

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PRISCILA EUGENIO FORTES

**O CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA
EM UM HOSPITAL ESCOLA**

Porto Alegre

2013

PRISCILA EUGENIO FORTES

**O CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA
EM UM HOSPITAL ESCOLA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra. Cláudia Junqueira Armellini

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar concluir essa fase da minha vida, sempre esteve ao meu lado.

Aos meus pais, Salete e Luiz que apoiaram a minha escolha e me incentivaram a buscar meus objetivos durante a trajetória acadêmica. Pelos momentos em que me deram força para continuar essa caminhada, dos estágios até o temido trabalho de conclusão de curso.

Não posso deixar de agradecer à minha irmã Carine, minha melhor amiga, que sempre esteve ao meu lado, ajudando com palavras sinceras de apoio e compreensão quando eu estava estressada e cansada.

À minha madrinha, Ivone, pelo auxílio e apoio com a formatação do trabalho.

Aos meus amigos que entenderam a minha ausência por estar finalizando essa etapa. Obrigada pelas palavras de carinho.

Aos profissionais, professores e equipe de enfermagem, obrigada pela atenção e aprendizado.

À minha orientadora, prof^a Cláudia Armellini, e demais professoras do projeto de pesquisa, obrigada pela oportunidade e experiência.

Agradeço a todos que me ensinaram a amar essa profissão e compartilharam seu tempo e conhecimento.

“Havia uma linguagem no mundo que todos compreendiam. Era a linguagem do entusiasmo, das coisas feitas com amor e com vontade, em busca de algo que se desejava ou em que se acreditava.”

Paulo Coelho

RESUMO

Nos últimos dois séculos, a cesariana mudou muito quanto às suas indicações, objetivos, técnicas e consequências. A decisão para a realização desse procedimento deve ser criteriosa e discutida com a gestante. O fornecimento de informação faz parte da humanização do parto. Esse estudo teve como objetivos caracterizar as mulheres submetidas à cesariana, identificar as indicações obstétricas registradas no prontuário e identificar se o conhecimento das mulheres sobre a indicação da cesariana coincide com a indicação obstétrica registrada em prontuário. Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, consistindo em uma subanálise da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”. A amostra foi constituída de 81 puérperas submetidas à cesariana e internadas na unidade de internação obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os principais resultados apontaram que a maioria das mulheres (64,2%) tinha idade entre 20 e 34 anos e 24,7% eram adolescentes. Constatou-se que 71,6% das mulheres tinham no mínimo oito anos de estudo, 95,1% tinham companheiro e 51,8% exerciam atividade não remunerada. A maioria das mulheres (66,3%) era nulípara, dentre as demais 59,25% (n=16) tinham uma cesárea prévia. Todas as mulheres realizaram acompanhamento pré-natal, entre as quais 82,7% frequentaram alguma consulta na rede pública. Quanto ao número de consultas de pré-natal, 75,3% frequentaram sete ou mais consultas. As indicações obstétricas de cesariana prevalentes foram a desproporção cefalopélvica (59,3%), seguida pela condição fetal não tranquilizadora (24,7%). Encontrou-se que 7,4% das mulheres afirmaram não terem recebido informação sobre a indicação da cesariana. Entre as que verbalizaram ter conhecimento, 64,0% tiveram o conhecimento coincidindo com a indicação obstétrica descrita no prontuário, 21,3% a coincidência foi parcial e em 14,7% esse conhecimento não coincidiu com a indicação. Receber informação sobre a indicação da sua cesariana é um direito das mulheres e esse conhecimento é importante para a sua história obstétrica e futuras gestações. O profissional de saúde deve certificar-se sobre o entendimento das puérperas sobre a indicação da cesariana.

Palavras chaves: Enfermagem obstétrica. Cesárea. Direitos do paciente.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL	10
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3	REVISÃO DA LITERATURA	11
3.1	PARTO CESÁRIO E SUAS INDICAÇÕES	11
3.2	HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	16
3.3	O DIREITO À INFORMAÇÃO	17
4	MÉTODO	19
4.1	TIPO DE ESTUDO	19
4.2	CAMPO DE ESTUDO	19
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	19
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	20
4.5	COLETA DOS DADOS	21
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	21
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	21
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	23
5.2	INDICAÇÕES OBSTÉTRICAS DA CESARIANA	28
5.3	O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA	31
5.4	INDICAÇÃO OBSTÉTRICA E O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA	36
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	47
	APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
	ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- COMPESQ/UFRGS	50

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA	51
ANEXO C - PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- COMPESQ/UFRGS	53
ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS	54

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000) do Ministério da Saúde (MS) visa a implementar modificações nas práticas de atendimento durante o processo de parturição. Esta proposta tem o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além da colaboração e parceria de diversas entidades sociais, científicas e profissionais.

Segundo Diniz (2005), as evidências mostram que o excesso de intervenção durante o processo de nascimento leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal e exige uma redução das intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde. O principal objetivo da assistência humanizada é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a sua segurança.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada ocorre a partir da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. A assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, de forma individualizada (BRASIL, 2005). Portanto, durante o pré-natal é fundamental que os profissionais, incluindo a enfermeira, forneçam orientações relacionadas ao parto, entre elas os tipos de parto e as indicações da cesariana.

Ao realizar o estágio em Unidade Básica de Saúde, Centro Obstétrico e Unidade de Internação Obstétrica, durante a disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher – ENF02002 tive a oportunidade de prestar o cuidado às mulheres no período da gravidez ao puerpério. Observei que muitas, que tiveram seu filho nascido por cesariana, desconheciam a sua indicação para tal procedimento.

Tal fato causou-me surpresa, visto que segundo Diniz (2001), todo cidadão tem o direito à informação sobre todos os procedimentos que são submetidos durante a internação hospitalar, incluindo a mulher que se encontra no período grávido-puerperal. O fornecimento de informação faz parte da humanização do parto. Também verifiquei durante os estágios na referida disciplina, que a indicação

da cesariana verbalizada por algumas puérperas não coincidia com aquela registrada em seu prontuário. Acredito que durante a internação das mulheres para a assistência ao parto e nascimento é fundamental que os profissionais certifiquem-se da compreensão da mulher sobre os procedimentos realizados, e sobre as informações e orientações recebidas.

Gama et al. (2009) analisaram as diferentes representações e experiências de mulheres quanto ao parto vaginal e cesárea de diferentes classes sociais em maternidades do Rio de Janeiro/RJ e entrevistaram 23 puérperas. O estudo aponta que as mulheres com uma cesárea prévia sabiam os motivos da indicação da cesárea, porém a maioria ficou com muitas dúvidas sobre a sua necessidade.

Segundo as mesmas autoras, a precariedade das informações deixou as mulheres inseguras e concluíram que as mesmas têm falta de conhecimento sobre o processo do parto, sua fisiologia, principais procedimentos, indicações de cesárea e outras informações que deveriam ser proporcionadas durante o pré-natal. Portanto, é importante averiguar o conhecimento das mulheres sobre o motivo pelo qual foram submetidas à cesariana.

Em estudo realizado em dois hospitais no Rio de Janeiro, avaliou-se a adequação das indicações de cesariana e do manejo do parto de 437 mulheres. Houve discordância nas causas alegadas para indicação da cesariana ao compararem os relatos das puérperas com os registros nos prontuários médicos (DIAS et al., 2008).

Oliveira et al. (2002) compararam a indicação da cesariana com o entendimento das mulheres sobre a justificativa dessa intervenção. As justificativas referidas por 61 mulheres para a realização da cesariana não coincidiam com as indicações registradas pelos médicos em 47,5% dos casos. Esse dado nos remete ao que é observado na prática, ou seja, a falta de informação ou a falha de comunicação do profissional sobre os cuidados prestados à parturiente durante o processo de parturição.

O desconhecimento das mulheres sobre as indicações de cesariana a qual são submetidas motivou-me a identificar as indicações obstétricas registradas no prontuário dessas mulheres e o seu conhecimento sobre tal indicação. Para isso, participei da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, cujo objetivo geral é conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto

Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Utilizei-me de parte dos dados coletados ao analisar a cesariana e as informações relacionadas a ela enquanto direito das usuárias da saúde. Acredito que o estudo poderá contribuir para qualificação do cuidado de enfermagem, promovendo a informação.

2 OBJETIVOS

A seguir são descritos o objetivo geral e os específicos deste estudo.

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o conhecimento das mulheres sobre a indicação da sua cesariana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres quanto à idade, escolaridade, situação marital, ocupação, pré-natal e história obstétrica.
- Identificar as indicações obstétricas da cesariana.
- Identificar a frequência de cada indicação obstétrica de cesariana.
- Identificar se o conhecimento das mulheres sobre a indicação da cesariana coincide com a indicação obstétrica registrada em prontuário.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão da literatura é abordado o parto cesáreo, suas taxas de realização, suas indicações, aspectos da humanização da assistência ao parto e o direito da usuária à informação.

3.1 PARTO CESÁRIO E SUAS INDICAÇÕES

A cesariana tem como definição o nascimento do feto através de incisões feitas na parede abdominal e na parede uterina (CUNNINGHAM et al., 2012; MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011). Primeiramente, é feita a incisão na parede abdominal, geralmente transversa suprapúbica, seguindo as camadas – pele, tecido subcutâneo, aponeurose, plano muscular, peritônio parietal e peritônio visceral – para então ser feita a incisão uterina, no miométrio até se identificar a bolsa das águas, no caso de membranas íntegras ou partes fetais (PEREIRA; ZUGAIB, 2002).

O Brasil, ao lado do Chile, Argentina e Itália, consta entre os quatro países com os maiores índices de cesariana. Nos últimos dois séculos, esse procedimento mudou muito quanto às suas indicações, objetivos, técnicas e consequências (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011). Ao longo dos anos, o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica empregada e a melhora dos métodos de anestesia reduziram o risco desse procedimento (PEREIRA; ZUGAIB, 2002). Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011) complementam essa afirmativa ao destacar que muitos fatores têm contribuído para a elevação do índice de cesariana, incluindo a redução das complicações pós-operatórias, os fatores nutricionais e demográficos, a percepção de segurança do procedimento, as mudanças nos sistemas de saúde e as demandas das pacientes.

