

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Laura Mesquita Matos

**INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS PELAS MULHERES NO PÓS-PARTO
IMEDIATO**

Porto Alegre

2014

Laura Mesquita Matos

**INTERCORRÊNCIAS APRESENTADAS PELAS MULHERES NO PÓS-PARTO
IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial à conclusão do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof. Dra. Helga Geremias Gouveia.

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pelas maravilhosas experiências que me possibilitou.

Gostaria de agradecer à minha mãe Fernanda pelo amor, dedicação, amizade, incentivo e companheirismo de sempre, mas principalmente pela educação e valores que me ensinou, os quais julgo fundamentais para alcançar meus objetivos. Aos meus avós e aos demais familiares pelo apoio, carinho e porque acreditaram na minha capacidade. Ao Murilo pelo companheirismo, estímulo e paciência.

Aos professores e demais funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, aos colegas, aos profissionais que me acolheram nos campos de estágios, e aos usuários/pacientes, sou grata por todo ensinamento acadêmico e pessoal que me proporcionaram. Durante todos gratificantes anos da graduação, em que estive longe da minha família, acabei convivendo e me tornando enfermeira junto a vocês.

À minha orientadora, Dra. Helga Geremias Gouveia, pela calma, confiança, suporte e companheirismo na elaboração deste trabalho, e também a todos os participantes do projeto “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”.

As professoras Dra. Anne Marie Weissheimer e Dra. Virgínia Leismann Moretto, por aceitarem fazer parte da banca de examinadores deste trabalho, momento tão importante para mim e que marca a conclusão deste curso.

A todos que torceram pelo meu sucesso e que, de forma direta ou indireta, colaboraram com esta conquista, a vocês dedico este trabalho.

RESUMO

O puerpério imediato é de importante vigilância à mulher pelo risco de complicações, que estão entre as principais causas de morte materna no Brasil. Desta forma, objetivou-se analisar as intercorrências apresentadas por mulheres no puerpério imediato em um Hospital Universitário no Sul do Brasil. Estudo quantitativo transversal desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 361 puérperas entre fevereiro e maio de 2013. Foram incluídas mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico e excluídas as que não tinham condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas. Os dados foram obtidos por meio de questionário, registros do prontuário, da carteira pré-natal e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico. Para análise foi utilizada estatística descritiva e para a verificação da associação entre as variáveis, o Teste de Quiquadrado, sendo 5% o nível de significância utilizado. Os resultados apontaram que 17,2% das mulheres tiveram algum tipo de intercorrência no puerpério imediato, não sendo observada diferença significativa em relação à via de parto. A maior parte das puérperas tinha entre 16 e 34 anos (87,1%), concluíram o ensino médio (37,1%), possuíam renda familiar de dois salários mínimos (36,1%), eram multigestas (64,5%) e nulíparas (40,3%). As puérperas que tiveram parto vaginal apresentaram como principal intercorrência a náusea (32,5 %) e as submetidas à cesariana o vômito (27,2%). O número de intercorrências manifestadas variou entre um e cinco, sendo que 69,3% das mulheres tiveram apenas uma intercorrência. Constatou-se que a diferença entre o número de intercorrências na cesariana e no parto vaginal não se mostrou estatisticamente significativa. Tais intercorrências precisam ser identificadas e avaliadas o mais breve possível para que os seus desfechos sejam menos traumáticos. Criaram-se assim subsídios à implantação de ações capazes de prevenir e/ou tratar de maneira precoce e adequada essas mulheres.

Descritores: Período Pós-Parto. Complicações. Parto Normal. Cesárea.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo geral.....	8
2.2 Objetivos específicos.....	8
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	9
3.1 O puerpério.....	9
3.1.1 MODIFICAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS NO PUERPÉRIO NORMAL.....	9
3.1.2 ASPECTOS CLÍNICOS DO PUERPÉRIO.....	11
3.2 As Principais Intercorrências no Puerpério.....	11
3.2.1 INFECÇÃO PUERPERAL.....	11
3.2.2 HEMORRAGIA PUERPERAL.....	11
3.2.2.1 Atonia e Hipotonia Uterina.....	13
3.2.2.2 Retenção Placentária e Placentação Anômala.....	14
3.2.2.3 Retenção de Restos Placentários.....	14
3.2.3 EFEITOS ANESTÉSICOS NO PÓS- PARTO.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 Contexto do estudo.....	17
4.3 População e amostra.....	17
4.4 Seleção de sujeitos.....	18
4.5 Coleta de dados.....	18
4.6 Variáveis do estudo.....	18
4.7 Análise dos dados.....	19
4.8 Aspectos éticos.....	19
5 RESULTADOS.....	21
6 DISCUSSÃO.....	25
7 CONCLUSÕES.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXO A - Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”.....	37
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de	

Porto Alegre.....	38
ANEXO C - Termo de Consentimento de uso de dados.....	39
ANEXO D - Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto	
“Intercorrências apresentadas pelas mulheres no pós-parto imediato”	40

1 INTRODUÇÃO

O puerpério é o período em que ocorre o retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico (GALÃO; HENTSCHEL, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o puerpério pode ser dividido em: imediato (1° ao 10° dia), tardio (11° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia).

No entanto, segundo Mello e Neme (1995), no que se refere à assistência, o puerpério pode ser dividido e nomeado de forma diferente: puerpério imediato (do término da dequitação até 1,5- 2 horas), puerpério mediato (final da fase imediata ao 10° dia) e puerpério tardio (11° dia ao reinício dos ciclos menstruais nas que não lactam ou até a 6^a-8^a semana nas lactantes). Ressalta-se que o conceito puerpério imediato considerado para o presente estudo será conforme a classificação de Mello e Neme (1995).

O puerpério imediato é um momento importante de vigilância à mulher pelo risco de complicações (GALÃO; HENTSCHEL, 2011) principalmente no que se refere à hemorragia (BRASIL, 2001).

No Brasil, as duas principais causas específicas de morte materna são a hipertensão e a hemorragia. Outras causas importantes são a infecção puerperal e o aborto (BRASIL, 2012a).

A morte materna demonstrou sua dimensão mundialmente no ano de 2000, quando a Organização das Nações Unidas, durante a Cúpula do Milênio, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito objetivos que devem ser atingidos por todos os países até 2015. Entre eles, o quinto objetivo, instituiu que entre 1990 e 2015 a taxa de mortalidade materna seja reduzida em três quartos, o que representa valor inferior ou igual a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Para se atingir tal objetivo no Brasil, será necessário reduzir anualmente 5,5% da razão de mortalidade materna (BRASIL, 2007). Os dados mais recentes da razão de mortalidade materna indicam que houve uma redução de 51% entre 1990 e 2010, passando de 141 para 68 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012a), mas ainda está longe do desejado.

Apesar da relação que há entre as intercorrências obstétricas e a mortalidade materna, pouco se tem publicado sobre esse assunto. Os manuais e livros são

focados nas intercorrências gestacionais, sendo pouco exploradas as complicações no puerpério.

Nesse contexto, ter conhecimento das principais intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato permitirá identificar precocemente as situações de risco e também direcionar as práticas a serem adotadas pela equipe de saúde que está inserida no contexto do cuidado obstétrico. Assim sendo, o fato de prevenir complicações evitáveis e proporcionar o diagnóstico e tratamento precoce, poderá contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna.

