

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PARTOS DAS USUÁRIAS
DO SUS NO HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA EM
PALMAS - TO NO PERÍODO DE 2003 - 2008**

Brasília, 2011

MARIA JOSÉ OLIVEIRA NOLÊTO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PARTOS DAS USUÁRIAS
DO SUS NO HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA EM
PALMAS-TO NO PERÍODO DE 2003 - 2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra
Tomaz

BRASÍLIA, 2011

MARIA JOSÉ OLIVEIRA NOLÊTO

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PARTOS DAS USUÁRIAS
DO SUS NO HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA EM
PALMAS-TO NO PERÍODO DE 2003 - 2008**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção grau de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 28 de Janeiro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto BezerraTomaz - (presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Mark Anthony Beinzer
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a. Dr. Leides Barroso de Azevedo Moura
Universidade de Brasília

A Deus, autor da minha vida;

Aos meus pais, irmãos e esposo, alegria de meu viver.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, por me dar a oportunidade de chegar até aqui e poder agradecer àqueles que também foram importantes para a conclusão de mais essa etapa.

Ao meu orientador, Dr. Carlos Alberto Tomaz, idealizador desse trabalho, pela presença e atenção constante e por ser um grande exemplo pessoal e profissional.

Aos meus pais, Maria Lurdes e Tomaz Nolêto (*in memoriam*), pelo amor, apoio e incentivo constante, pelo exemplo de vida e, principalmente, pela educação que me deram.

Aos meus queridos irmãos, pela paciência e compreensão nas horas mais críticas, com a perda do papai, e pude contar com todos; minha querida mãe, eu vou levar essa gratidão eternamente.

Ao meu marido, Rubens Bastos, que amo muito e muitas vezes esteve ausente, mesmo assim incentivava, ajudava, amava e me compreendia. Ele é quem me fez ver a importância deste trabalho, pois quando perdi meu pai, o mesmo estava inacabado.

À Dra. Lucia, que facilitou o processo da coleta de dados autorizando - me a ter acesso aos processos (prontuários e livros).

As minhas amigas enfermeiras e equipe de enfermagem do Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR), levarei sempre comigo a gratidão, pela convivência, carinho, companheirismo, críticas fundamentais e pela ajuda indispensável dentro do Hospital (HMDR).

À Secretaria da Saúde do Tocantins, em especial ao subsecretário da Saúde do Tocantins, Raimundo Nonato Filho, que autorizou essa pesquisa, meu carinho e agradecimento.

RESUMO

NOLÊTO, Maria José Oliveira. **Perfil Clínico-Epidemiológico dos partos das usuárias do SUS no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas - TO no período de 2003 - 2008.** 2010. 69. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília – UnB. Brasília - DF.

Objetivo descrever o perfil clínico- epidemiológico dos partos em Usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas no Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) em Palmas - TO, no período de 2003 a 2008. **Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo e descritivo quantitativo, os dados foram levantados dos Livros de Registro de Partos Normais e Cesarianos do Centro Obstétrico e dos prontuários. **Resultados:** Os números totais de partos foram 22.896, sendo que 13837 partos normais e 9059 partos cesarianos; totalizando 60,43% de partos normais e 39,57% de partos cesarianos. Para os anos a probabilidade da média esperada era 39% para todos os partos. Os partos cesarianos no ano de 2004 foram de 40,9%, 2005 foram de 43,1% acima da média. Os partos normais, o ano de 2003 ficou 63,1% acima da média. Nos meses as probabilidades esperadas foram, mês com 31 dias 8,49% com 30 dias 8,21% e fevereiro com 28 dias 7,67%. De todos os partos o mês abril ficou com maior porcentagem. Os partos cesarianos ficaram com maiores porcentagens o mês fevereiro, março e janeiro. As intercorrências dos partos cesarianos em 2003 ficaram com porcentagem 65,18% maior. Para os meses a probabilidade da média esperada era 51,95% para cada mês; o mês que ficou com maior porcentagem foram janeiro com 60% e dezembro com 45% menor. A faixa etária dos partos cesarianos que ficaram com maiores porcentagens foram de 10-14 anos e 20-29 anos; já a faixa etária de 15-19 anos e com 30-39 anos com menores porcentagens. Os partos normais que ficaram com maiores porcentagens foram: 15-19 e com 30-39 anos; já os 10-14 anos e com 20-29 anos ficaram com menores porcentagens. Os dias semanais a probabilidade média esperada era 14,28%, para todos os partos. Com relação a todos os partos, os dias com maiores porcentagens ficaram sexta- feira e segunda-feira. já os partos cesarianos com maiores porcentagens ficaram a sexta-feira e quinta-feira, e os demais menores. **Conclusão:** A caracterização do perfil clínico-epidemiológico dos partos nos atendimentos pode subsidiar as autoridades do hospital, gestores e políticos na discussão e tomada de decisão que possam contribuir na prestação de assistência aos partos de acordo com as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Partos, SUS, epidemiologia, cronologia em Palmas – TO.

ABSTRACT

Noleta, Maria José Oliveira. Clinical-Epidemiological Profile of deliveries of users of public health at Hospital Dona Regina Palmas - TO the period 2003 to 2008. 2010. 69. Dissertation (Masters in Health Sciences). University of Brasilia - UnB. Brasilia - DF.

To describe the clinical and epidemiological profile of births in users of the Unified Health System met at Hospital Dona Regina (HMDR) Palmas - TO, in the period 2003 to 2008. Methods: We conducted a retrospective descriptive and quantitative data were collected from the Obstetric Center of Books and records. Results: The total numbers of births were 22,896, and 13,837 vaginal deliveries and 9059 cesarean sections, the predominance of normal deliveries 60.43% and 39.57% cesarean sections. Over the years the probability the mean was 39% of deliveries. The cesarean rates in 2004 were 40.9%, 43.1% of 2005 were above average. Normal deliveries, the year was 2003 with 63.1% above average. In the months that the odds were expected, the month with 31 days to 30 days 8.49% 8.21% with 28 days in February and 7.67%. Of all deliveries in April was the month with the highest percentage. The cesarean deliveries per month was February, March and January, with higher percentages. The complications of cesarean deliveries the year 2003 was 65.18% with a higher percentage. The months the probability the mean was 51.95% for each month, and January were the months with 60% and 45% lower in December. The age cesarean births the year 10-14 and 20-29 years were in higher percentages, 15-19 years and 30-39 years, with smaller percentages. Normal deliveries in the years 15-19 and 30-39 years were higher percentages, 10-14 years and 20-29 years were at lower percentages. The days weekly average expected probability was 14.28%, and all deliveries were Friday and Monday with the highest percentages. The cesarean sections were the Friday and Thursday with higher percentages, and other minors. Conclusion: The characterization of clinical and epidemiological profile of births in care can support the hospital authorities, managers and politicians in the discussion and decision making that can contribute in providing childbirth care in accordance with the standards prescribed by the Ministry of Health

Keywords: Births, health services, epidemiology, chronology Palmas - TO.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Porcentagem de partos cesarianos nos anos	27
Figura 2 - Porcentagem de partos cesarianos nos anos incluídos.	27
Figura 3 - Porcentagem de partos cesarianos em cada faixa etária.....	29
Figura4 - Porcentagens de partos normais.....	29
Figura 5 - Proporção observada de partos para cada mês	31
Figura 6 - Proporção observada de partos cesarianos para cada mês	31
Figura 7 - Porcentagem de cesáreas indicadas cada ano.....	33
Figura 8 - Proporção de cesáreas indicadas para cada mês ano.....	33
Figura 9 - Porcentagem de partos por dia da semana	34
Figura 10 - Porcentagem de partos cesarianos em cada dia da semana.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de partos normais e cesarianos por ano	26
Tabela 2 - Número total de Partos normais e Cesarianos por faixa etária.....	28
Tabela 3 - Proporção de partos para cada mês do ano.....	30
Tabela 4 - Causas de indicação de cesárea.....	32
Tabela 5 - Procedimentos de partos no Brasil no período de 1999 e 2005	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HMDR	Hospital Maternidade Dona Regina
DPP	Descolamento de Placenta Prévia
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
SUS	Sistema Único de Saúde.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PARTO CESARIANO	13
1.2 PARTO COM EPISIOTOMIA	14
1.3 PARTO HUMANIZADO	16
1.4 PARTO DE CÓCORAS	17
1.5 PARTO FÓRCEPS.....	17
1.6 PARTO DE LEBOYER	18
1.7 PARTO NA ÁGUA.....	18
1.8 LAQUEADURAS	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 MATERIAIS E MÉTODOS	22
3.1 TIPO DE ESTUDOS.....	22
3.2 LOCAL.....	22
3.3 CARACTERIZAÇÕES DAS AMOSTRAS.....	23
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	23
3.5 COLETA DOS DADOS.....	23
3.5.1 Primeiro Passo	23
3.5.2 Segundo Passo	24
3.5.3 Terceiro Passo	24
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4 RESULTADOS	26
4.1 ANÁLISES DOS PARTOS POR FAIXAS ETÁRIAS.....	27
4.2 VARIAÇÕES SAZONAIS	30
4.2.1 Comparações entre meses dos anos	30
4.2.2 Análise das intercorrências	32

4.2.3 Proporções de partos por dias das semanas	34
5 DISCUSSÃO	36
5.1 FREQUÊNCIA DOS PARTOS NORMAIS.....	36
5.2 FREQUÊNCIAS DE PARTOS NORMAIS POR ANOS	39
5.3 FREQUÊNCIAS DE PARTOS NORMAIS POR MESES	40
5.4 FREQUÊNCIAS DOS PARTOS CESARIANOS.....	41
5.5 FREQUÊNCIAS DOS PARTOS CESARIANOS POR ANOS MESES	42
5.6 AS INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DESTES PARTOS	48
5.7 AS INDICAÇÕES DE CESÁREAS POR ANOS E MESES	50
5.8 RELACIONANDO OS PARTOS COM IDADES MATERNAS	51
5.9 COMPARAÇÕES DE IDADES MATERNAS DE PARTOS CESARIANOS.....	52
5.10 FREQUÊNCIAS DOS DIAS SEMANAIS DE TODOS OS PARTOS	54
5.11 FREQUÊNCIAS DOS PARTOS CESARIANOS NOS DIAS SEMANAIS	55
6 CONCLUSÃO	56
REFERÊNCIAS.....	58
ANEXOS	69
ANEXO I.....	70
ANEXO II.....	71

1 INTRODUÇÃO

A gestação é o desenvolvimento que ocorre durante nove meses podendo ir de 37 a 40 semanas culminando com trabalho de parto. Essa parturiente pode ser primípara no caso da primeira gravidez, secundípara quando se trata da segunda ou múltipara quando já ocorreu várias gravidez. A mais conhecida origem dos partos e sua evolução com dores estão presente na Bíblia Sagrada com o casal Adão e Eva; desde então, a mulher começou a encarar a gravidez com sofrimentos, dando a luz com muitas dores. O momento do parto é importantíssimo na vida do bebê e da mãe ^(1, 2, 3).

Relações de gênero e parto

Muitos homens expressam o desejo de se envolver nos acontecimentos da gravidez, parto e puerpério; no entanto, ainda predominam as experiências dos homens como expectantes. As experiências vivenciadas com pais no Hospital Materno Infantil de Goiânia foram: emoções ambivalentes no parto como medo, nervosismo que aumenta com a proporção da dor expressada pela companheira, preocupação, apreensão, angústia, o choro expresso, contido, empolgação. Após o nascimento a sensação de alívio, tranquilidade, uma experiência para ser recomendada e revivida na memória dos pais, dos filhos e em outro parto de sua parceira⁽⁸⁾.

As mulheres durante muito tempo pariram sozinhas, aprendiam umas com as outras a arte de partejar. O parto é um momento único e marcante para todas as parturientes; a mulher precisa estar preparada fisicamente, psicologicamente, emocionalmente, socialmente e estar consciente desse ato ⁽⁴⁾. A parturiente necessita de atenção à saúde física e emocional durante o trabalho de parto, com um serviço de saúde eficiente na assistência. Também é importante que elas escutem os batimentos cardíacos dos seus bebês, deixando-as mais seguras e confiantes ^(1,2,5,6).

1.1. PARTO CESARIANO

É um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou no parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada no Brasil e em outros países, com a maior morbi-mortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal. O uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos dessas distorções ^(6,7,8,9,10,11).

A Organização Mundial de Saúde recomenda um índice de cesárea de 10% de todos os partos ⁽¹²⁾. A cesárea deve ser realizada quando surgirem situações específicas em que o procedimento cirúrgico se torne necessário para preservar a vida da mãe e/ou do feto. Este tipo de parto foi reconhecido como técnica segura para obtenção de melhores resultados obstétricos, tornando-se uma das razões para justificar o aumento do número de cesáreas. No entanto, seu uso não levou a uma redução na morbidade e mortalidade materna. Ao contrário, a cesárea aumenta a mortalidade e as morbidades como sangramentos, infecção, dor, entre outras ^(11,12,13).

Constata-se, concomitantemente, o interesse crescente nos estudos mundiais sobre o conhecimento referente à cesariana. Na Austrália, a taxa de cesariana subiu de 17% para 23% em 10 anos. Esse fenômeno foi reportado também na Itália, onde a taxa de cesariana subiu de 11,2% para 33,2% em 20 anos ^(14,15).

Conforme os estudos entre os vários motivos desse aumento de cesarianas, no Brasil estão: iteratividade, sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica e distócias, mães diabéticas, além destas causas, associa-se a inadequada assistência médica, a precária educação das gestantes, a causa de natureza econômica entre outras; todos esses fatores têm determinado o aumento da incidência de cesarianas ^(14,16,17).

Com o desenvolvimento da técnica cirúrgica somada a possibilidade de diminuir a morbimortalidade perinatal, as indicações de cesarianas alargaram-se.

Hoje outras indicações são importantes como apresentações pélvicas, sofrimento fetal, toxemias da gestação, diabéticas e cesárea de repetição. Várias pesquisas têm relatado um elevado índice de cesarianas realizadas no país ^(10,11,12, 18,19).

Conforme os estudos, a taxa de cesariana nos hospitais privados brasileiros está acima de 70% e, algumas vezes, excede 90% dos partos, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomende que apenas 10% dos partos ocorram por meio de partos cirúrgicos, isto é, que a cesariana seja uma indicação apenas quando houver necessidade de garantir a saúde da mãe e do feto ^(19,20,21).

O estudo de Pértega e Pita, criaram um modelo preditivo para a ocorrência de cesárea e conseguiram prever corretamente 86,6% das cesáreas e 53,6% dos partos vaginais, podendo ser considerado bom e útil para a previsão da via de parto, para a avaliação da qualidade da assistência e para o planejamento dessa assistência ⁽²²⁾.

1.2. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA

O parto normal ou vaginal por ser mais parecido com o parto natural, tem vantagens sobre a cesariana. O corpo da mulher foi preparado para isso, a recuperação é muito rápida, há menor chance de hematomas ou infecções, menor risco de complicações para a mãe e bebê ^(21,23,24).

O protagonismo feminino ao passar pelas contrações, fazer força e sentir o bebê nascer, mesmo que em algumas vezes a dor seja sentida como insuportável, supera a vivência da cesárea, na qual não existe este protagonismo e o prazer a ele associado. Na cesárea, as dores virão necessariamente após o parto. A dor de parto foi considerada um componente natural e essencial da maternidade ^(23,24). A partir da segunda metade da década de 1990, verificamos uma série de iniciativas governamentais que objetivam a redução das altas taxas de cesárea e a qualificação do conjunto da assistência perinatal ⁽²⁵⁾.

