

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

JESSICA KASPER FERNANDES

**CONDIÇÕES PERINATAIS DOS RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL ESCOLA
DO SUL DO PAÍS**

Porto Alegre

2013

JESSICA KASPER FERNANDES

**CONDIÇÕES PERINATAIS DOS RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL ESCOLA
DO SUL DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra^a Helga Geremias
Gouveia

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida que tenho, pelos objetivos que conquistei e pelos sonhos que realizei.

Aos meus pais, Paulo e Neusa, pela educação que me deram, pelo amor, pelo carinho, pelo apoio e por sempre acreditarem em mim; à minha irmã, Vanessa, pelo companheirismo, pelas risadas e pela paciência em todos esses anos.

À minha família, avôs, avós, tios e primos, pela motivação; à minha tia Verônica, pelo constante incentivo e apoio.

Às amigas do cursinho, pela amizade, pelas maravilhosas conversas e jantares, por entenderem minha ausência em aniversários e festas em função de provas e trabalhos; à Andressa, por me ensinar a ser uma “aluna UFRGS”; às amigas da faculdade, Roberta Rigatti e Juliana Saraiva, pela ajuda nos trabalhos, pela companhia, pelas risadas, por alegrarem os meus dias.

Às colegas Fernanda, Bruna, Sara, e à professora Annelise, pela dedicação e ajuda na coleta de dados.

Aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela transmissão de saberes.

Aos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e às enfermeiras que me orientaram no decorrer da faculdade, pela receptividade, por contribuírem para meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras Anne Marie Weissheimer e Nair Regina Ritter Ribeiro, por acreditarem no meu trabalho e aceitarem fazer parte da minha banca.

À minha querida professora Helga Geremias Gouveia, um exemplo de profissional e de pessoa, por acreditar e confiar em mim, pela paciência, pela amizade, pelo tempo dedicado ao meu trabalho e pelo dom de me acalmar.

RESUMO

No Brasil, a maioria dos recém-nascidos apresenta boa vitalidade, porém, para alguns, há maior risco de evolução desfavorável, esses são considerados recém-nascidos de risco. A mortalidade neonatal atualmente é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para redução desses índices. Este estudo teve como objetivo conhecer as condições perinatais dos recém-nascidos de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo quantitativo transversal desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com 365 recém-nascidos no período de fevereiro a abril de 2013. Foram incluídos os nascidos no Centro Obstétrico e excluídos os casos de óbito fetal, de fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas. Os dados foram obtidos através de registros do prontuário físico e eletrônico do neonato. Foi realizada estatística analítica, utilizando-se teste de χ^2 de *Pearson*, teste t de *Student* e o teste *Mann-Whitney*. Foram cumpridos os termos da Resolução 196/96. Os resultados apontam que o peso ao nascer e ser encaminhado para o Unidade de Neonatologia após o nascimento se mostraram estatisticamente associados à cesariana. Dos 28 recém-nascidos transferidos do Centro Obstétrico para Unidade de Neonatologia, o desconforto respiratório (21 recém-nascidos) foi o principal motivo, seguido da prematuridade (13 recém-nascidos), sendo que essas foram mais prevalentes nos nascidos por cesariana. Já no alojamento conjunto, a principal intercorrência que necessitou ou não de transferência à Unidade de Neonatologia, foi a icterícia, sendo mais frequente nos nascimentos por parto vaginal em ambos os casos. A realização de cesáreas pode ter grande utilidade para salvaguardar a vida fetal, por outro lado, pode trazer graves consequências. Desta forma, torna-se relevante o compromisso ético e profissional que atende o parto/nascimento, buscando identificar as necessidades individualizadas e baseadas em evidências científicas, contribuindo assim para redução das taxas de morbimortalidade perinatal.

Descritores: Recém-nascido; Perinatologia; Saúde da criança.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1 O PERÍODO PERINATAL	8
3.2 A MORBIMORTALIDADE PERINATAL	8
3.3 INDICADORES ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AOS RESULTADOS PERINATAIS	9
3.4 RECÉM-NASCIDO DE RISCO	10
3.5 VANTAGENS DO NASCIMENTO POR PARTO.....	11
4 MATERIAL E MÉTODOS	12
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	12
4.2 LOCAL DO ESTUDO	12
4.3 TAMANHO AMOSTRAL	12
4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA	12
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	13
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	13
4.7 COLETA DE DADOS	14
4.8 ANÁLISE DOS DADOS	14
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM (COMPESQ/ENF)	28
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (CEP/HCPA)	29

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal atualmente é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para redução desses índices. O componente neonatal da mortalidade infantil está diretamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido (BRASIL, 2011a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) muitos procedimentos realizados durante a assistência ao parto são efetivamente necessários e até vitais, mas destaca-se que as intervenções desnecessárias podem causar danos, despesas desnecessárias e ter graves consequências.

