



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

**ADVALDO ALVES DE FREITAS JÚNIOR
GABRIEL CARVALHO BARBOSA**

**CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM
MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA**

TERESINA

2019

ADVALDO ALVES DE FREITAS JÚNIOR
GABRIEL CARVALHO BARBOSA

**CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM
MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Monografia) apresentado como
exigência parcial para obtenção do título
de Bacharel em Medicina do Centro
Universitário UNINOVAFAPI.

Orientador: Dr. Jailson Costa Lima.

TERESINA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

T758 Trabalho de Conclusão de Curso - TCC : modalidade MONOGRAFIA /
Advaldo Alves De Freitas Júnior & Gabriel Carvalho Barbosa - 2019.
52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, produzido na modalidade Monografia, turma 2019.2, *Campus* Teresina, Teresina-PI, 2019.

1. Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia – Medicina.
Freitas Júnior, Advaldo Alves de & Barbosa, Gabriel Carvalho (Org.).
II. Título.

CDD: 570

**ADVALDO ALVES DE FREITAS JÚNIOR
GABRIEL CARVALHO BARBOSA**

**CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM
MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
(Monografia) apresentado como
exigência parcial para obtenção do título
de Bacharel em Medicina do Centro
Universitário UNINOVAFAPI.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jailson Costa Lima (Orientador)
UNINOVAFAPI

Membro 1

Membro 2

A **Deus**,

A nossos Pais,

Aos nossos irmãos(ãs)

DEDICAMOS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos nossos pais, irmãos e familiares, por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos nossos amigos de turma, que foram essenciais nessa trajetória, prestando toda ajuda necessária durante todos esses anos de curso.

A esta instituição - UNINOVAFAPI, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a chegada desse momento tão esperado.

Ao nosso orientador, Professor Dr. Jailson Costa Lima, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

“Assim como quem esteve no sol, não precisa dizê-lo;

Não quero expressar meus agradecimentos com palavras,

Na verdade, espero tê-los demonstrado na convivência que tive com todos.”

(Cristinice)

“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis.”

Bertold Brecht

RESUMO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e a mesma tornou-se o modo mais comum de nascimento no País. O objetivo deste estudo foi avaliar as cesarianas e identificar a prevalência das suas principais indicações e seus determinantes em maternidade pública de referência frente a importância desse procedimento no cenário atual. Esta pesquisa correspondeu a um estudo observacional, transversal, analítico, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa em um público de puérperas internadas em enfermaria obstétrica por 72 horas em pós-parto via cesariana na Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina-Piauí. Tal levantamento foi realizado entre o período de 01 de Abril a 31 de Junho de 2019 através de entrevista e aferições das cesarianas e suas indicações diretamente pelos pesquisadores. A amostra foi de 369 puérperas. A coleta de dados foi feita de acordo com a amostragem não probabilística, ou seja, as puérperas foram pesquisadas nas enfermarias obstétricas a medida que forem sendo internadas em pós parto durante o período de levantamento dos dados definidos no cronograma. No instrumento de coleta elaborado pelos pesquisadores foram abordadas as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, idade gestacional (IG), paridade, renda, indicação do parto e índice de apgar. A IG foi calculada em semanas, levando em conta a data da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia de até 20 semanas de gestação, prevalecendo este como datação preferencial. Os resultados revelaram a preferência de mulheres pelo parto cirúrgico vindo corroborar com os altos índices de cesáreas registrados, atualmente, no Brasil. Constatamos que o medo e a dor, a influência cultural e familiar, e o desejo em realizar a laqueadura tubária são fatores determinantes na escolha da cesárea. A escassez de informações à gestante colabora para a escolha do parto cesáreo. Ressalta-se que estudos randomizados devem ser realizados, com amostras mais numerosas, além da inclusão de variáveis relacionadas ao trabalho de parto, a fim de se consolidar de forma mais precisa os diversos achados pesquisados.

Palavras chaves: Parto, Puérperas, Maternidade.

ABSTRACT

CESARIANA: PREVALENCE OF MAJOR PUBLIC MATERNITY INDICATIONS

Brazil is experiencing an epidemic of caesarean section operations, with approximately 1.6 million performed each year. In recent decades, the national rate of caesarean sections has been steadily increasing, and it has become the most common mode of birth in the country. The aim of this study was to evaluate caesarean sections and to identify the prevalence of their main indications and their determinants in maternity, reference public in view of the importance of this procedure in the current scenario. This research corresponded to an observational, cross-sectional, analytical study of a quantitative and qualitative methodological approach in a public of postpartum women admitted to an obstetric ward for 72 hours postpartum via caesarean section at Dona Evangelina Rosa Maternity, Teresina-Piauí. This survey was conducted from April 1st to June 31st, 2019 through interview and caesarean section measurements and their indications directly by the researchers. The sample consisted of 369 postpartum women. Data collection was performed according to non-probabilistic sampling, that is, the mothers were surveyed in obstetric wards as they were admitted to postpartum during the period of data collection defined in the schedule. The collection instrument elaborated by the researchers addressed the following variables: age, marital status, education, gestational age (GA), parity, income, indication of delivery and apgar score. GA was calculated in weeks, taking into account the date of last menstruation (LAD) or ultrasound of up to 20 weeks of gestation, prevailing as the preferred date. The results revealed the preference of women for surgical delivery, corroborating the high rates of caesarean sections currently registered in Brazil. We found that fear and pain, cultural and family influence, and the desire to perform tubal ligation are determining factors in the choice of caesarean section. The lack of information to the pregnant woman contributes to the choice of caesarean section. It is noteworthy that randomized studies should be performed, with larger samples, and the inclusion of variables related to labor, in order to consolidate more precisely the various research findings.

Keywords: Childbirth, Puerperas, Maternity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério faixa etária, Teresina(PI).	24
Tabela 02 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Estado Civil, Teresina(PI).	25
Tabela 03 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Escolaridade, Teresina(PI).	26
Tabela 04 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Renda Familiar, Teresina (PI).	26
Tabela 05 - Média e desvio padrão da idade gestacional, APGAR 1º min e APGAR 5º min., Teresina (PI).	28
Tabela 06 - Tipo de indicações para parto cesariano por faixa etária, Teresina (PI).	30
Tabela 07 - Tipo de indicações para parto cesariano por número de gestações, Teresina (PI).	31
Tabela 08 - Tipo de indicações para parto cesariano por idade gestacional, Teresina (PI).	32

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAP. 1 METODOLOGIA	15
1.1 Tipo e local de estudo	15
1.2 Caracterização da amostra e amostragem	15
1.3 Critérios de inclusão	16
1.4 Critérios de exclusão	16
1.5 Coleta de dados	16
1.6 Análise estatística	17
1.7 Aspectos Éticos	17
1.7.1 Riscos	18
1.7.2 Benefícios	18
CAP. 2 O PARTO CESARIANO	19
2.1. Definição e Caracterização	19
2.2. Aspectos Históricos	20
2.3. Por que este Parto?	22
CAP. 3: PRINCIPAIS INDICAÇÕES DO PARTO CESARIANA EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA	24
3.1. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa	24
3.2 Tipos de Indicações para o parto Cesariano	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE	39
ANEXOS	41

INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e a mesma tornou-se o modo mais comum de nascimento no País. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (MS/SVS/DASIS, 2012).

No século XIX, com o surgimento de novas técnicas cirúrgicas, com a descoberta da anestesia e a melhora nos métodos de antissepsia, a cesárea deixou de significar obrigatoriamente a morte da mãe, tornando-se uma boa alternativa nos casos em que o parto oferecesse riscos para a mãe e/ou feto. (FLAMM, B.L *et al.*, 1984).

O aumento mundial da utilização da cesariana tem sido relacionado com um conjunto de fatores, clínicos e não clínicos, entre os quais estão a dependência das inovações tecnológicas para as práticas de cuidados à saúde, o valor atribuído a essas inovações, a demanda das mulheres pelo procedimento e as questões médico-legais (CARBONE, 2009).

O Brasil apresenta umas das taxas de cesárea mais elevadas do mundo e tem sido citado como exemplo claro do abuso desse procedimento. Estudo que analisou a proporção dos partos realizados no Brasil, identificou que para cada 2 partos vaginais, realizou-se um parto por cesariana (SANCHES, MAMEDE, VIVANCOS, 2012).

