, logo percebe-se que a média foi de $38,5 \pm 3,86$ semanas de gestação.

Ao serem questionadas sobre a realização do pré–natal, quase todas as puérperas, afirmaram ter realizado, 238 (99,6%) puérperas, 88,2% na rede pública sendo que, com média de $9,44 \pm 5,24$ consultas com 24,4 % chegando a ter mais de 11 consultas durante todo pré-natal.

Entre as 239 puérperas entrevistadas, 91 delas responderam ter tido alguma intercorrência na gestação atual, sendo 35,5% delas hipertensão arterial, 16,1% infecção de urina e 10,8% sangramento.

Na variável outros foram agrupados as outras intercorrências com frequência menor (de 1 a 4 eventos) tais como: perda de líquido, diabetes, toxoplasmose, descolamento de placenta e anemia como os principais citados na categoria outros.

Gráfico 2-Distribuição do registro da indicação da cesariana em prontuário clínico de acordo com os critérios clínicos para a realização da mesma no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos. Outubro de 2014 a março de 2015.Palmas.TO



Ao analisar as justificativas obtidas para a realização da cesariana neste hospital, observou-se que 20 dos prontuários não apresentavam nenhuma indicação descrita, impossibilitando observar se as mesmas estavam dentro dos critérios clínicos aceitáveis, de acordo com evidências científicas, para a realização da cesariana.

Dentre os prontuários que obtiveram indicações justificadas, 216 delas, estavam de acordo com os critérios clínicos e 03 não estavam dentro dos critérios clínicos justificáveis.

DISCUSSÃO

Em um estudo realizado para conhecer o perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade do Espírito Santo, demonstrou que cerca de 54% das mulheres estavam na faixa etária entre 20 a 29 anos, 54% estavam no ensino médio e que 83,3% eram casadas ou viviam com parceiro⁽¹⁴⁾. Ao comparar os dois estudos verificou-se semelhanças entre os perfis encontrados das puérperas.

O número de nascido vivos apresentado no estudo tem como característica reprodutiva apresentada a ideal, pois parir mais de quatro crianças aumenta o risco de saúde durante as gestações e os partos⁽¹⁵⁾.

Diante do considerável número de puérperas que relataram já ter tido aborto é relevante acrescentar que no Brasil o aborto representa a 4ª causa de morte materna. A maioria dos abortos espontâneos caracteriza-se como resultado de um feto com poucas chances de sobrevivência até o final da gravidez ou que não se encontra em

desenvolvimento saudável. Algumas causas já conhecidas que podem provocar tal situação são: anomalias cromossômicas, baixos níveis de progesteronas, infecções e doenças bacterianas e virais. Outras causas podem estar associadas à idade da mãe, gestações em mulheres com mais de 40 anos, bem como doença autoimune, estresse e consumo exagerado de cigarros e outras drogas ⁽¹⁶⁾.

Sobre a intercorrência de maior relevância na gestação anterior, acrescenta-se que a hipertensão gestacional é caracterizada pela elevação da pressão arterial durante a gravidez, ou nas primeiras 24 horas após o parto, sem outros sinais de complicações, como pré-eclâmpsia ou hipertensão preexistentes. Tais complicações ocorrem em cerca de 5% a 8% dos casos, e são grandes responsáveis pela morbimortalidade materna. Tal fenômeno, parece ser preditiva do desenvolvimento posterior de hipertensão essencial e tende a recorrer em gestações subsequentes ⁽¹⁷⁾.

Em relação à idade gestacional ainda, verificou-se diferenças nas idades gestacionais registradas em alguns prontuários analisados, quando comparando o prontuário da puérpera aos do recém-nascido, sendo priorizado nessas situações as informações contidas nos prontuários da puérpera, tendo como referência a Ultrassonografia.

Em relação aos prontuários que não obtiveram justificativas é importante ressaltar, que o mesmo é um instrumento do paciente, um sistema de registro que deve conter os seus dados de identificação e os relativos à história do indivíduo na interface entre o processo de adoecimento e sua situação social de forma compreensível. Para a equipe de saúde, este registro é um material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais envolvidos no atendimento e aos usuários a que se referem. Tais preceitos reforçam o valor documental, ético e comunicativo dessa ferramenta, tornando-o um acervo para análise dos discursos dos profissionais da saúde e fonte de acesso às práticas, aos conhecimentos, jargões, expressões das categorias profissionais ⁽¹⁸⁾.

Em relação às indicações analisadas serem justificadas como aceitáveis ou não, foi a principal dificuldade deste trabalho, pois além do processo de parto e nascimento ser um fenômeno bastante singular, as poucas informações, ou na maioria das vezes a falta total delas, contidas nos prontuários de como transcorreu tais processos, limitou suas análises de forma mais detalhada e segura. Foram consideradas justificativas fora dos critérios clínicos aceitáveis aquelas que não aparecem nas referências bibliográficas e trabalhos científicos

mais recentes sobre a temática, como “não cooperação da mulher”, ou como “infecção do trato urinário”, além das que aparecem nas referências e trabalhos científicos como não recomendados como a “laqueadura”.