As Portarias nº. 2.816 de 29 de maio de 1998 e nº. 466 de 14 de junho de 2005 instituem um percentual máximo de cesáreas no SUS por hospital e para cada estado federativo, respectivamente. Introduce-se o pagamento de analgesia para parto normal e recomenda-se a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico ^(25,26). De acordo com o Ministério da Saúde, outras medidas são a criação do Prêmio Galba de Araújo para maternidades que atendam de modo humanizado os programas de capacitação de parteiras e doulas, a criação de centros de parto normal, a regulamentação da Lei de Planejamento Familiar que impacta na nociva associação “cesárea-laqueadura” e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento ^(26,27).

O Ministério da Saúde no Brasil tem incentivado o parto normal por meio de campanhas, programas e portarias, por defender que este tipo de parto oferece menor risco de infecções e complicações maternas dentre outras vantagens. De acordo com estudos, os índices de cesáreas no Brasil mantêm-se elevados. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar continuam promovendo campanhas sobre o parto normal, incentivando a sua prática em serviços públicos e privados ^(26,27).

Episiotomia é uma incisão cirúrgica na região da vulva, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecendo a liberação do concepto e evitando lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo. A incisão costuma ser feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixa, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. Também, não pode ser realizada cedo demais, devendo prevenir um sangramento excessivo ^(28,29).

Admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sangüínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los. Estudo com 2.188 partos consecutivos, na Dinamarca, classificou as parteiras de acordo com suas taxas de episiotomias: parteiras com baixas taxas (22,0%), parteiras com taxas médias (40,0%) e parteiras com altas taxas (55,0%), sendo que as mulheres assistidas por parteiras com baixas taxas conservavam com maior frequência o períneo íntegro (37,5% contra 25,5% dos demais grupos). Um fator importante a ser mencionado é que cerca de 45,0% das mulheres eram

primíparas. Até onde se tem conhecimento das seqüelas da episiotomia, a longo prazo, como incontinência urinária e dispareunia, independem do uso restrito ou liberal do procedimento. Mulheres que tiveram episiotomia de rotina apresentaram piora na função sexual em relação àquelas que não foram submetidas ao procedimento, portanto, não há evidência que o uso rotineiro de episiotomia tenha efeito benéfico (21).

1.3. PARTO HUMANIZADO

A humanização do parto não significa uma nova técnica ou mais conhecimento, mas, sim, o respeito à fisiologia do parto e à mulher. Muitos hospitais e serviços médicos ignoram as regulamentações exigidas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, seja por querer todo o controle da situação do parto, ou por conveniência dos hospitais em desocupar leitos mais rápidos ou comodidade de médicos e mulheres em que no mundo atual não se pode perder muito tempo (30,31,32).

Em levantamento sobre humanização do parto e nascimento no Brasil, Pereira et al, encontraram dados indicadores que propõem a mudança de paradigma técnico-científico, na formação e na atitude do profissional, além da redefinição de papéis profissionais (33).

Segundo os trabalhos de Almeida et al, as gestantes indicaram que seria tranquilizadora a presença de um acompanhante escolhido por elas no momento do parto, o que representaria um suporte emocional importante para a parturiente (34). Há hospitais que têm adotado a prática de permitir a presença do marido e eventualmente outro familiar, o que exige do hospital uma infraestrutura física e recursos humanos adequados para receber e manter acompanhantes em contexto de sala de parto e centro cirúrgico.

Além disso, as gestantes também se referiram a importância da presença do médico que as acompanhou durante o pré-natal na hora do parto, reforçando preocupações sobre a importância da relação médico-paciente. Reintere-se a

relevância do estabelecimento de vínculos positivos, de confiança e segurança entre pacientes e profissionais de saúde e a importância de humanizar as maternidades e os atendimentos às gestantes. Muitos autores têm defendido a importância da dedicação de uma equipe interdisciplinar na assistência pré-natal e a concepção de humanização do parto. Desde então, percebe-se o interesse pela reorganização dos serviços, implementação da prática pelos profissionais e o aumento da participação do acompanhante escolhido pela mulher durante a parturição ^(35,36,37).

No contexto atual de recente sanção do Presidente à tão aguardada Lei do Acompanhante – Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, esse capítulo é um grande recurso para esclarecer e dar segurança aos companheiros que desejam ser mais participantes. Sienta, todavia, que a lei dispõe que o/a acompanhante será a pessoa de escolha da mulher – contemplando mulheres que eventualmente não tenham companheiro. No mesmo ano em dezembro, a Portaria de nº 2418/GM regulamentou a presença de acompanhantes para mulheres na parturição nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS ⁽⁵³⁾.

1.4. PARTO DE CÓCORAS

O parto de cócoras é realizado da mesma forma que o natural mudando a posição da mãe, que, em vez de ficar na posição ginecológica normal, mantém-se de cócoras. É um parto mais rápido, pois é auxiliado pela gravidade, mais cômodo para a mulher e mais saudável para o bebê, pois não se tem mais a compressão de importantes vasos sanguíneos que acontece com a mulher deitada de costas. Indicado para mulheres que tiveram gravidez saudável e sem problema de pressão, o parto de cócoras só pode ser realizado se o feto estiver na posição cefálica ^(32,35).

1.5. PARTO FÓRCEPS

É o parto via vaginal (parto normal) no qual se utiliza um instrumento cirúrgico semelhante a uma colher, colocado no canal genital da mulher, ajustando-se nos

lados da cabeça do bebê para ajudar o obstetra a retirá-lo do canal de parto em casos de emergência ou sofrimento fetal. É utilizado quando o parto já está no final, poupando desgastes da mãe e do bebê ^(32,35,36).

1.6. PARTO DE LEBOYER

O obstetra francês Frederic Leboyer na década de 70 chocou o mundo com imagens e uma nova proposta de fazer parto, em um livro francês chamado “Nascimento sem violência”, que foi traduzido como Nascer Sorrindo. O parto é feito com os seguintes requisitos: pouca luz para não incomodar o bebê, silêncio principalmente depois do nascimento, banho próximo à mãe, também podendo ser realizado pelo pai, e após, levado ao colo da mãe ^(1,35).

1.7. PARTO NA ÁGUA

É a opção na qual a água é usada como elemento de relaxamento durante o trabalho de parto. Pode ser usada na forma de chuveiro, ducha (nas costas ou na barriga), uma banheira normal ou mesmo uma banheira de hidromassagem. A água deve estar aquecida, entre 35 e 37 graus Celsius, isto aumenta a irrigação sanguínea da mãe, diminuição da pressão arterial, obtendo relaxamento muscular e um alívio da sensação dolorosa ^(1,35).

1.8. LAQUEADURA TUBÁRIA

A esterilização feminina voluntária tem sido há muito tempo uma prática comum no setor privado da saúde no Brasil como meio de controle da fecundidade. No sistema público, entretanto, a esterilização não era permitida, não havendo, portanto, autorização para pagamento das cirurgias de laqueadura tubária. No

entanto, é notório e de amplo conhecimento que várias cirurgias eram de fato realizadas durante partos por cesariana ^(20,26).

A esterilização feminina é atualmente o método anticoncepcional mais usado entre as mulheres brasileiras de 15 a 49 anos (29,3%) e o segundo método mais usado entre as mulheres residentes em São Paulo (30,7%). O aumento de sua prevalência foi intenso durante a década de 80 a despeito da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde ^(26,27).

A ausência de normas que regulamentam a esterilização é provavelmente outro fator estimulador da disseminação da esterilização. Conforme estudos de Feitosa, cerca de 20 a 40% das mulheres submetidas à esterilização tubária apresentam seqüelas, e a freqüência de alterações menstruais após esterilização varia de 2,5 a 60%. Há outros fatores pós-laqueadura, raros e discutíveis, como a endometriose, gravidez ectópica, desarmonia do ciclo menstrual (metrorragia, sangramento intermenstrual, “spotting” e amenorréia), algia pélvica, dismenorréia, dispareunia, tensão pré-menstrual e manifestações psicológicas ⁽³⁸⁾.

A regulamentação legal da laqueadura tubárea determina a permissão da esterilização voluntária em homens e mulheres com capacidade civil plena e com mais de 25 anos de idade (artigo 10, I da Lei 9.263/1996), sendo permitida a esterilização após o mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, exceto nos casos de comprovada necessidade como por exemplo, cesarianas sucessivas anteriores ^(38,26).

O parto é um ato cultural, pois reflete os valores sociais prevalentes historicamente em cada sociedade. Como o parto é regulado por regras sociais determinadas, se o compreendemos – bem como sua assistência – como “processo e produto” das relações de gênero, que esta assistência pode tratar de mulheres muito distintas, segundo suas representações corporais, inserção de classe social e características étnico-raciais e geracionais. Contudo, na prática obstétrica do país, concretamente, as opções se resumem na utilização das prostaglandinas e da ocitocina ⁽²⁵⁾.

O estado do colo no início da indução é um dos determinantes mais importantes do curso de eventos subseqüentes e é necessário conhecê-lo para estabelecer o procedimento que melhor cumpra esse objetivo. Considerando que as gestantes tenham acompanhamento médico durante o pré-natal, parto e puerpério, a decisão do tipo de parto só poderá ser feita no decorrer da evolução, ou o casal poderá optar por programar o nascimento do bebê, exemplo do parto cesariano (28).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos partos em usuárias do Sistema Único de Saúde atendidas no Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR), Palmas- TO, no período de 2003 a 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar a frequência de partos normais e cesarianos.
- Descrever as intercorrências no decorrer desses partos.
- Relacionar os partos de acordo com a idade materna das parturientes.
- Traçar a cronologia da ocorrência dos partos quanto ao dia da semana, mês e ano.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva refere-se a dados estatísticos, permitindo uma melhor observação das características dos cadastros das clientes de parto normal e cesariana.

3.2 LOCAL

O Hospital e Maternidade Dona Regina está localizado na cidade de Palmas, no Estado do Tocantins. É uma instituição que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde - SUS, onde se realizam triagem, consultas, exames, parto normal com acompanhamento da doula, parto humanizado, além de atendimento à gravidez de alto risco incluindo cesariana. Existe ainda nesta instituição banco de leite materno, Unidade de Terapia Intensiva neonatal - UTI, UI, pediatria, emergência pediátrica, serviço social, psicologia, fisioterapeutas, fonoaudiologia, humanização, o atendimento é de média e alta complexidade.

O hospital foi inaugurado em 28/05/1999, funcionando, há mais de nove anos, um dos bem-sucedidos estabelecimentos entre os credenciados como Hospital Amigo da Criança. Sobre o aleitamento materno nas primeiras horas de vida, conforme o jornal do Tocantins, segundo pesquisas realizadas, o HMDR ocupa o primeiro lugar nas capitais e o segundo nacionalmente. As gestantes de Palmas e outras localidades do município têm o hospital como referência para ter seus filhos. A maternidade oferece atendimento ambulatorial, urgência, emergência e cobertura total aos partos.

3.3 CARACTERIZAÇÕES DAS AMOSTRAS

A pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Dona Regina envolvendo os livros de registro de parto normal e cesariana do Centro Obstétrico e revisão dos prontuários das clientes de partos normais e cesarianos, preenchidos pela equipe responsável. A amostra foi composta de 100%, somente dos partos realizado no HMDR, dos referidos documentos de 2003-2008.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Tocantins, para viabilização de acesso ao banco de dados do Hospital e Maternidade Dona Regina - Hospital Público Estadual de Referência para os Partos do SUS no Tocantins.

Após autorização da Secretaria Estadual da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas, conforme preconiza a Resolução CNS 196/96, que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos, onde o pesquisador garantiu o anonimato dos indivíduos pesquisados, e só deu início à coleta dos dados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 033/2009 (Anexo 1).

3.5 COLETA DOS DADOS

3.5.1 Primeiro Passo

Foram separados para registro todos os prontuários de 2003 - 2008, dos atendimentos cadastrados pela equipe do HMDR em Palmas-TO. O processamento da base de dados foi utilizando o software Excel® para Windows®. As análises

estatísticas foram feitas com o software SigmaStat® versão 3.1 para Windows®.

3.5.2 Segundo Passo

Foram verificados os prontuários preenchidos, bem como o livro do Centro Obstétrico, classificando-os por categoria.

3.5.3. Terceiro passo

Foram separados e classificados os todos os tipos de partos; por anos; por meses, o fluxo de atendimento semanal; a idades maternas e intercorrências dos partos cesarianos.

3.5.4 Critério de Inclusão

Quanto aos partos, foram incluídos todos aqueles realizados no Hospital e Maternidade Dona Regina no ano 2003 a 2008. Fizeram parte do estudo todos os prontuários e registro do Livro do Centro Obstétrico, com a devida autorização da Secretaria Estadual da Saúde de Palmas – Tocantins.

3.5.5. Critérios de Exclusão

Foram excluídos todos os partos realizados fora do Hospital e Maternidade Dona Regina no período de 2003 a 2008.

3.6 ANÁLISES DE DADOS

Nesta pesquisa, os dados foram compilados nas planilhas do Excel, analisados e apresentados posteriormente em forma descritiva, gráficos, tabelas e figuras.

Para o processamento da base de dados foi utilizado o sistema Software Excel® para Windows®, o software SigmaStat®, versão 3.1 para Windows®. Foi aplicado o teste estatístico de chi-quadrado e para a amostra utilizou-se como medida de correção o coeficiente de contingência corrigido (CC*); utilizando o teste z para comparações das proporções e aplicando o método de correção de Yates nos cálculos; o nível de significância estatística foi estabelecido em $p < 0,01$ (bi-caudal).

4 RESULTADOS

Os números totais de partos normais e cesarianos são apresentados na Tabela 1, observando um aumento constante nos números totais de partos ao longo dos anos, porém, o número de cesáreas não apresentou a mesma tendência.

Tabela 1. Distribuição de partos normais e partos por cesárea segundo ano, Palmas - TO.

Ano	Partos	Normais		Cesáreas	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
2003	2976	1868	62,8	1108	37,2
2004	3324	1963	59,1	1361	40,9
2005	3772	2145	56,9	1627	43,1
2006	3816	2363	61,9	1453	38,1
2007	4246	2625	61,8	1621	38,2
2008	4762	2873	60,3	1889	39,7
Total	22896	13837	60,4	9059	39,6

Fonte: HMDR, Palmas- To, ano 2003 a 2008

Houve uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis dos anos e Partos Cesarianos ($\chi^2=36,492$, $gl=5$, $p<0,001$). Porém, o coeficiente de contingência corrigido mostrou que a quantidade de variabilidade na porcentagem de Partos Cesarianos explicada pela variação da variável Ano (força da associação) foi muito pequena ($CC^*=0,056$). Este resultado pode ser devido à não ocorrência uma relação linear entre as duas variáveis. Foram feitas comparações entre as porcentagens de partos cesarianos em cada ano do levantamento (Figura 1). Era de se esperar que não houvesse diferença entre estas porcentagens que deveriam oscilar em torno de 39% do total de partos, como apresentado na linha final da

Tabela 1. Porém, os anos de 2004 e, especialmente, 2005 apresentaram uma porcentagem de partos por via cesariana muito aumentada (40,9% e 43,1% respectivamente).