Dessa maneira, é recomendável que o profissional de saúde que esteja prestando assistência ao parto intervenha somente quando necessário.

No Brasil, cerca da metade dos partos são cesarianas, entretanto, na maioria dessas situações, a forma mais segura e benéfica para o nascimento seria o parto normal. O parto natural precisa ser incentivado, por meio de uma atenção holística, humanizada, segura e de qualidade (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ressalta a importância da cesariana como uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas que necessitam da interrupção da gestação como a única forma de preservar a saúde da mulher e do feto. Por outro lado, em relação ao parto normal, há uma maior morbidade e mortalidade materna e neonatal.

O Ministério da Saúde, através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aponta como uma das ações estratégicas para a redução da mortalidade materna e neonatal, a redução do número de cesarianas desnecessárias (BRASIL, 2010a).

Um dos aspectos da humanização da assistência ao parto é a mudança do modelo médico tradicional, com ações voltadas para as necessidades das mulheres e suas famílias com uma assistência humanizada que implique na valorização dos aspectos sócios e culturais do parto e do nascimento, oferecendo um suporte emocional, favorecendo o vínculo entre a mãe e o bebê, e menos intervencionista (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A inserção da enfermeira obstetra pode contribuir para a mudança do modelo de assistência obstétrico, porém, é necessário também que os médicos reduzam as intervenções

desnecessárias na assistência ao baixo risco garantindo o bem estar da mãe e do bebê (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Outro item relevante é a análise dos fatores de risco e marcadores assistenciais, necessários para orientar as ações dos serviços de saúde. Ressalta-se que a boa qualidade da atenção é fundamental para o planejamento de adequação da assistência. Desta forma, torna-se essencial o conhecimento e a análise do perfil dos nascimentos e das mortes, assim como de indicadores assistenciais, como a frequência de cesarianas, prematuridade, gestações na adolescência e naquelas mães com baixa escolaridade, baixo peso ao nascer, asfixia ao nascer e mortalidade (BRASIL, 2011a).

Levando em consideração a situação descrita, considera-se relevante conhecer e analisar as condições perinatais e identificar as principais intercorrências com os recém-nascidos de acordo com o tipo de parto, em um hospital universitário de Porto Alegre. Acredita-se que esses dados possam contribuir para a reflexão e busca de novas estratégias capazes de promover condições de vida saudáveis para os recém-nascidos.

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado “Fatores Associados à Realização de Cesariana em Hospital Universitário”, onde a acadêmica participou da etapa de coleta de dados do projeto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer as condições perinatais dos recém-nascidos de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as condições perinatais segundo o tipo de parto.
- Identificar a frequência das intercorrências com os recém-nascidos segundo o tipo de parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O PERÍODO PERINATAL

O período perinatal inicia com 22 semanas completas de gestação e se estende até o sétimo dia após o nascimento (BRASIL, 2011a).

3.2 A MORBIMORTALIDADE PERINATAL

A mortalidade pós-neonatal é mais suscetível às melhorias nas condições de vida e das intervenções no domínio da saúde. Sua redução é mais facilitada do que a mortalidade neonatal e perinatal. Esta última é um sensível indicador da assistência obstétrica e neonatal adequadas e do impacto de programas de intervenções na área, já a mortalidade infantil é reconhecida como um indicador de condições de vida e de saúde de uma população (BRASIL, 2012a).

Durante a Cúpula do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir em dois terços a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade até o ano de 2015, meta que faz parte do 4º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio. As doenças perinatais, incluindo os contratempos relacionados com a curta duração da gestação, compõem a principal causa de mortalidade em crianças menores de um ano no Brasil, ultrapassando a mortalidade por malformação congênita e por doenças infecciosas. Essa meta poderá ser alcançada se continuar a tendência de redução atual (BRASIL, 2010b), contudo, sabe-se que a curta duração da gestação pode estar relacionada à cesariana eletiva, ocorrendo antes do início do trabalho de parto e o modelo de atenção obstétrica medicalizado e intervencionista de assistência ao parto podem prejudicar o alcance desse objetivo.

Com o intuito de reduzir a morbimortalidade perinatal, as indicações de cesariana estão aumentando cada vez mais, e quando a cesárea primária é realizada, as chances de ocorrer uma cesárea de repetição aumentam. Contudo, o tipo de parto vai depender da situação da gestante, devendo ser escolhido a forma mais adequada e que melhor atenda as necessidades da mãe e do bebê (BRASIL, 2012b).

Entre as estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil propostas pelo Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, destacam-se

a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento e a redução das cesáreas desnecessárias, bem como, a qualificação das urgências e emergências maternas e neonatais. (BRASIL, 2010a).