O parto cesáreo, apesar de sua aparente praticidade, em alguns casos gera risco a saúde da mulher, além disso, pode interferir no vínculo mãe-filho, adicionalmente há um maior consumo de recursos hospitalares, maior custo de procedimento, maior tempo de internação hospitalar. Apesar dos riscos que a cesárea proporciona, das políticas públicas voltadas para a diminuição dessas taxas, das orientações por parte dos profissionais de saúde o percentual de cesárea continua a subir de forma extraordinária (CARNIEL, p.35, 2007).

Do ponto de vista neonatal, principalmente pela realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana (peritermo), o procedimento passa a ser um fator contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (SOUSA JP, CECATTI JG, FAUNDES A, MORAIS SS, VILLAR J, CAROLLI G, 2010).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente concebida para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (REZENDE *et al.*, 1969). Entretanto, é frequentemente utilizada de forma desnecessária, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas no Brasil (LUMBIGANON P, LAOPAIBOON M, GULMEZOGLU AM, SOUZA JP, TANEEPANICHSKUL S, RUYAN P, *et al.*, 2007-8).

Atualmente, as indicações mais comuns de cesariana são: falha na indução, feto não reativo, apresentação pélvica, cesárea prévia, desproporção cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta, gestação gemelar, placenta prévia, situação transversa, entre outras. Com o aumento da segurança do procedimento e também para minimizar a morbimortalidade perinatal, as indicações de cesariana alargaram-se. Mesmo assim, sabe-se que a morbidade materna é mais frequente e mais grave após a cesariana do que após o parto vaginal, que é mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê (WILLIAMS; ROTINAS OBSTETRICS, 2005-6)

Deste modo, o tema exposto foi escolhido frente à sua extrema importância para a saúde, uma vez que a indicação do parto implica diretamente sobre a saúde materno-infantil. Logo, em meio aos índices crescentes de parto cesáreo sem indicações esclarecidas e dando continuidade aos trabalhos já publicados sobre a temática, é necessário o referido trabalho, a fim de que seja demonstrado a prevalência das indicações de cesarianas em maternidade pública de referência, demonstrando a importância de um parto de saudável e direcionado para a preservação do bem-estar materno-infantil.

Portanto, este estudo prospectivo teve o objetivo de avaliar as cesarianas e identificar a prevalência das suas principais indicações e seus determinantes em maternidade pública de referência frente a importância desse procedimento no cenário atual.

A presente monografia representa envolve pesquisas: bibliográfica, documental e de estudo observacional, transversal, analítico, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa em um público de puérperas internadas em enfermaria obstétrica por 72 horas em pós-parto via cesariana na Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina-Piauí. Está estruturada em três capítulos: Capítulo 1, intitulado METODOLOGIA, que esboça as etapas metodológicas da pesquisa, com destaque a Tipo e local de estudo, Caracterização da amostra e amostragem, Critérios de inclusão,

Critérios de exclusão, Coleta de dados, Análise estatística e Aspectos Éticos; Capítulo 2, intitulado O PARTO CESARIANO, abordando a Definição e Caracterização, Aspectos Históricos e Por que este Parto; Capítulo 3, intitulado PRINCIPAIS INDICAÇÕES DO PARTO CESARIANO EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA, detalhando o Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa e os Tipos de Indicações para o parto Cesariano; seguidos das CONSIDERAÇÕES FINAIS, REFERÊNCIAS e APÊNDICE / ANEXOS.

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA

2.1 Tipo e Local de Estudo

Esta pesquisa correspondeu a um estudo observacional, transversal, analítico, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa em um público de puérperas internadas em enfermaria obstétrica por 72 horas em pós-parto via cesariana na Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina-Piauí. Tal levantamento foi realizado entre o período de 01 de Abril a 31 de Junho de 2019 através de entrevista e aferições das cesarianas e suas indicações diretamente pelos pesquisadores.

A Maternidade Dona Evangelina Rosa localiza-se na zona sul de Teresina, bairro Ilhotas, avenida Higino Cunha. Sua capacidade quando foi inaugurada era de 240 leitos obstétricos e ao longo dos anos foram acrescentados oito leitos perfazendo um total de 248 leitos obstétricos. Além destes, ainda conta com 167 leitos neonatais. É a maior maternidade do estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Apresenta em média 1200 internações por mês das quais 900 são partos e cerca de 120 admissões mensais em pré-natal de alto risco.

Essa entidade de saúde também presta serviços ambulatoriais, atendendo à população de mulheres em idade fértil e seus filhos até cinco anos por equipe multiprofissional e com especial atenção na assistência pré-natal para a adolescente grávida e gestante de alto risco. Esta equipe de saúde desenvolve programas, cursos e palestras relacionadas ao planejamento familiar, autoexame das mamas, gravidez na adolescência, incentivo ao aleitamento materno.

2.2 Caracterização da Amostra e Amostragem

Para o cálculo do tamanho da amostra (n), foi considerado uma margem de erro de 5% (e), nível de confiança de 95% (z=1,96) e o valor do parâmetro “indicação de parto cesáreo em instituição pública” de 40% (P=0,40).

Assim, de acordo com a fórmula, fica:

$$n = z^2 \times \frac{p \times q}{e^2}$$

Onde:

- z é o escore de curva normal que depende do nível de confiança do estudo;

- p é a proporção do parâmetro de referência ($p = 0,40$);
- q equivale a $(1 - p)$ e corresponde à probabilidade fora do parâmetro de referência;
- e é o erro acidental ($e = 0,05$).

Diante disso obteve-se uma amostra de 369 puérperas. A coleta de dados foi feita de acordo com a amostragem não probabilística, ou seja, as puérperas foram pesquisadas nas enfermarias obstétricas a medida que forem sendo internadas em pós parto durante o período de levantamento dos dados definidos no cronograma.

2.3 Critérios de inclusão

Para a realização deste estudo foram consideradas puérperas em pós parto via cesariana a partir de 18 anos de idade na Maternidade Dona Evangelina Rosa durante o período de 01 de Abril a 31 de Junho de 2019 que se dispuseram a participar do trabalho assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1).

2.4 Critérios de exclusão

Foram desconsideradas para a realização desse trabalho puérperas em pós parto via cesariana na Maternidade Dona Evangelina Rosa durante o período de 01 de Abril a 31 de Junho de 2019 que tenham idade inferior a 18 anos ou que se recusaram a assinar o TCLE (ANEXO 1).

2.5 Coleta de dados

Neste estudo, pretendeu-se, inicialmente, realizar a coleta de dados durante o período que envolve os meses de Abril a Junho de 2019. Neste período, aquelas puérperas maiores de 18 anos em enfermarias obstétricas que se voluntariaram a participar do estudo através da assinatura do TCLE (ANEXO 1), foram submetidas a uma entrevista através de um instrumento de coleta sintetizado pelos pesquisadores (APÊNDICE A).

A coleta dos dados foi feita mediante o uso de dados primários e secundários. Os dados primários foram registrados por meio de entrevistas presenciais face a face

realizadas pelos autores do estudo. Os dados secundários foram obtidos por meio dos prontuários das puérperas entrevistadas. Ambos os tipos de dados foram registrados em formulário previamente planejado.

No instrumento de coleta elaborado pelos pesquisadores foram abordadas as variáveis: idade, estado civil, escolaridade, idade gestacional (IG), paridade, renda, indicação do parto e índice de apgar. A IG foi calculada em semanas, levando em conta a data da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia de até 20 semanas de gestação, prevalecendo este como datação preferencial.

2.6 Análise estatística

Uma vez coletados os dados, foi feita uma planilha no programa Microsoft Excel® e foram posteriormente exportados para o programa IBM SPSS Statistics® versão 20 que forneceu os resultados apresentados em tabelas e gráficos e fez os testes estatísticos. A análise foi descritiva por meio da leitura das frequências absolutas (Nº) e relativas (%) quando se tratar de variável categórica e pela descrição das estatísticas de posição (média) e de variabilidade (desvio padrão) quando a variável a ser analisada for quantitativa.