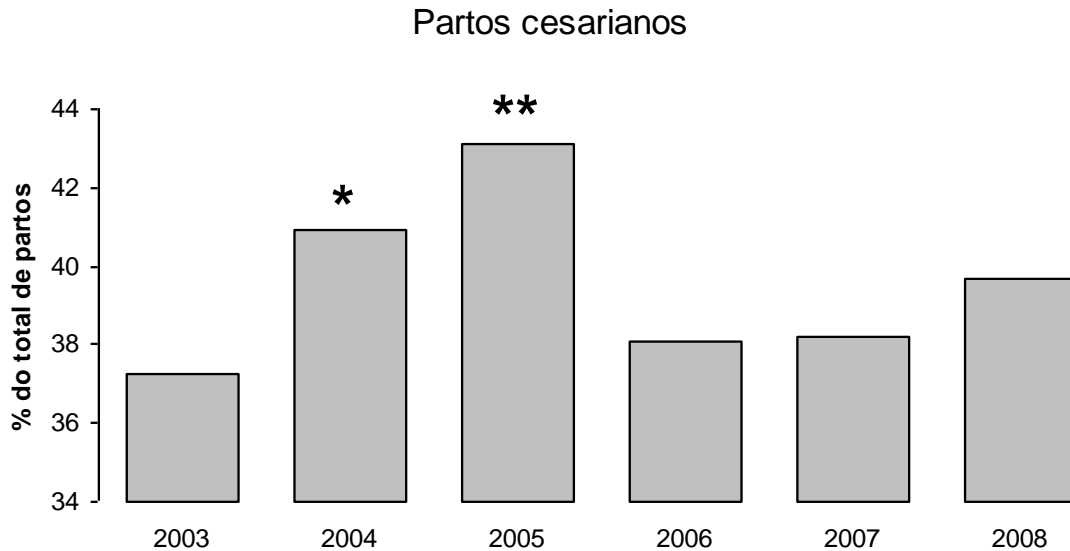


Figura 1. Porcentagens de partos cesarianos nos anos incluídos no levantamento de dados.
*: 2004>2003, $p=0,003$; **: 2005>2003, 2006, 2007 e 2008, $p<0,001$.

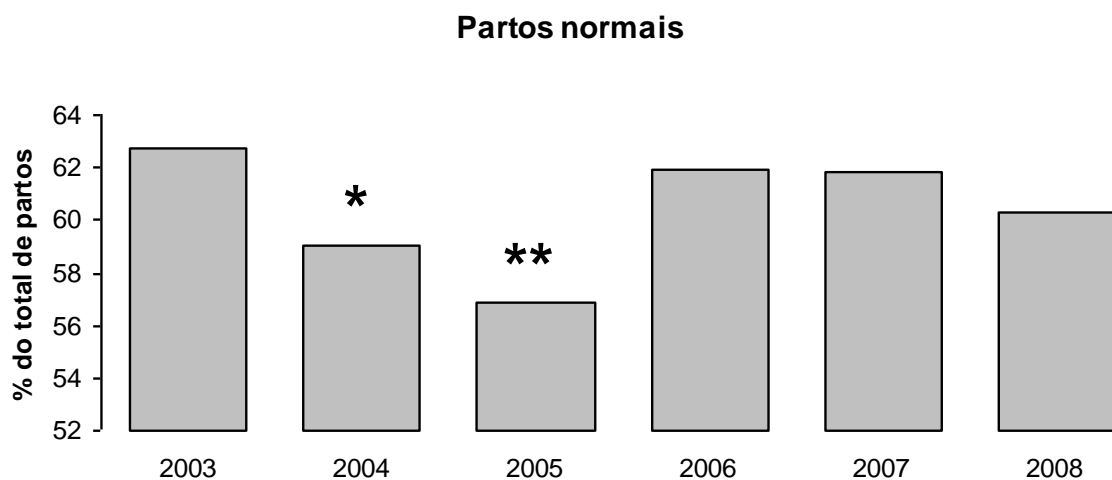


Figura 2. Porcentagens de partos normais nos anos incluídos no levantamento de dados de 2003 a 2008.

4.1 ANÁLISE DOS PARTOS POR FAIXAS ETÁRIAS

A Tabela 2 apresenta o percentual de partos normais e cesareanas por faixa etária. A separação por faixas etárias mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas na quantidade de partos, isto é, nenhuma faixa etária apresentou um número de partos similar ao apresentado nas outras faixas etárias (Tabela 2).

A análise de chi-quadrado demonstrou que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis faixas etárias e porcentagem de cesáreas ($\chi^2=721,065$, $gl=4$, $p<0,001$). As duas variáveis têm uma força de associação regular ($CC^*=0,247$).

Tabela 2. Número total e porcentagem de partos normais e cesarianos por faixa etária.

Idades	Partos		Normais		Cesáreas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10 - 14 anos	308	1,3	159	51,7	149	48,3
15 - 19 anos	4943	21,6	3748	75,8	1195	24,2
20 - 29 anos	13803	60,3	7508	54,4	6295	45,6
30 - 39 anos	3692	16,1	2327	63,0	1365	37,0
40 - 49 anos	149	0,7	94	63,1	55	36,9
Total	22896	100	13837	60,4	9059	39,6

Fonte: HMDR, Palmas- To, ano 2003 a 2008

A comparação entre as faixas etárias demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre as porcentagens de partos cesarianos nestes grupos (

Figura 3). No grupo de mulheres de 30 a 39 anos houve menos partos cesarianos em comparação ao grupo de mulheres de 10 a 14 anos e ao grupo de 20 a 29 anos ($p<0,001$ em ambos os casos). Já no grupo de mulheres de 15 a 19 anos a porcentagem de partos por cesárea foi menor quando comparada a todos os outros grupos ($p<0,001$ em todos os casos).

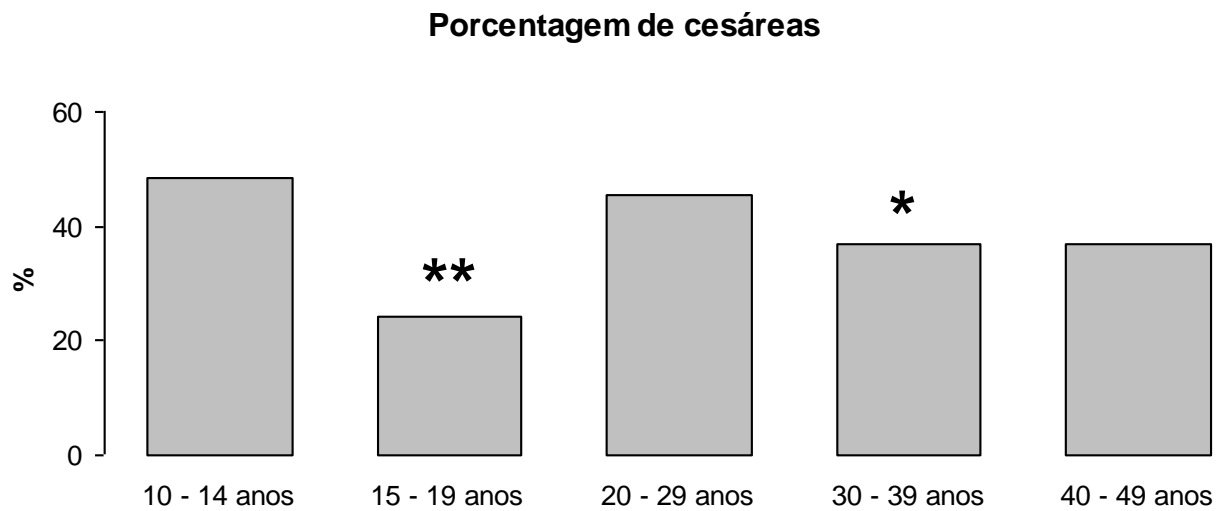


Figura 3. Porcentagem de partos cesarianos em cada faixa etária de 2003 a 2008.

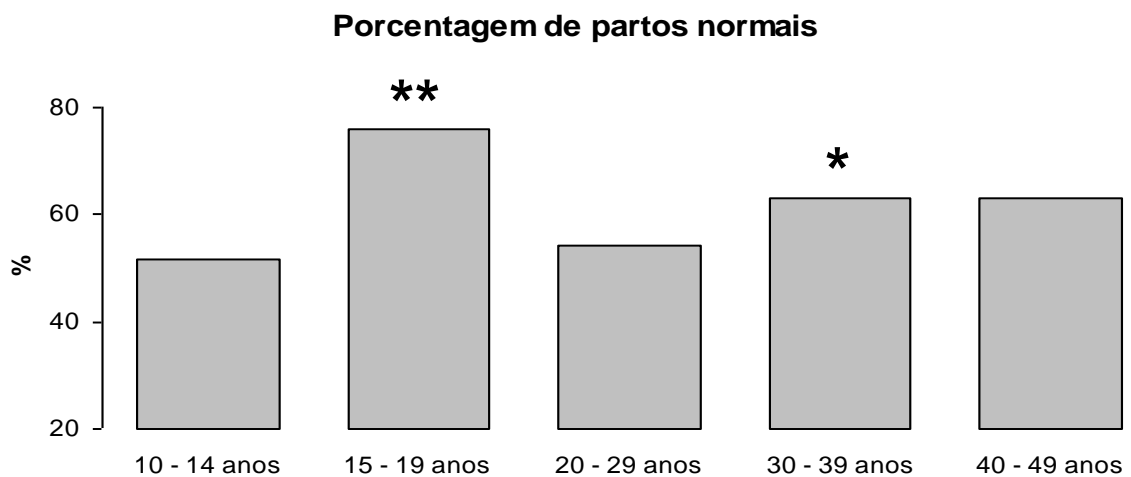


Figura 4. Porcentagens de partos normais de 2003 a 2008.

A comparação entre as faixas etárias demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre as porcentagens de partos normais nestes grupos (

Figura 3). No grupo de mulheres de 30 a 39 anos houve mais partos normais em comparação ao grupo de mulheres de 10 a 14 anos e ao grupo de 20 a 29 anos ($p < 0,001$ em ambos os casos). Já no grupo de mulheres de 15 a 19 anos a porcentagem de partos normais foi maior quando comparada a todos os outros grupos ($p < 0,001$ em todos os casos).

4.2 VARIAÇÕES SAZONAIS

4.2.1 Comparações entre meses dos anos 2003 - 2008

Foi calculada a porcentagem de partos realizados em cada mês do ano. A probabilidade de que um parto aconteça em um determinado mês depende do número de dias que compõem esse mês. Sendo assim, as probabilidades para um mês de 31 dias é de 8,49%, para um de 30 dias é de 8,21% e para fevereiro (assumindo 28 dias) é de 7,67% (Tabela 3). Só o mês de abril apresentou uma probabilidade estatisticamente maior à probabilidade esperada ($p=0,009$). Estes dados são mostrados na Tabela 3.

Tabela 3. Proporção Observada e Esperada de partos para cada mês do ano.

Mês	<i>Probabilidade</i>	
	<i>Observada</i>	<i>Esperada</i>
Jan	8,1	8,5
Fev	7,4	7,7
Mar	8,0	8,5
Abr	8,9	8,2
Mai	8,7	8,5
Jun	7,9	8,2
Jul	8,5	8,5
Ago	8,0	8,5
Set	8,5	8,2
Out	8,6	8,5
Nov	8,6	8,2
Dez	8,7	8,5

Fonte: HMDR, Palmas- To, ano 2003 a 2008

As comparações entre os meses que possuem a mesma probabilidade esperada revelaram que existem diferenças significativas (Figura 5). Dentro dos meses com 31 dias, março e agosto apresentaram as menores probabilidades observadas. Junho obteve uma probabilidade menor dentro do grupo de meses com 30 dias. O mês de abril apresentou uma probabilidade maior, inclusive de meses

onde eram esperadas probabilidades maiores como março, agosto e janeiro ($p < 0,01$ em todos os casos).

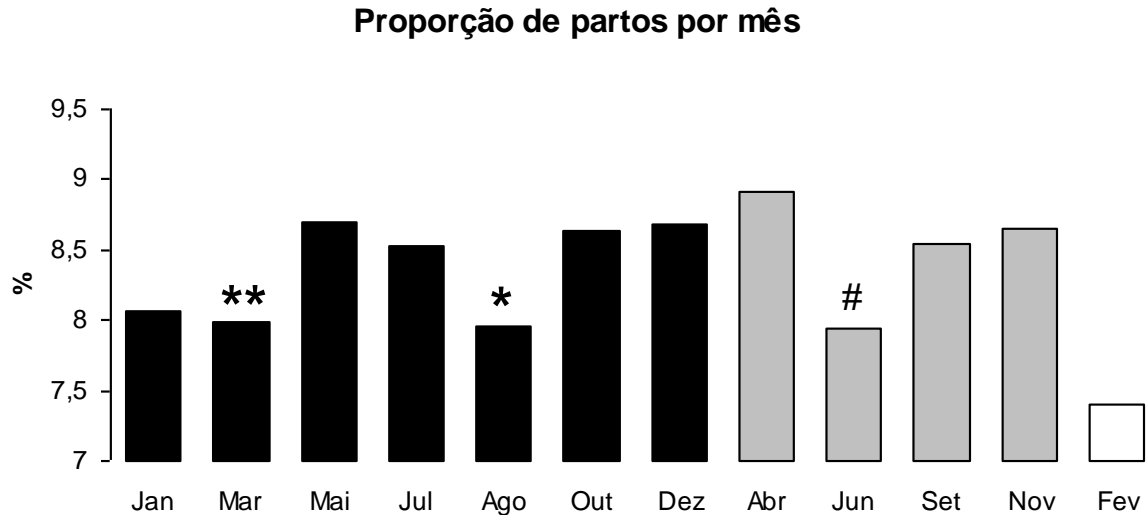


Figura 5. Proporção observada de partos para cada mês.

*: Ago<Mai, Out, Dez; **: Mar<Mai, Dez; #: Jun<Abr; $p < 0,01$ em todos os casos.

O cálculo da porcentagem de cesáreas elimina a variação dependente do número de dias em cada mês e permite a comparação direta dos valores. Não houve diferenças estatisticamente significativas (utilizando um nível de significância de 1%) entre as probabilidades observadas em cada mês e a probabilidade média esperada (39,6%). No entanto, houve variações ao longo do ano que permitiram observar diferenças entre as probabilidades de partos cesarianos entre os meses como apresentado na Figura 6.

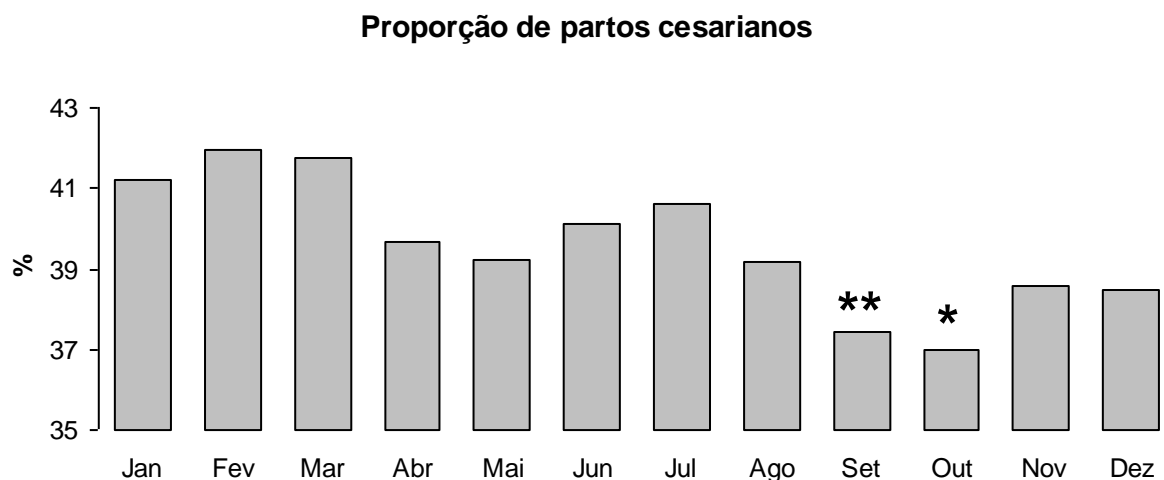


Figura 6. Proporção observada de partos cesarianos para cada mês.