Em relação ao parto vaginal, a cesárea apresenta maior incidência de hemorragia, infecção e mortalidade materna (PEREIRA; ZUGAIB, 2002; CUNNINGHAM et al., 2012). Para Montenegro e Rezende Filho (2011), a morbidade é 5 a 20 vezes superior a do parto vaginal. Dentre as complicações mais comuns estão hematomas, abscessos de parede, deiscência de cicatriz cutânea e tromboflebite e a morbidade do recém-nascido pela via abdominal é relacionada às alterações respiratórias. Para os autores, a cesárea torna-se um risco significativo

quando é eletiva, pois alterações hormonais e fisiológicas geradas pelo trabalho de parto, essenciais para a maturação pulmonar do feto, não ocorrem.

Hyde et al. (2012), em estudo de revisão de literatura, compararam tipos de parto a termo e as respostas fisiológicas no nascimento que determinam o aumento na suscetibilidade de doença em indivíduos. Os autores concluíram que a resposta ao parto é um mecanismo chave, que modifica a diferenciação das células, preparando o recém-nascido não somente para os desafios da vida fora do útero, mas também para a saúde a longo prazo e bem estar. Na ausência da alteração hormonal gerada no trabalho de parto, a maturação celular é alterada levando a um aumento da suscetibilidade a doenças ao longo da vida, incluindo a asma, o diabetes tipo 1, o aumento da propensão à obesidade e à doença hepática.

Estudo realizado em oito países da América Latina para a OMS (VILLAR et al., 2006) com o objetivo de avaliar a associação entre a taxa de cesariana e os resultados materno e perinatal a nível institucional, avaliou 97.095 partos e verificou que a taxa média de cesariana foi de 33%, entre as quais 49% foram eletivas, 46% intraparto e 5% de emergência. A taxa de cesariana intraparto foi associada com o aumento da morbidade materna severa e o aumento da taxa de mortalidade materna, bem como associada à taxa de morte neonatal, a taxa de permanência do recém-nascido maior ou igual a sete dias na unidade de tratamento intensivo neonatal e a taxa de nascimento pré-termo.

Villar et al. (2006) identificaram ainda que em hospitais com altas taxas de cesariana, as taxas mais elevadas de recém-nascidos internados por sete dias ou mais em unidade de terapia intensiva neonatal pode estar relacionada ao aumento da síndrome da angústia respiratória associada à cesariana eletiva. A realização de cesariana eletiva pode resultar em prematuridade iatrogênica, aumento de tempo de internação hospitalar e prejuízo da amamentação, bem como, em riscos cirúrgico e anestésico maternos, que podem ter consequências nas gestações subsequentes (OSAVA et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que é aceitável a taxa de cesárea de até 15%. Tal taxa baseia-se no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real, considerada fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

No Brasil, no ano de 2010, o percentual de parto cesáreo foi de 52,34% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c) e varia entre as regiões, principalmente ao comparar a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com a assistência privada. A taxa no setor de saúde suplementar chega próximo de 80%, enquanto no SUS fica em torno de 30% (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010). No Estado do Rio Grande do Sul, os nascimentos ocorridos por cesariana correspondem a 58,09% e no município de Porto Alegre, a taxa continua elevando-se de 47,66%, em 2008, para 51,95%, em 2010, muito superiores ao preconizado pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Segundo Cunningham et al. (2012), entre as prováveis razões para aumento contínuo das taxas de cesariana inclui-se: a diminuição do número de filhos, com consequente aumento de nascimentos entre nulíparas, cujo risco para cesariana é maior; a idade materna avançada; a ampliação no uso de monitoramento fetal eletrônico contínuo que está associada à elevação da taxa de cesariana quando comparada com a ausculta dos batimentos fetais de forma intermitente; a indicação de cesariana para a maioria dos fetos em apresentação pélvica; a redução da incidência de partos com extração a fórceps e a vácuo; o aumento das taxas de indução do trabalho de parto, especialmente em nulíparas; o aumento da prevalência de obesidade materna; a diminuição da indução do trabalho de parto em mulheres com pré-eclâmpsia; a diminuição do índice de partos vaginais após cesariana anterior (PVAC); a crescente realização de cesarianas eletivas; a litigância por erro médico.

Em relação aos pedidos de indenização, a obstetrícia é a especialidade com a maior taxa de processos jurídicos, sendo a lesão cerebral em recém-nascidos, uma das situações mais prevalentes. Entretanto, não há relação entre cesariana e redução da taxa de problemas neurológicos na infância, visto que a incidência não reduziu à medida que aumentaram as cesarianas (CUNNINGHAM et al., 2012).

Um dos métodos para reduzir a taxa de cesariana seria a obrigatoriedade de uma segunda opinião médica. Com essa medida pode-se obter a redução sem qualquer efeito adverso sobre a morbidade materna ou perinatal (CUNNINGHAM et al., 2012). O estudo de Althabe et al. (2004) adotou a segunda opinião como medida eficaz, aos constatar associação a uma pequena, mas significativa, redução das taxas de cesariana, principalmente a cesariana intraparto. Nos hospitais que adotaram a medida, verificou-se que entre 1000 partos, 22 cesarianas intraparto

foram evitadas, sem afetar a morbidade materna e perinatal, como também sem afetar a satisfação das mães com a assistência.

Visando ao bem-estar materno-fetal tem-se ampliado as indicações da operação cesariana (PEREIRA; ZUGAIB, 2002). Segundo Montenegro e Rezende (2011), as principais indicações são categorizadas em absolutas e relativas.

Dentre as indicações absolutas estão: placenta prévia total e parcial, malformações genitais, tumorações prévias e desproporção cefalopélvica com feto vivo (MONTENEGRO; REZENDE, 2011). Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011) citam cicatriz uterina corporal prévia, situação transversa, herpes genital ativo, procidência de cordão e morte materna com feto vivo como indicações absolutas de cesariana.

As indicações relativas, segundo Montenegro e Rezende (2011), classificam-se em maternas, fetais e materno-fetais.

As indicações relativas maternas são: cardiopatias específicas e pneumopatias específicas, dissecação aórtica, condições associadas à elevação da pressão intracraniana e história de fissura retovaginal.

As indicações relativas fetais são: sofrimento fetal, prolapso de cordão, apresentação pélvica ou córmica, gemelidade com primeiro feto não cefálico, gemelidade monoamniótica, macrossomia, malformações fetais específicas, herpes genital ativo, HIV com carga viral >1.000 cópias.

Já as indicações relativas materno-fetais caracterizam-se por cesárea prévia, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, placenta prévia marginal e placenta baixa distando abaixo de dois centímetros do orifício interno do colo (MONTENEGRO; REZENDE, 2011). Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011) trazem indicações não abordadas anteriormente como a gestação múltipla, psicopatia e colo desfavorável à indução do parto em paciente com cesariana prévia.

A cesariana eletiva, com a finalidade de reduzir a transmissão vertical do HIV, está indicada para as gestantes soropositivas que apresentarem carga viral desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml, a partir de 34 semanas de gestação. Quando a carga viral for inferior a 1.000 cópias/ml, a via de parto será definida por critérios exclusivamente obstétricos (BRASIL, 2012).

O manual de orientação da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) classifica as indicações de cesariana em maternas, fetais e anexiais,

sem categorizar as indicações descritas no decorrer do texto (PEREIRA; ZUGAIB, 2002).

Segundo Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011), as quatro indicações de cesarianas mais comuns são: cesariana prévia, distócia ou falha de progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica e condição fetal não tranquilizadora.

Nos Estados Unidos da América (EUA), as cesarianas realizadas por cesariana prévia e distócia ou falha de progressão do trabalho de parto correspondem a cerca de 85% das indicações. A distócia torna-se de difícil análise devido à heterogeneidade dessa condição, pois existem 28 códigos da OMS aplicáveis às cesarianas realizadas por alguma anormalidade no trabalho de parto. Os termos descritos variam desde a definição de parada secundária da dilatação, parada de descida até termos ambíguos como desproporção cefalopélvica e distócia de progressão (CUNNINGHAM et al., 2012).

Observa-se que no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) encontram-se algumas variações na análise das indicações de cesarianas nos últimos anos. A falha de indução tornou-se menos frequente, talvez devido à introdução do misoprostol para a indução do parto. Contudo, a indicação de suposta desproporção cefalopélvica elevou-se em mais de 50% desde 1999. Em 2007, as indicações mais comuns de cesariana foram: desproporção cefalopélvica (32,4%), condição fetal não tranquilizadora (13,1%) e má apresentação fetal (11,7%) (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

Segundo Souza, Amorim e Porto (2010), a decisão para a realização de cesariana deve ser criteriosa e discutida com a gestante. É necessário fornecer informações com base em evidências e de forma acessível para as mulheres durante o período pré-natal. Inclui-se informações sobre as indicações, os procedimentos envolvidos, os riscos e os benefícios associados, implicações para futuras gestações e partos após uma cesariana.

Ao indicar uma cesariana, o profissional que cuida de mulheres em trabalho de parto deve considerar o balanço entre riscos e benefícios para a mãe e para o conceito; a mulher e a família devem receber informações e participar de quaisquer decisões sobre a via de parto (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

3.2 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Humanizar na atenção à saúde, de acordo com Fortes (2004), é entender cada pessoa em sua singularidade e necessidades específicas. Refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, adotando uma postura ética de acolhimento e respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004).

A humanização da assistência ao parto significa uma mudança na compreensão da parturição como experiência do ser humano e, para quem o assiste, uma mudança da atitude a ser tomada diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2005).

Na história do modelo hospitalar, na segunda metade do século XX, as mulheres deveriam viver o parto imobilizadas e com as pernas abertas e levantadas, ter o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido e assistidas por pessoas desconhecidas, desacompanhada de seus parentes, sendo submetida a uma série de procedimentos (DINIZ, 2005).

No Brasil, nos procedimentos hospitalares rotineiros durante o parto vaginal está incluída a episiotomia e, em locais como hospitais-escola, a retirada do bebê utilizando fórceps nas primíparas. Este modelo é aplicado a muitas mulheres do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, no setor privado. Para a maioria das mulheres, tais práticas podem ser suprimidas pela realização de uma cesárea eletiva (DINIZ, 2005). A assistência nesse modelo, bem como o sofrimento físico e emocional desnecessário causado à mulher, a partir do uso irracional de intervenções e tecnologias no parto impedem a redução da morbimortalidade materna e perinatal em muitos países.

Esse uso irracional que tem provocado mais danos que benefícios à saúde da mulher na atualidade, deu início a um movimento internacional que prioriza a tecnologia adequada e a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores chamado no Brasil de “humanização do parto” (DINIZ, 2005).

Segundo Diniz (2005), a humanização surge como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado e da compreensão da condição humana e dos direitos humanos.