O teste estatístico utilizado foi o do qui-quadrado. A hipótese de associação foi rejeitada quando $p < 0,05$.

2.7 Aspectos Éticos

Todas as questões operacionais e éticas dos trabalhos científicos envolvendo seres humanos devem seguir as normas do Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, a pesquisa aqui preterida foi realizada somente após a submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil e análise e aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ. Tais entidades estão em consonância com a Resolução 466/2012 que regulamenta os estudos que envolvem seres humanos.

De antemão, foi solicitada ao representante legal da Maternidade Dona Evangelina Rosa a autorização para o estudo através da assinatura da Declaração de Autorização da Instituição Co-Participante (ANEXO 2). Assim, após o projeto de pesquisa ser aprovado pelo CEP (ANEXO 5), foi feita a abordagem na maternidade

especificada. Nesta, as mulheres puérperas maiores de 18 anos de idade internadas em enfermarias obstétricas em pós parto via cesariana até 72 horas que aceitaram participar como voluntárias da pesquisa foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos do estudo, bem como os métodos que seriam realizados para a execução dos mesmos.

Logo, a participação dos sujeitos na pesquisa somente foi concretizada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1) contendo todas as informações pertinentes ao estudo, bem como dados pessoais e meio de contato com os pesquisadores e endereço e telefone do Comitê de Ética do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Estas voluntárias tiveram garantido o sigilo das informações fornecidas, bem como a liberdade para solicitar desligamento do estudo em qualquer fase da execução do mesmo.

2.7.1 Riscos

A realização deste trabalho não ofereceu maiores riscos ao público pesquisado. No entanto, pôde-se admitir risco relativo das participantes da pesquisa terem sua identificação exposta, por vazamento de informações pessoais, o que poderia levar a constrangimentos ou prejuízos. Ciente disso, o formulário de coleta de dados não continha espaços de identificação nominal, contato ou endereço dos participantes. Houve também, por parte dos pesquisadores, o compromisso com o sigilo das informações colhidas, como garantido na Declaração de Compromisso dos Pesquisadores.

2.7.2 Benefícios

Uma vez que o presente trabalho se propôs a demonstrar a prevalência das principais indicações de cesariana em maternidade pública de referência, a análise de seus achados permitiu um melhor entendimento a respeito da via de parto cesariana e suas variáveis. Quando foi realizado um paralelo entre os dados das diferentes variáveis consideradas, pôde ser traçado um perfil clínico-epidemiológico das puérperas em pós-parto que ingressam em enfermaria obstétrica. Assim, este estudo tem o potencial de servir como subsídio para uma boa indicação da via de parto cesariana, especialmente quando considerada a importância da qualidade de um parto saudável em todo o bem-estar materno-infantil.

CAPÍTULO 2. O PARTO CESARIANO

A gestação e o parto são acontecimentos que se distanciam de atos meramente biológicos, uma vez que são processos sociais que refletem valores culturais de uma sociedade imersa em aspectos político-econômicos, que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo, interferindo na afinidade que a mulher terá em relação às vias de parto (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000). Em sua trajetória histórica o parto tem passado por diversas transformações, antigamente sem a existência das técnicas de partos que temos na atualidade, não havia a possibilidade de redução das dores do parto e nem a possibilidade de facilitar a realização do mesmo. A realidade da época era que as gestantes ao sentirem o aumento das contrações isolavam-se para parir sem nenhuma assistência ou cuidado especializado, simplesmente a partir deste momento deduziam por instinto que o momento do parto estava chegando (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

2.1. Definição e Caracterização

A cesárea é a cirurgia realizada com maior frequência em mulheres no mundo e, ao longo da evolução histórica, apresentou inúmeras mudanças em virtude de aperfeiçoamento científico e tecnológico. Conceitualmente, na cesárea, o nascimento ocorre por meio de incisão cirúrgica abdominal, ou seja, laparotomia e incisão uterina (histerotomia). Esse conceito não contempla a extração fetal da cavidade abdominal quando há rotura completa do útero e nas gestações ectópicas abdominais (CABAR; FABIO, 2019).

O parto cesariano, segundo literatura obstétrica recente (Cabar, 2019) pode ser caracterizado em 03 (três) tipos: de emergência, eletivo e a pedido (opção materna). O primeiro, cujo intervalo de tempo padrão entre a indicação de emergência e a execução é de 30 minutos, apresenta como principais motivações o sofrimento fetal intrauterino, anormalidades cardiotocográficas, síndromes hemorrágicas agudas e rotura uterina. O segundo representa uma cirurgia planejada por uma série de razões maternas, fetais e placentárias, dentre elas, as malformações fetais, tumores, eclampsias e doenças infecciosas. Por fim, o terceiro tipo representa um parto por via abdominal de gestação com feto único, vivo e de termo, na ausência de qualquer fator médico ou obstétrico como indicação, e consiste em um procedimento eletivo.

Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal (Faundes & Cecatti, 1991; McClain, 1990, Miller, 1998). A escolha de qualquer intervenção médica, em termos éticos, deve-se basear-se no balanço entre riscos e benefícios (Shearer, 1993).

Segundo Fabio Cabar (2019), a cesárea é considerada um procedimento cirúrgico de baixo risco. Entretanto, muitas complicações maternas observadas nos períodos intraoperatório e puerperal e nas gestações subsequentes são mais frequentes quando o parto acontece pela via abdominal.

Carniel, Zanolli e Morcilio (2006), cita os principais riscos e complicações relacionados à cirurgia cesariana, os maternos incluem: maior risco de mortalidade e morbidade materna, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos, entre outros; para o recém-nascido cita-se: distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia, anoxia entre outros; ainda pode ocorrer interferência no vínculo mãe-filho, que pode influenciar negativamente o aleitamento materno.

Zugaib (2012), comenta sobre os riscos de complicações relacionados à cirurgia como, por exemplo: o risco de acretismo placentário (hemorragia, histerectomia, insuficiência renal, infecções, et.) placenta prévia, lesões urológicas (lesões na bexiga e no ureter), cesáreas múltiplas, rotura uterina em gestações posteriores, gravidez ectópica, incontinência urinária, dor pélvica, morbidade materna (hemorragia, infecção puerperal e tromboembolismo) deiscência de cicatriz uterina e lesões no feto.

2.2. Aspectos Históricos

Os primeiros partos abdominais, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2008), ocorreram há mais de 3000 anos a.C. impostos por leis religiosas referiam-se à extração do feto em gestantes já falecidas. Montenegro e Rezende filho (2013) afirmam que durante o século XIX foi incessante a busca pelo aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, porém os esforços eram em vão e nenhum parteiro conseguia realizá-la com sucesso.

A partir do final do século XIX, após a descoberta das técnicas de anestésias, essas passaram a ser utilizadas pela medicina, e a realização de partos por

procedimentos cirúrgicos tornou-se uma opção por escolha das usuárias de saúde não só no Brasil como em todo o mundo. Quase de modo accidental, esta descoberta ocorreu em 1500, quando um indivíduo suíço conseguiu autorização judicial para abrir a cavidade abdominal da própria esposa, devido dores insuportáveis que supostamente estariam causando riscos à integridade de sua saúde. Deste modo surgiram os partos cesarianas que progressivamente passaram a ser consideradas os partos mais seguros e menos sofridos, principalmente quando há risco para gestantes e bebês (BASTOS et al., 2009).

A Agência nacional de Saúde Suplementar (2008) afirma ainda que, desde o final dos anos 60, a cesariana realizada de forma correta e com o grau de segurança que adquiriu, podia ser apontada como uma das mais importantes conquistas da obstetrícia moderna por garantir uma redução significativa das chances de mortalidade materna e neonatal durante o trabalho de parto.

O fenômeno do aumento das taxas de cesarianas é registrado na maioria dos países do mundo. No ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com maior número de cesarianas em relação ao total de nascimentos. Desde o início do novo milênio até o final da primeira década do mesmo, dos novos brasileiros que vieram ao mundo, 43,8% foram mediante a realização de partos cesarianos, deixando o país atrás apenas do Chipre, que teve 50,9% (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Diante desse grande aumento no número de cesarianas, a OMS, em 1985, recomendou para todos os países que as taxas para essa cirurgia não poderiam ultrapassar 15%, porém, desde a década de 70 vem se observando um aumento muito grande em várias partes do mundo, em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. (CARNIEL, ZANOLI, MORCILLO, 2006).