A atenção perinatal no Brasil deve ser concretizada e compreendida desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal e ao parto. É indispensável o prosseguimento da atenção ao recém-nascido e à puérpera, para isso, é fundamental a ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como, o avanço na qualificação do cuidado em todo período gestacional e puerperal. Reconhecer as situações de risco, providenciar o cuidado adequado e resolutivo à gestante e à criança desde o pré-natal à maternidade, atuar na prevenção e promoção de saúde no cuidado à criança doente, são ações que podem gerar uma resposta positiva sobre a sobrevivência e a qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009).

3.3 INDICADORES ASSISTENCIAIS RELACIONADOS AOS RESULTADOS PERINATAIS

Osava et al. (2011) apontam em sua pesquisa que as taxas de mortalidade e morbidade materna e neonatal e que os maus resultados maternos e perinatais decorrem em razão do aumento das cesarianas.

O Brasil está entre os países que apresenta as maiores taxas de cesariana no mundo (BRASIL, 2010c). No ano de 2010, mais da metade dos partos realizados no Brasil foram cesarianas (52,2%), sendo que na região sul, neste mesmo ano, a taxa de cesariana foi ainda maior, chegando a 58% (BRASIL, 2012c).

Essas taxas estão muito acima da proporção de cesarianas recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde – OMS, que é de, aproximadamente, 15% do total de partos. Contudo, este procedimento deve ser realizado apenas quando há riscos para a mãe ou para o bebê, caso não seja interrompida a gestação (BRASIL, 2010c).

O parto cesáreo expõe as mulheres e os bebês a maiores riscos, que incluem: lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, embolias obstétricas, nascimentos prematuros e morte perinatais e maternas (BRASIL, 2010c).

Entre outros fatores, destaca-se a idade materna, a proporção de mães adolescentes vem diminuindo no Brasil, mas ainda é expressiva (20,4% em 2008). Já a escolaridade é outro

fator importante para a sobrevivência infantil, segundo dados do Ministério da Saúde, 40% das mães tinham menos de oito anos de instrução. O baixo peso ao nascer é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. É maior nos extremos de idade e está em torno de 8% no país, com uma prevalência maior no Sudeste (9,1%) e no sul (8,7%), o que pode estar associado às maiores taxas de cesariana (BRASIL, 2011a).

O acompanhamento pré-natal adequado possibilita a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenção. Verifica-se que a proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas aumentou, assim como a proporção de gestantes com início de acompanhamento no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2011a).

3.4 RECÉM-NASCIDO DE RISCO

No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano e sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade. Por outro lado, para alguns há maior risco de evolução desfavorável, esses são considerados recém-nascidos de risco. Essas condições podem estar presentes no nascimento (RN de risco ao nascer) ou acontecer ao longo da vida da criança (BRASIL, 2011a).

Para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) aponta os seguintes critérios:

Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (< 2500g).
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento.
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV).
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais critérios):

- Família residente em área de risco.
- RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade).
- RN de mãe analfabeta.
- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado com a criança.
- Família sem fonte de renda.
- RN indesejado.

3.5 VANTAGENS DO NASCIMENTO POR PARTO

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações que possam surgir durante a gestação (BRASIL, 2012b).

A seguir, serão apontadas algumas vantagens e desvantagens do parto ou da cesariana.

Recém-nascido	Parto	Cesariana
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil

Fonte: Brasil, 2012b.

O parto é também importante para completar a maturidade da criança: o bebê ao passar pelo canal de parto ajuda a expelir água depositada nos pulmões, facilitando assim a respiração e diminuindo os riscos respiratórios (BRASIL, 2012b).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

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

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O projeto do qual este estudo faz parte, foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Unidade de Internação Obstétrica, localizada no décimo primeiro andar, ala sul. O HCPA é uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

4.3 TAMANHO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado o número total de partos ocorridos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre no ano de 2011¹, 95% de intervalo de confiança e 5% de margem de erro. O *Software* utilizado para determinar a amostra foi o *Win Papi*. Assim, para compor a amostra deveriam ser entrevistadas, no mínimo, 359 puérperas. No entanto, participaram do estudo 361 puérperas.

4.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foram incluídas no estudo mulheres cujo parto foi realizado no Centro Obstétrico na referida instituição, sejam partos via vaginal ou cesáreas (eletiva ou de urgência).

Foram excluídas as que não tiveram condições psicológicas de responder as questões, os casos de óbito fetal, fetos com peso inferior a 500 gramas e/ou com idade gestacional inferior a 22 semanas.

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

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a pesquisa “Fatores associados à realização de cesariana em hospital universitário” foi elaborado um instrumento de coleta de dados, a fim de identificar os dados referentes à caracterização da amostra, pré-natal, admissão obstétrica, intervenções no trabalho de parto, dados do parto e do recém-nascido, resultados maternos e perinatais e preferência e motivação da mulher acerca do tipo de parto.