A esterilização definitiva, tanto laqueadura tubária como a vasectomia seguem a legislação específica para sua realização no Brasil, descrita no § 4º do Artigo 10 da Lei 9.263/1996 (que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal) e Portaria SAS/MSNº 048/1999(126), onde traz que a realização de esterilização definitiva somente pode ser realizada em pessoas maiores de 25 anos ou com mais de dois filhos vivos e período de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. A legislação acrescenta ainda, que a realização de ligadura tubária não pode ser realizada no momento do parto, exceto: nos casos de comprovada necessidade, por operações cesarianas sucessivas anteriores; risco de vida materno em uma futura gestação ou risco de vida para um futuro concepto⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a indicação no prontuário clínico do presente estudo não descrevia nenhuma das situações prevista na lei.

As indicações infecção urinária e não cooperação da mulher não foram referenciados em nenhuma evidência científica como indicação de cesárea, portanto, tais mulheres foram expostas a riscos desnecessários. Na segunda indicação, onde o profissional afirma que a cesariana ocorreu pela não cooperação da mulher, é possível ressaltar ainda, que a puérpera tenha sofrido uma violência obstétrica, pois tal indicação torna a mulher insegura, incapaz e marginalizada de seu processo de parto e nascimento.

Como as indicações de operação cesariana têm despertado divergências de opiniões no País, o Ministério da Saúde, através da portaria nº 306 de 28 de março de 2016, aprova as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana, cujo objetivo é o de orientar profissionais da saúde e a população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseadas nas evidências científicas existentes.

De acordo com a portaria, essas diretrizes, são de caráter nacional e devem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e é obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

CONCLUSÕES

A cesariana foi concebida no intuito de reduzir riscos e complicações ao binômio mãe/bebe durante a gravidez e o trabalho de parto em situações que o parto vaginal for desfavorável. Porém tal procedimento cirúrgico, como qualquer outro em geral, não é um procedimento inócuo e podem trazer riscos adicionais para a mãe e a criança. Portanto, o profissional responsável pelo partear de uma gestante, ao indicar uma cesárea deve considerar os riscos e benefícios e ainda, a mulher e a família devem receber informações e participar de quaisquer decisões sobre a via de parto .

Neste contexto, ao analisar aos critérios clínicos registrados nos prontuários para a realização da cesárea verificou-se que quase totalidade das informações que estavam registradas estavam de acordo com as principais evidências científicas, porém uma parte considerável de prontuários não continham registros o que limitou a análise dos mesmos e conseqüentemente o estudo.

Dentre as principais dificuldades apresentadas que limitaram a execução deste estudo destacam-se: a falta de preenchimento adequado de prontuários clínicos, que limitou uma análise mais segura sobre as indicações das cesáreas, o numero reduzido de trabalhos científicos sobre a temática, de referenciais teóricos sobre os critérios clínicos para realização da cesárea e principalmente o singularismo inerente ao processo do parto e nascimento.

Sugere-se que mais trabalhos sobre o processo de parto e nascimento sejam realizados, para maior empoderamento e respaldo dos profissionais de saúde, envolvidas no processo de partear. Sugere-se ainda, pesquisas futuras e contribuições na área de Enfermagem , como por exemplo, elaboração e validação de material educativos sobre critérios de cesariana para empoderamento da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Boaretto M.C. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação].Rio de Janeiro:Instituto Oswaldo Cruz; 2003.
2. Malheiros PA, Alvez VH, Rangel T.SA, Vargens OMS. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto and Contexto Enfermagem. 2012;21: 329.

3. Pasche, D F, Alburquerque V M E, Martins, C P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2010;4:105-117.
4. Organização Mundial da Saúde, MS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996. P.53 p.
5. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I; Evidence-based cesarean section indications: part I. *Femina*;2010:38.
6. Neme B. *Obstetrícia Básica*.3 ed. São Paulo: Sarvier;2006.
7. Brasil MS. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*.3ed.Brasília;2011.
8. Klein CH, Bloch, KV. Estudos seccionais.In:MEDRONHO, Roberto de A. et al.*Epidemiologia*.São Paulo:Atheneu.2006:125-150.
9. Richardson, R J. *Pesquisa social:métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas;1989.
10. Viegas W. *Fundamentos lógicos da metodologia científica*. 3. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.
11. Haguette T M F. *Metodologias qualitativas na Sociologia* .5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
12. Moreira S V. Análise documental como método e como técnica. In: Duarte, J ; Barros A A (Org.). *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005; p. 269-279.
13. Pereira APE, et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo nascer no brasil. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*.2014; 30: S59-S70.
14. Leite FMC, et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enfermagem*, 2013:182.
15. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA E ADOLESCENCIA – UNICEF; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE-OMS; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇOES PARA EDUCAÇÃO, CIENCIA E CULTURA-UNESCO. *Medidas Vitais. Um Desafio de Comunicação*. Brasília: UNICEF/OMS/UNESCO.1991.
16. Nery IS, et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Rev enferm UERJ*. 2006; 14: 67-73.
17. Pascoal IF. Hipertensão e gravidez. *Rev Bras Hipertensão*. 2002; 9; 256-61
18. Mesquita A M O, Deslandes S F . A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Revista Saúde e Sociedade* .2010; 19: 664-673.
19. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação da cesariana*.Brasília.2016. Telefone: (63) 3232-8549