*: Out< Jan, Fev, Mar; **: Set<Fev, Mar; $p < 0,01$ para todos os casos.

4.2.2 Análise das intercorrências

A proporção média de Cesáreas Indicadas / Sem Indicação foi de $1,23 \pm 0,62$ (dp). Isto é, houve mais cesáreas Indicadas no período estudado. A **Erro! Fonte de referência não encontrada.** lista as causas de indicação de cesárea no período de 2003 a 2008.

Tabela 4. Causas de indicação de cesárea no período de 2003 a 2008.

Causa	%
Iteratividade	54,3
Prematuridade	12,2
Eclampsia	10,6
DPP	8,9
Polidrâmnios	7,6
Oligoâmnios	5,4
Laqueadura	0,9
Histerectomia	0,2

Fonte: HMDR, Palmas- To, ano 2003 a 2008

A figura 7 mostra que o ano de 2003 teve a maior proporção de cesáreas indicadas (65,18%).

Cesáreas Indicadas

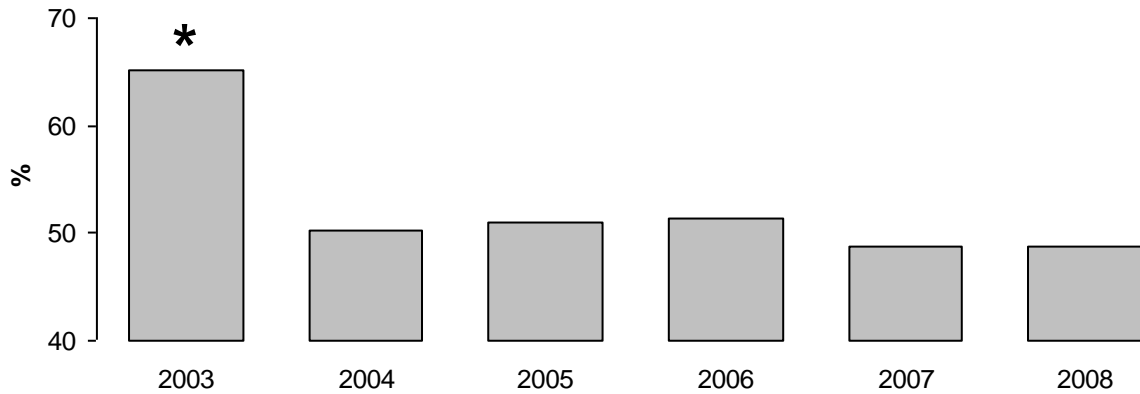


Figura 7. Porcentagem de cesáreas indicadas em cada ano do levantamento.
*: 2003 maiores que todos os outros anos ($p < 0,001$).

Foi calculada a proporção de cesáreas indicadas para cada mês do ano. A comparação das proporções observadas e a esperada (51,95%) para cada mês mostrou que os meses de janeiro e dezembro foram estatisticamente diferentes da proporção esperada.

Cesáreas Indicadas

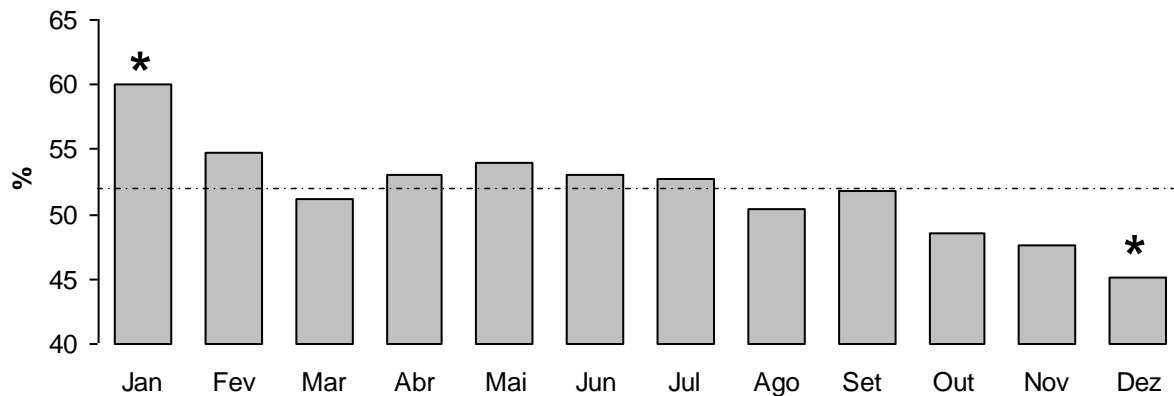


Figura 8. Proporção observada de cesáreas indicadas para cada mês do ano.
*: $p < 0,01$ comparada à probabilidade esperada para o mês. A linha tracejada representa a proporção esperada.

4.2.3 Proporções de partos por dias das semanas

A probabilidade média esperada para cada dia da semana foi calculada em 14,28%. Os dias de terça e sexta-feira, sábado e domingo apresentaram probabilidades estatisticamente diferentes da probabilidade média esperada (Figura 9). As comparações entre dias da semana mostraram um padrão complexo de variação que pode ser resumido da seguinte forma: Sexta > Segunda \approx Quinta \approx Quarta > Terça \approx Sábado \approx Domingo ($p < 0,01$ para todos os casos).

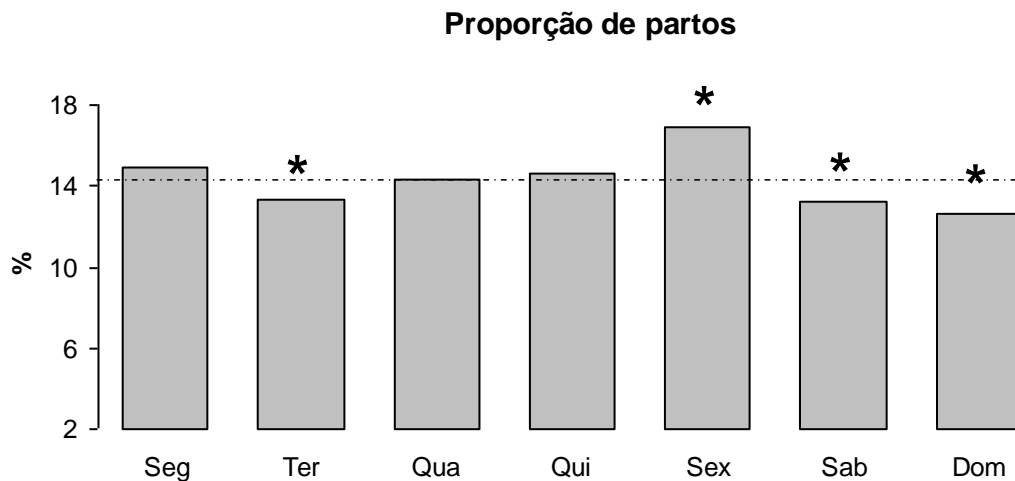


Figura 9. Porcentagem observada de partos em cada dia da semana. A linha pontilhada representa a probabilidade média esperada.

*: Diferença estatisticamente significativa em comparação à probabilidade esperada ($p < 0,01$).

Já a comparação das porcentagens de cesáreas entre os dias mostrou resultados diferentes (Figura 10). A porcentagem esperada de cesáreas (porcentagem média) foi calculada em 14,28%. Só os dias de quinta e sexta-feira, e o domingo apresentaram porcentagens observadas significativamente diferentes da porcentagem esperada. As comparações dia a dia mostraram um padrão complexo que pode ser resumido assim: sexta = Quinta = Quarta > Terça = Segunda = Sábado > Domingo.

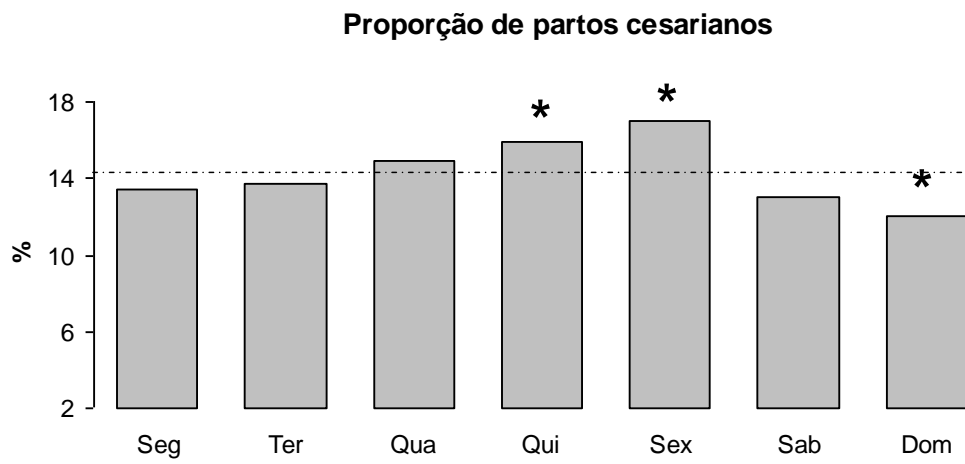


Figura 10. Porcentagem observada de partos cesarianos em cada dia da semana. A linha pontilhada representa a probabilidade média esperada.

*: Diferença estatisticamente significativa em comparação à probabilidade esperada ($p < 0,01$).

5 DISCUSSÃO

As taxas de partos registradas no Brasil diferem bastante conforme a instituição considerada, se pública ou privada, principalmente as cesarianas.

Assim, nesta pesquisa, foi escolhido para análise o HMDR, considerado de referência na capital é uma maternidade pública, os atendimentos para as mulheres na instituição de referência são para todos os municípios e até estados vizinhos. Com isso poderia justificar o maior número de casos atendidos e, conseqüentemente, contribuindo para o aumento do percentual de partos normais e cesarianos.

No presente trabalho dos seis anos pesquisados de 2003 a 2008, com uma abordagem retrospectiva e descritiva, o total de todos os partos foram 22.896 partos, sendo 13837 partos normais, e 9059 partos cesarianos, muitas destas parturientes eram primíparas, secundíparas, múltíparas, gestantes de alto risco, diabéticas e hipertensas gestacionais, pélvicas, fórceps, rupremas, DPP, e outras encontrados nos prontuários e no livro do Centro Obstétrico.

5.1 FREQUÊNCIA DOS PARTOS NORMAIS

O perfil clínico dos partos normais foram 13837= 60,4% dos partos, como podemos observar na Tabela 1. Estudos apresentados pela Organização Mundial de Saúde comprovam que o contato imediato entre mãe e recém-nascido resulta em vários benefícios: sucção eficiente e eficaz, aumento na prevalência e duração da lactação, influência positiva na relação mãe/filho, mais facilidade para expulsão da placenta e estímulo na involução uterina, sendo, quanto mais longo o intervalo para a primeira mamada, maior a chance do desmame precoce ^(39,40). As recuperações das pacientes submetidas ao parto vaginal ocorrem em intervalo de tempo mais curto, a maioria recebendo alta em até 24 horas de pós-parto. Estes resultados são compatíveis com literaturas e estudos que devem ser citados como estimuladores ao parto vaginal ^(34,36).

Em pesquisa realizada em São Paulo com mulheres, a respeito de suas expectativas em relação ao tipo de parto, foi detectado que as maneiras como as informações sobre o parto estão disponíveis e acessíveis, interferem na expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto. Os autores levantaram ainda que o parto normal fosse esperado por 74,7% das mulheres estudadas, tendo como justificativa a recuperação rápida; por outro lado, a justificativa de 61 mulheres para a realização de cesáreas discordou em 47,5% quando comparadas com a indicação médica ⁽⁴¹⁾.

O hospital tem o selo “amigo da criança” e em 2005 iniciou o treinamento de todos os profissionais do Hospital, preparando para a realização do parto humanizado e para o aleitamento materno aos recém nascidos nas primeiras horas de vida.

No pré-parto do HMDR as parturientes são acolhidas com assistência “humanizada” no parto, mesmo em detrimento da insuficiência de espaço, acompanhadas com doula.

De acordo com relatórios dos prontuários percebeu-se que a maioria das admissões era precoce. Embora o Ministério da Saúde e a organização Mundial Saúde recomendem que no momento da admissão seja feita uma avaliação do risco gestacional para definir o “potencial de nascimento” e as condutas a serem adotadas na condução do trabalho de parto, esta não foi a realidade observada na maternidade do SUS da capital do Tocantins. Foi possível observar uma tendência generalizada de internação precoce do trabalho de parto, independentemente da presença de condição de risco associada à gestação. Uma das consequências da admissão precoce é a realização de um maior número de toques vaginais, aumentando a possibilidade de uma infecção, além do desconforto para a mulher ^(42,43).

A qualidade da assistência ao trabalho de parto e o sucesso do seu resultado inicia-se no momento da internação hospitalar. Idealmente, mulheres com gestações não complicadas e que não estão na fase ativa do trabalho de parto (≤ 5 cm de dilatação) não deveriam ser admitidas na área de pré-parto, pois correm o risco de serem submetidas a intervenções desnecessárias. Por outro lado, gestantes com riscos previamente detectados devem ser monitoradas mais frequentemente ⁽⁴³⁾.

Em relação aos partogramas anexados, a maioria estava incompleta. A utilização do partograma no HMDR, ainda não é preenchida da forma recomendada para a melhoria efetiva dos resultados maternos e perinatais, comprometendo assim o acompanhamento do trabalho de parto. Sabendo que o partograma corretamente utilizado melhora o acompanhamento do trabalho de parto na gestação, toda a rede hospitalar vinculada ao SUS, deverá ter como rotina a prática obrigatória do preenchimento do partograma no prontuário da gestante ^(44,45).

Dos prontuários pesquisados, os partos vaginais foram em grande parte com episiotomia, devido aos relatórios incompletos não foi possível separar se eram todas primíparas, secundíparas, múltíparas, sabe-se que a episiotomia está indicada para todas as parturientes primíparas, com o objetivo de prevenir lacerações perineais espontâneas. Verificou-se que muitas delas foram induzidas com ocitocinas venosas e misoprostol vaginal ^(44,45).

Quanto à condução do trabalho de parto com ocitócitos, as evidências científicas apontam que essa conduta nunca deve ser rotineira, primeiro por restringir a movimentação e deambulação da mulher e, segundo, por contribuir para efeitos colaterais, como taquisistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, rotura uterina e sofrimento fetal associado ^(46,47). Contudo, na prática obstétrica do país, concretamente, as opções se resumem na utilização das prostaglandinas e da ocitocina. O estado do colo no início da indução é um dos determinantes mais importantes do curso de eventos subseqüentes e é necessário conhecê-lo para estabelecer o procedimento que melhor cumpra esse objetivo ^(1,48,49,50).

A movimentação da parturiente durante o trabalho de parto tem várias vantagens: aumento das contrações que ajudam a dilatação cervical, maior conforto materno e diminuição do uso de analgésicos. Outro fator importante é a presença do acompanhante que dá apoio, ouve, estimula, massageia e conforta a gestante. Proporcionando assim a menor necessidade de analgesia, parto operatório e experiências não satisfatórias, bem como aumenta o índice de aleitamento materno e diminui a ocorrência de depressão puerperal ^(31,37,51,52).