Dados recentes publicados pelo Ministério da Saúde, também apontam um elevado número de partos cesáreos no Brasil, estimado em 40% na rede pública, chegando a 84% na saúde suplementar. Laboissière (2010), ressalta que, em verdade, pode-se observar uma taxa crescente de cesarianas no Brasil nas últimas três décadas, acompanhada, *pari passu*, por uma significativa diminuição da mortalidade materna.

O Brasil, portanto, está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesárea, ainda muito acima do limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Durante as últimas três décadas, o setor de saúde que mais tem colaborado com valores crescentes é o setor de serviço suplementar (ANS), cujas particularidades influenciam negativamente na redução de cesáreas desnecessárias

(HADDAD; CECATTI, 2011). Logo, o Brasil é um dos países com maior incidência de cesarianas em todo território mundial, sendo que desde a década de 1970, esses números vêm sendo elevados cada vez mais. Na década de 1990 os números mostraram que no Brasil as taxas de cesarianas foram de 27,1% em relação a outros países com histórico de cesarianas elevadas (DIAS et al., 2008).

Segundo o ministério da saúde (2018), programas, criados a partir do incentivo governamental, estimulam e aconselham as gestantes sobre os benefícios do parto normal, como a Rede Cegonha, destacando que a cesárea deverá ser realizada somente quando for necessária. Projeto Parto Cuidadoso que visa, entre outros objetivos, a implementação de critério para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais, contribui atualmente com a diminuição das taxas de cesárea no Brasil.

Desde 2000, as taxas de cesárea apresentavam uma tendência de aumento alcançando 57% em 2014 com redução para 55,5% em 2015 (Ministério da saúde, 2018). Ademais, frente ao cenário atual, deve-se impor a adoção ainda mais estratégias para redução, em longo prazo, de cesarianas desnecessárias.

2.3. Por que este Parto?

Entre os motivos que levam os médicos a optarem pelas cesarianas pode ser justificado por justa causa em casos de necessidade real do procedimento, promovendo prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido e da mãe como, por exemplo, sua importância em casos de descolamento prematuro de placenta, infecção pelo HIV, cardiopatia materna, má formação fetal, sofrimento fetal crônico, placenta prévia, rotura uterina, parto com desproporção céfalo-pélvica verdadeira e da eclampsia, dentre outras intercorrências obstétricas. No entanto, o aumento da frequência de parto cesáreo não apresentou uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascido, fato que corrobora com dados da Organização Mundial de Saúde, que caracteriza o parto operatório como uma das práticas mais frequentes, sendo utilizado de modo inadequado e desordenado (HADDAD; CECATTI, 2011).

Segundo Fabio Cabar (2019), nas ultimas décadas, a indicação de cesárea tem sido estimulada pela melhoria nas técnicas anestésicas e na técnica cirúrgica, pela utilização de antibioticoterapia prolifática aplicada, tornando o procedimento de baixo

risco materno. Tal aumento na quantidade de cesárias tem sido motivo de preocupação, pois representa também aumento nos custos e na morbidade materna e fetal.

Segundo Gonçalves (2009), não há dúvidas de que a cesariana pode salvar vidas e prevenir sequelas neonatais; no entanto, a elevada incidência de cesárea no mundo vem tornando-se um grave problema de saúde pública e obstétrico. As consequências deste cenário podem ser graves, levando a maiores chances da mulher desenvolver infecção puerperal, risco de mortalidade e morbidade materna, e de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da puérpera, maior período de separação entre mãe e bebê, levando a atraso e dificuldade de lactação, e maior tempo de hospitalização, o que gera elevação de gastos para o sistema de saúde.

Entre os fatores que influenciam a opção por um parto cesáreo têm sido relatados: (a) a organização da atenção obstétrica, pautada pela conveniência de uma intervenção programada e pela insegurança do médico, decorrente de treinamento insuficiente na gama de variações que ocorrem durante o desenrolar de um parto normal; (b) fatores institucionais ligados à forma de pagamento e à exclusão do pagamento de anestesia peridural para partos vaginais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), situação já revista pelo Ministério da Saúde, mas não modificada em todos os hospitais; (c) a esterilização cirúrgica, realizada frequentemente durante cesáreas eletivas; e (d) fatores socioculturais, que levariam à preferência, por parte das mulheres e dos profissionais de saúde, por um parto cirúrgico, tais como: medo da dor do parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina e a crença de que o parto vaginal é mais arriscado do que uma cesárea, sendo a última considerada a forma mais “moderna” de se ter filhos (Faundes & Cecatti, 1991; Rattner, 1996).

CAPÍTULO 3. PRINCIPAIS INDICAÇÕES DO PARTO CESARIANA EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA

Este capítulo trata de uma pesquisa documental realizada em uma maternidade pública do município de Teresina – PI, extraído através de entrevista direta com as pacientes. Está organizado em dois itens para melhor compreensão dos resultados obtidos.

3.1. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa

Para análise do perfil clínico-epidemiológico das puérperas participantes desta pesquisa, tomou-se como critérios avaliativos a faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e idade gestacional, tendo sido quantificado as frequências absolutas (Nº) e relativas (%), com desvio padrão igual a 1.

Das 369 puérperas participantes desta pesquisa, foi observado que a faixa etária variou de 19 a 46 anos, havendo predomínio da faixa compreendida entre 26 a 32 anos (Tabela 01).

Tabela 01 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério faixa etária, Teresina(PI).

Perfil	Nº	%
Faixa Etária	19 a 25	137
	26 a 32	142
	33 a 39	75
	40 a 46	15
Total	369	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Atualmente, estudos demonstram que a idade materna predominante em partos via abdominal é menor que 35 anos, prevalecendo à faixa etária compreendida entre 19 a 23 anos. O estudo prospectivo corrobora com o cenário já apresentado no Brasil, demonstrando alta prevalência em partos com mães jovens, chegando a mais de 70% (279 de um total de 369) com idade inferior a 35 anos. O esperado seriam mulheres mais velhas sendo submetidas à cesárea, com possibilidade de ligação tubária, embora a

mulher jovem tenha outras indicações. O fato sugere que as adolescentes estão iniciando a vida sexual mais cedo, registrando a escassez de informação e orientação quanto à sexualidade e planejamento familiar.

Com relação ao estado civil das pacientes, foi observado que no período de realização desta pesquisa as mães solteiras, com união estável e casadas foram as de maior frequência atingindo, cada uma delas, percentuais em torno de 30% (Tabela 02).

Tabela 02 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Estado Civil, Teresina(PI).

Perfil	Nº	%
Solteira	121	32,79
União Estável	127	34,42
Casada	117	31,71
Estado Civil Separada	-	-
Divorciada	2	0,54
Viúva	2	0,54
Total	369	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em comparação aos índices de parto cesarianos já realizados no Brasil e no mundo, o resultado obtido em relação ao estado civil prevalente foi semelhante, sendo as mães solteiras e em união estável cada vez mais submetidas a tal procedimento cirúrgico, cada uma superando 30% do total. Dessa forma, podemos inferir que esse resultado apresenta boa correlação com os dados da tabela 01, revelada por partos cesarianos com idades precoces e sem planejamento familiar. O fato sugere a presença da mãe como o alicerce e a ausência do pai nas famílias brasileiras, preocupante no que diz respeito ao futuro social, psicológico e profissional dos filhos.

A análise da escolaridade das pacientes demonstrou a presença das diversas escolaridades, o que denota que na maternidade pública alvo desta pesquisa ocorre atendimentos de diferentes pacientes quanto a este critério (Tabela 03).

Tabela 03 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Escolaridade, Teresina(PI).