3.3 O DIREITO À INFORMAÇÃO

A bioética enfatiza o respeito à autonomia dos pacientes e o princípio da justiça, rejeitando qualquer tipo de discriminação na prática clínica. As mudanças na relação entre os profissionais da saúde e os pacientes destaca a importância da autonomia do paciente (GOLDIM; FRANCISCONI, 2005).

Segundo Goldim e Francisconi (2005), até o final dos anos 80 o modelo hipocrático prevalecia no relacionamento dos profissionais de saúde-pacientes. Nesse modelo, em nome do bem de suas profissões, determinavam-se as condutas sem consultar os pacientes. Hoje em dia, podemos observar uma modificação gradual e progressiva ao ouvir-se a posição do paciente sobre as condutas diagnósticas e terapêuticas propostas. A introdução do Termo de Consentimento Informado no cenário clínico tornou-se um exemplo da valorização do princípio do respeito à autonomia dos pacientes (GOLDIM; FRANCISCONI, 2005).

A mulher submetida à cesárea tem, conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2011), no Art. 3º - parágrafo único, direito ao atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, devendo ser asseguradas informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível quanto a objetivos, riscos e benefícios de procedimentos cirúrgicos.

O reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto através da proteção e da promoção desses busca assegurar que todas as mulheres tenham o direito de tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e violência, com base em ampla informação. Elas têm o direito de ter acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Muitos dos profissionais de saúde acreditam que se a mulher for informada sobre os procedimentos que serão realizados, como a aplicação do fórceps, provavelmente não irá colaborar. Na verdade, nessas circunstâncias, devido aos inúmeros danos causados por imperícia ou por falta de informação durante a assistência ao parto, a mulher assume, algumas vezes, uma postura de desconfiança e de resistência às intervenções médicas (DORNFELD; PEDRO, 2011). O fato é que a mulher, colaborando ou não com a realização dos

procedimentos, precisa ser previamente informada sobre qualquer intervenção a qual for submetida.

4 MÉTODO

A seguir são descritos o tipo de estudo, campo de estudo, população e amostra, variáveis do estudo, coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos do estudo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal. 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 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no 11º andar, ala sul. 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) (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, [2013b]).

Atualmente, o HCPA é um centro de referência para gestação de alto risco no Rio Grande do Sul, priorizando o atendimento de pacientes do SUS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, [2013c]). No ano de 2011, o total de nascimentos neste hospital, foi de 3.778, sendo a taxa geral de cesariana de 37,48%. No ano de 2012, a taxa de cesariana apresentou pequeno decréscimo, sendo de 35,48% de 3.789 nascimentos (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, [2013a]).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi de todas as puérperas que tiveram o nascimento de seu filho (a) no Centro Obstétrico do HCPA incluídas no projeto maior. Para o cálculo amostral considerou-se o total de partos no ano de 2010 e, como não existiam dados na literatura sobre os níveis de adequação das práticas de

assistência humanizada, o tamanho amostral foi calculado com base em 50% de adequação de cada prática, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. Assim, a amostra foi composta de 385 puérperas entrevistadas.

No projeto maior no qual esse estudo está inserido, os critérios de inclusão da amostra foram mulheres que tiveram parto no Centro Obstétrico da referida instituição, recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas calculada pelo método de Capurro. Foram excluídas aquelas com indicação de cesariana eletiva ou urgência, gestação gemelar e os casos de óbito e mal formação fetal.

Para a análise de que trata este estudo foram incluídas as mulheres submetidas à cesariana.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Escolaridade: em anos de estudo.

Situação marital: sendo considerada a existência de companheiro e categorizada como sim ou não.

Ocupação: atividade ou profissão exercida pela mulher. Outras categorias incluídas, tais como do lar e estudante.

Paridade: número de filhos nascidos vivos ou mortos independentes do tipo de parto. Considerados: parto normal, fórceps e cesariana.

Consulta pré-natal: número de consultas durante a gestação.

Idade gestacional: calculada baseada no primeiro dia da última menstruação (WATANABE, 2000), pela ultrassonografia de primeiro trimestre e pelo método de Capurro (sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios físicos e neurológicos). Caracterizadas em número de semanas.

Indicação obstétrica da cesárea: indicação segundo registro descrito no prontuário da mulher.

Conhecimento da mulher sobre a indicação da cesariana: conhecimento relatado pela entrevistada.

4.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir de um banco de dados do projeto maior. Para este subprojeto foram utilizados os dados referentes à caracterização da amostra e as indicações da cesariana, bem como o conhecimento das mulheres sobre a indicação obstétrica para esse procedimento.

Os dados primários foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), realizadas 12 horas pós-parto. Inicialmente, os critérios de inclusão e exclusão de cada candidata a participante do estudo maior foram avaliados, utilizando-se registros da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico, do prontuário eletrônico materno e do neonato e da Carteira de Pré-natal. Posteriormente, foi realizado contato verbal com as puérperas informando-lhe sobre o estudo, sendo a seguir convidadas para participar do mesmo. Após o seu aceite, as participantes foram solicitadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE 2).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a novembro de 2012. A autora deste subprojeto participou da etapa de coleta de dados.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se análise descritiva das variáveis pesquisadas, mediante o uso de medidas de tendência central e de variabilidade, além de cálculos de frequências relativas e absolutas apresentadas em gráficos e tabelas. As análises foram realizadas no *software* SPSS versão 19, com auxílio da assessoria estatística do Grupo de Pesquisas e Pós-graduação do HCPA (GPPG/HCPA).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto ao qual este subprojeto integra foi aprovado metodologicamente pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número 22387 (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob número 66.852 (ANEXO B).

Esse subprojeto foi aprovado metodologicamente pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob número 24187 (ANEXO C).

Todas as puérperas selecionadas para integrarem o estudo, mediante o aceite verbal, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, em duas vias iguais, no qual constaram os objetivos da pesquisa, o tempo destinado de 15 a 20 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas.

Foi apresentado ao HCPA, o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais (ANEXO D).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com 81 mulheres submetidas à cesariana. A seguir será apresentada a caracterização das mulheres, às indicações obstétricas da cesariana, o conhecimento das mulheres sobre a indicação da cesariana e a comparação da coincidência entre a indicação obstétrica e o conhecimento das mulheres sobre a indicação da cesariana.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi caracterizada pelos dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, situação marital e ocupação) e pela história obstétrica, apresentados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Caracterização das mulheres submetidas à cesariana segundo dados sócio-demográficos. Porto Alegre, RS, 2013.

Variáveis	N	%
Idade		
16 20 anos	20	24,7
20 35 anos	52	64,2
35 44 anos	9	11,1
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	23	28,5
Ensino médio incompleto	30	37,0
Ensino médio completo	28	34,5
Situação marital		
Com companheiro	77	95,1
Sem companheiro	4	4,9
Ocupação		
Do lar	30	37,0
Estudante	10	12,3
Desempregada	2	2,5
Outras	39	48,2

Fonte: autora, 2013.

Verificou-se que a média de idade das mulheres submetidas à cesariana foi de 24,79 (DP \pm 6,591) anos, sendo a idade mínima de 16 e a máxima de 44 anos. A maioria delas (88,9%) tinha idade entre 16 e 34 anos. Na amostra estudada havia 24,7% (n=20) de adolescentes, visto que o Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período da adolescência entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2010). As idades maternas prevalentes no estudo não são consideradas como fator de risco gestacional (BRASIL, 2012).

O índice de gestação na adolescência registra queda, na série histórica dos últimos dez anos, com variação de 19,3% em 2001 para 14,6% em 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012). Embora esteja apresentando queda, a amostra do estudo não contempla essa informação.

O estudo sobre a prevalência de cesarianas (PADUA et al., 2010) realizado com puérperas do Distrito Federal e dos estados de São Paulo e Pernambuco, evidenciou que 43,7% delas tinha idade igual ou superior a 35 anos e razão de prevalência de 2,05 com significância estatística de 0,039, ou seja, percentual superior ao encontrado em nosso estudo.

Osava et al. (2011) realizaram estudo em Centro de Parto Normal (CPN) intra-hospitalar na cidade de São Paulo com o objetivo de estimar a prevalência de cesarianas e identificar fatores associados. Evidenciou que, dentre as 366 mulheres submetidas à cesariana, a faixa etária prevalente foi a de 20 e 34 anos, com percentual de 72,4% e as adolescentes corresponderam a 19,6%. Nota-se que em nosso estudo, o percentual de adolescentes foi maior e da faixa etária entre 20 e 34 anos, menor, comparado ao estudo de Osava et al. (2011).

No estudo de Fabri et al. (2002) sobre a incidência e as indicações de cesariana realizadas no hospital-escola (HE) da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e em um hospital privado, em Uberaba-MG, foram analisados 1.441 prontuários no HE e 100 no hospital privado. Dentre as mulheres submetidas à cesariana (24,4% no HE e 83,3% no privado), aproximadamente 50% tinha idade entre 20 a 30 anos em ambos os hospitais. Entretanto, o hospital-escola teve clientela mais jovem, no qual 27% das parturientes eram adolescentes, dado semelhante ao encontrado em nosso estudo, ambos em um hospital-escola.

Nossos achados corroboram com o estudo de Campana e Pelloso (2007) em relação à idade das mulheres submetidas à cesariana. As autoras analisaram o índice de cesáreas realizadas em um hospital de ensino da cidade de Maringá/PR,

utilizando prontuários de 927 mulheres submetidas à cesárea. Em relação à idade, a média de idade materna foi de 24,94 anos e verificaram um número expressivo de mulheres menores de 20 anos (25,5%).

No estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012), que apresenta o perfil social e obstétrico das mulheres submetidas à cesariana em uma maternidade pública do interior do estado de São Paulo, foram consultados 670 prontuários. As autoras encontraram idade média de 25,3 anos ($DP \pm 5,9$) e 21,3% eram adolescentes. Os dados de Campana e Pelloso (2007) e Sanches, Mamede e Vivancos (2012) confirmam os achados de nosso estudo, ou seja, maioria de mulheres jovens e um número expressivo de adolescentes.

Referente à escolaridade (Tabela 1), as mulheres desta pesquisa apresentaram média de 8,81 ($DP \pm 2,584$) anos de estudo, 34,5% concluíram o ensino médio e 37,0% cursaram ensino médio incompleto. Constatou-se que 71,5% das mulheres tinham no mínimo oito anos de estudo. Esse percentual é superior ao do estado do Rio Grande do Sul que apresenta 55,56% das mulheres com no mínimo oito anos de estudo e ao do município de Porto Alegre (62,28%), no ano de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012) evidenciou que apenas 2,9% das mulheres submetidas à cesariana tinham ensino médio completo, ou seja, diferem ao encontrado neste estudo, cujo percentual foi de 34,5%.