O HMDR está com ambientes desfavoráveis, sem espaço para deambulação, sem a possibilidade de presença de acompanhantes, nos quais a gestante

permanece parte deitada, prolongando trabalho de parto e causando aumento do uso de ocitocinas para estimular as contrações. Vale lembrar que o gestor do estado já aprovou e liberou verba para adaptação do ambiente no pré- parto, para receber o acompanhante com a parturiente no parto humanizado.

5.2 FREQUÊNCIA DE PARTOS NORMAIS POR ANOS

Comparando as taxas de partos normais e suas frequências anuais, conforme a Tabela 1. Tivemos os resultados assim: 2003 com 1868; em 2004 com 1963; seguido em 2005 com 2145; já 2006 com 2363; em 2007 com 2625; no último ano 2008 com 2873 partos.

Dentre os anos podem observar que foram crescendo os números de partos normais e os anos que se destacaram foram: 2007 e 2008 com maiores índices. Percebe-se que o HMDR mesmo sem local adequado, e com o incentivo ao parto humanizado desde 2005, obteve resposta lenta aos partos normais.

De acordo com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos em 2008, o percentual de 41,75% das mulheres brasileiras teve seus filhos por cesárea, 58,03% por parto vaginal e em 0,22% os dados foram ignorados ⁽⁵⁴⁾.

O Ministério da Saúde lança periodicamente campanhas de incentivo ao parto normal, comerciais com artistas que vivenciaram a experiência da maternidade natural e também incentiva com bonificação aos médicos. Apesar do esforço, o número de cesarianas eletivas cresce a cada dia, inclusive na rede pública ^(55,56).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o parto seja preferencialmente em ambiente tranquilo, que a mulher tenha direito a presença de um acompanhante de sua preferência e tenha acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor. Além disso, recomenda-se ainda que possa escolher a posição mais confortável para si durante todo trabalho de parto. Apesar das recomendações, na maioria das maternidades brasileiras as parturientes são

privadas de se movimentar durante o trabalho de parto e da presença de um acompanhante⁽⁵⁷⁾.

5.3 FREQUÊNCIA DE PARTOS NORMAIS POR MESES

As comparações para as frequências dos meses foram avaliadas com porcentagens de 7,0 a 9,5% conforme a figura 5. As probabilidades esperadas para cada mês com 31 dias é de 8,49%, para um de 30 dias é de 8,21% e para fevereiro (assumindo 28 dias) é de 7,67% (Tabela 3). Só o mês de abril apresentou uma probabilidade estatisticamente maior que a probabilidade esperada ($p=0,009$) Tabela 3.

Com relação às frequências de partos normais de todos os meses ficaram assim: janeiro de 31 dias com 8,1%; fevereiro de 28 dias ficou com 7,4%; março de 31 dias com 8,0%; Abril de 30 dias ficou com 8,9%; maio de 31 dias ficou 8,7%; junho de 30 dias ficou com 7,9%; julho de 31 dias ficou com 8,5%; agosto de 31 dias com 8,0%; setembro de 30 dias ficou com 8,5%; outubro de 31 dias ficou com 8,6%; novembro de 30 dias ficou com 8,6%, e dezembro de 31 dias com 8,7%. Dentro dos meses avaliados com 31 dias, como março e agosto apresentaram as menores probabilidades observadas. Junho obteve uma probabilidade menor dentro do grupo de meses com 30 dias. O mês de abril apresentou uma probabilidade maior, inclusive de meses onde eram esperadas probabilidades maiores como março, agosto e janeiro ($p<0,01$ em todos os casos) e fevereiro com menores frequências, conforme a Figura 5.

Conforme o estudo de Narchi e Morcillo⁽⁵⁸⁾ verificou - se que as justificativas das participantes para a escolha do tipo de parto que pode ser resumida da seguinte forma: Escolhas para o Parto Normal: rápida recuperação da mãe (62%); melhor para mãe e para o bebê (24%); e outros (14%) e escolhas para o Parto Cesariano: menor sofrimento para a mãe e bebê (80%) e por corresponder a indicação médica (20%).

A naturalização das dores do parto normal como um aspecto intrínseco do ato de parir, fez com que na comparação com a cesárea, ainda assim preferissem as dores do parto normal, pois na cesárea as dores também estarão presentes, excluindo as vivências e sensações de protagonizar o nascimento do filho. Comparando com estudo, esse é o principal diferencial quanto às dores do parto: elas são inevitáveis e surgirão durante o trabalho de parto normal e, portanto, mais intensas e sofridas, ou após a cesariana, no puerpério imediato ⁽⁵⁹⁾.

Segundo o trabalho de Schneck e Riesco ⁽⁶⁰⁾, as gestantes com cesárea prévia seguida por parto vaginal apresentam menos risco de ruptura uterina em comparação àquelas que nunca experimentaram partos por via baixa após cesárea.

O estudo realizado no Maranhão na maternidade pública, as taxas de concordância entre preferência da gestante e o tipo de parto realizado foram de 55,8% para o parto vaginal e de apenas 38,2% para a cesariana, o que sugere que o desejo da mulher teve importância menor, prevalecendo às indicações clínicas para cada via de parto ⁽⁶¹⁾.

5.4 FREQUÊNCIA DOS PARTOS CESARIANOS

Comparando as frequências do perfil clínico dos partos cesarianos foram 9059 (39,59%), conforme Tabela1. É evidente que a opção para o nascimento não deve levar em conta apenas o desejo da gestante, considerando possíveis e necessárias indicações médicas específicas de cada caso. A escolha pela cesariana entre as gestantes, muitas vezes não é baseada em esclarecimentos corretos e parece haver influência de outras pessoas nos argumentos favoráveis e desfavoráveis em relação aos tipos de parto ^(62,63,64,65,66,67,68).

Em outro estudo apenas 18% das gestantes se submeteram à cesariana por necessidade, a maior parte das mulheres brasileiras prefere e deseja o parto normal, não a cesariana, mas acaba se submetendo à cirurgia por indicação do médico ⁽⁶⁹⁾.

No Rio de Janeiro, em uma maternidade pública, 62,9% das mulheres que se submeteram à cesárea gostariam de ter vivenciado o parto normal, e 81,5% das que realizaram o parto normal realmente o desejava. Já na maternidade conveniada constatou-se que 74,2% das mulheres que fizeram cesáreas, e 83,7% que realizaram parto normal não gostariam de realizar cesárea ⁽⁷⁰⁾.

5.5 FREQUÊNCIAS DOS PARTOS CESARIANOS POR ANO E MÊS

Comparando as taxas da frequência anual de cesariana obteve os seguintes resultados: 2003 com 37,2%; em 2004 com 40,9%; já no ano 2005 com 43,1%; seguido em 2006 com 38,1%; em 2007 com 38,2%; no último ano 2008 com 39,7%, das porcentagens de partos cesarianos, não houve relação linear entre as duas variáveis. Realizadas as comparações em todos os anos dos partos cesarianos seria esperado que não houvesse diferenças nas porcentagens, que deveriam oscilar em torno de 39% do total de partos, conforme Tabela1. Os anos que se destacaram com os partos cesarianos, foram 2004 e 2005 em maiores porcentagens, e os demais anos foram diminuindo.

Lembrando que os anos que se destacaram acima, percebem-se algumas variáveis que justifique a alta incidência de cesarianas: as iteratividades que foram as maiores em destaque, observadas em mulheres que vieram de cidades como: Maranhão, Pará e outras. Outra variável é que as maternidades dos estados e municípios limítrofes encontravam - se em reformas não havendo possibilidades de atendimento. Somado a isso, as parturientes eram encaminhadas ao HMDR com diagnósticos imprecisos, em alguns casos com solicitações para vaga na UTI neonatal. E ainda, o número insuficiente de profissionais para realizar a avaliação da admissão das parturientes da capital e dos demais estados e municípios, conforme preconizam a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde.

O HMDR percebeu o alto índice de cesáreas e iniciou o parto humanizado em 2005 com todas as equipes, conscientizando - as da sua importância, debatendo

contra as cesáreas, o que contribuiu significadamente para a redução das cesáreas nos anos posteriores.

No Estado de São Paulo, dos 618 mil bebês nascidos vivos em 2004, 52% deles nasceram de parto cesariano por um motivo simples. No Brasil, a média foi de 41,8% no ano de 2005. No Sistema Único de Saúde (instituições públicas e privadas conveniadas), a taxa foi de 27,5%. Já na saúde suplementar (que engloba as medicinas de grupo, seguros saúde, entidades filantrópicas e cooperativas médicas), regulada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), a taxa de cesárea em 2004 chegou a espantosos 82,4%, conforme o jornal medicina ⁽⁷²⁾.

Um estudo de coorte realizado em Pelotas (RS), durante o ano de 1993, mostrou uma prevalência de 30,5%. Estudo recente comparando o percentual de cesariana em Pelotas mostrou uma variação de 27,6% em 1982 a 43,2% em 2004, ou seja, um aumento de 55,6% ⁽⁷²⁾.

Nos Estados Unidos, a cesariana aumentou de 20,7% em 1996, para 31,8% em 2007. Entretanto, nos países europeus, especialmente no Norte da Europa, que apresentam taxas mais baixas de cesariana, em torno de 20%, melhores resultados maternos e neonatais têm sido obtidos. Taxas muito elevadas de cesarianas podem representar a causa do excesso de mortalidade materna em alguns países desenvolvidos, uma vez que, excedendo substancialmente 15%, os riscos para a saúde reprodutiva passam a superar os benefícios ^(73,74).

O grande problema na atualidade é que diversos estudos apontam que taxas de cesariana superiores a 15-20% não resultam em redução das complicações e da mortalidade materna e neonatal e, ao contrário, podem estar associadas a resultados prejudiciais tanto para a mãe como para o concepto ^(75,76,77,78).

Já nos Estados Unidos, em 2005, esse índice já era de 30,2%. No Brasil, os números são ainda mais assustadores. Somente no SUS, 33,25% dos partos realizados em 2008 foram cirúrgicos, de acordo com o Ministério da Saúde, o que representa cerca de 655 mil cesáreas. Todos esses dados contrariam a recomendação da Organização Mundial de Saúde, que determina que esse tipo de parto represente somente entre 10% e 15% do total realizado em um país. Dados do

“The NHS Information Center”, na Inglaterra, por exemplo, mostram que 25% dos partos no Reino Unido, entre 2008 e 2009, foram cirúrgicos⁽⁷⁹⁾.

As comparações para as freqüências de meses foram avaliadas com porcentagens de 7,0 a 9,5% nos partos cesarianos. Assim sendo, a probabilidade esperada para cada mês ficaram assim, mês de 31 dias é de 8,49%, para um de 30 dias é de 8,21% e para fevereiro (assumindo 28 dias) é de 7,67%, conforme Tabela 3.

Com relação às freqüências de partos cesarianos por meses ficaram assim: janeiro de 31 dias com 8,5%; fevereiro de 28 dias ficou com 7,7%; março de 31 dias com 8,5%; Abril de 30 dias ficou com 8,2%; maio de 31 dias ficou 8,5%; junho de 30 dias ficou com 8,2%; julho de 31 dias ficou com 8,5%; agosto de 31 dias com 8,5%; setembro de 30 dias ficou com 8,2%; outubro de 31 dias ficou com 8,5%; novembro de 30 dias ficou com 8,2%, e dezembro de 31 dias com 8,5%. Só o mês de abril apresentou uma probabilidade estatisticamente maior que a probabilidade esperada ($p=0,009$).

Dentre os meses avaliados com 31 dias, como março e agosto apresentaram as menores probabilidades observadas. Junho obteve uma probabilidade menor dentro do grupo de meses com 30 dias. O mês de abril apresentou uma probabilidade maior, inclusive de meses onde eram esperadas probabilidades maiores como março, agosto e janeiro ($p<0,01$ em todos os casos) e fevereiro com menores freqüências, conforme Figura 5.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma intervenção amplamente praticada é a cesariana, que foi progressivamente difundida e aceita como procedimento com riscos reduzidos, em especial, após o advento da antibioticoterapia e da anestesia. Tecnicamente aprimorada nas últimas décadas, a cesariana foi realizada em 25,1% das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001, taxa que aumentou para 27,5%, em 2004. Entre os nascidos vivos fora da rede do SUS, em 2001, a proporção de cesarianas foi de aproximadamente 84%^(80,81).

Conforme o Ministério da Saúde, os dados do Hospital da Mulher são referentes ao mês de março, quando foram realizados 62 partos, dos quais 31 foram

normais e 31 cesarianas. De dezembro de 2000 a março de 2005, o hospital realizou 5.759 partos, dos quais 3.759 foram normais (62,15%) e 2.180 cesarianas (37,85%) (82,83).

De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil se configuram duas situações em relação às cesáreas. A primeira, no SUS, onde são atendidos cerca de 80% dos partos, com as taxas de 28,6% em 2005 e 30,1% em 2006. No setor de saúde suplementar (planos de saúde, seguros de saúde, etc) regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa foi 77,5% em 2005 e 80,7% em 2006. As taxas no SUS e no sistema privado compõem uma taxa nacional de 43,2% em 2005 e 44,4% em 2006. As taxas de cesáreas do Brasil, nas últimas décadas, têm colocado o país na posição de campeão ou vice-campeão mundial de cirurgias cesarianas no mundo (82,83).

Conforme o estudo no Rio de Janeiro em duas unidades de saúde, sobre a preferência do tipo de parto, descobriu-se que no início da gestação, mais de 36% das mulheres na unidade 1 e 32,8% na unidade 2 preferiam parto cesáreo. A preferência por parto vaginal foi de 44,9% e 52,4%, respectivamente, e o restante das mulheres não manifestou clara preferência no início da gravidez. Quando analisamos apenas as primíparas, a proporção de preferência por cesariana foi menor, 20% e 23%, respectivamente, na unidade 1 e 2 (61).

Nos anos de 2004- 2005, a Organização Mundial Saúde (OMS), desenvolveu um estudo na América Latina, e o Brasil fez parte do estudo com mais sete países, monitorou as cesáreas de 120 hospitais, concluindo que as altas taxas de cesáreas provocaram maior morbimortalidade das mulheres, e um elevado custo para a saúde desses países, pois as mulheres permaneceram mais tempo internadas e receberam maior quantidade de antibióticos, e cuidados das equipes multiprofissionais (84,85,86).

O Brasil, em especial a região de São José do Rio Preto/SP, tem altos índices de cesáreas, de 1997 a 2006, oscilaram de 84,9% a 65,0%, em 2006, enquanto a taxa do país foi 45,94%, do Estado de São Paulo de 55,34%, na cidade de São José do Rio Preto foram 76,5% (163). Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS),

desde 1985, determina como aceitável taxa de cesárea de 10 a 15%, e o Ministério da Saúde (MS) estipulou uma taxa de 30,0% ^(72,87).

Para reduzir as taxas de cesárea o Ministério da Saúde vem apresentando diversas propostas e ações, entre elas recomendações para que enfermeiras obstétricas atuem no pré- parto e realizem o parto normal. Porém, em 2007, em um estudo desenvolvido nos hospitais de São José do Rio Preto identificou-se 223 leitos obstétricos, com 17 enfermeiras obstétricas que não prestavam assistência à parturiente, destas 38,8% desenvolvendo atividades na unidade de obstetrícia, a maioria com atividades administrativas e nenhuma realizava o parto ⁽⁷²⁾.