Perfil	Nº	%	
Escolaridade	Sem Escolaridade	4	1,08
	Fund.Incompleto	85	23,04
	Fund.Completo	29	7,86
	Médio Incompleto	79	21,41
	Médio Completo	134	36,31
	Sup.Incompleo	20	5,42
	Superior Completo	18	4,88
Total	369	100,00	

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

O resultado obtido em relação à escolaridade foi semelhante aos estudos mais atuais sobre o perfil-clínico epidemiológico de parturientes submetidas à cesárea. A predominância de ensino médio completo (36,31%) significa uma melhora na qualidade de formação das mães atualmente, porém a soma de mães com escolaridade abaixo de médio completo chega a ser superior (53,39%). Os baixos índices de mães com escolaridade superior completo e incompleto corroboram com a tese da gravidez precoce, por falta de informação e estudo suficientes para um planejamento familiar adequado.

A renda familiar predominante entre as pacientes foi a de um salário mínimo (quase 80%) não existindo resultado para rendas superiores a quatro salários mínimos (Tabela 04).

Tabela 04 - Perfil clínico-epidemiológico das parturientes, critério Renda Familiar, Teresina (PI).

Perfil	Nº	%	
Renda Familiar (R\$)	Até 954,00	294	79,67
	De 954,01 a 2.862,00	71	19,24
	De 2.862,01 a 4.770,00	4	1,08
	De 4.770,01 a 9.540,00	-	-
	Acima de 9.540,00	-	-
Total	369	100,00	

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em relação à renda familiar, podemos concluir que as parturientes, em sua grande maioria, ainda encontram-se no patamar do desemprego, muitas dependentes do bolsa-auxílio fornecida por programas governamentais. Tal cenário corrobora com o resultado obtido por outros estudos randomizados e complementam as percentagens prevalentes nas tabelas discutidas acima, com mães solteiras apresentando baixa escolaridade e, por consequência, baixa renda familiar.

Outro critério importante no perfil clínico-epidemiológico é a Idade Gestacional (IG) e o índice de APGAR. A IG foi calculada em semanas, levando em conta a data da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia de até 20 semanas de gestação, prevalecendo este como datação preferencial.

A escala de APGAR, também conhecida como índice de APGAR, é um teste feito no recém-nascido logo após o nascimento que avalia o seu estado geral e vitalidade, ajudando a identificar se é necessário qualquer tipo de tratamento ou cuidado médico extra após o nascimento. Esta avaliação é feita logo no primeiro minuto de nascimento e é repetida 5 após o parto, tendo em consideração características do bebê como atividade, batimento cardíaco, cor, respiração e reflexos naturais, que representam os 5 grandes grupos de sinais vitais:

1. Atividade (tônus muscular)

0 = Músculos flácidos;

1 = Dobra os dedos e movimenta os braços ou pernas;

2 = Movimenta-se ativamente.

2. Batimento cardíaco

0 = Sem batimento cardíaco;

1 = Inferior a 100 batimentos por minuto;

2 = Superior a 100 batimentos por minuto.

3. Reflexos

0 = Não responde a estímulos;

1 = Faz caretas quando estimulado;

2 = Chora vigorosamente, tosse ou espirra.

4. Cor

- 0** = O corpo tem coloração pálida ou azul-acinzentada;
1 = Coloração rosada no corpo, mas azulada nos pés ou mãos;
2 = Coloração rosada em todo o corpo.

5. Respiração

- 0** = Não respira;
1 = Choro fraco com respiração irregular;
2 = Choro forte com respiração regular.

Para cada dimensão deve ser dado o valor correspondente à resposta que melhor representa o estado do bebê no momento. No final, essa pontuação é somada para obter um valor único, que poderá variar entre 0 e 10.

A análise destes dois aspectos (IG e índice de APGAR) entre as pacientes amostradas trouxe o resultado discriminado na Tabela 05.

Tabela 05 - Média e desvio padrão da idade gestacional, APGAR 1º min e APGAR 5º min., Teresina (PI).

Variáveis	Média	DP
Idade Gestacional	38	2
Apgar 1º min	8	1
Apgar 5º min	10	5

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

A interpretação do valor que surge após somar a pontuação de todas as dimensões do índice de APGAR deve ser sempre feita por um obstetra, no entanto, o normal é que um bebê saudável nasça, no mínimo, com uma pontuação de 7 ao primeiro minuto. Este tipo de pontuação inferior a 10 é bastante comum e acontece porque a maioria dos bebês precisa ser aspirado para retirar todo o líquido amniótico dos pulmões antes de conseguir respirar normalmente. No entanto, por volta dos 5 minutos é comum que o valor aumente para os 10.

O surgimento de uma pontuação inferior que 7, ao 1º minuto, é mais comum em bebês que nasceram após uma gravidez de risco, por cesárea, após uma complicação no parto ou antes das 37 semanas. Nestes casos, a pontuação inferior não é motivo de

preocupação, no entanto, deve aumentar após 5 minutos. Vale ressaltar que o valor baixo de APGAR não prediz qualquer tipo de resultado sobre inteligência, personalidade, saúde ou comportamento da criança no futuro.

Os resultados obtidos em relação à média do Apgar no 1º e 5º min e da idade gestacional frente às 369 parturientes representam números semelhantes ao relacionar com o cenário nacional, que demonstram prevalência no intervalo de 37 a 41 semanas em parto por via abdominal. No estudo prospectivo, obtivemos uma média de 38 semanas e Apgar 8/10 dentre todos os partos pesquisados, resultado satisfatório em relação ao perfil clínico dos recém-nascidos, com baixo índice de prematuridade e boa vitalidade ao nascer.

3.2 Tipos de Indicações para o Parto Cesariano

O Parto Cesariana consiste basicamente na condução de uma cirurgia pélvica para a retirada do bebê. Assim, ele não nasce pelo canal vaginal, como acontece no parto normal, mas pela abertura cirúrgica feita no abdômen da mãe. A cesariana deve ser feita apenas nos casos em que o parto normal oferece risco para a saúde da gestante e do bebê. Isso ocorre porque a cesárea é uma cirurgia e, como tal, tem diversos riscos intrínsecos que podem expor a mãe e a criança a complicações — como infecções, intercorrências hemorrágicas ou aquelas inerentes ao uso da anestesia.

Além disso, a recuperação é significativamente mais demorada e dolorosa e requer maior tempo de internação hospitalar.

Diferentes são as situações que podem fazer da cesárea uma opção mais segura, sendo que elas podem estar ligadas a problemas maternos ou relacionados à gravidez ou ao bebê. Nesta pesquisa foram avaliadas vinte e oito (28) situações de indicações para este tipo de parto, em relação a três critérios: faixa etária, nº de gestações e idade gestacional das pacientes amostradas (Tabelas 06, 07 e 08).

Tabela 06 - Tipo de indicações para parto cesariano por faixa etária, Teresina (PI).

Variáveis	Faixa etária									
	19 a 25		26 a 32		33 a 39		40 a 46		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
pré eclâmpsia	49	35,77	45	31,69	25	33,33	5	33,33	124	33,60
iteratividade	22	16,06	39	27,46	15	20,00	4	26,67	80	21,68
gemelaridade	10	7,30	6	4,23	3	4,00	1	6,67	20	5,42
Diabetes gestacional	1	,73	3	2,11	4	5,33	1	6,67	9	2,44
desproporção céfalopelvica	8	5,84	9	6,34	4	5,33	-	-	21	5,69
macrossomia	5	3,65	2	1,41	4	5,33	1	6,67	12	3,25
oligodramnio	8	5,84	5	3,52	1	1,33	2	13,33	16	4,34
apresentação pélvica	1	,73	2	1,41	2	2,67	-	-	5	1,36
apresentação transversa	-	-	-	-	1	1,33	-	-	1	,27
apresentação córmica	-	-	-	-	1	1,33	-	-	1	,27
doença inflamatória pélvica	1	,73	-	-	-	-	-	-	1	,27
cardiopatia fetal	2	1,46	1	,70	1	1,33	-	-	4	1,08
sofrimento fetal agudo	7	5,11	3	2,11	3	4,00	-	-	13	3,52
cardiotocografia não tranquilizadora	-	-	4	2,82	-	-	-	-	4	1,08
amniorexe prematura	7	5,11	8	5,63	2	2,67	1	6,67	18	4,88
polidramnio	-	-	1	,70	1	1,33	-	-	2	,54
parada de progressão	3	2,19	5	3,52	-	-	-	-	8	2,17
sífilis	1	,73	-	-	-	-	-	-	1	,27
retrovírose	2	1,46	-	-	3	4,00	-	-	5	1,36
restrição de crescimento intrauterino	1	,73	1	,70	2	2,67	-	-	4	1,08
anidramnio	1	,73	1	,70	-	-	-	-	2	,54
descolamento prematuro de placenta	3	2,19	3	2,11	-	-	-	-	6	1,63
falha na indução	3	2,19	1	,70	-	-	-	-	4	1,08
pós-datismo	1	,73	2	1,41	1	1,33	-	-	4	1,08
miomatose uterina	-	-	-	-	1	1,33	-	-	1	,27
taquicardia fetal	-	-	1	,70	-	-	-	-	1	,27
placenta prévia	-	-	-	-	1	1,33	-	-	1	,27
não especificado	1	,73	-	-	-	-	-	-	1	,27
Total	137	100,00	142	100,00	75	100,00	15	100,00	369	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Tabela 07 - Tipo de indicações para parto cesariano por número de gestações, Teresina (PI).