A motivação por essa temática surgiu no momento em que se teve conhecimento de que muitas mulheres morrem no puerpério por complicações e negligências no atendimento dos serviços de saúde no Brasil. Além disso, ao prestar cuidados assistenciais a estas mulheres, pôde-se perceber que as intercorrências se diferenciavam em função de diversas variáveis e ainda, que em cada ocasião, evoluíam de modo diferente.

Logo, considera-se relevante identificar as intercorrências mais comuns no puerpério imediato de mulheres em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário no Sul do Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as intercorrências apresentadas por mulheres no puerpério imediato em um Hospital Universitário.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o número de mulheres com intercorrências no puerpério imediato.
- Verificar a associação entre intercorrências no puerpério imediato e tipo de parto.
- Caracterizar as mulheres com intercorrências no puerpério imediato quanto à idade, escolaridade, renda familiar e história obstétrica.
- Identificar quais são as intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato segundo o tipo de parto.
- Conhecer o número de intercorrências que as mulheres apresentaram no puerpério imediato.
- Verificar a associação entre número de intercorrências no puerpério imediato e o tipo de parto.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O puerpério

O puerpério, para Mello e Neme (1995), é o período que se inicia imediatamente após a total expulsão da placenta e das membranas ovulares. No que se refere ao seu término, entretanto, aparece de forma não estabelecida na literatura (BRIQUET, 1970a; MELLO; NEME, 1995; REZENDE, 1998).

Os fenômenos involutivos gerais próprios do puerpério, atingem todo o organismo materno, se manifestando e instalando de modo súbito (descompressão abdominal e suas consequências), de modo imediato (alterações hormonais, hematológicas, entre outras) e de modo mediato após o parto (retorno aos ciclos menstruais) (MELLO; NEME, 1995).

Galão e Hentschel (2011) afirmam que as modificações anatômicas e fisiológicas no puerpério normal são as que ocorrem no útero, lóquios, vagina e vulva, sistema cardiovascular, trato urinário, ovulação e mamas.

3.1.1 MODIFICAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS NO PUERPÉRIO NORMAL

Segundo Galão e Hentschel (2011), logo após o bebê nascer, o útero da puérpera regride consideravelmente, reduzindo seu volume de 1.000g no pós-parto imediato para 500g ao final da primeira semana. Nesse primeiro momento, o fundo do útero encontra-se logo abaixo da cicatriz umbilical, sua consistência é dura, sua forma mais ou menos achatada e globosa, sendo indolor a palpação e estando geralmente voltado à direita, por motivo da distensão vesical; suas contrações se iniciam com intensidade elevada, diminuindo nas horas subsequentes ao parto (BRIQUET, 1970a).

A involução uterina sofre influência de algumas condições, podendo desacelerar esse fenômeno (hipoinvolução) nos casos em que ocorram grandes distensões uterinas durante a gestação, após a cesárea, nas puérperas não lactantes e em casos de infecções, ou então deixá-lo mais rápido (hiperinvolução),

como acontece em puérperas lactantes, grandes múltiparas e nos casos em que as atividades físicas são reiniciadas precocemente (MELLO; NEME, 1995).

No final da segunda semana do puerpério o útero passa a pesar 200g e, no trigésimo dia, pesa entorno de 100g (GALÃO; HENTSCHEL, 2011).

Os lóquios, produto de exsudatos, de transudatos, de descamação e de sangue que provêm do colo do útero, da vagina e principalmente da ferida placentária (MELLO; NEME, 1995), são tidos normalmente como estéreis até o segundo dia de pós-parto, quando, a partir de então apresentam flora idêntica à da vagina, sendo a sua quantidade variável e de redução progressiva (BRIQUET, 1970).

Os lóquios, quando abundantes ou com odor em associação a subinvolução, podem sinalizar retenção de restos placentários ou infecção pélvica, daí a importância de serem avaliados (GALÃO; HENTSCHEL, 2011). O cheiro dos lóquios é semelhante ao de um queijo bolorento, capaz de variar de acordo com o tipo de contaminação, sendo pútrido nas infecções anaeróbias, fecalóide nas colibacilares e inodoro nas estreptocócicas (BRIQUET, 1970a; MELLO; NEME, 1995).

No puerpério imediato, a vagina e a vulva envolvem ocorrendo uma rápida cicatrização. A mucosa vulvovaginal perde as camadas externas e permanece atrofiada, situação essa que continua até que ocorra a proliferação tecidual com o retorno dos níveis estrogênicos (GALÃO; HENTSCHEL, 2011). As puérperas não lactantes permanecem por menos tempo com alterações epiteliais regressivas da vagina e, por volta da sexta semana pós-parto, o epitélio se apresentará praticamente proliferado e com aspecto equivalente do menacme, restabelecendo os ciclos menstruais (MELLO; NEME, 1995).

No que se refere ao trato urinário, no período puerperal pode ocorrer superdistensão e sensação de esvaziamento vesical incompleto com a presença de resíduo, quadro que pode estar interligado a um aumento da capacidade vesical com menor sensibilidade ao aumento da pressão intravesical (GALÃO; HENTSCHEL, 2011).

O retorno da ovulação pode ser bastante variado, porém na puérpera que não amamenta fica geralmente em torno de seis a oito semanas (GALÃO; HENTSCHEL, 2011; BRIQUET, 1970a).

As mamas das puérperas apresentam-se turgescerentes, dolorosas e secretam colostro (BRIQUET, 1970a).

3.1.2 ASPECTOS CLÍNICOS DO PUERPÉRIO

Na primeira hora pós-parto alguns cuidados devem ser tomados, como, por exemplo, observar os sinais vitais da puérpera a cada 15 minutos e o sangramento vaginal com palpação uterina, a fim de afastar quadros de hemorragia. O útero deve estar com bom tônus (globo de segurança de Pinard) e, se não estiver adequadamente contraído, deve-se intervir na paciente (GALÃO; HENTSCHEL, 2011)

3.2 As principais intercorrências no puerpério

As principais complicações puerperais mencionadas na literatura (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012a; FREITAS et al, 2011), em geral, são a hemorragia e a infecção puerperal, contudo a prática clínica nos mostra que as intercorrências apresentadas pelas mulheres nesse período são mais vastas na prática do que na teoria.

3.2.1 INFECÇÃO PUERPERAL

É considerada como infecção puerperal qualquer infecção bacteriana após o parto, estando associada ou não à infecção de episiotomia, de ferida operatória, ou de parede abdominal. A epidemiologia das infecções pós-parto ainda não está devidamente estabelecida, porém a maioria das infecções pós-parto e pós-cirúrgicas ocorre após a alta hospitalar (LUBIANCA et al, 2011), o que justifica o fato de esse tipo de intercorrência não ser abordada no estudo.