O obstetra para realizar uma assistência ao trabalho de parto, deve dispor de no mínimo, 6 a 10 horas para acompanhamento, com exame clínico periódico de 2 em 2 horas, principalmente quando se trata de primíparas, nas quais a evolução do trabalho de parto costuma ser mais prolongada. Na assistência realizada no serviço privado, o obstetra que, por diversos motivos, não puder disponibilizar desse tempo para a assistência, acabará indicando a cesariana. Já no serviço público, a gestante, ao internar em trabalho de parto, terá à sua disposição, para exame clínico periódico, uma equipe de obstetras em regime de plantão, o que possibilita a continuidade do acompanhamento; assim, o motivo da realização das cesarianas estaria associado mais às reais indicações médicas (ameaça ao binômio materno-fetal) do que à “falta de tempo” e conveniência do obstetra.

O jornal de medicina realizou a pesquisa sobre os procedimentos no Brasil do SUS e privados de 1999 a 2005 ficaram assim:

Tabela 5.Procedimentos de partos no Brasil no período de 1999 e 2005

Ano	Normais	Cesáreos	Total
1999	1.992.568	660.431	2.652.999
2000	1.906.320	599.419	2.505.739
2001	1.801.406	602.479	2.403.885
2002	1.753.659	590.101	2.343.760
2003	1.664.680	596.833	2.261.513
2004	1.626.092	617.687	2.243.779
2005	1.596.483	639.956	2.236.439
Total	12.341.208	4.306.906	16.648.114

Com essa pesquisa podemos ver o alto índice de cesárea realizada no Brasil⁽⁸⁸⁾.

Analisando a estatística dos meses dos partos das cesarianas, não houve diferenças estatisticamente, com significativas de 1%, a média esperada foi 39,6%, houve variações com diferenças entre as probabilidades de partos cesarianos nos meses, com uma porcentagem de 35 a 43% com variáveis de $p < 0,01$ ficaram assim: janeiro com 41,2%; fevereiro com 42%, março com 41,8%, abril com 40,0%, maio com 39,2%, junho com 40,0%, julho 41%, agosto com 39,3%, setembro com 37%, outubro com 36%, novembro com 38,7%, dezembro com 38,7%. Nesta comparação os meses com maiores partos cesarianos foram fevereiro e março e, com menores partos foram outubro e setembro, conforme na Figura 6.

Nos estudos de Silva⁽⁸⁹⁾ destaca-se que, apesar de quase 80% das gestantes terem expectativa pelo parto normal, a cesariana foi realizada em 72% das pacientes particulares e em 31% das atendidas no SUS; 64% das gestantes se submeteram à cesariana por indicação médica equivocada, ou, no mínimo, duvidosa. Essas taxas são também maiores que aquelas descritas para o Brasil, em torno de 35% em geral e de 70% em serviços privados. Vale frisar conforme os estudos, que alguns especialistas médicos têm demonstrado que é possível manter taxas abaixo de 2% sem comprometer a qualidade da assistência e sem acarretar aumento do risco de morbimortalidade materna e perinatal, o que só realça a importância do problema em pauta^(90,91,92).

A assistência pré-natal tem sido apontada como um fator de redução do risco de complicações e da necessidade de cesariana⁽⁹³⁾. Por outro lado o estudo realizado nas maternidades de referência do maranhão verificou que o principal motivo para preferência pelo parto vaginal, em ambas as maternidades, foi o fato de a recuperação ser mais rápida, enquanto que pela cesariana, também em ambas, foi o medo da dor associada ao parto vaginal^(61,93).

O Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN) apresenta os princípios da assistência a ser prestada pelo estado, e municípios e dos serviços de saúde para o cumprimento de suas funções, a fim de propiciar às

mulheres o direito de cidadania que é “dar à luz”, por meio de uma “assistência humanizada e de boa qualidade” (64,93).

5.6 AS INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DESSES PARTOS

As parturientes com patologias intercorrentes na gestação precisam ter acesso a um atendimento criterioso, com controle efetivo do seu quadro clínico, disponibilizando todos os recursos necessários para garantir o seu bem-estar e do feto.

No perfil clínico das intercorrências dos partos do HMDR as causas foram iteratividade 54,3%, prematuridade 12,2%, eclampsia 10,6%, DPP 8,9%, polidrâmnio 7,6%, oligoâmnio 5,4%, laqueadura 0,9%, histerectomia 0,2%, conforme a Tabela 4.

O Brasil apresenta uma das taxas mais elevadas do mundo, 38%. Partos operatórios sem indicação clínica constituem um problema para a saúde pública. Além disso, torna-se uma estratégia importante para o aumento das taxas de cesáreas, já que segundo o Ministério da Saúde, o Brasil ocupou até pouco tempo, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas, chegando a ficar em torno de 80% na maioria dos estabelecimentos hospitalares privados (91,92,93).

O conhecimento e a identificação adequada dos fatores de risco para operação cesariana são de fundamental importância, uma vez que nos permitiriam planejar as ações de saúde voltadas à prevenção de morbidades maternas intra e pós-parto. As indicações de cesariana vêm crescendo indiscriminadamente, e está sendo utilizada de forma exagerada em vários países (94,95,96).

Analisando os relatórios da enfermagem percebe-se que as clientes sem indicação das cesáreas, eram internadas precoces e permaneciam por 24 horas em observação e algumas com indução, depois de 24 horas encaminhadas à cesárea. A partir do aperfeiçoamento das técnicas, a cesariana começou a substituir o fórceps

e suas taxas foram elevando devido às indicações por apresentações pélvicas, a melhoria do diagnóstico de sofrimento fetal e as cesarianas iterativas ^(94,96).

Em outra análise dos relatórios da enfermagem nos prontuários, percebeu-se que algumas clientes apresentaram hemorragia significativa, pressões arteriais baixas, com sinais de choque, tiveram que transfundir sangue, colher exames laboratoriais, a maioria contornou o quadro clínico e se estabilizaram, outras precisaram de UTI, e poucas tiveram atonia uterina periparto.

Na presente pesquisa entre as pacientes que tiveram o parto cesáreo, pelo menos 54,3% foram iteratividades. Observando que a cesárea iterativa são duas ou mais cesáreas anteriores, torna-se uma situação freqüente no Brasil, sabendo que a paciente deve ser avaliada na admissão, para verificar se há necessidade de cesárea, mesmo com cesárea anterior. Segundo estudos, é possível realizar a prova de trabalho de parto, evitando realizar uma cesariana desnecessária. Subentende que esta avaliação não está sendo praticada adequadamente conforme mostra o índice de cesariana apresentado ^(97,98,99).

Conforme alguns trabalhos as indicações importantes como: iteratividade, apresentação pélvica, sofrimento fetal, toxemias da gestação, cesárea de repetição, desproporção cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta (DPP), malformações congênitas, oligoâmnio, pós-datismo, eclampsia, gemelaridade, ruptura prematura de membranas (RUPREMA), doença hipertensiva, HIV, diabetes, prolapso de cordão e outras, muitas vezes demandam a interrupção da gestação, provocando aumento na incidência de operações cesarianas. O profissional deverá optar pelo o melhor procedimento conforme o diagnóstico ^(99,100, 101, 102, 103).

No estudo foi avaliado a eclampsia com 10,6%, das indicações das cesáreas. Observamos que algumas eram portadoras de hipertensão crônica, vieram transferidas das unidades básicas pelo SAMU e dos municípios por ambulâncias. Segundo o estudo retrospectivo, verificaram que o risco de cesárea nas pacientes com pré-eclâmpsia foi o dobro daquelas sem hipertensão arterial associadas a gravidez, sendo que 21,1% das pacientes foram submetidas à cesariana apenas por indicação da pré-eclâmpsia, principalmente quando a forma grave da doença estava presente ^(102,103,104,105,106).

Na comparação de descolamento prévia da placenta, (DPP) 8,9% das indicações de cesária, não foi possível comparar a quantidade dos diagnósticos se era central, lateral, parcial ou total, se primíparas, secundíparas, múltiplas e outros, devido à falta de anotações incompletas nos prontuários.

Analisando os diagnósticos de oligoâmnio 5,4%, polidrâmnio 7,6% das indicações das cesáreas, conforme preconiza o Ministério da saúde ⁽¹⁰⁷⁾. Observou-se dentre os prontuários que parte destas pacientes veio encaminhada dos municípios e estados. Constava nos relatórios que algumas quando chegava ao HMDR, o hospital não sabia desse encaminhamento.

Comparando com outros trabalhos, as laqueaduras com 0,9% e histerectomia com 0,2%, apresentaram os menores índices das indicações de cesáreas do HMDR. Recentemente, o Lancet argumentou, com base na melhor evidência disponível, que os centros de saúde (serviços de nível primário fornecendo atendimento obstétrico básico essencial) são os locais mais eficazes para a maioria dos partos e orientações sobre as laqueaduras ^(108,109).

5.7 AS INDICAÇÕES DE CESÁREAS POR MÊS E ANO

As comparações das indicações de cesáreas por anos com as porcentagens de 40 a 70 % apresentaram diferentes proporções como o ano de 2003 com 65,18%, o ano de 2004 com 50%, ano de 2005 com 53%, ano de 2006 com 54%, ano de 2007 com 48,7%, ano de 2008 com 48,7%, com uma variável de $p < 0,01$. Percebeu-se que as indicações tiveram um grande aumento em 2003, após foram diminuindo conforme os anos, mas em 2007 e 2008 mantiveram praticamente a mesma taxa de indicações, conforme a figura 7.

As indicações de cesáreas por meses tiveram uma comparação de 40 a 60% para o total de indicações, a média esperada 51,95% por mês. Observou uma diferença estatisticamente significativa por mês. Destacando o mês de janeiro com 60%, os demais com um percentual de aproximado como se segue: fevereiro com 55%; março com 51%, abril 53%, maio 54%, junho 53%, julho 52%, agosto 51%,

setembro 51,90%, outubro 49%, novembro 47%, dezembro 45%. Com $p < 0,001$, conforme a figura 8.

Justifica-se o alto índice de cesáreas no ano de 2003, a realização das mesmas sem justificativas expressas nos prontuários, e os encaminhamentos oriundos dos estados e municípios vizinhos, acrescentando o fluxo de atendimento. Havia também parturientes que realizavam pré-natal em clínicas particulares optando por realizar o parto no HMDR.

Conforme o estudo, a prevalência de cesárea no Brasil foi de 39,5% em 2002, variando de 20% a 48% dos partos conforme a região, sendo hoje um dos países com maior ocorrência de cesarianas do mundo ^(109,110,111). Além de aumentar o risco de morbimortalidade materna e perinatais, a cesárea também eleva o consumo de recursos hospitalares, decorrentes do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de enfermagem e maior utilização de medicamentos ^(110,111).

5.8 RELACIONANDO OS PARTOS COM AS IDADES MATERNAS

Conforme dados estatísticos do HMDR, as faixas etárias variam de 10 a 49 anos. As comparações das faixas etárias de partos normais apresentaram diferenças, sendo de 10 a 14 anos com 159 partos, 51,7%; seguida da faixa etária de 15 a 19 anos com 3748 partos 75,8%; seguindo de 20 a 29 anos com 7508 partos 54,4%; entre 30-39 anos 2327 partos 63,0%; a faixa etária de 40 a 49 anos 94 partos 63,1%, comparando com $p < 0,001$, conforme Tabela 2.

Nas comparações de partos normais, a faixa etária de adolescentes, e idade avançada, é menor comparando com relação às demais, já na faixa etária de 20 a 29 anos foram maiores, seguidos da faixa etária de 15 a 19 anos, e a de 30-39 anos com partos normais.

Na faixa etária de 10-14 anos de acordo com o levantamento de dados do HMDR, houve destaque para a realização de 02 partos normais em meninas com idade de 10 anos.

Comunicação e orientação às gestantes, e a realização da prova de trabalho de parto, pode diminuir os altos índices de cesárea e evitar a morbimortalidade. Já a indicação de cesárea por cesárea anterior (iteratividade), apresentação pélvica em múltipara com feto de termo não macrossômico, DHEG não justificada e oligoâmnio e outros riscos fazem parte da categoria de cesáreas mal justificadas ^(109,110). Dentre os fatores que determinam a elevada prevalência de cesarianas estão à forma de remuneração do parto, e a falta de desconhecimento e preparo das mulheres para o parto normal ⁽¹⁰⁴⁾.

5.9 COMPARAÇÕES DE IDADES MATERNAS DE PARTOS CESARIANOS

Comparando as faixas etárias dos partos cesarianos foram observados: 10-14 anos com 149 partos 48,3%, menor faixa etária foi de 15 e 19 anos com 1195 partos 24,2%, em seguida entre 20 e 29 anos com 6295 partos 45,6%; seguindo a faixa de 30 e 39 anos com 1365 partos 37,0%; entre a faixa 40 e 49 anos com 55 partos 36,9% com $p < 0,001$ em ambos os casos, conforme Tabela 2.

Na faixa etária de 10-14 anos de acordo com o levantamento de dados do HMDR, houve destaque para a realização de 03 partos cesarianos em meninas com idade de 10 anos.

De acordo com o trabalho red latino ⁽¹¹²⁾, os autores constataram que a proporção de cesariana primária entre as adolescentes de 12 a 15 anos foi 11,6%, significativamente mais alta que os 9,4% para aquelas com idade entre 16 a 19 anos e os 10,2%, para as adultas. No entanto, os autores notaram que ao longo do período de 10 a 15 anos do estudo, houve declínio na proporção dos partos entre as adolescentes, possivelmente devido à melhor educação sexual, planejamento familiar e infertilidade associada a doenças sexualmente transmitidas. A gravidez na adolescência representa um processo de reestruturação pessoal e familiar, e as

adolescentes podem não estar preparadas para enfrentar a nova realidade (113,114,115,116,117).

A associação de idade avançada e cesárea também foi encontrada por diversos trabalhos. Isto pode ser explicado pelo fato das pacientes estarem mais sujeitas a intercorrências clínicas. Verificaram que gestantes com mais de 35 anos de idade apresentaram maior chance de realizar o parto cesáreo, provavelmente devido a uma monitorização mais próxima dessas pacientes. Os autores consideraram mais seguro submeter às mesmas ao parto cesáreo (118,119,120). Os dados do presente estudo também apresentaram a associação entre idade materna e via de parto, sendo que idade maior que 30 anos constituiu fator de risco para realização de cesárea, verificou - se que esta tendência também foi observada entre as gestantes com mais de 40 anos de idade, devido, principalmente, a maior incidência de complicações obstétricas⁽¹²¹⁾.

No estudo realizado no hospital das clínicas em Porto Alegre, percebeu - se aumento proporcional à idade das gestantes, com pico de prevalência entre 40 e 44 anos. O índice foi de 25% entre pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de 64% nas pacientes particulares e de 66% entre pacientes de convênios⁽¹²⁰⁾.

Percebe-se um aumento de partos cesarianos em adolescentes, considerando a faixa etária de 10 a 19 anos, de acordo com a tabela 2. O Sistema Único de Saúde (SUS) divulgou prevalência de 21,8% de nascidos vivos, considerando a idade materna até 19 anos⁽¹¹⁷⁾. Atenção especial deve ser dada ao incentivo à assistência pré-natal para as adolescentes, devido a faixa etária na qual se apresentou maior número de adolescentes.