Variáveis	Nº gestações									
	1		2		3		+ de 3		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
pré eclâmpsia	40	37,04	45	46,88	24	26,37	15	20,27	124	33,60
iteratividade	2	1,85	13	13,54	36	39,56	29	39,19	80	21,68
gemelaridade	3	2,78	7	7,29	5	5,49	5	6,76	20	5,42
Diabetes gestacional	2	1,85	1	1,04	2	2,20	4	5,41	9	2,44
desproporção céfalopelvica	11	10,19	6	6,25	2	2,20	2	2,70	21	5,69
macrossomia	2	1,85	1	1,04	5	5,49	4	5,41	12	3,25
oligodramnio	9	8,33	5	5,21	1	1,10	1	1,35	16	4,34
apresentação pélvica	1	,93	2	2,08	-	-	2	2,70	5	1,36
apresentação transversa	-	-	1	1,04	-	-	-	-	1	,27
apresentação córmica	-	-	-	-	-	-	1	1,35	1	,27
doença inflamatória pélvica	1	,93	-	-	-	-	-	-	1	,27
cardiopatia fetal	2	1,85	2	2,08	-	-	-	-	4	1,08
sofrimento fetal agudo	7	6,48	2	2,08	3	3,30	1	1,35	13	3,52
cardiotocografia não tranquilizadora	1	,93	-	-	2	2,20	1	1,35	4	1,08
Tipos de indicação										
amniorexe prematura	9	8,33	2	2,08	5	5,49	2	2,70	18	4,88
polidramnio	-	-	1	1,04	1	1,10	-	-	2	,54
parada de progressão	6	5,56	1	1,04	1	1,10	-	-	8	2,17
sífilis	-	-	-	-	1	1,10	-	-	1	,27
retrovírose	-	-	1	1,04	1	1,10	3	4,05	5	1,36
restrição de crescimento intrauterino	3	2,78	-	-	-	-	1	1,35	4	1,08
anidramnio	2	1,85	-	-	-	-	-	-	2	,54
descolamento prematuro de placenta	2	1,85	2	2,08	-	-	2	2,70	6	1,63
falha na indução	2	1,85	1	1,04	1	1,10	-	-	4	1,08
pós-datismo	1	,93	2	2,08	-	-	1	1,35	4	1,08
miomatose uterina	1	,93	-	-	-	-	-	-	1	,27
taquicardia fetal	1	,93	-	-	-	-	-	-	1	,27
placenta prévia	-	-	-	-	1	1,10	-	-	1	,27
não especificado	-	-	1	1,04	-	-	-	-	1	,27
Total	108	100,00	96	100,00	91	100,00	74	100,00	369	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Tabela 08 - Tipo de indicações para parto cesariano por idade gestacional, Teresina (PI).

Variáveis	Idade gestacional					
	abaixo de 38		38 ou +		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
pré eclâmpsia	35	31,53	89	34,50	124	33,60
iteratividade	9	8,11	71	27,52	80	21,68
gemelaridade	15	13,51	5	1,94	20	5,42
Diabetes gestacional	5	4,50	4	1,55	9	2,44
desproporção céfalopelvica	5	4,50	16	6,20	21	5,69
macrosomia	4	3,60	8	3,10	12	3,25
oligodramnio	10	9,01	6	2,33	16	4,34
apresentação pélvica	2	1,80	3	1,16	5	1,36
apresentação transversa	-	-	1	,39	1	,27
apresentação córmica	-	-	1	,39	1	,27
doença inflamatória pélvica	1	,90	-	-	1	,27
cardiopatia fetal	1	,90	3	1,16	4	1,08
sofrimento fetal agudo	2	1,80	11	4,26	13	3,52
cardiotocografia não tranquilizadora	2	1,80	2	,78	4	1,08
amniorexe prematura	10	9,01	8	3,10	18	4,88
polidramnio	-	-	2	,78	2	,54
parada de progressão	2	1,80	6	2,33	8	2,17
sífilis	-	-	1	,39	1	,27
retrovirose	-	-	5	1,94	5	1,36
restrição de crescimento intrauterino	4	3,60	-	-	4	1,08
anidramnio	-	-	2	,78	2	,54
descolamento prematuro de placenta	2	1,80	4	1,55	6	1,63
falha na indução	-	-	4	1,55	4	1,08
pós-datismo	-	-	4	1,55	4	1,08
miomatose uterina	1	,90	-	-	1	,27
taquicardia fetal	-	-	1	,39	1	,27
placenta prévia	1	,90	-	-	1	,27
não especificado	-	-	1	,39	1	,27
Total	111	100,00	258	100,00	369	100,00

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em relação à tabela 06, observa-se que a Pré-eclâmpsia predomina em todas as faixas etárias, atingindo 33.60% do total. Em seguida, temos a Iteratividade (21,68%), que aumenta sua percentagem diretamente proporcional ao aumento de idade das parturientes e do número de gestações, como observado na tabela 07. As demais indicações seguem em números bem inferiores as duas acima.

Ao comparar as diversas indicações ao número de gestações, observa-se novamente um domínio da doença hipertensiva exclusiva da gravidez, porém ultrapassada pela Iteratividade quando temos parturientes apresentando acima de três gestações. Tal fato sugere que o histórico de cesáreas anteriores (manipulações cirúrgicas) é preponderante na indicação do parto via abdominal, sendo assim chamada de cesárea por Iteratividade, onde os riscos materno-fetais superam os benefícios. Frente ao cenário nacional, o resultado observado é satisfatório.

Na tabela 08, altos índices de pré-eclâmpsia se destacam entre parturientes abaixo e acima de 38 semanas de gestação, atingindo mais de 30% do total. Outras indicações apresentam elevação de suas percentagens quando gestações abaixo de 38 semanas, dentre elas Gemelaridade, Amniorexe Prematura, Oligodrâmnio, Desproporção céfalopélvica e DM gestacional. Ao compararmos com os estudos mais atuais no Brasil, observa-se uma discrepância revelada com os altos índices Pré-eclâmpsia e Iteratividade. O fato sugere que as parturientes, em sua grande maioria, no estado do Piauí, apresentam alteração grave de valores pressóricos no período da gestação, além de gestações múltiplas (Multíparas), induzindo ao parto cesáreo como principal opção.

Uma das razões pela escolha da cesariana eletiva, além da conveniência em programar o nascimento do filho, é evitar a dor do parto. Por esse motivo muitas mulheres optam pelo parto cirúrgico, ignorando a possibilidade de receber cuidados para alívio da dor também no parto vaginal: métodos farmacológicos e não farmacológicos. No Brasil, existe ainda uma preocupação estética, associada ao mito de que a cesárea mantém intacta a anatomia e fisiologia da vagina e períneo (MULLER; RODRIGUES; PIMENTEL, 2015). Outro fator cultural importante é a crença popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea, o que vai contra as evidências científicas (REIS et al, 2014). Assim, muitos desfechos indesejados são geralmente atribuídos à não realização ou à realização tardia da cesárea. A escolha da mulher pelo tipo de parto tem, portanto, diversas influências (COPELLI, et al, 2015).