Entretanto, para este estudo foram utilizados os dados referentes às variáveis de caracterização dos recém-nascidos e condições perinatais.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Parto: é o nascimento de um bebê via vaginal.

Cesariana/cesárea: é definida como parto do feto através de incisões na parede abdominal e na parede uterina (LEVENO et al., 2005).

Idade gestacional: é calculada através do Capurro (sistema de avaliação da idade gestacional do recém-nascido baseado em critérios físicos e neurológicos). São caracterizados prematuros aqueles com idade gestacional inferior a 37 semanas, a termo aqueles entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias e pós-termo aqueles com idade gestacional maior que 42 semanas (BRASIL, 1994).

Classificação do recém-nascido: relacionada à associação do peso à idade gestacional. Podem ser classificados em: RN grande para idade gestacional – GIG (peso acima do percentil 90); recém-nascido adequado para idade gestacional - AIG (peso entre o percentil 10 e 90); recém-nascido pequeno para idade gestacional – PIG (peso abaixo do percentil 10) (BRASIL, 1994).

Apgar: avaliação do ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina. Baseia-se na observação da frequência cardíaca, do esforço respiratório, do tônus muscular, da irritabilidade reflexa e da cor da pele. É realizada no primeiro e quinto minutos de vida (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Condições perinatais: são as condições apresentadas pelo recém-nascido. São considerados: prematuridade, baixo peso ao nascer, transferência para Unidade Neonatal, ocorrência de morbidades.

4.7 COLETA DE DADOS

Após aprovação e autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ANEXO B), foi agendada uma visita à enfermeira chefe da Unidade de Internação Obstétrica, com a finalidade de apresentar os objetivos da pesquisa, bem como o método de coleta das informações e as acadêmicas de enfermagem envolvidas na coleta de dados e, após, com os demais membros da equipe.

Os dados do projeto maior foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, registros do prontuário físico e eletrônico materno e do neonato e da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da Unidade de Centro Obstétrico. As entrevistas foram realizadas diariamente, após as primeiras 24 horas pós-parto, com todas as puérperas que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo. Os dados obtidos no prontuário da mulher e do recém-nascido foram finalizados quando efetivada alta hospitalar de ambos.

Foi realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados com 23 puérperas, foram feitos ajustes e adaptações e novamente testados, desta forma se obteve a versão final do instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados foi executada pelas autoras do estudo ao qual este se derivou durante o período de fevereiro a abril de 2013.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas são representadas pela frequência absoluta e relativa e foram associadas como desfecho através do teste de χ^2 de Pearson.

O teste para verificar a distribuição das variáveis quantitativas foi o teste de Shapiro-Wilk. As variáveis quantitativas com distribuição normal serão representadas pela média e desvio padrão e foram comparadas pelo teste t de Student. As variáveis com distribuição assimétrica foram representadas pelos quartis. O teste para comparação entre as categorias do desfecho foi o teste Mann-Whitney.

As análises foram realizadas no software SPSS, versão 18. O nível de significância adotado foi menor ou igual a 5%.

Os dados são apresentados por meio de tabelas.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto “Fatores Associados à Realização de Cesariana em Hospital Universitário” foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, conforme resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Todas as mulheres que concordaram em participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias iguais, no qual constou os objetivos da pesquisa, o tempo previsto de 15 minutos para responder ao questionário, bem como a não existência de risco conhecido à saúde física e mental das mesmas, visto que não foi utilizada nenhuma forma de intervenção, a não ser a aplicação de um questionário. Ressaltou-se que o estudo poderia causar constrangimento aos sujeitos de pesquisa quando da resposta às suas perguntas, bem como, algum desconforto relacionado ao tempo destinado à entrevista.

Foi assegurada à participante a confidencialidade da informação prestada, e a possibilidade de desistir de participar sem prejuízos à sua assistência na instituição. Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora coordenadora do estudo. No caso de menores de 18 anos, o TCLE foi assinado por seu responsável.

Foi apresentado à Instituição o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número estimado para compor a amostra deste estudo foi de 359 entrevistas. Durante o período de coleta de dados, foram coletados 361 questionários, destes, quatro eram gemelares, portanto, a amostra aqui apresentada é composta por 365 recém-nascidos.

Primeiramente, se iniciará a apresentação e a discussão com as características dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto descritos na tabela 1.