Ao analisar a situação marital, o presente estudo encontrou 95,1% das mulheres referindo ter companheiro. O estudo de Bruzadeli e Tavares (2010), realizado em um hospital-escola em São Paulo, identificou a expectativa de puérperas adolescentes quanto ao tipo de parto e o seu conhecimento sobre o motivo da cesárea em comparação com as adultas. Foram entrevistadas 50 mães adolescentes e 150 adultas. As autoras verificaram que 77,4% das adolescentes e 89,8% das adultas possuíam companheiro. Campana e Pelloso (2007) também verificaram que mais 50% das mulheres do estudo eram casadas, ou seja, semelhantes ao encontrado em nosso estudo. O predomínio de mulheres em união consensual foi destaque também no estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012), sendo que, apenas 14,3% das participantes declararam-se solteiras.

Em relação à ocupação das entrevistadas 37,0% ($n=30$) eram do lar, 12,3% ($n=10$) eram estudantes e 2,5% ($n=2$) estavam desempregadas. Segundo dados do Ministério da Saúde (2011d), a taxa de desemprego, em Porto Alegre, foi de 5,35%

no ano de 2010. Nota-se que nosso estudo apresenta percentual inferior de desemprego.

Tabela 2 – Caracterização das mulheres submetidas à cesariana segundo a história obstétrica e pré-natal. Porto Alegre, RS, 2013.

Variáveis	N	%
Nulíparas*		
Sim	53	66,3
Não	27	11,1
Idade Gestacional		
37 – 38 semanas	14	17,3
39 – 40 semanas	57	70,4
41 – 42 semanas	10	12,3
Realizaram pré-natal		
Sim	81	100,0
Não	0	0,0
Tipo de serviço do pré-natal		
Somente rede pública	58	71,6
Somente convênio	11	13,6
Somente particular	3	3,7
Dois serviços	9	11,1
Número de consultas pré-natal		
< 7 consultas	20	24,7
≥ 7 consultas	61	75,3

* O n amostral da variável não inclui seus valores ignorados.

Fonte: autora, 2013.

Nos dados referentes à história obstétrica (Tabela 2), verificou-se que a maioria das mulheres (66,3%) era nulípara, portanto foram submetidas à cesariana primária. Dentre as demais (n=27), 59,25% (n=16) tinham uma cesárea prévia e 62,96% (n=17) tinha pelo menos um parto vaginal. Não houve mulheres com mais de uma cesárea prévia. Dados aproximados foram verificados em estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012), no qual 43% das mulheres apresentaram resolução de gestação anterior por via alta.

No estudo de Osava et al. (2011), levando em consideração os antecedentes obstétricos, entre as mulheres submetidas à cesariana, 29,5% (n=108) das mulheres tinham cesariana prévia e 56,3% delas tiveram cesariana primária na primeira parturição. Os percentuais de cesariana primária em nosso estudo e de Osava et al.

são aproximados (66,3% e 56,3% respectivamente), mas o de cesariana prévia difere, fato que talvez seja decorrente do pequeno tamanho da amostra.

Em estudo realizado na América Latina por Villar et al. (2006), 30% das mulheres que foram submetidas à cesariana tinham história de cesariana prévia. Em estudo de Campana e Peloso (2007), 27,0% das mulheres tinham sido submetidas à cesariana anteriormente, porém, em 51,9% dos prontuários estes dados não estavam disponíveis. Esse dado é menor comparado ao nosso, entretanto faltaram informações. Quanto à cesariana prévia, ambos os estudos têm percentuais quase que 50% menor que nossa pesquisa, tal fato pode relacionar-se ao tamanho reduzido de nossa amostra.

Verificou-se que todas as mulheres (100,0%) realizaram acompanhamento pré-natal, entre elas 67 (82,7%) frequentaram alguma consulta na rede pública. Cabe informar que 58 (71,6%) mulheres fizeram o acompanhamento pré-natal apenas pela rede pública, 11 (13,6%) somente por convênio e três (3,7%) pela rede particular. Entre as mulheres que utilizaram dois tipos de serviços de saúde (11,1%), cinco (6,1%) utilizaram a rede pública e particular, e quatro (5,0%) realizaram o pré-natal na rede pública e no convênio.

Quanto à frequência das mulheres na consulta de pré-natal, verificamos que a maioria das entrevistadas (75,3%) frequentou sete ou mais consultas, sendo que esse número está acima do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2005). No presente estudo, os percentuais são maiores se comparados ao estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012), no qual todas as participantes realizaram acompanhamento pré-natal e a maioria (66,5%) realizou mais de sete consultas. Também são maiores que os achados de Padua et al. (2010), que apresentou percentual de 34,0% de mulheres com mais de sete consultas.

Os achados deste estudo são semelhantes aos de Porto Alegre, onde 73% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2011 (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012) e apresenta percentuais maiores que os encontrados no Brasil, de 61,11%, no município de Porto Alegre, de 71,9%, e no estado do Rio Grande do Sul, de 73,18%, no ano de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

No presente estudo, ressalta-se ainda que entre as mulheres acompanhadas durante o pré-natal 45,7% frequentaram entre 9 a 11 consultas.

Quanto à idade gestacional calculada pelo método de Capurro, verificou-se que a maioria das mulheres (70,4%) encontrava-se entre 39 e 40 semanas no momento da cesárea. A idade mínima foi de 37 semanas e máxima de 42 semanas. No estudo de Osava et al. (2011) ter idade gestacional maior que 40 semanas esteve associada com maior prevalência de cesarianas, fato que não ocorreu em nosso estudo.

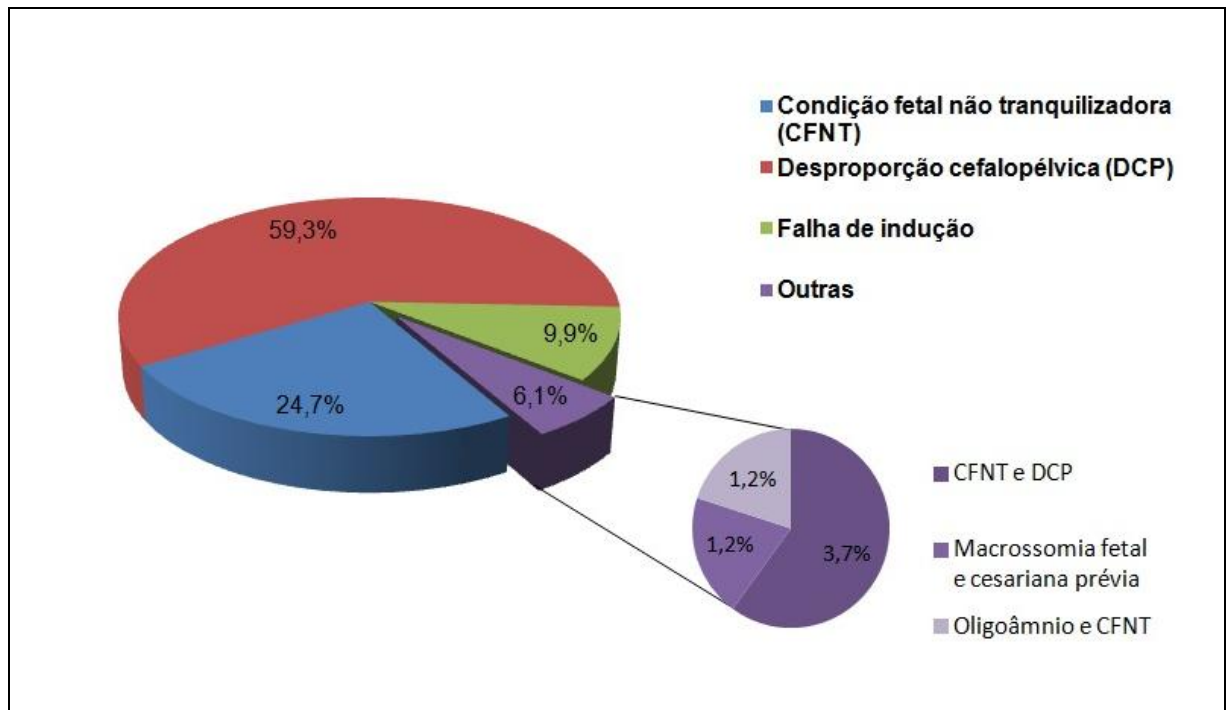
Zhang et al. (2010), em pesquisa sobre a prática de cesariana nos EUA, encontraram que em nulíparas, a cesariana intraparto constituiu a maioria dos nascimentos a termo com idade gestacional de 37 semanas ou mais. Esses autores concluíram que uma em três nulíparas teve cesariana e que este fato terá como importante impacto a cesariana de repetição.

A declaração de consenso elaborado por três organizações de parteiras dos Estados Unidos contribui ao evidenciar que um terço dos nascimentos ocorrem por cesariana, uma grande cirurgia abdominal com consequências potenciais a curto e longo prazo. Para essas mulheres, há consequências como maior possibilidade de nascimentos por cesariana e riscos maternos nas subseqüentes gestações incluindo o aumento da probabilidade de parto prematuro, morbidade e mortalidade associadas (AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES, 2012).

5.2 INDICAÇÕES OBSTÉTRICAS DA CESARIANA

Nos prontuários das puérperas estudadas foram encontradas as seguintes indicações obstétricas: condição fetal não tranquilizadora (CFNT), desproporção cefalopélvica (DCP), falha de indução do trabalho de parto, macrosomia fetal e oligoâmnio.

Gráfico 1 - Distribuição das puérperas segundo o percentual da indicação obstétrica da cesariana. Porto Alegre, 2012.



Fonte: autora, 2013.

Das 81 mulheres integrantes do estudo, a maioria (59,3%) foi submetida à cesariana por DCP, 24,7% por CFNT e 9,9% por falha de indução, as demais apresentaram dupla indicação (6,1%) (Gráfico 1). Tais dados diferem do estudo de Osava et al. (2011) no qual o estresse fetal foi a principal indicação (23,2%), seguido pela parada de progressão (16,1%).

Considera-se que há parada secundária da progressão quando ocorre cessação da descida do feto por pelo menos uma hora após o início da descida. Nesse caso há necessidade de se reavaliar as relações feto-pélvicas, pois a causa mais frequente desse tipo de distócia é a desproporção cefalopélvica (BRASIL, 2001). Logo, a parada de progressão está relacionada a uma possível desproporção do feto em relação à pelve óssea. Ao analisarmos o percentual de indicação de cesariana por CFNT (24,7%), verificou-se que é semelhante ao percentual de indicação por estresse fetal apresentado no estudo de Osava et al. (2011).