3.2.2 HEMORRAGIA PUERPERAL

Define-se hemorragia pós-parto como perda sanguínea vaginal estimada em mais de 500ml após um parto vaginal ou mais de 1.000ml após uma cesariana (MARTINS-COSTA et al, 2011). Os sangramentos uterinos, mais graves, são responsáveis por 90% dos casos de hemorragia pós-parto (HPP), quando ocorrerem nas primeiras 24 horas do puerpério os sangramentos serão considerados como hemorragia imediata e, quando estiverem presentes após esse período, serão considerados como hemorragia tardia (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a HPP possui relação com a alta taxa de mortalidade materna. Esses óbitos procedem da falta de detalhamento de padrões de risco para HPP, condições hospitalares adequadas, dificuldade de aquisição de hemoderivados, acesso a centros especializados e, ainda, por falta de observação médica e de enfermagem mínimas. A hemorragia é a principal causa de morte no estado do Rio Grande do Sul e, no que se refere ao Brasil, aparece como sendo a segunda principal causa direta de morte materna, representa 10,9% do total de óbitos maternos, ficando atrás apenas da hipertensão (BRASIL, 2012b).

Felizmente, muitas pacientes de risco podem ser identificadas durante a gestação, o que permite conduzir o trabalho de parto e o parto dessas gestantes em unidades hospitalares capacitadas com recursos técnicos e humanos, para rápido diagnóstico e intervenção da HPP (BRASIL, 2000).

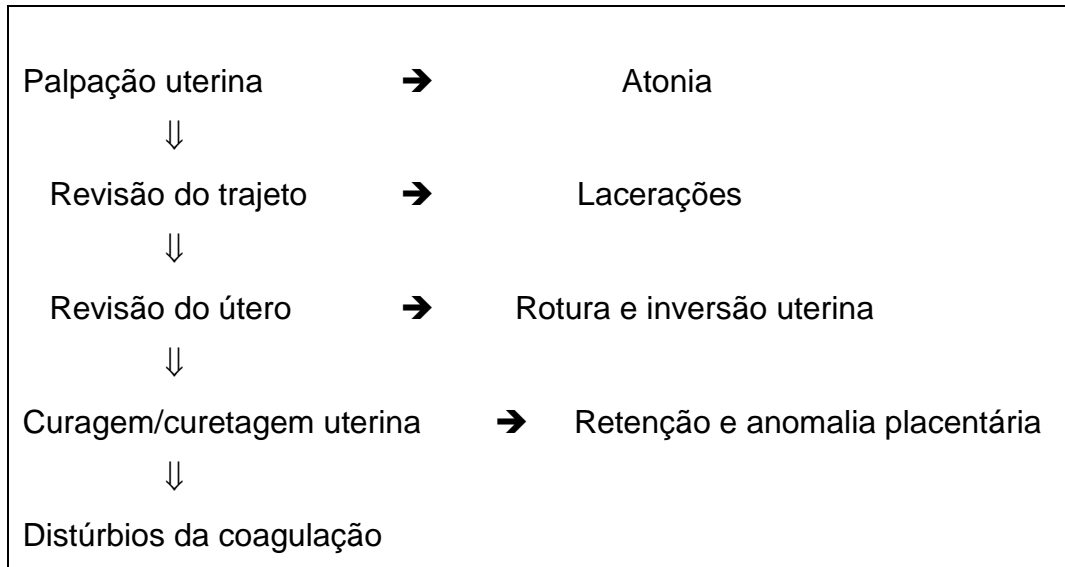
Os fatores predisponentes para a hemorragia pós-parto, de acordo com Martins-Costa et al (2011), são os seguintes: multiparidade, placentação anômala, trabalho de parto prolongado, gestante com hipovolemia e anemia, infiltração hematomiometrial, placenta retida, sobredistensão uterina, cesariana prévia e atual, parto instrumentado, episiotomia, curetagem uterina pós-parto, tempo prolongado do terceiro período, corioamnionite, uso de ocitocina no primeiro período, uso de uteroinibidores, atonia uterina prévia, plaquetopenia ou hipofibrinogenemia, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, embolia amniótica e anestesia condutiva.

Martins-Costa et al (2011) também afirmam que em caso de hemorragia pós-parto é essencial que se realize uma cuidadosa avaliação da paciente, a fim de identificar a causa e planejar a conduta adequada. O autor estabelece dez passos de conduta na hemorragia pós-parto:

1. Remover a placenta de forma manual;
2. Massagem uterina vigorosa;
3. Instalar dois sistemas venosos em venocath;
4. Administrar drogas ocitócicas;
5. Comprimir o útero bimanualmente;
6. Repor volume e sangue;
7. Inspeccionar manualmente o útero e fazer curagem;
8. Revisar o trajeto pélvico;

9. Tamponar o útero;
10. Realizar laparotomia.

Figura 1 Fluxograma da hemorragia puerperal



Fonte: MARTINS-COSTA et al. Hemorragia pós-parto. In: FREITAS, F. et al Rotinas em obstetrícia. 6ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap 49 p 759

3.2.2.1 Atonia e hipotonia uterina

A atonia e a hipotonia uterina podem ser prevenidas com ocitocina 10U por via intramuscular imediatamente após o desprendimento do feto (antes mesmo da dequitação), independente do tipo de parto (MARTINS-COSTA et al, 2011).

Se a medida de prevenção não tenha sido tomada e for constatado que o sangramento uterino está associado com atonia ou hipotonia uterina (subinvolução uterina), os passos a serem realizados conforme o Guia de Urgências e Emergências Maternas (Brasil, 2000) são:

1. Esvaziamento vesical, já que a distensão vesical pode dificultar a involução uterina;
2. Sonda vesical de demora, com propósito de obter um débito urinário adequado de 30 a 50 ml/h;
3. Massagem uterina;
4. Revisão da cavidade vaginal e colo uterino, para diagnosticar e tratar possíveis lacerações;

5. Ocitocina 20U em 500ml de soro glicosado a 5% ou fisiológico, gotejamento de 20-30 gotas/minutos; ou metilergometrina – 0,2mg por via intramuscular; ou misoprostol - 2 comprimidos por via oral ou no fundo do saco vaginal posterior e/ou via retal; 15 metilprostaglandina F2 - 0,25mg por via intramiometrial a cada 15 minutos;
6. Reposição de solução salina isotônica e sangue conforme necessidade.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) orienta a estimulação e compressão manual do útero ou o tamponamento uterino.

Se as medidas de controle da HPP descritas acima não forem bem sucedidas, deve-se inspecionar novamente vulva, vagina e cérvix à procura de lacerações e, caso sejam encontradas lesões, essas devem ser suturadas. Caso as lesões sejam grandes ou múltiplas e a sutura não seja suficiente para conter o sangramento, é indicado o tamponamento vaginal (BRASIL, 2000).

Caso o sangramento seja de trato genital superior, a cavidade uterina deverá ser examinada em busca de restos placentários, perfurações, ruptura ou inversão uterina parcial.

3.2.2.2 Retenção placentária e placentação anômala

Placenta retida é aquela que leva um período superior a 30 minutos para ocorrer à dequitação, ainda que um tempo inferior a esse possa obrigar a realização de extração placentária em situações em que a hemorragia for intensa. Ressalta-se que explorações na cavidade uterina só poderão ser feitas se a paciente estiver adequadamente anestesiada. Após ser removida manualmente a placenta, proceder à curagem e/ou curetagem uterina (BRASIL, 2000; MARTINS-COSTA et al, 2011).

Quando houver acretismo placentário, tentar sempre retirá-la o mais íntegra possível, evitando fragmentações (BRASIL, 2000). Contudo, se a extração manual da placenta for inviável, estará indicada a laparotomia ou até mesmo histerectomia (MARTINS-COSTA et al, 2011).