Estudo de base populacional mostrou que, no setor público, a proporção de mulheres que prefere um parto cesáreo não se modificou ao final da gestação, ficando próxima a 30%. Estudos apontam que não há grande satisfação com o parto cesariana, principalmente entre mulheres das classes econômicas menos favorecidas, uma vez que no setor público sua ocorrência está quase sempre associada a complicações durante a gestação e o trabalho de parto (WEIDLE et al, 2014).

A dificuldade de interferir na tendência de aumento das taxas de parto cesárea advém da complexidade deste tema, visto que se trata de uma questão multidimensional, com determinantes múltiplos e complexos (LOTFI et al, 2014). Há sim o componente biológico materno, porém no Brasil o que mais determina sua ocorrência é a interação de fatores historicamente construídos, como a qualidade da formação profissional; a prática não baseada em evidências; o protagonismo do obstetra; o modelo de assistência à maternidade (medicalização e hospitalização); a forma de organização dos serviços de saúde; o pagamento por procedimentos; a percepção da maioria da população sobre a possível superioridade dessa via de parto; conveniência e praticidade, dentre outras razões culturais (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Salienta-se que este estudo possui algumas limitações, tais como o delineamento transversal, que pode afetar a interpretação dos dados, e o viés do recordatório materno. Entretanto, as entrevistas ocorreram imediatamente após o parto, minimizando a possibilidade de esquecimento das puérperas acerca dos eventos gestacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram a preferência de mulheres pelo parto cirúrgico vindo corroborar com os altos índices de cesáreas registrados, atualmente, no Brasil. Constatamos que o medo e a dor, a influência cultural e familiar, e o desejo em realizar a laqueadura tubária são fatores determinantes na escolha da cesárea. A escassez de informações à gestante colabora para a escolha do parto cesáreo. Ressalta-se a necessidade de desenvolver educação ativa para o esclarecimento da população sobre os benefícios e as desvantagens das vias de parto. Ficou evidente a necessidade da ação educativa a ser realizada pelo enfermeiro durante o pré-natal a fim de resgatar o papel ativo da mulher no processo parturitivo, para que esta não seja induzida nem coagida na escolha da preferência do tipo de parto, bem como ser ouvida e esclarecida em suas dúvidas e temores.

É notório o fato de que a cesariana deve ser indicada sempre que houver qualquer indício ou ameaça de dano ao binômio materno-perinatal. Se, em épocas pretéritas, “morrer de parto” era um fato corriqueiro, nos dias atuais, é inconcebível e inaceitável a morte de uma mãe em decorrência da gestação-parto-puerpério. A assertiva de que o parto vaginal é melhor porque é “natural” não pode e não deve ser levada às últimas consequências, sob o risco de enormes infortúnios. A melhor forma de nascer é a forma segura. Proporcionar a cada gestante o direito de escolher a via de parto de seu filho é interceder pela autonomia da grávida, antecipando-lhe respeito e garantia de dignidade. Em desejando a gestante uma cesariana eletiva, respeitada sua autonomia, deve o obstetra realizá-la apenas transcorridas as 39 semanas de gestação a fim de garantir os melhores resultados perinatais ao recém-nascido.

Salienta-se que é preciso investir na formação dos profissionais de saúde, capacitá-los a realizar o acompanhamento e o cuidado pré-natal, além do parto vaginal, e intervir com cesariana nos casos realmente necessários, garantindo as boas práticas, a humanização do atendimento, bem como a promoção do parto e nascimento seguros. Ressalta-se que estudos randomizados devem ser realizados, com amostras mais numerosas, além da inclusão de variáveis relacionadas ao trabalho de parto, a fim de se consolidar de forma mais precisa os diversos achados pesquisados.

REFERÊNCIAS

BENZECRY, Roberto (Ed.). Tratado de obstetrícia Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter. 2001.

CABAR, Fábio Roberto. Principais temas em Obstetrícia – 1. Ed. São Paulo: Medcel. 2019 – Capítulo 7, Tocurgia.

Camara M. F. B, Medeiros M, Barbosa M. A. Fatores sócio culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2000; Disponível: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/ Cesarea.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html).

CARNIEL, ZANOLI, MORCILLO, 2006. Caracterização das cesarianas em uma maternidade publica do extremo norte do brasil.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(1):34-40.

Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women's preference for cesarean section. Texto Contexto Enferm. 2015;24(2):336-43.

DIAS, M. A. B. 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. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(5):1521-34.

Faundes & Cecatti, 1991; Rattner, 1996. Parto Cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>

FLAMM, B.L et alH. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and internal fetal monitoring. Am. J. Obstet. Gynecol, St. Louis, 148: 759-763, 1984.

Gonçalves AK, Missio L. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. In: 7º Encontro de Iniciação Científica. [Internet] Dourados: UEMS; 2009. [acesso em 28 jan 2012]. Disponível: <http://periodicos.uems.br/index.php/enic/article/view/1978>.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(5):252-62.

Laboissière P. (25 Maio, 2012). Mortalidade materna no Brasil teve queda de 21% de 2010 para 2011 UOL Notícias. Retirado de: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/05/25/mortalidade-materna-no-brasil-teve-queda-de-21-de-2010-para-2011.html>

Lotfi R, Tehrani FR, Dovom MR, Torkestani F, Abedini M, Sajedinead S. Development of strategies to reduce cesarean delivery rates in Iran 2012-2014: a mixed methods study. *Int J Prev Med*. 2014;5(12):1552-66.

Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010 Feb 6;375(9713):490-9. PubMed PMID: 20071021. Epub 2010/01/15. eng. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>

<http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>

MS/SVS/DASIS - Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos %u2013 SINASC e SIP/ANS. 2013.

Muller E, Rodrigues L, Pimentel C. O tabu do parto: dilemas e interdições de um campo ainda em construção. *Civitas*. 2015;15(2):272-93.

Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OLB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 12]; 44(1):70 - 9. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v44n1/08.pdf>

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. Aletheia, jan./abr., 2012. 37, p.212-227.

Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014;36(2):65-71.

Rezende J. Operação cesariana. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1969. Obstetrícia;p.952-91

Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. Texto & contexto enferm [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2013 Dec 10];21(2):418-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a21v21n2.pdf>

Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bulletin of the World Health Organization. 2010 Feb;88(2):113-9. PubMed PMID: 20428368. Pubmed Central PMCID: PMC2814475. Epub 2010/04/30. eng.

Souza PJ, Pileggi-Castro C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. Cad Saúde Pública. 2014; 30 Suppl:51-3.

Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Cad Saúde Coletiva. 2014;22(1):46-53.

Willians obstetric; Rotinas obstetric. 2005-6

APÊNDICE**INTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Questionário N°: _____

1 – IDADE (anos completos): _____

2 – ESTADO CIVIL:

SOLTEIRA ()

CASADA ()

SEPARADA ()

DIVORCIADA ()

VIÚVA ()

3 – ESCOLARIDADE:

SEM ESCOLARIDADE ()

FUNDAMENTAL INCOMPLETO ()

FUNDAMENTAL COMPLETO ()

MEDIO INCOMPLETO ()

MEDIO COMPLETO ()

SUPERIOR INCOMPLETO ()

SUPERIOR COMPLETO ()

4 – RENDA FAMILIAR:

ATÉ 954,00 REAIS ()

DE 954,00 a 2862,00 REAIS ()

DE 2862,00 a 4770,00 REAIS ()

DE 4770,00 a 9.540,00 REAIS ()

ACIMA DE 9.540,00 REAIS ()

5 – NÚMERO DE GESTAÇÕES (PARIDADE N°): _____

6 – INDICAÇÃO DO PARTO (CESARIANA): _____

7– IDADE GESTACIONAL (SEMANAS):

8 – INDICE DE APGAR (1º e 5º min):

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA”**, conduzida pelos estudantes: Advaldo Alves de Freitas Júnior e Gabriel Carvalho Barbosa, discentes do curso de Medicina do Centro Universitário Uninovafapi, sob orientação do professor: Jailson Costa Lima.