Relacionando a freqüência de 36,9% de gestantes em idade de 40 a 49 anos, com idade avançada em nossa casuística foi à maior do que a verificada em estudos em torno de 13%. No entanto, na pesquisa realizada impacto de idade materna, observou uma freqüência de 22,5% de partos cesarianos por mulheres de idade avançada, pode ser explicado pelo nível socioeconômico e cultural diferente do que foi estudado. Algumas condições maternas associadas ao possível comprometimento fetal costumam ser mais freqüentes e mais graves nesta faixa etária e, portanto, elevam o número de cesáreas por indicação fetal^(121,122).

De acordo com os relatórios dos prontuários, observou-se que as mães mais idosas tiveram maiores riscos de pré-eclâmpsia, diabetes e ruptura prematura de membranas, hipertensão e outros. Segundo os estudos, a incidência de hipertensão crônica aumenta com a idade e é possível que o comprometimento vascular inerente à idade torne algumas pacientes mais suscetíveis à hipertensão específica da gravidez, mesmo entre aquelas que não desenvolvem hipertensão clinicamente reconhecível. Além disso, a pré-eclâmpsia é relatada como mais freqüente nos extremos da vida reprodutiva, mas, sobretudo, entre as mulheres mais velhas (122,123,124,125,126).

Em estudos, a incidência de diabetes gestacional também foi mais alta entre as idosas; na Suécia, houve aumento nos partos prematuros, pré-eclâmpsia e diabetes, morte fetal intra-uterina e neonatal. Em estudo na Inglaterra, verificou-se, entre as mulheres com idade maior ou igual há 35 anos, maior risco de diabetes gestacionais, placenta prévia, apresentação pélvica, parto vaginal operatório, cesárea eletiva e de urgência, prematuridade e baixo peso ao nascer, hemorragia pós-parto e morte intra-uterina (127,128,129).

Percebe-se a necessidade de repensar a conduta, visto que pode haver um processo, que pode ser chamado de “círculo vicioso”, onde a ocorrência de cesárea pela primeira vez “induz” a ocorrência de seguimento desta prática (125,127,130). Ressalta-se que a gestação constitui um processo de adaptação que pode gerar ansiedade e medo para quem a vive, assim, a mulher necessita de apoio profissional para viver tal período.

5.10 FREQUÊNCIAS DOS DIAS SEMANAIS DE TODOS OS PARTOS

Vale ressaltar que o HMDR atende urgência e emergência todos os dias. Nas segundas-feiras as unidades básicas de saúde encaminham as gestantes para realizar exames e outros procedimentos no hospital, e aquelas que precisam de atendimentos obstétricos e de alto risco, são atendidas com a equipe multiprofissional, e se preciso for, já ficam internadas.

Nas análises dos dados semanais, a probabilidade média esperada era de 14,28% dos partos, nas comparações de todos os partos observou-se que na segunda-feira ficou acima da média 15%, terça-feira abaixo da média com 13%, quarta-feira com média 14,28%, quinta-feira com 14,94%, sexta-feira em destaque acima da média esperada com 18%, e sábado abaixo da média 13% e domingo com menores 12%, conforme figura 9. As comparações dia a dia mostraram um padrão complexo como: Sexta>Segunda≈Quinta≈Quarta>Terça≈Sábado≈Domingo ($p<0,01$ para todos os casos), conforme Figura 9.

5.11 FREQUÊNCIAS DOS PARTOS CESARIANOS NOS DIAS SEMANAIS

Na análise dos dias semanais de partos cesarianos as comparações foram com a porcentagem de 2 a 18% da proporção de partos, a média esperada 14,28%. As comparações ficaram diferentes em relação aos partos, segunda - feira abaixo da média com 13%, terça - feira 13,96%; quarta - feira acima da média com 15%, quinta-feira também acima da média com 16%; sexta-feira bem acima da média com 18%; sábado abaixo da média com 13% e domingo com 12%, aproximadamente conforme figura 10. As comparações dia a dia mostraram um padrão complexo que pode ser resumido assim: Sexta = Quinta = Quarta > Terça = Segunda = Sábado > Domingo.

O Ministério da Saúde está empenhado na diminuição das cesáreas desnecessárias. As taxas de cesárea tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar vem aumentando progressivamente, desde 1999. Essas taxas estão muito acima do valor preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que é de 10 a 15%.⁽⁹¹⁾.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos neste estudo podemos concluir:

- Verificou-se que apesar do esforço do HMDR na realização do parto humanizado, ainda há prevalência do parto cesariano.

- As taxas de partos cesarianos tiveram percentual alto em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde, que recomendam taxas de partos cesarianos bem inferiores às encontradas no presente trabalho.

- Nas comparações mensais para todos os partos observamos uma média esperada, mas isso oscilou bastante entre os meses, sendo que o mês de abril destacou-se com maiores porcentagens de partos no geral. Nas comparações mensais de partos cesarianos, os meses de fevereiro e março se destacaram com maiores frequências, já os meses de setembro e outubro com menores frequências.

- Nas indicações/intercorrências não foram diferentes de alguns trabalhos. Observamos: iteratividade, prematuridade, eclampsia, DPP, poli e oligoâmnio, laqueadura e histerectomia. O ano de 2003 destacou-se com porcentagens bem maiores das indicações. Nos demais anos obtivemos oscilações de porcentagens. Com relação aos meses, destacou-se janeiro com números bem acima da média esperada e o mês de dezembro com menores indicações.

- Com relação à idade materna, observou-se no presente estudo que as faixas etárias dos partos apresentaram oscilação. Entre as adolescentes o percentual de partos cesarianos foi maior do que o de parto normal. Na comparação das mulheres adultas na fertilidade a proporção foi maior de parto normal, versus partos cesarianos, e entre as mulheres de idade avançada foram maiores partos cesarianos, versus parto normal.

- Resolvemos verificar os dias semanais e suas frequências de atendimentos. Observamos para todos os partos; sexta-feira, segunda-feira, quarta-feira e quinta-feira acima da média. Terça - feira, sábado e domingo menor que a média esperada.

- Nas comparações de partos cesarianos: sexta-feira; quinta-feira; quartas-feiras apresentaram maiores números de partos; os demais dias ficaram abaixo da média esperada. Podemos perceber que dos dias semanais a sexta-feira destacou-se em todos os tipos de partos (normais ou cesarianos).

Uma das dificuldades encontradas durante a coleta de dados foi a não padronização das anotações realizadas nos prontuários das pacientes, o que tornou a coleta de dados mais demorada, e nem sempre os prontuários e os livros de registros continham todas as informações necessárias para avaliação.

- Concluímos que, nos fluxos de atendimentos semanais destaca-se a sexta-feira, indicando que há uma necessidade de conscientizar as equipes profissionais sobre as qualidades prestadas nos atendimentos às parturientes e seus filhos, levando em consideração os desgastes das equipes e principalmente a de enfermagem que presta atendimento contínuo às pacientes e seus filhos.

Estes dados chamam a nossa atenção e dos gestores da Saúde do Estado do Tocantins, porque são dois extremos que exigem maior atenção. Surgem algumas questões importantes: será que a equipe do HMDR está preparada para avaliar as condições das clientes em trabalho de partos? Por que ocorreram muitas cesáreas com indicações duvidosas nos prontuários? Por que somente nas sextas-feiras o fluxo de atendimento é bem maior que os demais dias? Estas questões, por certo, merecem uma atenção mais aprofundada em estudos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TANAKA, A. **Dilema entre nascimento e morte**. 5. ed. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO. 2005; A.160-166p.
2. LANTZ, P; LOW, L; VARKEY, S; WATSON, R. **Doulas as childbirth para professionals**: results from a national survey. *Womens Health Issues*. 2005; 15: 109-16p.
3. EAST, C; CHAN, F; COLDITZ, P; BEGG, L: Fetal pulse oximetry for fetal assessment in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Oxford: Update Software. 2007; Issue 4.
4. BRASIL, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2005; 28p.
5. KITZINGER, S. **Mães**: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial Presença. 2005; 86-98 p.
6. NEILSON, J. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Oxford: Update Software. 2007; 4.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas: Ministério da Saúde; Brasília. 2007;12 p.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto, Aborto, Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher**: Ministério da Saúde, Brasília. 2007; 23p.
9. BRASIL, Ministério da saúde; Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual Operacional para Comitês de Ética**: Ministério da Saúde, Brasília. 2005:16 p.
10. FREITAS, P; DRACHLER, M; LEITE, J; GRASSI, P. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**. 2005; 761-7p.
11. CARNIEL, E; ZANOLLI, M; MORCILLO, A. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2007; 1: 34-40p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxas de parto normais e cesáreas no Brasil**. J Febrago, 2005; 11: 4-6 p.
13. MCCOURT, C; WEAVER, J; STATHAM, H; BEAKE, S; GAMBLE, J; CREEDY, DK. **Elective cesarean section and decision making**: a critical review of the literature. *Birth*. 2007; 34: 65-79 p.

14. MACINTOSH, M; FLEMING, K; BAILEY, J; DOYLE, P; MODDER, J; ACOLET, D; et al. **Perinatal mortality and congenital anomalies in babies of women with type 1 or type 2 diabetes in England, Wales, and Northern Ireland**: population based study. *BMJ*. 2006; Jul 2; 333 (7560):177 p.
15. VERROTI, C; BEDOCCHI, L; PIANTELLI, G; CAVALLOTTI, D; FIENI, S; GRAMELLINE, D. Amniotic fluid index versus largest vertical pocket in the prediction of perinatal outcome in post-term pregnancies. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 2004; 75 Suppl 1:67-70 p.
16. CARVALHO, R; CAMPOS, H; BRUNO, Z; MOTA, S. Fatores Preditivos de Hipertensão Gestacional em Gestantes Primíperas: Análise do Pré-natal, da MAPA e da Microalbuminúria. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2005; 487-495 p.
17. BEN-HAROSH, Y; GLICKMAN, H; BAR, J; KAPLAN, B; HOD, M. Mode of delivery in pregnancies with premature rupture of membranes at or before term following induction of labor with vaginal prostaglandin E2. *Am J Perinatol*. 2004; 21. 5: 263-8 p
18. HOFMEYR, M. **Evidence-based obstetrics**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2005; 19:103-15 p
19. BARBOSA, M; CAMARA, M; MEDEIROS, M. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial on line] 2005 jan-jul;[cited 2006 jul. 8]; Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/05.htm (acessado em 30/mar/2010).
20. BRASIL. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Cesariana**. [Citado em 2008 jul.20]. Disponível em: www.febrasgo.org.br. (acessado em 30/mar/2010).
21. DINIZ C; CHACHAM, A. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”**: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod*, 2006; 1: 80- 91.
22. PÉRTEGA, D; PITA, F. Metodologia de la investigación. Técnicas de regresión: regresión lineal múltiple. *Cad Aten Primaria* [serial em Internet]. 2005 [citado 2010 jul 22];10:[about 4 p.]. Disponível em: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/regre_lineal_multi/regre_lineal_multi.htm. (acessado em 30/abr/2010).
23. DINIZ, C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005; 10: 627-37.
24. CASTRO, Jc; CLAPIS, MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Revista Latino-am Enfermagem*, 2005; 13(6): 960-7p.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher.

Brasília (DF). 2005; cap. 21: Evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto. 182-9 p.

26. BRASIL. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Dossiê mortalidade materna**: 2005 [acesso 2009 out 27]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemormaterna.html>. (acessado em 30/mar/2010).

27. BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Boletim CEInfo 2006**. São Paulo (SP): SMS; 2006.

28. VENÂNCIO, Sl. Obstetrícia. **Parto Normal**. Sobre Nascimento e Parto. 2007; 1:123-144 p.

29. SILVA, JLP. Obstetrícia. **Sutura do trauma perineal no parto normal**. USP, 2007; 1: 45-90 p.

30. BRASIL. Portaria n. 2.418 de 2 de dezembro de 2005. **Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União (Brasília). 2005; Dez. 06.

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: visita aberta e direito a acompanhante. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

32. SALVATI, I. **Parto humanizado**. Disponível em: <http://www.ideli.com.br/artigosler>. (acessado em 28/jul/2009).

33. PEREIRA, A; MOURA, M; SOUZA, I; TYRREL, M; MOREIRA, M. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paul Enfermagem** 2007; 20(2): 205-15 p.

34. ALMEIDA, M. **Assistência de enfermagem á mulher no período puerperal**: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero. Tese de doutorado não publicada, Universidade de são Paulo, Ribeirão Preto. 2005; 2: 245 p.

35. SABATINO, H. Obstetrícia. **Formas Alternativas dos Partos**. 2. ed. São Paulo: Unicamp. 2005; 55-89 p.

36. DINIZ, C S G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005; 2. Ed. 26 (2): 627-637p.

37. HOGA, L; PINTO, C. **Assistência ao parto com a presença do acompanhante**: experiências de profissionais. **Educação Enfermagem**. 2007; 25(1): 74-81p.

38. FEITOSA, H. **Esterilização Feminina**. Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, 2005. [Citado em 2008 jul.20]. Disponível em http://www.socego.com.br/cremec_4.asp. (acessado em 30/ mar/2010).
39. BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação na primeira hora devida pode salvar sete mil bebês a cada ano**. [Citado em 2008 jul.20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia=34258 (acessado em 30/mar/2010).
40. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)**. Atualização ano 2005: algumas informações sobre a saúde da mulher [online]. Brasília (DF); 2005. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/dsaude/informes/7saude_mulher/html/saude_mulher.htm (acessado em 13/abr/2010).
41. SILVA, F; COSTA, N. **Características dos nascidos vivos, das mães e mortalidade neonatal precoce na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2009;25: (9). 1981-1989 p.
42. BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra. 2006; 25-45 p.
43. ENKIN, M; KEIRSE, M; NEILSON, J; CROWTHER, C; DULEY, L; HODNETT, E; et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005;124-145 p.
44. ROCHA, I. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista Escola Enfermagem**. USP [online]. 2009. 880-888 p.
45. ROCHA, I. **Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e de ação** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.126p.
46. SANTOS, A; ANDRADE, V; MIRANDA, V. O uso de misoprostol para indução do parto de feto vivo. **Femina**. 2009; 37(8): 433-6 p.
47. SAMPAIO, A. Fatores associados ao parto vaginal em gestantes de alto risco submetidas à indução do parto com misoprostol. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**. [online]. 2006; 26:1.21-29 p.
48. LOPES, V; LUZ, M; ALVES, A; SOUZA, G; SOUZA, E; CAMANO, L. Alteração da matriz extracelular da cérvix uterina durante a gestação. **Femina**. 2008; 36(1): 21-4p.
49. SCHNECK, C; RIESCO, M. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. REME: **Revista da Enfermagem**. 2006; 10(3): 240-6p.

50. BRUGGEMANN, O; PARPINELLI, M; OSIS, M. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno Saúde Pública**, 2005; 21(5): 1316-27 p.
51. MARTINS, C, ALMEIDA, N; BARBOSA, M; SIQUEIRA, K; VASCONCELOS, K; SOUZA, M; et al. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Revista Eletrônica Enfermagem**. [Internet], 2005 [citado em 30/jun/2010]; 7(3): 360-5. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_03.htm. (acessado em 30/mar/2010).
52. PEREIRA, A; MOURA, M; SOUZA, I; TYRREL, M; MOREIRA, M. Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: tendências e contribuições. **Acta Paul Enfermagem**. 2007; 20(2): 205-15 p.
53. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Lei nº 11.108. Altera a Lei no 8.080, de 7 de Abril de 2005**. Para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Publ. Diário Oficial da União 2005.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos vivos**. Nascimento por residência da mãe segundo Região. Tipo de parto: Vaginal. Cesário, 2008 [acesso 2009 out 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf>. (acessado em 15/out/2010).
55. BRASIL. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
56. BRASIL. Ministério da Saúde. **Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesáreo, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2005**. [Serial on line] 2005 [cited 2009 jul 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf. (acessado em 15/out/2010).
57. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Lei nº 11.108. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Publ. Diário Oficial da União 2005
58. NARCHI, N; MORCILLO, A M. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online], 2009; 62:4. 546-551 p.
59. BARBOSA, M, CAMARA, M, MEDEIROS, M. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2005 jan-jul; [cited 2006 jul 8]; Disponível em: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/05.htm. (acessado em 30/abr/2010).