3.2.2.3 Retenção de restos placentários

A existência de cotilédones da placenta intra-uterina depois da dequitação, denomina-se retenção de restos placentários. É possível chegar a esse diagnóstico

pela inspeção da porção dequitada da placenta e pela constatação de ausência parcial ou total de um ou mais cotilédones, entretanto, mesmo que apenas se tenha suspeita, deve se realizar curetagem, pois muitas vezes o diagnóstico somente é confirmado durante o procedimento (MARTINS-COSTA et al, 2011).

3.2.3 EFEITOS ANESTÉSICOS NO PÓS-PARTO

O bloqueio subaracnóideo ou raquianestesia (SELIGMAN; VIEIRA, 2011) é utilizado para aliviar as dores do parto, tanto normal quanto cesáreo, podendo ser realizado bloqueio baixo, médio e alto (BRIQUET, 1970b). Enquanto o bloqueio baixo não afeta a mulher, o médio e o alto podem resultar no aparecimento de hipotensão arterial grave, dependendo da extensão do bloqueio (BRIQUET, 1970b; SELIGMAN; VIEIRA, 2011), além de náuseas e vômitos (BRIQUET, 1970b).

Assim como na raquianestesia, o bloqueio peridural lombar e caudal ou anestesia peridural podem levar, entre suas possíveis complicações maternas, à hipotensão arterial, além de náuseas, vômitos e depressão respiratória (SELIGMAN; VIEIRA, 2011).

A anestesia regional, no entanto, é considerada inofensiva (BRIQUET, 1970b), apresentando riscos mínimos de complicações por efeito colateral de algumas técnicas (SELIGMAN; VIEIRA, 2011).

Nos casos em que as puérperas apresentarem náuseas ou vômitos, essas serão tratadas com antieméticos convencionais (TREIGER; PALMIRO, 1998).

Em casos de depressão respiratória em que a frequência respiratória for menor que 10 movimentos respiratórios por minuto, além do oxigênio, a Naloxina também deverá ser utilizada. As puérperas portadoras de asma ou de doença pulmonar obstrutiva crônica devem receber uma observação mais minuciosa (TREIGER; PALMIRO, 1998).

Nas que forem observadas com hipotensão arterial, terão infundido rapidamente líquido e vasopressor concomitantemente com a administração de oxigênio (TREIGER; PALMIRO, 1998). Estudo recente realizado na China revela que taxas de cristalóides podem ajudar na prevenção e tratamento da hipotensão induzida pela raquianestesia em parturientes submetidas à cesariana. A carga de cristalóides, vasopressores profiláticos ou terapêuticos, também devem ser preparados e administrados no momento adequado, contudo, mesmo assim, uma

porção significativa de parturientes ainda pode apresentar hipotensão (SHIQIN, XUET et al, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo transversal a partir de dados secundários da pesquisa denominada “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”, que tem por objetivo analisar os fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre/RS (GOUVEIA; GONÇALVES, 2013).

O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (KLEIN; BLOCH, 2006).

4.2 Contexto do estudo

A pesquisa da qual este estudo faz parte foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no décimo primeiro andar, ala sul. Este hospital trata-se de uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.3 População e amostra

No projeto do qual este se deriva, para o cálculo do tamanho amostral foi considerado o número total de partos no HCPA no ano de 2011 (3714 partos¹). Com uma margem de erro absoluta de 5% e nível de confiança de 95%, foram necessárias, no mínimo, 359 puérperas a serem entrevistadas para compor a amostra², porém foram entrevistadas ao total 361 puérperas. O *Software* utilizado foi o *WinPepi versão 11.25*.

¹ Dados fornecidos pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

² Cálculo amostral realizado pela assessoria estatística do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA.

4.4 Seleção de Sujeitos

Os critérios de inclusão utilizados na amostra do projeto, do qual este se deriva, foram mulheres cujos partos foram realizados no Centro Obstétrico da referida instituição, sejam partos via vaginal ou cesárea (eletiva ou de urgência). E foram excluídas as mulheres que não tinham condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

4.5 Coleta de dados

Os dados primários foram obtidos no período de fevereiro a maio de 2013, por meio de questionário, registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, além da carteira pré-natal. O questionário foi aplicado diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto, com todas as puérperas da Unidade de Internação Obstétrica que contemplaram os critérios de inclusão definidos para este estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram coletados quando efetivada alta hospitalar de ambos.

As informações de interesse para este estudo foram obtidas junto ao banco de dados do projeto de pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em um hospital universitário”. Foram utilizados os dados referentes à caracterização da amostra, história obstétrica e as intercorrências do puerpério imediato.

4.6 Variáveis do estudo

A seguir serão descritas as variáveis a serem analisadas no presente estudo. Os termos e definições aqui utilizados são os mesmos descritos no prontuário das pacientes.

A escolha dessas variáveis emergiu da prática profissional das autoras do estudo, onde tem sido observado que tais variáveis podem estar relacionadas a determinadas intercorrências no puerpério imediato.

Idade: Será considerado o número absoluto, ou seja, em anos completos no momento da entrevista.

Escolaridade: em série/anos de estudo completos. Dividido em Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior.

Renda familiar: conforme a renda familiar em número de salários mínimos (1 salário mínimo = R\$ 678,00) (BRASIL, 2012c).

História Obstétrica: Serão considerados o número de gestações (número de vezes que a mulher ficou grávida, incluindo a gravidez atual) e a paridade (número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto). Foram consideradas as informações do momento da admissão da gestante.

Intercorrências: acontecimentos inesperados apresentados pelas mulheres no puerpério imediato.

4.7 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva e para a verificação da associação entre as variáveis do estudo, o Teste de Quiquadrado. O nível de significância utilizado será de 5%. O *software* utilizado será o SPSS versão 18.

4.8 Aspectos éticos

O projeto “Fatores associados à realização de cesariana em um Hospital Universitário” foi submetido e aprovado, metodologicamente, pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A).

Por tratar-se de um projeto que envolve seres humanos, foi submetido, para avaliação metodológica e ética, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, sendo aprovado de acordo com parecer nº 120466 (ANEXO B) para então ser executado, conforme resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d).

Todas as mulheres que aceitaram o convite de participação na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma

forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada e que o seu nome não será divulgado, além da possibilidade de desistir da participação no projeto sem prejuízos a sua assistência na instituição hospitalar. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de participantes menores de 18 anos, o TCLE também foi assinado por seu responsável.

A Coordenadora da pesquisa a qual este estudo se deriva autorizou a utilização do banco de dados para o desenvolvimento desse estudo (ANEXO C).

Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO D).

5 RESULTADOS

Das 361 mulheres entrevistadas, 62 (17,2%) apresentaram algum tipo de intercorrência no puerpério imediato (Tabela 1). Quando analisada a distribuição das intercorrências, segundo o tipo de parto, pode-se observar que as intercorrências foram pouco mais freqüentes nas mulheres submetidas à cesariana, mas essa diferença não se mostrou significativa estatisticamente (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das puérperas segundo intercorrências no puerpério imediato e tipo de parto. Porto Alegre, 2014. (N=361)

Tipo de parto	Intercorrências				P valor
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Vaginal	209	83,9	40	16,1	0,495
Cesariana	90	80,3	22	19,7	

A seguir são apresentados os dados referentes às mulheres que apresentaram intercorrências no puerpério imediato.