Em estudo realizado na América Latina (VILLAR et al., 2006), ao analisar as indicações de cesariana de acordo com os tipos de instituições, das 23.020 cesarianas realizadas em instituições públicas, a indicação prevalente foi a

desproporção cefalopélvica/distócia/falha de progressão (25%), seguida de sofrimento fetal (21%).

Zhang et al. (2010) descreveram a prática de cesariana contemporânea e analisou dados de 228.668 partos a partir de registros eletrônicos de 19 hospitais, no período de 2002 a 2008. Entre os partos cesáreos (30,5%), a principal indicação intraparto foi a falha de progressão ou desproporção cefalopélvica (47,1%), seguido pelo sofrimento fetal (27,3%). Ao analisarmos as indicações de cesariana mais prevalentes encontradas nestes dois estudos, de Villar et al, (2006) e Zhang et al. (2010), verificou-se que há similaridade com os achados deste estudo quanto às indicações de cesáreas durante o trabalho de parto.

Segundo o estudo de Fabri et al. (2002), a cesárea prévia (26,7%), a distócia de apresentação (22,4%) e o sofrimento fetal (18,4%) foram as principais indicações de cesariana no hospital-escola. Em outro estudo realizado em um hospital de ensino (CAMPANA; PELLOSO, 2007), a maior porcentagem de justificativa de realização de cesárea foi a distócia do trabalho de parto (25,37%), seguida pelas doenças hipertensivas (21,69%) e pelo sofrimento fetal (20,39%). Esses dados são semelhantes aos encontrados em no presente estudo, exceto em relação às doenças hipertensivas.

Em pesquisa de Oliveira et al. (2002), que teve como um dos objetivos comparar a indicação médica da cesariana com o entendimento das mulheres sobre a justificativa dessa intervenção, foram entrevistadas 221 puérperas que tiveram parto em maternidades públicas estaduais na cidade de São Paulo. Entre as 67 mulheres submetidas à cesariana, 20,9% delas tiveram indicação de cesárea prévia e 14,9% de sofrimento fetal. O estudo de Sanches, Mamede e Vivancos (2012) evidenciou que a indicação por iteratividade (duas ou mais cesarianas anteriores) e o sofrimento fetal foram as indicações mais frequentes. A indicação de cesárea prévia, expressiva nos estudos aqui apresentados, não pode ser comparada à este, entretanto, a segunda indicação mais prevalente, o sofrimento fetal foi a segunda indicação obstétrica mais frequente.

Em estudo realizado em dois hospitais no Rio de Janeiro (DIAS et al., 2008), que avaliou a adequação das indicações de cesariana e do manejo do parto com 437 mulheres, a proporção de cesariana foi de 88,1% e 17% das mulheres referiam ter entrado em trabalho de parto antes da realização da cirurgia. Após revisão dos questionários, verificou-se que apenas 8% dessas mulheres havia de fato entrado

em trabalho de parto. As principais indicações no prontuário dos hospitais foram a desproporção cefalopélvica, com respectivamente 16,4% e 17,4% e as distócias, com 10,6% e 21,9%. Deve-se ressaltar, entretanto, que em 37% dos partos cesáreos do hospital 1 e em 8,7% do hospital 2, não havia no prontuário qualquer indicação para essa via de parto.

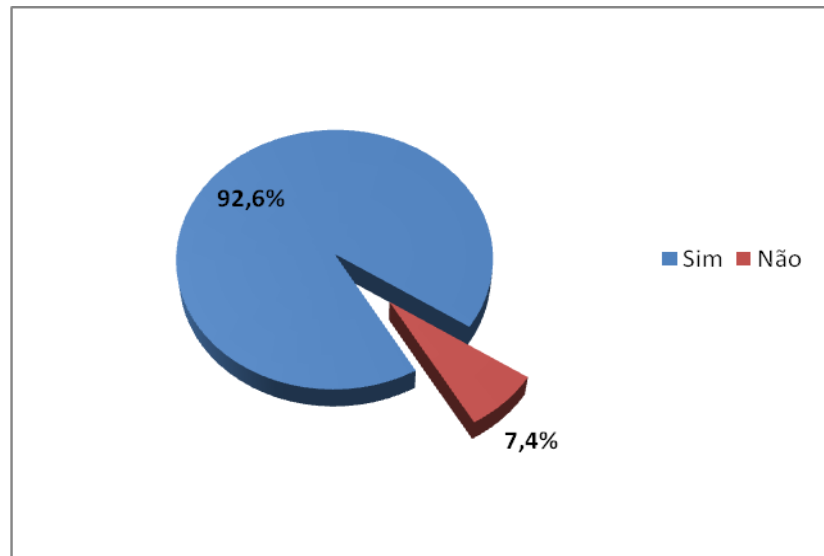
Ainda no estudo de Dias et al. (2008), nos casos em que foi possível a avaliação da indicação da cesariana, concluiu-se que 91,8% das indicações foram inadequadas. A principal razão para esta conclusão foi a ausência de uma prova de trabalho de parto para várias condições que não constituem indicações absolutas para um parto cesáreo. Segundo os autores, a inadequação do manejo do trabalho de parto foi resultante da baixa incorporação de práticas consideradas benéficas para a assistência ao trabalho de parto. Os autores também destacam a escassa informação referida pelas mulheres em relação às vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, a pouca participação do médico como fonte desta informação e a pequena prevalência de intercorrências médicas que justificavam a indicação de uma cesariana.

O uso de protocolos padronizados para acompanhamento do trabalho de parto, com enfoque no seu manejo, enfatiza a necessidade de intervenções sequenciais específicas quando há suspeita de trabalho de parto anormal. Esse manejo proporciona a muitas mulheres o tempo ideal para estabelecer o trabalho de parto efetivo e, assim, evitar a cesariana (LEVENO et al., 2010).

5.3 O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA

Conforme o estudo de Leão et al. (2012), a mulher deve exercer seus direitos. A autonomia é condição importante no exercício do direito à saúde e as mulheres devem participar ativamente das decisões sobre seu processo de parturição.

Gráfico 2 - Distribuição das puérperas segundo o percentual de recebimento de informação sobre a indicação de cesariana. Porto Alegre, 2012.



Fonte: autora, 2013.

Verifica-se que a maioria das puérperas entrevistadas (91,4%) afirmou ter recebido informação quanto à indicação da cesariana (Gráfico 2). No estudo de Oliveira et al. (2002), entre as mulheres que receberam tal informação, 90,7% foram informadas antes da realização do procedimento, o que permite à mulher expressar seus sentimentos e dúvidas.

No presente estudo, 7,4% (n=6) das mulheres afirmaram não ter recebido qualquer informação sobre a indicação da cesariana, ou seja, foram privadas do direito a informação. Oliveira et al. (2002) encontrou 3,0% de mulheres que não receberam informação sobre o motivo da cesariana. Não informar à mulher que será submetida à cesárea é desrespeito aos direitos das mulheres e à violação da ética profissional.

Entretanto, pode-se supor que as mulheres não foram informadas ou não lembraram de ter recebido essa informação devido à possível situação de estresse pelo trabalho de parto ou desconforto resultante das contrações uterinas intensas. Uma hipótese para o não fornecimento de informação pelo profissional de saúde sobre a indicação da cesariana seria a presença de situação de urgência onde o bem estar materno ou fetal está em risco. Segundo Rudman, El-Khoury e Waldenström (2007), a cesariana de urgência é um evento imprevisível, portanto os

profissionais estão sob estresse e pode haver pouco tempo para dar a informação à parturiente.

Em relação ao conhecimento sobre o motivo da sua cesárea, verificou-se que 100% das mulheres do presente estudo, verbalizaram a indicação. Percentuais diferentes foram encontrados em outros dois estudos. Bruzadeli e Tavares (2010) verificaram que das 158 mulheres submetidas à cesariana, 6,3% (n=10) não responderam ou não sabiam o motivo da cesariana. Já no estudo de Oliveira et al. (2002), o percentual de mulheres que desconheciam o motivo da cesárea foi de 8,9%. Chama atenção que apenas duas delas disseram não ter recebido informação.

Pode-se observar, também, a falta de informação relatada por Gama et al. (2009), em estudo qualitativo, ao analisarem diferentes representações e experiências em 23 puérperas quanto ao parto vaginal e à cesárea em maternidades do Rio de Janeiro/RJ.

A maioria das mulheres do setor público queixou-se da falta de informação no que dizia respeito à condição clínica do bebê e/ou ao entendimento do diagnóstico que levou à cesárea. Entretanto, todas as mulheres que tiveram uma cesárea prévia conheciam os motivos da indicação da cesárea atual, porém, a maioria ficou com dúvidas sobre a sua necessidade. As autoras verificaram que a maioria das mulheres aceitou a indicação pelo desconhecimento aliado à confiança no médico, não caracterizada por uma relação baseada no diálogo, mas por uma relação hierárquica de poder em que a mulher encontra-se no lugar do não-saber. Assim, sem o conhecimento dos processos corporais inerentes ao parto, as mulheres ficam subordinadas à condução médica.

No estudo observacional em um Centro Obstétrico de um hospital público de Porto Alegre (DORNFELD; PEDRO, 2011), foi analisada a comunicação entre a equipe de saúde e a mulher no processo de parturição, de 10 cenas de parto vaginal. Em relação à assistência hospitalar no processo de parturição, a comunicação que se estabeleceu entre a equipe de saúde e a parturiente evidenciou, muitas vezes, relações de poder e autoridade em que a mulher é levada a anular-se como sujeito, submetendo-se às decisões do profissional da saúde quanto ao que é melhor para ela e seu bebê.

Parada e Tonete (2008) realizaram um estudo para compreender as representações sociais de puérperas sobre o cuidado em saúde no período pré-

natal, no parto e no puerpério, no interior paulista. A partir das 34 entrevistas semi-estruturadas a puérperas, pode-se perceber a importância da sintonia entre os profissionais e as parturientes que representaram positivamente o cuidado em saúde durante o parto. Destaca-se no estudo, o acolhimento nas falas por termos como educação, bondade, paciência e presteza. O respeito à mulher durante o atendimento é pressuposto fundamental para a humanização do parto. Nesse sentido, é importante informá-las sobre os diferentes procedimentos a que serão submetidas, esclarecer suas dúvidas e aliviar sua ansiedade. Logo, a informação prestada à mulher deve iniciar no momento em que ela interna para ganhar seu bebê até a alta hospitalar, respeitando seus direitos.