Tabela 1. Análise das características dos recém-nascidos de mulheres que tiveram parto vaginal e mulheres submetidas à cesariana. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Parto Vaginal		Cesariana		p valor
	n	%	n	%	
Idade gestacional					0,072
Prematuro	16	7,0	15	13,6	
Termo	214	93,0	95	86,4	
Peso ao nascer					0,001
< 1500g	0	0,0	07	6,0	
≥1500g < 2500g	19	7,7	07	6,0	
≥2500g <4000g	222	89,5	97	82,9	
≥4000g	07	2,8	06	5,1	
Classificação do RN					0,292
PIG	46	19,4	16	14,0	
AIG	184	77,6	92	80,7	
GIG	07	3,0	06	5,3	
Apgar 1º minuto					0,327
≥ 7	226	91,1	102	87,2	
< 7	22	8,9	15	12,8	
Apgar 5º minuto					0,596
≥ 7	246	99,2	115	98,3	
< 7	2	0,8	2	1,7	

Legenda:

PIG: Pequeno para Idade Gestacional; AIG: Adequado para Idade Gestacional; GIG: Grande para Idade Gestacional.

O baixo peso ao nascer representa uma alta taxa de morbimortalidade neonatal, o que o torna um grave problema de saúde (BRASIL, 2011c).

No presente estudo, foi encontrada diferença significativa na variável peso ao nascer entre os bebês nascidos de parto vaginal e os bebês nascidos de cesariana ($p=0,001$), sendo maior a frequência de recém-nascidos de baixo peso (com peso inferior a 1500g) na cesariana. Não foi encontrada diferença significativa entre as demais variáveis (Tabela 1).

Em estudo realizado em um centro de parto normal intra-hospitalar no Município de São Paulo, o peso ao nascer mostrou-se associado à via de parto, onde os recém-nascidos com peso $<2500g$ e $>3500g$ tiveram mais chance de nascer por via alta (OSAVA et al., 2011).

Contudo, um estudo realizado com 170 pacientes (95 puérperas com parto via vaginal e 75 puérperas com parto cesárea) na Maternidade Municipal de Contagem e na Maternidade da Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes em Nova Lima, o peso ao nascer não diferiu quanto ao tipo de parto (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010). Possivelmente, uma amostra maior teria possibilitado resultados significativos quanto ao peso do nascimento, já que a literatura apresenta o peso ao nascer como um problema de saúde.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade estão entre as principais causas de morte em crianças menores de dois meses de idade (BRASIL, 2012a).

Em estudo realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), ao relacionar idade materna com as variáveis peso e idade gestacional do recém-nascido, foi observada prematuridade em 17,8% dos recém-nascidos, e peso inferior a 2500g em 15,8% dos bebês, independente da idade materna (SANTOS et al., 2009).

A idade gestacional aqui apresentada é avaliada através do método de Capurro e foi considerada a informação registrada pela enfermeira, em 25 prontuários não constava o registro, totalizando 340 sujeitos nessa variável. Apesar de estatisticamente não evidenciar resultado significativo ($p=0,072$) e levando em consideração a proporção geral segundo o tipo de parto, ocorreu mais nascimentos de prematuros por cesarianas (13,6%) quando comparado ao parto vaginal (7,0%).

Além disso, um estudo realizado em Santa Catarina, com análise de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, mostrou que, em relação ao tipo de parto, a prematuridade incidiu de forma mais frequente nos partos cesáreos (CASCAES et al., 2008). Ainda relacionado à prematuridade, estudo realizado através de análise de variáveis maternas e perinatais no Serviço de Ginecologia/Obstetrícia e de Neonatologia do Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), com o objetivo de avaliar os fatores associados à prematuridade em

um hospital terciário de ensino, mostrou que algumas das variáveis neonatais que se associam à prematuridade são recém-nascidos PIG, de Apgar mais baixos no 1º e 5º minutos de vida e de maior permanência em UTI neonatal (MADI et al., 2012).

Sabe-se que o parto cesáreo torna-se necessário em alguns casos, mas é fundamental que o profissional intervenha somente quando indispensável, evitando a cesariana antes do início do trabalho de parto e, assim, prevenindo a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Em relação à classificação dos recém-nascidos (PIG, AIG ou GIG), não foram encontrados registros em prontuário de 13 recém-nascidos e uma informação foi perdida, completando 351 sujeitos nessa variável. A maioria dos recém-nascidos desse estudo eram AIG, fato este esperado visto que a maioria das mulheres que participaram do estudo tinha risco habitual. Entretanto, intercorrências obstétricas na gestação podem interferir no crescimento fetal, como, por exemplo, a hipertensão e a diabetes que são fatores predisponentes para nascimento de crianças PIG e GIG, respectivamente.

A seguir, serão apresentados os dados relacionados ao Apgar. O escore de Apgar descreve as condições de nascimento e quando indispensável a reanimação, descreve também a recuperação do RN. É verificado no 1º e 5º minuto de vida, e quando necessário no 10º, 15º e 20º minutos (BRASIL, 2012b).