No que se refere à caracterização da amostra verificou-se que 54 (87,1%) mulheres encontram-se na faixa etária de 16 a 34 anos, 23 (37,1%) concluíram o Ensino Médio e 22 (36,1%) tinham renda familiar de dois salários mínimos. Em relação à história obstétrica, constatou-se que 40 (64,5%) mulheres eram multigestas e 25 (40,3%) eram nulíparas (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização das mulheres com intercorrências no puerpério imediato. Porto Alegre, 2014. (N=62)

Variável	N	%
Idade		
≤15	01	1,6
16-34	54	87,1
≥35	07	11,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	14	22,6
Ensino Fundamental Completo	10	16,1
Ensino Médio Incompleto	12	19,4
Ensino Médio Completo	23	37,1
Superior Incompleto	2	3,2
Superior Completo	1	1,6
Renda familiar*		
Menos que um salário	2	3,3
1 salário	19	31,1
2 salários	22	36,1
3 salários ou mais	18	29,5
Número de gestações		
Primigesta	22	35,5
Multigesta	40	64,5
Paridade		
Nulípara	25	40,3
Primípara	21	33,8
Multípara	16	25,8

* N= 61, uma não soube informar.

Em seguida, na tabela 3, são exibidas as principais intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato.

No que se refere às mulheres que tiveram parto vaginal verificou-se que a principal intercorrência foi a náusea (32,5%) e, nas submetidas à cesariana, o vômito (27,2%).

Foram agrupadas em 'outras' todas intercorrências com frequência menor que dois. Entre elas crise convulsiva, hipotensão, retenção placentária, hipotermia, edema de colo, equimose de fúrcula vaginal, sudorese e fraqueza foram contemplados na variável 'outras', independente do tipo de parto.

Tabela 3. Caracterização das intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato segundo o tipo de parto. Porto Alegre, 2014. (N=62)

Intercorrências	Parto Vaginal*		Cesariana**	
	N	%	N	%
Náusea	13	32,5	05	22,7
Vômito	06	15,0	06	27,2
Atonia uterina	05	12,5	05	22,7
Retenção placentária	03	7,5	00	0,0
Hemorragia	02	5,0	01	4,5
Sangramento aumentado	08	20,0	00	0,0
Hipertermia	07	17,5	04	18,2
Taquicardia	03	7,5	01	4,5
Hipotonia	03	7,5	01	4,5
Tontura	02	5,0	00	0,0
Bradycardia	02	5,0	00	0,0
Coágulos	02	5,0	01	4,5
Hipertensão	02	5,0	02	9,1
Laceração de útero	00	0,0	02	9,1
Laceração de bexiga	00	0,0	02	9,1
Hematúria	00	0,0	02	9,1
Outras	11	27,5	08	36,3

Legenda: * 40 partos vaginais (38 partos + 02 partos com fórceps); ** 22 cesarianas

Os resultados seguintes exibem o número de intercorrências apresentado pelas mulheres no puerpério imediato conforme o tipo de parto.

Quanto ao número de intercorrências apresentado pelas mulheres constatou-se que variou de uma a cinco intercorrências, sendo que 69,3% (43) das mulheres manifestaram apenas uma intercorrência no puerpério imediato (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização do número de intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato. Porto Alegre, 2014. (N=62)

Número de intercorrências	N	%
1	43	69,3
2	14	22,6
3	2	3,2
4	2	3,2
5	1	1,6
Total	62	100,0

Ao analisar o número de intercorrências ocorridas no puerpério imediato com o tipo de parto, constatou-se que as mulheres que realizaram parto vaginal apresentaram número máximo de cinco intercorrências, enquanto às submetidas a cesariana, tiveram no máximo três intercorrências, entretanto, o valor da mediana foi o mesmo. Desta forma, a diferença entre o número de intercorrências na cesariana e no parto vaginal não se mostrou estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5. Número de intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato segundo o tipo de parto. Porto Alegre, 2014.

Tipo de parto	Percentil			P valor
	Mínimo	Máximo	25 50 75	
Vaginal	1	5	1 1 2	0,906
Cesariana	1	3	1 1 2	

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, buscou-se realizar uma análise da associação entre o tipo de parto e as intercorrências maternas no puerpério imediato. Sendo assim, para uma completa e conclusiva análise, faz-se necessário confrontar informações. No entanto, conforme percebido ao longo da elaboração deste estudo, poucas publicações tratam das intercorrências no puerpério imediato. Entre as encontradas, grande parte utiliza o termo complicações, ao invés do termo intercorrências e referindo-se a outras manifestações. O termo puerpério é usado de forma ampla, referindo-se ao período desde a dequitação até o retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico. Nos estudos citados, as variáveis escolhidas pelos autores são específicas e de acordo com o objetivo de cada estudo. Alguns autores utilizam variáveis confundidoras/interferentes para que, por exemplo, fatores de risco das mulheres na gravidez não interfiram nos resultados encontrados no puerpério. As metodologias diferem entre si e também de acordo com os objetivos, dificultando comparações deste estudo com os já publicados.

Achados referentes à possível relação entre intercorrências no puerpério imediato e o tipo de parto mostram, em sua maioria, que as complicações no pós-parto são mais comuns entre as mulheres que realizaram parto cesáreo (FREITAS; SAVI, 2011; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010). De maneira similar a esses achados, a Pesquisa Global da Organização Mundial da Saúde de 2005 sobre Saúde Materna e Perinatal revelou que mulheres submetidas à cesariana apresentaram aumento do risco de mortalidade e morbidade materna grave, e até cinco vezes mais risco de realizarem tratamento com antibióticos se comparadas às mulheres que realizaram parto vaginal (VILLAR, 2007).

Quando se trata de morbidade materna severa, de acordo com Liu et al (2007), os resultados sugerem que a sua associação com qualquer forma de parto é relativamente rara. No entanto, em comparação com planejamento de parto vaginal a termo, a cesariana eletiva de baixo risco apresenta maiores riscos de morbidade materna grave (LIU et al, 2007).

A fim de tentar chegar o mais próximo possível do risco que pode ser atribuído ao procedimento “cesariana” propriamente dito em relação ao parto vaginal, Machado Junior et al (2009) compararam as complicações maternas

ocorridas até o momento da alta, de modo independente de outros fatores de risco eventualmente associados, realizando controles para idade e outros fatores de risco maternos. Os resultados obtidos por Machado Junior et al (2009) mostram que a cesárea oferece risco maior de complicações (2%) quando comparada ao parto vaginal (0,3%), risco esse ainda significativo, após controle, para doenças maternas, idade ou paridade.

Amaro (2012) avaliou a qualidade na área de obstetrícia nos hospitais públicos de Portugal Continental nos anos de 2008 a 2010 e ao analisar 243.686 casos, verificou que a taxa de incidência de complicações foi superior nas cesarianas, comparada aos partos vaginais (1,66% e 1,03%, respectivamente). Os hospitais com maior número de procedimentos e não certificados de acreditação evidenciaram maiores taxas de complicação (AMARO, 2012).