60. SCHNECK, C; RIESCO, M. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **REME: Revista de Enfermagem**. 2006; 10(3): 240-6p
61. MANDARINO, R. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Caderno Saúde Pública** [online], 2009. (7): 1587-1596 p.
62. DOMINGUES, R; SANTOS, E; LEAL, M. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno Saúde Pública**, 2005; 20 Suppl 1:S52-6.
63. HOFMEYR, M. **Evidence-based obstetrics**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2005; 19:103-15 p.
64. RATTNER, D. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). **Inter face** (Botucatu) [online], 2005; (17): 414-416 p.
65. SANTOS, G; MARTINS, M; SILVA, M; COSTA, S. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. [online], 2009; (7). 326-334 p.
66. FREITAS, P; GHAEM, M. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**, 2005; 39(5): 761-7 p.
67. FAÚNDES, A; DIAS, M; DESLANDES, S. Cesarianas: Percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Pública**, 2005; 1:109-116 p.
68. ZUBAIN, M. Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica. **Cesariana**. Faculdade de Medicina da USP. Atheneu, 2006; 2: 135-155 p.
69. MIRANDA, S; OSAVA, R. Ginecologia Obstétrica. A Redução das Taxas de Operações Cesarianas no Brasil. **Revista Brasileira**. 2006; 5:10-25 p.
70. FERNANDES, A; BEDONE, A; LEME, L, FONSECHI- CARVASAN, G. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2007; jan-fev; 53: 53-58 p.
71. DIAS, M; DOMINGUES, R; PEREIRA, A; FONSECA, S; GAMA, S, THEME, M; 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 Saúde Coletiva**, [internet], 2008 [cited 2010 mar 15]; 13 (5).1521-34. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n5/17>. (acessado em 30/abr/2010).
72. TAVARES, B. **Enfermeiras Obstétricas Atuantes em Hospital do Departamento Regional de Saúde DRSXV- São José do Rio Preto/SP** [thesis]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/FAMERP; 2007; 128p.

73. LUMBIGANON, P; LAOPAIBOON, M; GULMEZOGLU, A; et al. World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: **the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08**. *Lancet* 2010; 375: 490-9 p.
74. BETRÁN, A; MERIALDI, M; LAUER, J; BING-SHUN, W; THOMAS, J; VAN, L; WAGNER, M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr. Perinat. Epidemiol.** 2007; 21: 98-113 p.
75. RIBEIRO, V; FIGUEIREDO, F; SILVA, A; BETTIOL, H; BATISTA, R; COIMBRA, L; et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Braz J Med Biol Res**, 2007; 40(9):1211-20 p.
76. SILVA, F; COSTA, N. Analysis of the risk factors for cesarean section. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005 Abr; 27: 189-196 p.
77. CAMARA, M; MEDEIROS, M; BARBOSA, M. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2006 jan-jul; [citado em 8/jul/2009]; 2. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/05.htm. (acessado em 30/jul/2010).
78. FREITAS, P; PENNZ, GHAEM, M. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Revista Saúde Pública**, 2005; 39(5): 761-7 p.
79. USA. Department of Reproductive Health an Research. Technical Cooperation with Coutries. World Health Organization. Rising Caesarean deliveries in latin America: how best to monitor rates and risks. [Internet]. 2009 [citado em 15/mar/2010]. **Washington:WHO**. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/regional/index.php>. (acessado em 15/out/2010).
80. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911. (acessado em 04/jul/2010).
81. BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/f08.def> (acessado em 30/mar/2010).
82. BRASIL. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da desigualdade em saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006 (acessado em 10/Jan/2008).
83. BRASIL. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde**. Informações gerais – município: São José do Rio Preto [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009 [citado em 31/mar/2010]. Disponível em:

http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Sao_Jose_do_Rio_Preto_Geral.xls133 (acessado em 15/out/2010).

84. DUARTE, E. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2005; 195 p.
85. BETTIOL, H; BATISTA, R; COIMBRA, L; et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Braz J Med Biol Res**, 2007; 40(9): 1211-20 p.
86. COSTA, NDL; PAES, NA; RAMOS, PCF; FORMIGA, MCC. Wishes, intention and behavior in reproductive health: the practice of cesarean section in a city in the northeast of Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2006 Jul; 28: 388-396 p.
87. BRASIL. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações para Assistência ao Parto**. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/>.2010. (acessado em 04/jul/2010).
88. ARGENTINA. JORNAL MEDICINA (CFM), edição 158. Fontes primárias: Brasil - MS e ANS. Argentina - Pesquisa Encuesta de Condiciones de Vida 2001 - Dalud. Demais países - Health at Glance OECD indicators 2005. In: **OECD Publishing**.
89. SILVA, F; COSTA, N. Analysis of the risk factors for cesarean section. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005; 27, abr: 189-196 p.
90. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de cobertura**. Proporção de partos cesáreos (SUS), 2005 [acesso 2009 Out 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabci.exe?idb2005/f09.def>. (acessado em 15/set/2010)
91. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de mortalidade**. C.3 Razão de mortalidade materna, 2005 [acesso 2005 Out 27]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/c03.htm> (acessado em 12/set/2010).
92. BRASIL. Ministério da Saúde. **Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesáreo, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2005**. [serial on line] 2005 [citado em 10/jul/2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf. (acessado em 13/out/2010).
93. BRASIL. **Urgências e emergências maternas**. Manual técnico. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.25 p.
94. SCHREINER, Mc; SOARES, Jd; OLINTO, Mta; MENEGHEL, Sn. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. **Ciência saúde coletiva** [online], 2010. suppl.1, 1411-1416 p

95. DENTCHMAN, M. **Cesarean section in family medicine.** <http://www.aafp.org/PreBuilt/procedure - cesarean.pdf> (acessado em 17/Jun/2009).
96. BRASIL. **Projeto Nascer.** Brasília: O Ministério, 2006; Março, p.20-26.
97. GAMA, A; BRAVO, M; VASCONCELOS, A; MONNERAT,G. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Caderno Saúde Pública** [online], 2009; (11):2480-2488 p.
98. SILVA, F; COSTA, N. Analysis of the risk factors for cesarean section. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2005; Apr; 27: 189-196 p.
99. BETRÁN, A; MERIALDI, M; LAUER, J; BING-SHUN, W; THOMAS, J; VAN, L; WAGNER, M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr Perinat Epidemiol.** 2007; 21: 98-113 p.
100. RIBEIRO, V; FIGUEIREDO, F; SILVA, A; BETTIOL, H; BATISTA, R, COIMBRA, L; et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? **Braz J Med Biol Res.** 2007; 40(9):1211-20 p.
101. MENACKER, F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003. **Natl Vital Stat Rep**, 2005; 54 (4): 1- 8 p.
102. NAKANO, M; SILVA, L; BELEZA, A; STEFANELLO, J; GOMES, F. O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. **Acta Paul Enfermagem.** 2007; 20(2): 131-37p.
103. DUARTE, E. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório.** Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2005;195 p.
104. GRANOT, M; LOWENSTEIN, L; YARNITSKY, D; TAMIR, A; ZIMMER, E. **Post cesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment.** *Anesthesiol.* 2006; 98(6): 1422-6 p.
105. VILLAR, J; VALLADARES, E; WOJDYLA, D; ZAVALETA, N; CARROLI, G; et al. **WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group.** Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006; 367:1819-29 p.
106. MCCOURT, C; WEAVER, J; STATHAM, H; BEAKE, S; GAMBLE, J; CREEDY, DK. **Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature.** *Birth*, 2007; 34: 65-79 p.
107. CAMPANA, HCR, PELLOSO, SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica Enfermagem.** [Internet], 2007 [citado em 15/mar/2010]; 9(1): 51-63. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/ v9n1a04.htm>. (Acessado em 17/out/2010).

108. ASCARELLI, M; JOHNSON, V; MCCREARY, H; CUSHMAN, J; MAY, W; MARTINS, J. Postpartum preeclampsia management with furosemide: a randomized clinical trial. **Obstet Gynecol.** 2005; 105:29-33 p.
109. CAMARA, M; MEDEIROS, M; BARBOSA, M. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2006 jan-jul; [citado em 8/jul/2009]; 2 . Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/05.htm. (acessado em 30.jul.2010).
110. RONSMANS, C; GRAHAM, W. **Maternal mortality: who, when, where, and why.** *Lancet*, 2006; 368(9542): 1189–200 p.
111. DECLERCQ, E; MENACKER, F; MACDORMAN, M. Maternal Risk profiles and the primary cesarean rate in the United States, 1991-2002. **Am J Public Health**, 2006; 96(5): 867-72 p.
112. RED LATINO DE REPRODUCCIÓN ASSISTIDA. **Resultado para Latino América.** 2005 [texto na internet]. [citado em 23/jan/2008]. Disponível em: www.RedLara.com. (Acessado em 30/jul/2010).
113. GOLDENBERG, P; FEGUEIREDO, M; SILVA, R. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno Saúde Pública.** 2005; 21(4): 1077-86 p.
114. PONTE, J; XIMENES, N. Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil: uma análise das causas e riscos. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line], 2004 jan/abr [citado em 8/jul/2008]; 6(1): 25-37. Disponível em: URL: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html (acessado em 16/jul/2010).
115. BARALD, AC. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Revista Latino-Am Enfermagem.** 2007; 15-19 p.
116. ZAGANELLI, FL. **Aspectos do perfil social da gestação e do parto da adolescente e da mulher adulta e suas repercussões sobre o recém-nascido** [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG. 2006; 126 p.
117. FARIA, D; ZANETTA, D. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Ciência & Saúde**, 2008; 15(1): 17-23 p.
118. SANTOS, G; MARTINS, M; SILVA, M; COSTA, S. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** [online], 2009; 31(7): 326- 334 p.
119. HALVORSEN, L; NERUM, H; OIAN, P; SORLIE, T. **Is there an association between psychological stress and request for caesarian section?** *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2008; 1388-1391 p.

120. SANTOS, G; NASCIMENTO, H; SOUSA, M; SILVA, M; COSTA, S; SOUSA, M, SILVA, M; COSTA, S. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. [online], 2009; 31(7): 326-334 p.
121. JAHROMI, BN; HUSSEINI, Z. Pregnancy outcome at maternal age 40. and older. Taiwan. **J Obstet Gynecol**, 2008; 47(3):318-21p
122. MAGEE, L; SADEGHI, S. Prevention and treatment of postpartum hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**. 2005; (1):CD004351.
123. PONTE, G; SILVA, L; MOREIRA, M; BONFIM, O. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. **Caderno Saúde Pública** [online], 2008; 24. (1): 252 p.
124. ASCARELLI, M; JOHNSON, V; MCCREARY, H; CUSHMAN, J; MAY, W; MARTIN, J. Postpartum preeclampsia management with furosemide: a randomized clinical trial. **Obstet Gynecol.**, 2005; 105:29-33 p.
125. MAGEE, L; SADEGHI, S. Prevention and treatment of postpartum hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**, 2005; (1):CD004351.
126. GAROVIC, V; HAYMAN, S. Hypertension in pregnancy: an emerging risk factor for cardiovascular disease. **Nat Clin Pract Nephrol**, 2007; 3: 613-22 p.
127. MACDORMAN, M; DECLERCQ, E; MENACKER, F; MALLOY, M. **Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an intention-to-treat model**. *Birth*, 2008; 35(1):3-8 p.
128. BENHRMAN, R; BUTLER, A. Editors. **Preterm Birth: causes, consequences, and prevention**. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.
129. PONTE, G; SILVA, L; MOREIRA, M; BONFIM, O. Repercussões da amniorrexe prematura no pré-termo sobre a morbimortalidade neonatal. **Caderno Saúde Pública** [online], 2008; 24. (1): 252 p.
130. VILLAR, J; CARROLI, G; ZAVALETA, N; DONNER, A; WOJDYLA, N; FAÚNDES, A; et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**. 2007; 335: 1025-35 p.
131. **NBR 10520**: informação e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2006.
132. **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXOS

ANEXO I AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

**CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
 Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 3.607 - D.O.U. nº 202 de 20/10/2005

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER Nº 033/2009

Projeto de Pesquisa: Prevalência de partos no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas/Tocantins de 2003 a 2008: Um estudo com Usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS.

Pesquisador Responsável: Maria José Oliveira Nolêto.

Área Temática: Ciências da Saúde.

Resumo Descritivo do Estudo:

Trata-se de um projeto que objetiva descrever a prevalência de partos no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas / Tocantins de 2003 a 2008, descrevendo o perfil dos partos das usuárias do SUS, bem como descrevendo as intercorrências como: laqueaduras, histerectomias e óbitos no decorrer dos procedimentos dos mesmos.

Comentários e considerações:

O projeto encontra-se bem estruturado, apresentando introdução, referencial teórico, metodologia detalhada, cronograma de atividades, orçamento, referências bibliográficas, instrumento de coleta de dados, TCLE, de acordo com o que preconiza a Resolução CNS No. 196/96 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação: APROVADO

Palmas, 24 de agosto de 2009.


 Solange Maria Miranda Silva
 Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa
 CEULP/ULBRA

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo autorizo a realização da pesquisa intitulada, **“Perfil clínico dos Partos das usuárias do SUS no Hospital e Maternidade Dona Regina em Palmas-To de 2003-2008**, que será realizada pela pesquisadora aluna do mestrado em Ciências da saúde, Maria José Oliveira Nolêto e orientada pelo Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz da Universidade de Brasília. A pesquisa tem como objetivo descrever os números de partos normal e cesarianos, as intercorrências como: laqueadura, óbitos, histerectomias dos procedimentos dos partos realizados pela a equipe do Hospital e Maternidade Dona Regina a fim de colaborar com a Secretaria de Saúde do estado na elaboração da política de saúde e controle dos números de partos realizados. A pesquisadora compromete-se a manter o sigilo absoluto sobre as informações, assegurando o anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa. A pesquisadora estará utilizando os dados registrados nos prontuários realizados pela a equipe do período 2003-2008. A pesquisa oferecerá benefícios possibilitando um resultado real dos números de partos normal e cesariano do Hospital e Maternidade Dona Regina de Palmas-To. Declaro que fui informado quanto aos objetivos deste trabalho que participo. Fui informado (a) que posso INDAGAR o pesquisador Sra. Maria José Oliveira Nolêto se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelo telefone **(19) 30114661** no seguinte endereço: **Rua Maria Tomeo de Almeida n. 520 Jd. Glória - Limeira-Sp**, E-mail **noletaoliveira@hotmail.com**, que os resultados da pesquisa serão disponibilizados quando forem publicados. Fui orientado ainda pela pesquisadora que, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP/ULBRA, estabelecido na Avenida Teotônio Segurado, n.1500, Plano Diretor Sul, Palmas – TO, telefone 3219 8053, conforme nº 033/ 2009, e que, está pesquisa atende às exigências éticas e científicas indicadas na Resolução nº 196 de 1996, do Conselho Nacional de Pesquisa, que contém as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos.

No Período de 2003 – 2008

Palmas, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do (a)participante _____.