Uma revisão integrativa realizada por Busanello et al. (2011), sobre a atuação da enfermagem contribui para as afirmativas relatadas anteriormente. O estudo objetivou identificar a contribuição do cuidado de enfermagem, na participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal, identificou que ao ampliar o conhecimento das mulheres sobre sua saúde e seus direitos, o enfermeiro pode favorecer a autonomia e, assim, garantir a participação delas na tomada de decisões. Este cuidado de enfermagem tem como principal finalidade favorecer que a mulher e a equipe de saúde tenham a compreensão acerca da maternidade, como um processo natural, e que a própria mulher se perceba como protagonista desse processo.

Dias et al. (2008) ressaltam que esse processo de tomada de decisão pelo tipo de parto se dá numa relação de poder que se estabelece no diálogo entre o médico e a mulher, e que muitas vezes inibe qualquer questionamento da decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural. O fornecimento de informações às mulheres, antes e durante a gestação, deve ser um caminho a ser trilhado na tentativa de reverter este quadro. Além disso, espera-se que consumidoras informadas possam modificar o padrão de oferta de serviços de atenção ao parto.

Piccinni et al. (2012) investigaram as percepções e os sentimentos de gestantes sobre o pré-natal, em que foram entrevistadas 36 gestantes, residentes na região metropolitana de Porto Alegre. Os achados trazem que muitas gestantes referiram-se aos profissionais de saúde como importantes fontes de informação a respeito de sua saúde. Entretanto, elas também se referiram de forma negativa aos profissionais de saúde, ao verbalizar que o profissional era frio, não conversava e

não permitiu à mulher escolher o tipo de parto. Assim, os relatos também deixaram evidente a importância de uma boa relação profissional-paciente para a transmissão de informações sobre o processo da gestação, parto e puerpério.

Contribuindo com essa percepção, podemos citar o estudo de Gama et al. (2009), ao afirmarem que a maior parte das entrevistadas não se sentiu adequadamente orientada no pré-natal sobre o parto. Segundo elas, informações necessárias sobre os tipos de parto, reconhecimento dos sinais do início e evolução do trabalho de parto, possíveis intercorrências que possam levar a uma cesárea, suas indicações e riscos não foram prestadas e trabalhadas de forma apropriada no pré-natal. Para as mesmas autoras, ser informada sobre o processo de parturição proporciona que mulher o vivencie com segurança, participação e autonomia. Sendo assim, as autoras constatarem que o processo educativo na atenção pré-natal não vem sendo amplo e eficazmente utilizado.

Campana e Peloso (2007) colaboram ao evidenciar que há lacunas relacionadas à informação e ao apoio às gestantes no atendimento a nível primário de assistência à saúde. Ainda referem que o enfermeiro deve trabalhar como agente de mudança frente ao parto normal e cesáreo agindo como educador durante todos os momentos de atendimento à saúde da mulher, principalmente durante o pré-natal. Entre as lacunas referidas pelas autoras podemos citar a ausência de orientações no pré-natal sobre o processo de parturição e possíveis complicações no trabalho de parto que possam levar à cesariana.

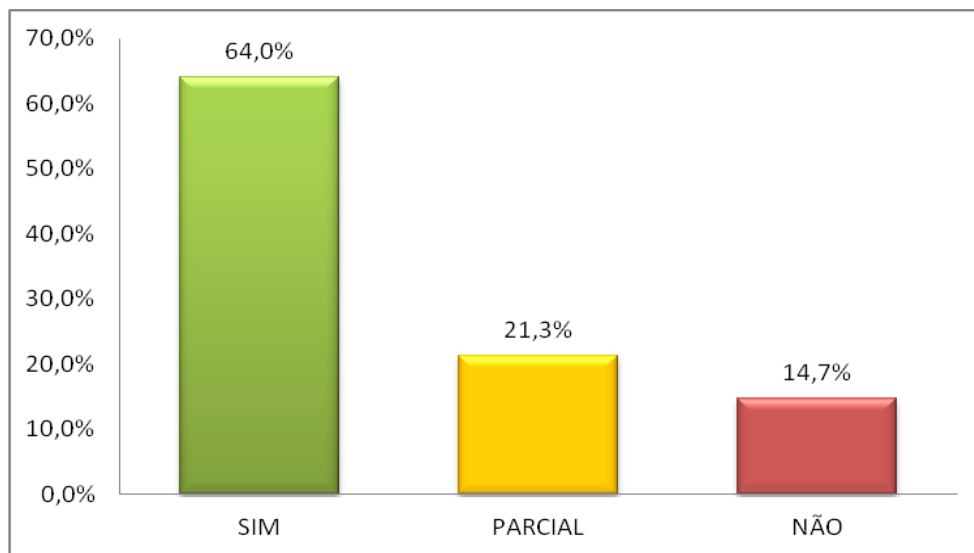
Nas diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2012), não consta as indicações de cesariana como orientações para o atendimento à gestante. Na primeira consulta deve ser orientada a importância do pré-natal e na quarta, quinta e sexta consulta as orientações devem recair sobre os sinais de trabalho de parto, bem como perdas vaginais entre outros. Entretanto, verifica-se que não é previsto orientar sobre os tipos de parto e as indicações de cesariana.

As decisões sobre intervenções devem incorporar os valores e as preferências pessoais da mulher, sendo realizadas somente depois que ela teve informações suficientes para fazer uma escolha informada, junto com a equipe de saúde (LAWRENCE et al., 2012). A partir disso, sugere-se que a informação sobre os tipos de partos deveria iniciar na atenção básica, local onde médicos de família, obstetras e enfermeiras atuam no pré-natal.

5.4 INDICAÇÃO OBSTÉTRICA E O CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE A INDICAÇÃO DA CESARIANA

Dentre as mulheres que receberam informação sobre a indicação de sua cesariana (Gráfico 3), verificou-se que 64,0% teve a sua indicação coincidindo com a indicação obstétrica descrita no prontuário.

Gráfico 3 - Distribuição das puérperas segundo o percentual de coincidência da indicação obstétrica e o conhecimento das mulheres sobre a indicação da cesariana. Porto Alegre, 2012.



Fonte: autora, 2013.

Também identificou-se que 21,3% das mulheres verbalizaram parcialmente a indicação da cesariana, ou seja, os motivos descritos por elas não contemplavam corretamente a indicação obstétrica. Um percentual de 14,7% de mulheres evidenciou que o conhecimento da indicação de sua cesariana não coincidiu com a indicação obstétrica descrita no prontuário. Assim, 36,0% das mulheres não foi adequadamente informada.

No Centro Obstétrico do HCPA, a informação sobre a indicação da cesariana é, normalmente, fornecida à parturiente pelo médico, logo após a constatação desse diagnóstico, ainda na Sala de Pré-parto, local onde as mulheres podem estar em situação de estresse, como a dor e o cansaço ocasionados pelas contrações do trabalho de parto. Tal situação pode ter prejudicado a compreensão delas sobre a

informação da indicação obstétrica da cesariana. Outra suposição para o entendimento parcial ou o não entendimento das mulheres da indicação da cesariana é que o profissional não explicou em linguagem clara, adequada ao grau de escolaridade da mulher, fato que deve ser exercitado por todos profissionais. Também se pode pensar na possibilidade de que o profissional que indicou a cesariana realmente não informou à mulher sobre a indicação da cesariana, fato que é inaceitável nos dias de hoje.

No estudo de Braga e Silva (2007), as autoras buscaram descrever o significado de uma comunicação competente conforme 13 docentes de enfermagem. Para os entrevistados, comunicar-se competentemente pressupõe que as pessoas estejam preocupadas com a compreensão do outro e que as ideias sejam entendidas. À vista disso, a garantia da compreensão das mulheres sobre a indicação da cesariana ocorreria se o profissional se certificasse de sua compreensão.

Os profissionais dos serviços de saúde deveriam modificar o modo como prestam assistência às mulheres, pois muitas vezes são autoritários e rudes com as grávidas. Com tal mudança, seria possível garantir que os direitos humanos das mulheres, incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto, sejam respeitados (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Desse modo, as mulheres teriam conhecimento sobre o parto, o direito à informação e a assistência humanizada, para que esse momento não seja lembrado como um parto traumático.

Dias et al. (2008) encontraram discordância nas causas alegadas para indicação da cesariana ao compararem o relato das puérperas com o registro dos prontuários médicos, entretanto não são divulgados as discordâncias.

Oliveira et al. (2002) verificaram que as justificativas apresentadas por 61 mulheres para a realização da cesariana não coincidia com a indicação médica em 47,5% dos casos. Esse percentual foi maior se comparado ao encontrado no presente estudo que foi de 14,7% de não coincidência e de 21,3% de coincidência parcial, mas que tornar-se similar a 36,0% ao somarmos os dois percentuais de não coincidência e de coincidência parcial. Acredita-se que todas as mulheres deveriam ter o conhecimento, para que não fique com dúvidas ou inseguras da indicação da cesariana.

Estudo realizado em um hospital no estado do Ceará (QUEIROZ et al. 2007), cujo objetivo foi descrever a satisfação associada à qualidade do serviço, ao acesso e ao acolhimento, entrevistou 78 puérperas. Em relação às informações recebidas no serviço, 79,5% das usuárias responderam que essas eram muito claras. As informações que justificam clareza foram resumidas nas ideias de que os profissionais explicam com paciência e educação o que vão realizar, mesmo sem a paciente perguntar, e não ficam com dúvidas. Em contrapartida, as mulheres que demonstraram não ter clareza nas informações (20,5%), justificaram que os profissionais não esclareceram sobre a saúde do bebê; a linguagem utilizada nem sempre foi clara, eram muitas informações ao mesmo tempo, o que a tornou confusa; às vezes ocorre desencontro de informações e os profissionais não tinham paciência para dar as informações. As autoras ainda referem que o relacionamento e a ineficiência na comunicação constituem as principais razões destacadas pelas mulheres no que se refere à insatisfação na atenção recebida. As usuárias nem sempre têm a consciência de que a saúde é um direito do cidadão, nem são estimuladas a incorporar essa informação.