Contudo ainda não se tem uma opinião formada em relação à melhor via de parto para que os riscos de complicações a curto e longo prazo sejam reduzidos. Reis et al (2014) avaliaram apenas os resultados imediatos do puerpério e não encontrou associação entre a utilização da cesariana e a ocorrência de complicações maternas avaliadas no período de internação, sendo a morbidade materno-fetal pré-existente a grande responsável pelos resultados obstétricos desfavoráveis. Outros autores também não constataram associação significativa entre complicações puerperais e à via de parto das puérperas (NOMURA; ALVES; ZUGAIB, 2004; ZIMMERMANN et al, 2009; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; FREITAS; SAVI, 2011).

Semelhantes aos últimos resultados descritos foram os encontrados nesta pesquisa, ou seja, um número absoluto maior de intercorrências após a cesariana que, contudo, não é significativo em relação às mulheres que realizaram parto vaginal. A justificativa para a não associação estatística entre a via de parto e as intercorrências no puerpério na presente pesquisa é, provavelmente, a influência de fatores confundidores -nível socioeconômico das puérperas, risco gestacional, atendimento no pré, intra e pós-parto, entre outros- nos resultados. Essa possível associação está embasada em Nomura, Alves e Zugaib (2004), que afirmam ser a morbidade pós-operatória em obstetrícia influenciada pelas circunstâncias em que os procedimentos são realizados (NOMURA; ALVES; ZUGAIB, 2004).

A caracterização da amostra demonstra ter relação entre a especificidade da metodologia de cada pesquisa com os resultados gerados segundo os dados

coletados. Assim, além de resultados distintos, as análises também são distintas de acordo com cada autor, dificultando possíveis comparações. Desta forma, recorreu-se a estudos que caracterizam em suas amostras mulheres que justifiquem os resultados encontrados na atual pesquisa.

Assim sendo, em uma pesquisa realizada entre os anos de 2008 e 2010 com gestantes em uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre - município onde esta pesquisa também foi realizada-, foram encontradas gestantes com idade entre 20 a 29 anos (51,7%), mais da metade tinham entre cinco a oito anos de estudos (51%) e 38,4% delas estudaram nove anos ou mais e possuíam uma renda familiar mensal de 1 a 1,9 salários mínimos (41,6%), sendo que 34,4% tinham renda familiar mensal de 2 ou mais salários mínimos (GOMES; CESAR, 2013).

Lobo et al (2010), ao avaliarem resultados maternos e neonatais em um Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, encontraram que a idade materna era abaixo de 25 anos (62%), a escolaridade era igual a oito ou mais anos de estudo (75,4%) e, em relação à paridade, 46,3% de mulheres nulíparas. Estudo realizado também em um Centro de Parto Normal, em Minas Gerais, obteve percentual de nulíparas semelhante (48,8%)(CAMPOS;LANA, 2007).

Xavier et al (2013) realizaram uma pesquisa com gestantes de alto risco a fim de descrever o perfil de risco reprodutivo de gestantes e investigar sua relação com renda familiar, objetivando discutir situações de vulnerabilidade em saúde. Os dados revelados foram idade média de 27 anos, renda declarada para 62,6% delas foi menor ou igual a três salários mínimos, 33,5% estavam em sua primeira gestação e, para apenas 63% dos dados que havia sobre escolaridade, cerca 60% das participantes possuíam no máximo o primeiro grau completo (XAVIER et al, 2013).

As mulheres deste estudo são caracterizadas por estarem na faixa etária de 16 a 34 anos, com o ensino médio concluído, renda familiar de dois salários mínimos e quanto à história obstétrica a maioria eram nulíparas e multigestas no momento da admissão hospitalar. Observa-se, então, que há semelhança em grande parte das variáveis encontradas neste estudo, com as já apresentadas em outros. Ao analisar, de acordo com Brasil (2012e), as variáveis como sendo ou não um fator de risco obstétrico, a nuliparidade aparece como fator de risco, enquanto a idade materna e a escolaridade apresentadas pelas mulheres deste estudo não se incluem como risco gestacional.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), evidenciou uma queda na taxa de fecundidade anual observada como tendência entre os anos 2000 a 2006 na faixa etária materna entre os 15 e os 24 anos, taxa esta que se elevou entre as mães de 25 a 35 anos, estando o maior percentual de nascidos vivos por grupos de idade da mãe, no ano de 2006 no estado do Rio Grande do Sul, na faixa etária entre os 20 e 24 anos.

Quanto à caracterização das intercorrências apresentadas pelas mulheres no puerpério imediato, as que tiveram parto vaginal apresentaram como a mais frequente intercorrência a náusea e, nas submetidas à cesariana, o vômito. Ressalta-se que, com exceção da hemorragia que é a mais grave, as mulheres deste estudo não apresentaram intercorrências graves com maiores frequências.

A frequência de náuseas e vômitos no puerpério é pouco abordada em pesquisas, e os estudos encontrados, geralmente, referem-se apenas aos efeitos adversos da anestesia durante o período perioperatório da cesariana. O único estudo encontrado foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em que os autores afirmam que, apesar dos grandes avanços na anestesia subaracnóidea peridural e técnica combinada raquiperidural, as náuseas e os vômitos perioperatórios permanecem ocorrendo em boa parte das pacientes (PECORA; MALBOUISSON; TORRES, 2009).

Segundo Pecora, Malbouisson e Torres (2009), nas primeiras seis horas de pós-operatório, na parte da amostra em que se administrou oxigênio, a incidência de náuseas foi de 19,6% e de vômitos foi de 10,9% e, nas que se administrou ar comprimido, os resultados encontrados foram de 30,2% de náuseas e 7% de vômitos. Para esses autores, a alta incidência de náuseas e vômitos no perioperatório pode ser consequência da ausência de medicação profilática. O fato de ter história prévia de náusea ou vômito no pós-operatório é fator de risco para que esses eventos ocorram, principalmente nas primeiras seis horas. O risco aumentado para náuseas e vômitos no pós-parto operatório pode estar relacionado, também, com alterações fisiológicas da gestação, manipulação uterina, compressão aorto-cava resultando em hipotensão arterial, uso de medicações uterotônicas em altas doses e sua infusão rápida e o uso de opióides no neuroeixo (PECORA; MALBOUISSON; TORRES, 2009).

A partir desses achados, pode-se concluir que a alta porcentagem de náusea e vômito entre as puérperas em pós-operatório de cesariana tenham sido decorrência dos efeitos anestésicos.

Quanto às mulheres que realizaram parto vaginal, permanecem com a causa de náusea e vômito desconhecida, podendo esses sinais e sintomas serem conseqüências de alterações fisiológicas da gestação, manipulação uterina, compressão aorto-cava resultando em hipotensão arterial, uso de medicações uterotônicas em altas doses e sua infusão rápida e o uso de opióides no neuroeixo, como sugerem os autores recentemente citados(PECORA; MALBOUISSON; TORRES, 2009).

Considerando a definição de Liu et al (2007) de hemorragia pós-parto como perda sanguínea suficientemente importante para justificar diagnóstico de hipotonia uterina, indicar curetagem pós-parto, histerectomia ou transfusão sanguínea, optou-se por discutir sobre sangramento aumentado, hemorragia e atonia uterina de maneira conjunta em alguns momentos neste trabalho.