O objetivo central do estudo é: Avaliar a prevalência das indicações de cesariana em maternidade pública de referência. O convite a sua participação se deve à necessidade de caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da população avaliada, avaliar idade gestacional e índice de Apgar dos partos por via cesariana, Identificar as principais indicações em parto via cesariana e associar as principais indicações em parto via cesariana com a idade, número de gestações e idade gestacional da população avaliada

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada caso decida não participar da pesquisa ou, tendo aceitado, desistir desta. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. E qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador responsável. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação se dará de forma direta e consistirá em responder perguntas de um questionário, no qual é de fácil compreensão. No momento da entrevista responderá a perguntas sobre idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, paridade, idade gestacional (IG), indicação do parto e índice de Apgar. O tempo necessário para o

preenchimento do questionário é de aproximadamente vinte minutos e as informações obtidas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às estas os pesquisadores responsáveis.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI. Esta pesquisa poderá contribuir para as puérperas, através do esclarecimento quanto às vantagens do parto via cesariana e suas indicações, além de traçar um perfil clínico-epidemiológico das gestantes, delimitando as condições que podem estar relacionadas a indicação do parto via cesariana e demonstrando a importância de um parto de saudável e direcionado para a preservação do bem-estar materno-infantil.

. Além disso, os benefícios implicados dessa pesquisa será disponibilizar fontes novas de conhecimento científico para os gestores das instituições, para os profissionais de saúde e para a comunidade científica, além de contribuir para subsidiar políticas públicas que tenham o objetivo de realizar medidas de intervenção nessa área.

Todo estudo envolvendo seres humanos é inerente a riscos. O risco associado à pesquisa seria a não confidencialidade das informações. No entanto, os pesquisadores manterão em sigilo em todas as etapas a identificação das pessoas estudadas. Os dados coletados serão expressos sob a forma de codificação numérica para que não ocorra associação com nenhuma paciente, sendo de conhecimento somente dos pesquisadores. Além disso, serão usados exclusivamente nesta pesquisa sendo, portanto, confidenciais. Seu nome nunca será divulgado em nenhum relatório deste estudo. A abordagem para a realização da entrevista com as puérperas será realizada nas enfermarias obstétricas da Maternidade Dona Evangelina Rosa, em ambiente tranquilo, para que não haja exposição ou qualquer constrangimento as pacientes. As informações adquiridas não serão utilizadas para outros fins. Qualquer dúvida pode ser esclarecida pelos pesquisadores e a desistência da participação pode ser feita a qualquer momento.

De forma a garantir a indenização por danos, os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para a participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas estão rubricadas pelos participantes da pesquisa e pelos pesquisadores. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do centro universitário UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738; e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O contato com o pesquisador responsável, Jailson Costa Lima, pode ser realizado pelo telefone: (86)99467-0967 / e-mail:jailsoncostalima@hotmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

RG/CPF: 644.016.773-15

NOME

CPF

ASSINATURA

Advaldo Alves de Freitas Júnior

039.647.673-28

Gabriel Carvalho Barbosa

045.956.723-30

Teresina, _____ de _____ de _____.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG/CPF:

ANEXO 2**DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Eu, Joaquim Vaz Parente, Diretor de Ensino e Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa situada em Teresina/PI, declaro que os (a) alunos (a) do curso de medicina: Advaldo Alves de Freitas Junior e Gabriel Carvalho Barbosa pretendem realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA”, orientador: Dr. Jailson Costa Lima, cujo o objetivo geral: avaliar a prevalência das indicações de cesariana em maternidade pública de referência.

. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia de confidencialidade, no anonimato e da não utilização de informações em prejuízo dos outros;
- 2) Que haverá riscos para o participante da pesquisa;
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do centro universitário UNINOVAFAPI, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Teresina, ____ de _____ de 2018.

Joaquim Vaz Parente
Diretor de Pesquisa
Maternidade Dona Evangelina Rosa

ANEXO 3**CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA**

Teresina, ____ de _____ de 2018.

Ilmo(a) Sr(a). **Theonas Gomes Pereira**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Cara Professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: “**CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**”, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores, para a apreciação por esse Comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da **Resolução 466/12** do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

1. Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
2. Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
3. Que comunicarei ao CEP/ UNINOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o participante da pesquisa;
4. Que apresentarei relatório parcial e final desta pesquisa ao CEP/ UNINOVAFAPI;
5. Que retirarei por minha própria conta os pareceres consubstanciados e os levarei a secretaria do CEP/ UNINOVAFAPI para serem assinados pelo (a) coordenador (a) do referido CEP.

Atenciosamente,

Pesquisador (a) responsável

Nome: Jailson Costa Lima

CPF: 644.016.773-15 RG: 1.978.281

Instituição: Centro Universitário UNINOVAFAPI

Área: Saúde

Coordenação do Curso: Medicina

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 4**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

Teresina, ____ de _____ de 20__

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Eu **JAILSON COSTA LIMA**, pesquisador responsável e **ADVALDO ALVES DE FREITAS JÚNIOR** e **GABRIEL CARVALHO BARBOSA**, pesquisador(es) participantes(es) da pesquisa intitulada “**CESARIANA: PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**”, declaro (amos) que:

- Assumo (imos) o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de **JAILSON COSTA LIMA** da área de **MEDICINA** do **CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi realizada.

JAILSON COSTA LIMA – CPF: 644.016.773-65

Pesquisador Responsável

ADVALDO ALVES DE FREITAS JÚNIOR – CPF: 039.647.673-28

Pesquisador Participante

GABRIEL CARVALHO BARBOSA – CPF: 045.956.723-30

Pesquisador Participante

ANEXO 5**APROVAÇÃO PELO CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cesariana: prevalência das principais indicações em maternidade pública de referência

Pesquisador: JAILSON COSTA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99980918.1.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.999.540

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa em um público de puérperas internadas em enfermaria obstétrica por 72 horas em pós-parto via cesariana na Maternidade Dona Evangelina Rosa, Teresina-Piauí.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a prevalência das indicações de cesariana em maternidade pública de referência. Específicos: Caracterizar o perfil clínico-epidemiológico da população avaliada; avaliar idade gestacional e índice de Apgar dos partos por via cesariana; identificar as principais indicações em parto via cesariana; associar as principais

indicações em parto via cesariana com a idade, número de gestações e idade gestacional da população avaliada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da pesquisa são relativos à vazamento de informações pessoais, o que poderia levar a constrangimentos ou prejuízos. Ciente disso, o formulário de coleta de dados não conterá espaços de identificação nominal, contato ou endereço dos participantes. Haverá também, por parte dos pesquisadores, o compromisso com o sigilo das informações colhidas, como garantido na Declaração de Compromisso dos Pesquisadores.

Os benefícios da pesquisa são secundários e os achados vão servir como subsídio para uma boa indicação da via de parto cesariana, especialmente quando considerada a importância da qualidade de um parto saudável em todo o bem-estar materno-infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é de grande importância para a saúde, uma vez que a indicação do parto implica diretamente sobre a saúde materno-infantil. Logo, em meio aos índices crescentes de parto cesáreo sem indicações esclarecidas e dando continuidade aos trabalhos já publicados sobre a temática, é necessário o referido trabalho, a fim de que seja demonstrado a prevalência das indicações de cesarianas em maternidade pública de referência, demonstrando a importância de um parto de saudável e direcionado para a preservação do bem-estar materno-infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa está elaborado em consonância com a res. 466/12 do CNS, portanto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_D O_P ROJETO_1212803.pdf	30/09/2018 16:13:13		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pdf.pdf	30/09/2018 16:05:01	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Outros	cartaaoCEP_pdf.pdf	29/09/2018 20:27:34	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declcompromisso_pdf.pdf	29/09/2018 20:26:33	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaassinada.pdf	28/09/2018 11:56:12	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado	CESARIANA_teste.pdf	28/09/2018	GABRIEL	Aceito
/ Brochura Investigador	CESARIANA_teste.pdf	11:33:50	CARVALHO BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CESARIANA_teste.docx	28/09/2018 11:29:26	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Outros	carta_teste.pdf	28/09/2018 00:20:44	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Outros	questionario_teste.docx	27/09/2018 23:41:14	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Orçamento	teste_teste.docx	27/09/2018 23:14:32	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito

Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO.docx	27/09/2018 21:34:18	GABRIEL CARVALHO BARBOSA	Aceito
Outros	CVJailson.docx	06/09/2018 17:16:32	JAILSON COSTA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 05 de Novembro de 2018

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira (Coordenador(a))