A respiração do bebê é beneficiada no parto normal, já que a passagem do bebê pelo canal de parto ajuda a expelir a água depositada nos pulmões, diminuindo assim, os riscos respiratórios (BRASIL 2012b). Por isso, esperava-se neste estudo, encontrar resultados importantes referente aos escores de Apgar segundo o tipo de parto. No entanto, não houve diferença significativa para o Apgar em relação ao tipo de parto.

Para análise do Apgar, estes foram divididos em duas categorias, ≥ 7 e < 7 . Nesse estudo, a maioria dos recém-nascidos tiveram Apgar maior que 7 independente do tipo de parto.

Esses dados são similares ao encontrado no estudo realizado por Gravena et al. (2012) que comparou valores de Apgar de acordo com a idade materna, este foi maior que 7 em 98,4% dos casos.

Em um estudo realizado no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram analisadas informações em planilha com dados referentes a todas as ocorrências obstétricas do HCPA, realizada consulta em prontuário e utilizado um instrumento para coleta de dados de 75 neonatos de cada grupo referente ao parto normal e cesariana. Nessa pesquisa, houve diferença significativa dos escores de Apgar do primeiro minuto segundo a via de parto ($p=0,046$), sendo que os RNs de parto cesáreo, no primeiro

minuto de vida, apresentaram em maior frequência Apgar entre 4 e 6 (14,7%) comparados àqueles que nasceram por parto normal (4,0%) (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007).

O estudo realizado em Minas Gerais nas cidades de Contagem e Nova Lima, indicou bom estado de saúde dos recém-nascidos. No primeiro minuto, o Apgar de 76,8% dos bebês nascidos por parto vaginal e 76% nascidos de cesárea, manteve-se igual ou superior a 8. Já no quinto minuto, o Apgar de 81,1% dos bebês nascidos de parto vaginal e 81,3% nascidos de cesárea manteve-se igual ou superior a 9. A análise demonstrou que não houve diferença dos índices de Apgar para o primeiro e quinto minuto de vida entre recém-nascidos de parto vaginal e de cesariana (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Estudo realizado no Estado de São Paulo aponta que o baixo peso está relacionado à baixa vitalidade do recém-nascido, para este, o parto cesáreo registrou *Odds Ratio* de 0,890, dados esses significativos estatisticamente. Com base na regressão logística simples, o parto cesáreo poderia ser considerado como fator de proteção para baixa vitalidade do recém-nascido, por outro lado na regressão múltipla, com o controle das variáveis obstétricas, o tipo de parto deixou de ser significativo (KILSZTAJN et al., 2007).

Os diferentes resultados apresentados pelos estudos anteriormente descritos podem provavelmente estar relacionados às características das gestantes atendidas nessas instituições, principalmente no que se refere a situações de risco nesse período.

A seguir, na tabela 2, será apresentado o encaminhamento dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto.

Tabela 2. Análise do encaminhamento dos recém-nascidos de mulheres que tiveram parto vaginal e mulheres submetidas à cesariana. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	Parto Vaginal		Cesariana		p valor
	n	%	n	%	
Após nascimento encaminhado para					0,006
UIO	236	95,2	101	86,3	
UNEO	12	4,8	16	13,7	
UIO ⇔UNEO					1,000
Sim	16	6,8	07	6,9	
Não	220	93,2	94	93,1	
UIO					0,061
Sim	61	27,7	16	17,0	
Não	159	72,3	78	83,0	
Alta com a mãe					0,537
Sim	227	91,5	104	88,9	
Não	21	8,5	13	11,1	

Legenda:

UIO ⇔UNEO: Intercorrência na Unidade de Internação Obstétrica que necessitou transferência para Unidade de Neonatologia;

UIO: Intercorrência na Unidade de Internação Obstétrica que não necessitou de transferência para outra unidade.

Em relação ao encaminhamento do bebê após o nascimento, observou-se maior incidência de recém-nascidos encaminhados à UIO nos partos via vaginal e maior incidência dos recém-nascidos encaminhados à UNEO dos partos por cesariana ($p=0,006$), ratificando diferença significativa para esta variável segundo o tipo de parto.

Dos 337 recém-nascidos que se encontravam na UIO, poucos apresentaram intercorrência que necessitou transferência para UNEO (6,8% dos recém-nascidos de parto vaginal e 6,9% dos recém-nascidos por cesariana). Por outro lado, 27,7% dos recém-nascidos por parto normal e 17% dos recém-nascidos por cesariana tiveram intercorrência na UIO, mas não precisaram de transferência. Não houve uma diferença significativa relacionada ao tipo de parto entre essas variáveis analisadas (Tabela 2).

Entre os recém-nascidos que permaneceram internados após a alta hospitalar materna, houve maior frequência daqueles que nasceram por cesariana (11,1%), mas a diferença não se mostrou significativa quando comparada àqueles que nasceram por parto vaginal (8,5%).