Uma pesquisa que teve como amostra dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), revelou que, no sul do Brasil, a hemorragia puerperal ocupou segundo lugar entre as principais causas de óbito materno entre os anos de 2000 a 2009, ficando atrás apenas de outras doenças da mãe que complicam a gravidez, parto e puerpério (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Ching (2005) pesquisou a etiologia, os fatores de risco e as complicações da hemorragia pós-parto imediato em gestantes adolescentes na cidade de Guayaquil, Equador, analisando mulheres que haviam tido hemorragia pós-parto imediato, com perda maior de 600ml no parto vaginal e maior de 1000ml na cesariana, que pariram por parto vaginal ou cesáreo entre os meses de outubro a dezembro de 2002, com idade entre 11 e 20 anos e níveis de hematócrito e hemoglobina pré e pós-parto. Os resultados foram que 70% de mulheres com idades entre 17 e 20 anos apresentaram hemorragias pós-parto, sendo que o parto vaginal foi a via de parto de 85% delas. Quanto à paridade, Ching (2005) revelou uma tendência de primíparas (83%) e como maior causa a inércia uterina (46%). Os resultados de Ching (2005), além de caracterizarem uma amostra de puérperas semelhante às encontradas no presente estudo, evidenciam, também, a associação entre hipotonia/atonia uterina e hemorragia, permitindo que se argumente como sendo esta a causa de ambas as intercorrências serem frequentes nesta pesquisa.

Campos e Lana (2007) levantaram dados da assistência ao parto de baixo risco, até então inexistentes na literatura nacional. Na amostra, entre as causas da transferência pós-parto para o hospital de referência por necessidade de maiores cuidados, destaca-se a hemorragia (4,6%) que representa também 19,1% das causas para solicitação da presença do médico obstetra no atendimento a essas mulheres (CAMPOS;LANA, 2007). Demonstrando, dessa maneira, destaque pela frequência em que ocorreram e pela necessidade de atenção médica, mesmo sendo todos partos de baixo risco.

Apesar do presente estudo apresentar uma frequência considerável de atonia uterina apenas em puérperas que tiveram a gravidez interrompida pela cesariana, Zimmermann et al (2009) não encontraram associação entre hipotonia uterina e via de parto. Sendo assim, não foi possível, com base nos estudos encontrados, associar atonia uterina com a via de parto cesariana.

Ao avaliarem o sangramento pós-parto aumentado, Lobo et al (2010) encontraram, em um Centro de Parto Normal na cidade de São Paulo, o percentual 5,1% em sua amostra de puérperas. Valor esse menor que o encontrado na presente pesquisa entre mulheres pós-parto vaginal. No entanto, é importante esclarecer que o sangramento aumentado, por si só, não representa que houve, por exemplo, anemia nessas mulheres ou necessidade de transfusão de sangue, contudo este valor é um importante indicativo de alerta para risco de hemorragia e deve ser valorizado nesse sentido.

Machado Junior et al (2009) encontraram em seus resultados que a hemorragia pós-parto apresentou uma proporção significativamente maior de casos transfundidos no parto normal. Entretanto, em valores percentuais, na presente pesquisa, a hemorragia pós-parto vaginal (5%) e cesariana (4,5%) tiveram frequências semelhantes.

Em suma, pode-se considerar que a hemorragia pós-parto necessita de atenção na prestação de cuidado, na avaliação rigorosa e intervenção precoce, pois essa situação ocorre com frequência em ambas às vias de parto e possui estreita relação com a involução uterina.

Quanto à análise da hipertermia, constatou-se neste estudo que os valores percentuais de intercorrências são semelhantes no pós-parto vaginal e cesáreo. Estudos que trazem a febre como complicação no puerpério, mostram a febre presente em 0,3 (ZIMMERMANN et al, 2009) a 1,2% (CAMPOS;LANA, 2007) de

suas amostras. A elevação leve da temperatura é descrita por Evans (2010) como possível, e até mesmo esperada, ao se avaliar a temperatura nas 24 horas iniciais após o parto, como consequência da desidratação que acompanha o trabalho de parto prolongado. Segundo o autor (EVANS, 2010) esse achado (temperatura $>38^{\circ}\text{C}$) tem como possível causa a infecção puerperal precoce.

O fato de este trabalho analisar dados do pós-parto imediato, não possibilita relacionar a hipertermia como sinal de infecção precoce, este aumento da temperatura pode também ser de origem fisiológica. Por tanto se orienta a verificação e observação desse sinal vital.

No que se refere ao número de intercorrências verificou-se, neste estudo, que as mulheres apresentaram variação no número de suas intercorrências nos valores entre um e cinco, sendo que 69,3% delas tiveram apenas uma intercorrência no puerpério imediato. O único estudo encontrado avaliando a variação no número de intercorrência foi realizado no Centro Hospitalar de Santo André, onde foram estudados 1.530 nascimentos, dos quais foram verificadas 15 complicações. Entre estas 15 mulheres, duas tiveram mais de uma complicação, o que resulta em uma taxa de 0,85% do total dos partos (MACHADO JUNIOR et al, 2009).

Não foram encontrados estudos semelhantes a este que buscassem associação entre o número de intercorrências ocorridas no puerpério imediato com o tipo de parto, impossibilitando assim que se discuta este resultado.

De modo geral, os resultados de alguns objetivos propostos por este estudo não corresponderam ao que era esperado, surpreendendo com a (não) significância estatística de algumas associações e frequências inesperadas de intercorrências tanto para mais (febre, vômito, náusea) como para menos (ruptura uterina, depressão respiratória). Estes achados talvez se justifiquem, segundo Xavier et al (2013), pelo fato de os riscos reprodutivos serem influenciados por questões que ultrapassam o âmbito biomédico e dizem respeito às vulnerabilidades sociais.

7 CONCLUSÕES

O estudo mostrou que 17,2% das puérperas pesquisadas apresentaram algum tipo de intercorrência no puerpério imediato e as intercorrências foram pouco mais frequentes nas submetidas à cesariana. A maioria encontrava-se na faixa etária de 16 a 34 anos, concluíram o Ensino Médio e tinham renda familiar de dois salários mínimos. Em relação à história obstétrica, constatou-se que a maioria era multigesta e nulípara. Nas mulheres que tiveram parto vaginal, a principal intercorrência foi a náusea (32,5 %), já naquelas submetidas à cesariana foi o vômito (27,2%). No que se refere ao número de intercorrências no puerpério imediato, 69,3% das mulheres apresentaram apenas uma e, quando comparadas as medianas, o valor foi o mesmo tanto no parto vaginal quanto na cesariana.

Este trabalho teve como limitações o fato de alguns resultados encontrados serem de difícil explanação, ou pela falta de comprovações no assunto ou de publicações e até mesmo por divergência entre as metodologias, limitando a argumentação para prováveis conclusões. Pode associar-se essas limitações à necessidade de mais pesquisas direcionadas a um assunto tão importante para a qualidade de atenção ao nascimento, à redução da morbimortalidade materna e também das altas taxas de cesariana.