Díaz-Sáez et al. (2011) analisaram como as primíparas perceberam a comunicação com os profissionais de saúde e exploraram a satisfação, necessidades e expectativas relacionadas aos serviços de saúde, numa cidade da Espanha. Foram entrevistadas nove mulheres, que expressaram sentimentos de medo e angústia frente a essa experiência. Os familiares que acompanhavam as mulheres afirmaram que as informações dos profissionais eram escassas e em algumas ocasiões contraditórias, que contribuem para o aumento desses sentimentos difusos. Foi expressa a necessidade de apoio e de compreensão, e o profissional mais valorizado pelas mulheres foi a parteira. Tal valorização pode ser atribuída ao modo especial, individual e intenso da profissional no momento do parto considerada adequada pelas mulheres. Outro aspecto da comunicação é considerado positivo nesse estudo foi deixar a mulher falar e fazer perguntas.

No estudo de Dornfeld e Pedro (2011), as observações mostraram que por meio de uma comunicação que despersonaliza a mulher, reduzindo-a a simples objeto de intervenção, são promovidas circunstâncias inseguras de cuidado. Notaram uma comunicação ambígua da equipe com a mulher onde indiferença e opressão contrapunham-se ao apoio. Com apoio empático as autoras afirmaram que

é possível promover o cuidado humanizado ao binômio mãe-bebê, mais evidente na equipe de enfermagem por meio da comunicação efetiva com a mulher.

Desse modo, deve-se observar a importância da equipe como cuidadora e provedora de informação por meio da comunicação durante a assistência às mulheres. Segundo Lyndon et al. (2011), o problema da comunicação ineficaz permeia várias profissões. A comunicação eficaz entre médicos e enfermeiros é vital para a segurança da paciente em obstetrícia. O ambiente dinâmico do trabalho de parto acrescenta outro desafio para a comunicação, que também pode ser frustrada por falta de atenção devido à privação do sono ou turno de trabalho e diferentes "visões de mundo" dos profissionais. Para melhorar a comunicação, portanto é necessário construir uma infraestrutura de respeito, atenção, colaboração e competência.

Atenção à linguagem, comunicação e práticas de cuidado podem criar um clima de confiança, bem como melhorar a experiência da maternidade. A comunicação eficaz é centrada no paciente, pontual, direta, específica e ocorre entre a mulher, sua família e membros da equipe que presta a assistência. Comunicação eficaz é fundamental para garantir a segurança do paciente (LAWRENCE et al., 2012).

Braga e Silva (2007) destacam que os enfermeiros valorizam a clareza e a objetividade para a comunicação efetiva, ou seja, para ser interpretada e decodificada. Sob este ponto de vista, as ideias devem ser organizadas para serem compreensíveis ao receptor.

Em razão desse contexto, é imprescindível assinalar a importância de ações multidisciplinares e integradas, e a inclusão dos usuários nas escolhas e decisões sobre as práticas relacionadas à saúde (QUEIROZ et al., 2007). Assim, as mulheres poderão ser melhor informadas e terão maior possibilidade de participação no seu processo de parturição, na perspectiva dos direitos das usuárias.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu caracterizar as mulheres que foram submetidas à cesariana, no qual observamos que a maioria delas (64,2%) tinha idade entre 20 e 34 anos e 24,7% eram adolescentes. Referente à escolaridade, constatou-se que 71,6% das mulheres tinham no mínimo oito anos de estudo. Ao analisar a situação marital, 95,1% das mulheres referiram ter companheiro; quanto à ocupação das entrevistadas, 51,8% exerciam atividade não remunerada.

Nos dados referentes à história obstétrica, verificou-se que a maioria das mulheres (66,3%) era nulípara, portanto foram submetidas à cesariana primária. Dentre as demais, 59,25% (n=16) tinham uma cesárea prévia.

Todas as mulheres (100,0%) realizaram acompanhamento pré-natal, sendo 82,7% na rede pública. A maioria das entrevistadas (75,3%) frequentou sete ou mais consultas de pré-natal, número acima do número preconizado pelo Ministério da Saúde. Quanto à idade gestacional calculada pelo método de Capurro, verificou-se que a maioria das mulheres (70,4%) encontrava-se entre 39 e 40 semanas.

As indicações obstétricas de cesariana mais prevalentes foram a desproporção cefalopélvica (DCP), correspondendo a 59,3% das mulheres, seguido pela condição fetal não tranquilizadora (CFNT), com 24,7%. Dentre as 81 puérperas, 7,4% afirmaram não terem recebido informação sobre a indicação da cesariana. Dentre as que receberam informação, todas tinham conhecimento da indicação e entre as quais 64,0% tiveram a sua indicação coincidindo com a indicação obstétrica descrita no prontuário.

Quando as mulheres recebem informação e orientação sobre o processo de gestação, parto e pós-parto, as indicações de cesariana e a assistência humanizada durante esses períodos, contribui-se para a sua autonomia e poder decisório. Este poder pode colaborar para que as mulheres exijam seu direito à informação como também para reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias.

Receber informação sobre a indicação da cesariana e ter compreensão sobre tal informação são importantes para a história obstétrica e futuras gestações das mulheres. A prevenção da cesárea em primíparas é importante para evitar nova cesariana em futura gestação e possíveis complicações pós-parto.

Deve-se lembrar que o grau de compreensão das mulheres no momento prévio à cirurgia pode estar prejudicado devido ao estresse, ao desconforto do

trabalho de parto e à preocupação com a sua saúde e do seu bebê. Por isso, a permanência de um acompanhante de escolha da mulher durante todo o processo de parturição e puerpério pode participar na decisão da indicação de cesariana e auxiliar, posteriormente, no esclarecimento desta informação para a mulher.

Portanto, após essa cirurgia e antes da alta hospitalar, recomenda-se que o profissional de saúde certifique-se quanto ao conhecimento das mulheres sobre o motivo de terem sido submetidas à cesariana. Acredita-se que o melhor momento para tal ação seja durante a permanência das mulheres na sala de recuperação pós-parto ou unidade de internação obstétrica, quando elas estariam sob menores condições de estresse.

Entre as limitações do estudo, verificou-se que não foi investigado o momento do processo de parturição, no qual as mulheres receberam a informação sobre a indicação da cesariana, ou seja, na sala de pré-parto, sala de cesariana, sala de recuperação pós-parto ou na unidade de internação obstétrica. Outra limitação decorreu da utilização de perguntas abertas sobre o motivo da cesariana quando perguntas fechadas facilitariam tal categorização.

Cabe ressaltar que a amostra de um grupo específico de mulheres onde foram excluídas puérperas com recém-nascidos prematuros, mulheres submetidas a cesarianas eletivas e de emergência, limitou a comparação dos resultados desse com outros estudos. O tamanho da amostra foi outro fator que limitou essa comparação.

A fim de caracterizar as mulheres submetidas à cesariana no HCPA, sugere-se estudos com amostra maior, na qual seja incluída todas as mulheres submetidas à cesariana, possibilitando outras discussões. Sugere-se ainda a realização de estudo observacional a fim de analisar a comunicação dos profissionais de saúde com a parturiente.

Os resultados deste estudo serão divulgados para a equipe de profissionais de saúde do Centro Obstétrico da instituição pesquisada.

REFERÊNCIAS

- ALTHABE, Fernando et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. **Lancet**, v. 363, n. 9425, p. 1934-1940, jun. 2004. Disponível em: <[http://www.readcube.com/articles/10.1016/s0140-6736\(04\)16406-4](http://www.readcube.com/articles/10.1016/s0140-6736(04)16406-4)>. Acesso em: 5 jun. 2013.
- AMERICAN COLLEGE OF NURSE-MIDWIVES. Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: a consensus statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 57, p. 529–532, set./out. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2012.00218.x/full>>. Acesso em: 11 jun. 2013.
- AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, ago. 2010.
- BRAGA, Eliana Mara; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 410-4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BUSANELLO, Josefina et al. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 807-14, dez. 2011.
- BRUZADELI, Daiane da Silva; TAVARES, Beatriz Barco. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e

adultas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p.150-157, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9532/6601>>. Acesso em: 5 maio 2013.

CAMPANA, Hellen Carla Rickli; PELLOSO, Sandra Marisa. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 1, p. 51-63. Jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/v9n1a04.htm>. Acesso em: 5 maio 2013.

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

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-34, out. 2008.

DÍAZ-SÁEZ, Jorge et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 25, n. 6, p. 483-489, 2011. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/la-comunicacion-satisfaccion-las-primiparas-un-servicio-90038297-originales-2011>>. Acesso em: 20 maio 2013.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. 2001. 254 p. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005.

DORNFELD, Dinara, PEDRO, Eva Nery Rubim. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 190-8. abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a05.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

FABRI, Renato Humberto et al. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 29-35, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2013.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, dez. 2004.

GAMA, Andréa de Sousa et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p.2480-2488 nov. 2009.

GOLDIM, José Roberto, FRANCISCONI, Carlos Fernando. Bioética clínica. In: CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Ana Maria G.S; OLIVEIRA, Marília Gerhard de (Coord.). **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. p. 59-83.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Indicadores anuais**. [2013a]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>>. Acesso em: 30 maio 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Histórico**. [2013b]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/13/97/>>. Acesso em: 30 maio 2013.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Serviço de ginecologia e obstetrícia**. [2013c]. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/182/427/>>. Acesso em: 30 maio 2013.

HYDE, Matthew J et al. The health implications of birth by Caesarean section. **Biol Rev. Camb. Philos. Soc.**, London, v. 87 n. 1 p. 229-243, Feb. 2012.

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

LAWRENCE, Hal C. et al. Quality patient care in labor and delivery: a call to action. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 207, n.3, p. 147-148, Sept. 2012. Disponível em: <<http://www.acog.org/~media/Departments/Patient%20Safety%20and%20Quality%20Improvement/Call%20to%20Action%20Paper.pdf?dmc=1&ts=20130623T2115558874>>. Acesso em: 9 jun. 2013.

LEÃO, Miriam Rêgo de Castro et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9913>. Acesso em: 11 mar. 2013. Artigo no prelo.

LEVENO, Kenneth J. et al. **Manual de obstetrícia de Williams**: complicações na gestação. 22. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 14, p.120-139.

LYNDON, Audrey et al. Effective physician-nurse communication: a patient safety essential for labor & delivery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, California, v. 205, n. 2, p.91–96. Aug. 2011. Disponível em: <http://sigo.it/pdf/comunicacion_physician_nurse_AJOG_2011_28_07.pdf>. Acesso em: 10 maio 2013.

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos - indicadores de cobertura. **Cobertura de consultas de pré-natal**.

Brasília (DF): 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f06.def>>. Acesso em: 10 maio 2013.

_____. _____. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos - indicadores de cobertura. **Proporção de partos cesáreos**. Brasília (DF): 2011c. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/f08.def>>. Acesso em: 12 maio 2013.