Em estudo realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão que associava a idade materna aos resultados perinatais e via de parto, não houve diferença percentual significativa quanto à admissão do recém-nascido em UTI em relação à idade materna (SANTOS et al., 2009).

As principais intercorrências pós-parto apresentadas pelos recém-nascidos e sua frequência em relação ao tipo de parto, serão apresentadas e discutidas a seguir.

Tabela 3. Frequência das principais intercorrências com recém-nascidos segundo o tipo de parto. Porto Alegre, RS. 2013.

Variável	n	Parto Vaginal		Cesariana	
		n	%	n	%
CO ⇔ UNEO	28	12	42,9	16	57,1
Desconforto respiratório	21	09	42,9	12	57,1
Prematuridade	13	05	38,4	08	61,6
Hipoglicemia	05	02	40,0	03	60,0
Baixo peso	05	03	60,0	02	40,0
Investigação de sepse	03	01	33,3	02	66,7
UIO ⇔ UNEO	23	16	69,6	07	30,4
Icterícia	14	08	57,1	06	42,9
Desconforto respiratório	05	03	60,0	02	40,0
Baixa Social	02	01	50,0	01	50,0
Investigação de sepse	01	01	100,0	00	00,0
UIO	77	61	79,2	16	20,8
Icterícia	28	20	71,4	08	28,6
Hipoglicemia	13	10	76,9	03	23,1
Alterações gástricas	13	11	84,6	02	15,4
Hipertermia	08	07	87,5	01	12,5
Taquipneia	07	05	71,4	02	28,6
Alterações tegumentares	03	02	66,7	01	33,3

Legenda:

CO ⇔ UNEO: Intercorrência no Centro Obstétrico que necessitou transferência para Unidade de Neonatologia;
 UIO ⇔ UNEO: Intercorrência na Unidade de Internação Obstétrica que necessitou transferência para Unidade de Neonatologia;

UIO: Intercorrência na Unidade de internação obstétrica que não necessitou de transferência para outra unidade.

As intercorrências apresentadas na tabela 3 condizem com o que a literatura aponta como problemas mais frequentes do período neonatal (BRASIL, 2011d, 2011e).

As doenças perinatais são a principal causa de mortalidade infantil e em meio a elas está a prematuridade. Além disso, muitos bebês ainda apresentam distúrbios metabólicos, dificuldades na alimentação e na regulação da temperatura corporal (BRASIL, 2011c). Esse fato necessita de uma atenção mais focada ao recém-nascido.

Dos 28 recém-nascidos transferidos do Centro Obstétrico para a Unidade de Neonatologia, o desconforto respiratório (21 recém-nascidos) foi o principal motivo, seguido da prematuridade (13 recém-nascidos), sendo que esses foram mais prevalentes nos recém-nascidos por cesariana.

Martins-Costa, Ramos e Salazar (2011) apontam que no parto cesáreo há maiores chances de o recém-nascido apresentar síndrome da angústia respiratória e taquipnéia transitória.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d), as doenças respiratórias iniciam nas primeiras horas de vida. Os distúrbios respiratórios são a principal causa de admissões dos bebês na UNEO, bem como, a principal causa de morte no período neonatal (BRASIL, 1994).

Já no alojamento conjunto, a principal intercorrência que necessitou ou não de transferência à UNEO, foi a icterícia. Essa se constitui em um dos problemas mais frequentes no período neonatal, que geralmente esta associada à oferta láctea inadequada, a perda elevada de peso e à desidratação (BRASIL, 2011e).

Um dos fatores de risco mais importantes para a presença da icterícia é a idade gestacional entre 35 e 36 semanas, sendo oito vezes maior quando comparado ao recém-nascido com 41 semanas de idade gestacional, devido ao fato de esses recém-nascidos apresentarem capacidade diminuída de conjugação hepática da bilirrubina e dificuldade na sucção e deglutição para manter um adequado suprimento de leite materno (BRASIL, 2011e).

A icterícia fisiológica aparece aproximadamente no terceiro dia após o nascimento, cedendo no sétimo dia de vida do bebê. Reflete a adequação do neonato ao metabolismo da bilirrubina (BRASIL, 2011e). Isso justificaria o número de recém-nascidos que não necessitaram de transferência para UNEO, uma vez que a icterícia resolveu-se por si só, sem necessidade de tratamento.

A presença de icterícia antes de 24 horas de vida e valores de bilirrubina total maiores que 12mg/dL, alertam para uma investigação, podendo tratar-se de icterícia patológica, que tem como causas mais frequentes a incompatibilidade ABO ou RH e as infecções. Nesses casos, é necessário tratamento, sendo os mais utilizados a fototerapia e a

exsanguineotransfusão (BRASIL, 2011e). Nessas situações há uma necessidade na transferência do bebê à UNEO para realizar os tratamentos descritos.