As informações obtidas na pesquisa auxiliam na caracterização das mulheres que frequentam o serviço de obstetrícia e que, por apresentarem intercorrências, precisam ser identificadas e avaliadas o mais breve possível para que o desfecho seja melhor e menos traumático. Por meio dessa caracterização das mulheres mais afetadas e também das mais frequentes intercorrências e sua relação com a via de parto, criam-se subsídios para a implantação de ações capazes de prevenir e/ou tratar de maneira precoce e adequada, ou seja, permitir o planejamento de atenção e das intervenções. Para que se obtenham esses resultados, faz-se necessário mais estudos com propósito de consolidar, por meio de protocolos, a prática em obstetrícia baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

AMARO, Ricardo Daniel Esteves. Qualidade em obstetrícia: complicações pós-parto e readmissões. **Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública**, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10362/9352>>. Acesso em: 25 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil> Acesso em: 4 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Mortalidade materna no Brasil: principais causas de morte e tendências temporais no período de 1990 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Cp. 14, p. 345-359, 444 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte2_cap14.pdf> Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012**. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 2012c. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7872.htm> Acesso em: 9 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 6 out. 2013.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2012e.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM, 2007. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/3_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf> Acesso em: 9 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. FEBRASGO. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRIQUET; R. Puerpério. In: BRIQUET; R. **Obstetrícia normal**. 2 ed. São Paulo: São Paulo Editora S.A., 1970a. cap. XX p. 357-366.

BRIQUET; R. Analgesia e anestesia. In: BRIQUET; R. **Obstetrícia normal**. 2 ed. São Paulo: São Paulo Editora S.A., 1970b. cap. XIX p. 339-356.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.v. 23, n. 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2014.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2010. v. 15, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2014.

CHING, Yahaira Coello. Hemorragia posparto imediata en gestantes adolescentes: etiología, factores de riesgos y complicaciones. **Rev. "Medicina"**, 2005. Vol.11 Nº 3. Disponível em: <<http://rmedicina.ucsg.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/349>> . Acesso em: 15 maio 2014.

EVANS, Robin. Quarto estágio do trabalho de parto e período pós-parto. In: ORSHAN, Susan A. **Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e dos recém-nascidos: o cuidado ao longo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2010. Cap. 18, p.729 – 763

FERRAZ , Lucimare ; BORDIGNON Maiara. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012. v.36, n.2, p.527-538. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/474>>. Acesso em: 25 maio 2014

FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 29 p. 434 -444.

FREITAS, Paulo Fontoura; SAVI, Eduardo Pereira. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. v. 27, n. 10. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 jun. 2014.

GALÃO, A.O.; HENTSCHEL, H. Puerpério normal. In: FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 27 p. 411 -416.

GOMES, Rosa Maria Teixeira; CESAR, Juraci Almeida. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013; 8(27), p.80-9. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/241>> . Acesso em: 05 jun. 2014.

GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A.C. **Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário**. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 2013. 54f. Não publicado. Projeto em andamento.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009.

KLEIN, C. H; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LIU, Shiliang et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. **CMAJ**, 2007;176(4), p.455-60. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296957>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

LOBO, Sheila Fagundes et al . Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, 2010. v. 44, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2014.

LUBIANCA, J.N. et. al. Infecção puerperal. In: FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 29 p. 434 -444.

MACHADO JUNIOR, Luís Carlos et al . Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 v. 25, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2014.

MARTINS-COSTA, S.H.M et. al. Hemorragia pós-parto. In: FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 49 p. 758 -766.

MELLO, A.R.; NEME, B. Puerpério: fisiologia e assistência. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 1º Ed. São Paulo: Sarvier, 1995. cap. 22, p. 158- 164.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto; ALVES, Eliane Aparecida; ZUGAIB, Marcelo. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , 2004. v. 38, n. 1. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100002&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 15 Maio 2014

PECORA, Fernanda Salomão Turazzi; MALBOUISSON, Luiz Marcelo Sá; TORRES, Marcelo LuisAbramides. Oxigênio suplementar e incidência de náuseas e vômitos perioperatórios no parto cesariano sob anestesia subaracnoidea. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, 2009. v. 59, n. 5. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2014.

REIS, Zilma Silveira Nogueira et al . Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, 2014. v. 36, n. 2. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2014.

REZENDE, J. O puerpério. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 18, p. 373- 385.

SELIGMAN, R.; VIEIRA, W.S. Analgesia e anestesia em obstetrícia. In: FREITAS, F. et. al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap. 32, p. 479 - 503.

SHIQIN, Xu et al. Volume mediano efetivo de cristaloides na prevenção de hipotensão arterial em pacientes submetidas à cesariana com raquianestesia. **Rev. Bras. Anesthesiol.** Campinas, 2012. v. 62, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.


TREIGER, N.; Palmiro, A. Analgesia e anestesia. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap. 16, p. 349-365.

VILLAR, José et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, 2007. V. 335, p. 1025-1029. Disponível em:<<http://www.bmj.com/content/335/7628/1025>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

XAVIER, Rozania Bicego et al . Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , 2013 . v. 18, n. 4. Disponível em: Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2014.

ZIMMERMANN, Juliana Barroso et al. Complicações puerperais associadas à via de parto. **Rev. méd. Minas Gerais**, 2009. 19(2): 109-116. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/110/91>> Acesso em: 10 maio 2014.

ANEXO A - Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto “Fatores associados à realização de cesariana em Hospital Universitário”



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica Voluntária

Programa de Fomento à Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZACAO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

Projeto aprovado em 14/11/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120466

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

SARA OLIVEIRA PINHEIRO

BRUNA ALIBIO MORAES

JULIANA MANERA SARAIVA

JESSICA KASPER FERNANDES

FERNANDA PIRES WEBSTER

Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO C - Termo de consentimento de uso de dados

Eu Helga Geremias Gouveia, coordenadora da pesquisa "Fatores associados a realização de cesariana em hospital universitário, aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Comitê de ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, autorizo Laura Mesquita Matos a utilizar o banco de dados do referido projeto.


Profa Helga G. Gouveia

ANEXO D -Parecer da Comissão de Pesquisa de Enfermagem do Projeto “Intercorrências apresentadas pelas mulheres no pós-parto imediato”

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia			
 <ul style="list-style-type: none"> Linhas de Pesquisa Projetos de Pesquisa Áreas de Atuação Bolsas de Pesquisa Programa de Iniciação Científica Voluntária Programa de Fomento à Pesquisa (Auxílio) Pós-doutorado 			
Dados Gerais:			
Projeto Nº:	26183	Título:	INTERCORRENCIAS APRESENTADAS PELAS MULHERES NO POS-PARTO IMEDIATO
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	15/01/2014
		Previsão de conclusão:	30/07/2014
Situação:	Projeto em Andamento		
	Não possui projeto pai		Não possui subprojetos
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	Projeto da linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos	
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Caracterizar as intercorrências obstétricas apresentadas por mulheres no puerpério imediato em um hospital universitário. </div>		
Palavras Chave:			
ENFERMAGEM OBSTÉTRICA			
PÓS-PARTO			
PUERPÉRIO			
Equipe UFRGS:			
Nome: HELGA GEREMIAS GOUVEIA			
Coordenador - Início: 15/01/2014 Previsão de término: 30/07/2014			
Nome: LAURA MESQUITA MATOS			
Pesquisador - Início: 15/01/2014 Previsão de término: 30/07/2014			
Avaliações:			
Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 20/01/2014 Clique aqui para visualizar o parecer			
Anexos:			
Projeto Completo		Data de Envio: 09/12/2013	
Instrumento de Coleta de Dados		Data de Envio: 09/12/2013	