_____. _____. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos - indicadores socioeconômicos. **Escolaridade da população de 15 anos ou mais**. Brasília (DF): 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/b0201b.def>>. Acesso em 12 maio 2013.

_____. _____. Informações de saúde [tabnet]. Indicadores e dados básicos - indicadores socioeconômicos. **Taxa de desemprego**. Brasília (DF): 2011d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/b06a.def>>. Acesso em: 3 jun. 2013.

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

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p.667-674, out. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: 1996.

OSAVA, Ruth Hitomi et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043, dez. 2011.

PADUA, Karla Simônia de et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p.70-79, fev. 2010.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 35-46, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2013.

PEREIRA, Pedro Paulo; ZUGAIB, Marcelo. A cesariana. In: FEBRASGO. **Assistência ao parto e Tocurgia**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2002. p. 101-113.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n.1, p. 27-33, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jun. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Diretrizes da assistência ao pré - natal de baixo risco**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.479-487, set. 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Dossiê humanização do parto**. São Paulo, 2002.

RUDMAN, Ann; EL-KHOURI, Bassam; WALDENSTRÖM, Ulla. Women's satisfaction with intrapartum care: a pattern approach. **Journal of Advanced Nursing**. v. 59, n. 5, p. 474–487, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x/full>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

SANCHES, Natália Canella; MAMEDE, Fabiana Villela; VIVANCOS, Raquel Bosquim Zavanella. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 418-426, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 505-516, set. 2010.

VILLAR, José et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p.1819-1829, June, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_in_LA.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

WATANABE, Elizabeth Kakuzo. Evolução cronológica do conceito: duração da prenhez. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. cap. 8.

ZHANG, Jun et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n.4, p. 326.e1-10, Oct. 2010.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Leito: _____

Nº _____

Nome da puérpera: _____ Registro: _____

Data da entrevista: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_| Horário da entrevista: |__|_|_| horas |__|_|_| minutos

Entrevistadora: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____ anos (**COMPLETO**)2. Até que série/ano (**COMPLETO**) você estudou:Ensino Fundamental:

- [1] 1º série [5] 5º série
 [2] 2º série [6] 6º série
 [3] 3º série [7] 7º série
 [4] 4º série [8] 8º série

Ensino Médio:

- [9] 1º série
 [10] 2º série
 [11] 3º série

Superior:

- [12] 1º ano
 [13] 2º ano
 [14] 3º ano
 [15] 4º ano
 [16] 5º ano

3. Situação marital: [1] não tem companheiro [2] tem companheiro

4. Ocupação: _____

PRÉ-NATAL

História obstétrica

5. Número de gestações (**CONTAR ATUAL**): _____6. Número e tipo de parto (**ANTERIORES**):

- Parto normal: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ PN
 Parto fórceps: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ PF
 Cesariana: [0] nenhum [1] uma [2] duas [3] três [] _____ cesarianas
 Aborto: [0] nenhum [1] um [2] dois [3] três [] _____ abortos

Informações da gravidez atual

7. Fez Pré-natal: [1] sim [2] não

8. Se sim, quantas consultas: _____ [77] Não se aplica [99] Não registrado

9. Onde fez o pré-natal?

- Rede pública – SUS: [1] sim [2] não
 Por custeio próprio – Particular: [1] sim [2] não
 Prestadora de saúde privada – Convênio: [1] sim [2] não
 [77] Não se aplica

PARTO (VERIFICAR NO PRONTUÁRIO)

10. Tipo de parto:

- [1] normal [2] cesárea* [3] fórceps

11. Foi lhe explicado o motivo de você ter tido cesariana?

- [1] sim [2] não* [77] Não se aplica

12. Se sim, qual foi o motivo? _____
[77] Não se aplica

13. Qual foi a indicação da cesariana?
[1] Sofrimento fetal/Condição fetal não tranqüilizadora
[2] Desproporção cefalo-pélvica
[3] Distócia funcional
[77] Não se aplica
Outros: _____

14. Idade gestacional (Capurro calculado pela **Enfermeira**): _____ semanas [99] Não registrado

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, de responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo pretende conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição neste hospital comparando-as com as recomendadas pela Organização Mundial da Saúde.

A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, e não envolve procedimentos invasivos que possa oferecer riscos à sua saúde física, a não ser a aplicação de um questionário, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, no trabalho de parto e no parto, e consultar algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. Esta entrevista terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Em caso de dúvida ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Profa Cláudia Junqueira Armellini pelo telefone (51) 3308-5428, email: claudiaj@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Pesquisadoras: Annelise de Carvalho Gonçalves, Helga Geremias Gouveia, Márcia Rejane Strapasson e Virginia Leismann Moretto – Telefone: (51) 3308-5426.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-8304.

() Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Nome da entrevistada: _____

Assinatura da entrevistada: _____

Nome do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Assinatura do responsável no caso de menor de 18 anos: _____

Nome do pesquisador (entrevistador): _____

Assinatura do pesquisador (entrevistador): _____

Porto Alegre, _____ / _____ / _____

ANEXO A - PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- COMPESQ/UFRGS



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação
Científica Voluntário

Programa de Fomento à
Pesquisa(auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 22387

Título: PRATICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURICAO

Projeto aprovado em 10/02/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Visualizar Parecer](#)

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Área Temática:

Pesquisador: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI

Versão: 2

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 00680412.7.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 66852

Data da Relatoria: 01/08/2012

Apresentação do Projeto:

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna até o ano 2015, meta que faz parte do 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Sabe-se que o país não alcançará esta meta, e pressupõe-se que o modelo intervencionista de assistência ao parto esteja diretamente relacionado a este fato.

Trata-se de um estudo transversal que pretende entrevistar 385 puérperas e coletar dados do prontuário eletrônico materno e do neonato. As entrevistas serão realizadas diariamente, após as primeiras 12 horas pós-parto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

- Conhecer as práticas de atendimento implementadas no processo de parturição em um hospital escola da cidade de Porto Alegre/RS comparando-as com as recomendadas pela OMS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mulheres do estudo quanto à idade, escolaridade, paridade, situação marital e pré-natal.
- Caracterizar os recém-nascidos quanto ao peso, idade gestacional, escore de Apgar, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.
- Verificar a frequência das intervenções e cuidados aos quais os recém-nascidos foram submetidos.
- Identificar os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas durante o trabalho de parto e parto.
- Verificar a frequência do uso de métodos não farmacológicos para alívio à dor pelas mulheres durante o trabalho de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto em si não apresenta riscos maiores, porém existe a possibilidade de desconforto pela entrevista em um momento tão delicado como as 12 horas após o parto.

Os possíveis benefícios seriam relacionados ao conhecimento gerado que poderia ser aplicado em futuras intervenções e beneficiar outras parturientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram adequadamente respondidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE foi alterado conforme solicitações do parecer anterior.

Recomendações:

Retirar o campo para nome da participante no início do TCLE, mantendo apenas no final do documento. Corrigir a informação de menores de 20 anos, o certo é menores de 18 anos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) Ajustar cronograma;

Os pesquisadores apresentam o cronograma corrigido. Pendência atendida.

2) Revisar o instrumento de coleta de dados conforme comentado acima, sobretudo as questões sobre raça, ocupação e história clínica.

Os pesquisadores informam que foi excluída a questão sobre raça, entretanto foi mantido o questionamento sobre cor da pele e ocupação (em campo aberto), pois estas variáveis podem estar associadas a risco obstétrico. Pendência atendida.

3) Esclarecer termo de compromisso para uso de dados Institucionais. Os pesquisadores utilizarão dados de prontuário. Esta informação consta no TCLE, sendo assim o termo de compromisso é dispensável. Pendência atendida.

4) Revisar critérios de inclusão e exclusão.

Os pesquisadores esclarecem que foi anexado no projeto como critério de inclusão, "mulheres que tiveram recém-nascidos com idade gestacional igual ou maior a 37 semanas, segundo Capurro". Pendência atendida.

5) Revisar TCLE conforme comentário acima.

Pesquisadores apresentam novo TCLE. Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A versão do projeto e do TCLE aprovados correspondem aos documentos submetidos em 11/07/2012. Qualquer alteração nestes documentos devem ser encaminhados para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Projeto cadastrado no Sistema WebGPPG: 12-0150.

PORTO ALEGRE, 03 de Agosto de 2012

Assinado por:
José Roberto Goldim

ANEXO C - PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM- COMPESQ/UFRGS



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Soluções de Pesquisa

Programa de Iniciação

Científica Voluntária

Programa de Fomento à

Pesquisa (Auxílio)

Pesquisador: Claudia Junqueira Armellini

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto N°: 24187

Título: CARACTERIZACAO DE MULHERES COM INDICACAO DE CESARIANA APÓS TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA

Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica

Início: 30/01/2013

Previsão de conclusão: 30/07/2013

Situação: projeto em andamento

É subprojeto do projeto N° 22387 - PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto da linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

Projeto envolve aspectos éticos da categoria: Outro Tipo De Projeto

Objetivo: Caracterizar as mulheres do estudo que foram submetidas à cesariana.

Palavras-Chave

Cesárea
Direitos Do Paciente
Enfermagem Obstétrica

Equipe UFRGS

Nome: Claudia Junqueira Armellini

Participação: Coordenador

Início: 30/01/2013

Nome: Priscila Eugenio Fortes

Participação: Pesquisador

Início: 30/01/2013

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 26/12/2012

Concordância de Instituição

Data de Envio: 26/12/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 16/01/2013

[Visualizar Parecer](#)

[Retornar](#) [Emorimir](#)

ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS


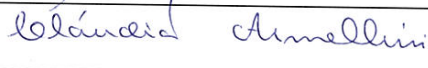

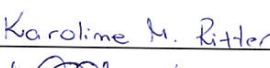
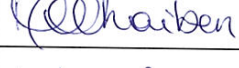

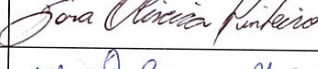
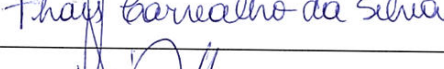
TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS

Título do Projeto

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Cadastro no GPPG
--	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 16 de abril de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	
CLÁUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI	
HELGA GEREMIAS GOUVEIA	
KAROLINE MATURANA RITTER	
MAIRA OLIVEIRA CHAIBEN	
MÁRCIA REJANE STRAPASSON	
SARA OLIVEIRA PINHEIRO	
THAIS CARVALHO DA SILVA	
VIRGINIA LEISMANN MORETO	