Em estudo realizado na UTI Neonatal do Hospital Luterano da ULBRA, o diagnóstico mais frequente encontrado foi o da icterícia de baixo aporte (37,8%), seguido da icterícia por incompatibilidade ABO (33,8%), e quando comparada ao tipo de parto, este, não teve influencia significativa ($p=0,33$) sobre os valores de bilirrubinas totais (ENK et al., 2009).

6 CONCLUSÃO

Com os resultados desse estudo, pode-se concluir que o baixo peso ao nascer e a admissão do recém-nascido na Unidade de Neonatologia é mais frequente nos partos por cesariana quando comparados aos bebês nascidos por parto vaginal.

Foi possível identificar a frequência das intercorrências dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto, sendo os principais achados o desconforto respiratório e a icterícia.

Este estudo possibilitou uma avaliação das condições do recém-nascido de acordo com a via de parto.

A realização de cesáreas pode ter grande utilidade para salvaguardar a vida fetal, por outro lado, pode trazer graves consequências. Desta forma, torna-se relevante o compromisso ético do profissional que atende o parto/nascimento, buscando identificar as necessidades individualizadas baseadas em evidências científicas, contribuindo, assim, para a redução das taxas de morbimortalidade perinatal.

O índice de cesarianas certamente seria outro se, nas gestações de baixo risco, o incentivo ao parto normal fosse efetivo. A garantia de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas, e a não realização de intervenções desnecessárias são ações de extrema importância para a promoção do parto e nascimento saudáveis.

Portanto, tornam-se relevantes estudos que avaliem as condições perinatais dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto, no sentido de direcionar a qualidade da assistência prestada no trabalho de parto e de avaliar os procedimentos e intervenções realizados durante o parto que podem repercutir no bebê.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.icb.usp.br/etica/etica_res196.html>. Acesso em: 1 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **I Conferência Internacional de Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Setor de Saúde: rumo ao alcance das metas de 2015**. Brasília/DF, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010b. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio-4-relatorio-nacional-de-acompanhamento-2009--bp--279--np--1.html>> Acesso em: 29 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos direitos da gestante e do bebê**. São Paulo: Globo, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 3, Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. DATASUS. Informações de Saúde. Nascidos vivos, 2012c. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em 16 set. 2012.

CARDOSO, P.O.; ALBERTI, L.R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 427-435. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a19.pdf> > Acesso em: 08 jun. 2013.

CASCAES, A.M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, maio. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf> >. Acesso em: 14 jun 2013.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705. 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a26v10n3.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012.

ENK, I. et al. Icterícia como causa de internação neonatal: a experiência em um serviço terciário de Porto Alegre, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 4, p. 361-367, out.-dez. 2009. Disponível em: < http://www.amrigs.org.br/revista/53-04/09-448_icter%EDsia_como_causa.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2013.

FRANCESCHINI, D.T.B.; CUNHA, M.L.C. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28 n. 3, p. 324-30. 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4678/2605>> Acesso em: 26 nov. 2012.

GRAVENA, A.A.F. et al. Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 15-21. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a02.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. Wong: **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1886-1892, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/15.pdf>>. Acesso em 21 jun. 2013.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006, cap. 9, p. 125-150.

LEVENO, K.J.; et al. **Manual de obstetrícia de Williams**. 21, ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MADI J.M. et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 111-118, abr.-jun. 2012. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/56-02/original_2.pdf>. Acesso em 14 jun. 2013.

MARTINS-COSTA, SH; RAMOS, JGL; SALAZAR, CC. Cesariana. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem**. Genebra, 2005. Cap. 5, p. 82-106. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2005/chap5-pr.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2012.

OSAVA, R.H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1036-1043. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2012.

SANTOS, G.H.N. et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev Bra Ginecol Obstet**, v. 31, n. 7, p. 326-34. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n7/v31n7a02.pdf>> Acesso em: 31 maio 2013.

**ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE
ENFERMAGEM (COMPESQ/ENF)**



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação Científica

Voluntário

Programa de Fomento à

Pesquisa (auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23998

Título: FATORES ASSOCIADOS A REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL UNIVERSITARIO

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

[Vizualizar Parecer](#)

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (CEP/HCPA)



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

COMISSÃO CIENTÍFICA

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

Projeto: 120466

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

HELGA GEREMIAS GOUVEIA
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
SARA OLIVEIRA PINHEIRO
BRUNA ALIBIO MORAES
JULIANA MANERA SARAIVA
JESSICA KASPER FERNANDES
FERNANDA PIRES WEBSTER

Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE CESARIANA EM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

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

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 31 de janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczinski
Coordenador GPPG/HCPA