

Universidade Estadual Paulista – UNESP
Faculdade de Medicina de Botucatu
Curso de Graduação em Enfermagem

Ana Paula Amâncio Neves

**Perfil Epidemiológico de Parturientes Submetidas à
Cesariana na Maternidade de um Hospital Escola de
Botucatu – SP**

Botucatu

2011

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Curso de Graduação em Enfermagem

Ana Paula Amâncio Neves

**Perfil Epidemiológico de Parturientes Submetidas à
Cesariana na Maternidade de um Hospital Escola de
Botucatu – SP**

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação em
Enfermagem. Faculdade de Medicina.
Botucatu - UNESP

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina
Leite Rosa Olbrich

Botucatu

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.

DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Neves, Ana Paula Amâncio.

Perfil epidemiológico de parturientes submetidas à cesariana na maternidade de um hospital escola de Botucatu-SP / Ana Paula Amâncio
Neves. – Botucatu : [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) -
Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sandra Regina Leite Rosa Olbrich

Co-orientador: Claudia Helena Bronzatto Luppi

Capes: 40402002

1. Cesariana. 2. Epidemiologia. 3. Hospitais Serviços de Maternidade.

Palavras-chave: Epidemiologia; Gestação; Hospital Escola; Parto Cesárea.

**Aos meus pais, exemplos de
determinação, perseverança e superação.**

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me conceder fé e sabedoria para enfrentar dificuldades, tomar decisões e concluir todas as etapas de minha vida com sucesso.

A minha mãe, meu exemplo de vida, pelo amor, compreensão, dedicação, conselhos, pela presença nos momentos de alegria e desânimo.

Ao meu pai pelo amor incondicional, confiança, dedicação e apoio prestados sempre.

A toda minha família, que apesar da distância estiveram sempre presentes e apoiando cada passo dado.

A Profa. Dra. Sandra Regina Leite Rosa Olbrich, pela orientação neste trabalho, por possibilitar a realização do estágio curricular supervisionado, pelos conhecimentos transmitidos e por todo o apoio, carinho e dedicação durante este período.

A Profa. Dra. Claudia Helena Bronzatto Luppi, também pela orientação deste trabalho e apoio durante todo o período de sua elaboração.

A Profa. Dra. Lin Chau Jong pelo exemplo como profissional, pelos conhecimentos transmitidos durante a graduação, pelas orientações neste trabalho e por me acolher inicialmente como orientanda.

A Enfermeira Valdete Aparecida Ribeiro da Silva pela disponibilidade, acolhida e orientações na Enfermaria de Obstetrícia do Hospital das Clínicas, durante o estágio curricular supervisionado.

A toda a Equipe de Enfermagem da Enfermaria de Obstetrícia pelo acolhimento, paciência e troca de conhecimento.

A Equipe Médica da Enfermaria de Obstetrícia pelo aprendizado durante o estágio curricular supervisionado.

A Enfermeira Rosana Jimenez Pavanelli pelo acolhimento na Enfermaria do Berçário e UTI Neonatal.

As enfermeiras assistenciais da Enfermaria do Berçário e UTI neonatal pelos conhecimentos e apoio durante o estágio curricular supervisionado.

A toda a Equipe de Enfermagem e Equipe Médica da Enfermaria do Berçário e UTI neonatal, pelo acolhimento e troca de experiências.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem, pelo carinho, apoio e conhecimentos transmitidos durante toda a graduação.

A todos os funcionários do Departamento de Enfermagem sempre presentes e dispostos durante os quatro anos de graduação.

Ao funcionário Agnaldo pela colaboração na análise dos dados desse trabalho.

As bibliotecárias Rosemeire e Luciana pela correção das referências bibliográficas e elaboração da ficha catalográfica.

As amigas Eimi, Érika Guimarães, Gabriela, Juliana, Lígia, Monique e Natália pela amizade, confiança, apoio, companheirismo e paciência durante todo o período de graduação. Tornaram-se pessoas únicas e especiais na minha vida.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Sumário

RESUMO	08
ABSTRACT	09
INTRODUÇÃO	10
OBJETIVOS	16
MÉTODOS	17
RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	53

Lista de Figuras e Tabelas

Figura 1 – Distribuição em números das pacientes submetidas à cesárea, segundo faixa etária. Botucatu, 2011.

Tabela 1 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo faixa etária e número de cesáreas. Botucatu, 2011.

Tabela 2 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo profissão. Botucatu, 2011.

Tabela 3- Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo profissão e faixa etária. Botucatu, 2011.

Tabela 4 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo escolaridade. Botucatu, 2011.

Figura 2 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo estado civil. Botucatu, 2011.

Figura 3 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo tabagismo. Botucatu, 2011.

Figura 4 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo número de consultas pré-natal realizadas. Botucatu, 2011.

Figura 5 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo número de gestações. Botucatu, 2011.

Figura 6 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo idade gestacional. Botucatu, 2011.

Tabela 5- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo patologias obstétricas existentes. Botucatu, 2011.

Figura 7 – Distribuição percentual das pacientes submetidas à cesárea, segundo informações contidas no prontuário quanto a sua indicação do procedimento . Botucatu, 2011.

Tabela 6- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo sua indicações. Botucatu, 2011.

Tabela 7- Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo indicação e idade gestacional. Botucatu, 2011.

Tabela 8- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo intercorrências clínicas no período gestacional. Botucatu, 2011.

Figura 9 – Distribuição em número de pacientes submetidas à cesárea, segundo peso do recém nascido. Botucatu, 2011.

Tabela 9- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo Idade gestacional e peso ao nascer. Botucatu, 2011.

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos de pacientes submetidas à cesárea, segundo peso ao nascer e escolaridade materna. Botucatu, 2011.

Tabela 11 - Distribuição em número de recém-nascidos de pacientes submetidas à cesárea, segundo valores de apgar no 1º, 5º e 10º minuto de vida. Botucatu, 2011.

Resumo

Introdução: Durante o processo gestacional é comum ocorrerem mudanças no organismo materno, essas mudanças acompanham o curso normal da gravidez, porém alguns fatores maternos ou fetais podem interferir na gestação e afetar adversamente o resultado da mesma, desencadeando o que chamamos de gestação de alto risco, responsável por aumentar os índices de morbimortalidade materna, fetal ou do lactente^{1,2}. Uma das alternativas obstétricas para resolução segura desse tipo de gestação é o parto cesárea, contudo nota-se um aumento expressivo no seu número no mundo todo, sendo muitas vezes desnecessariamente indicada⁸. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja no máximo de 15%¹¹, limite facilmente ultrapassado em vários serviços. **Objetivo:** traçar o perfil epidemiológico de gestantes submetidas à cesariana num Serviço de Saúde de referência, da cidade de Botucatu-SP. **Método:** estudo transversal, retrospectivo, exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa. A população alvo constituiu-se de cem gestantes atendidas nessa instituição, sorteadas aleatoriamente, e que foram submetidas à cesariana no ano de 2010. **Resultados:** No período analisado ocorreram 1189 partos, destes 601 (50,5%) foram partos normais e 588 (49,4%) partos cesáreas. Quanto à idade materna, 76% encontravam-se na faixa etária de 19 a 36 anos. Percentual elevado (27%) dos pacientes não tinha nem o primeiro grau completo e não exerciam trabalho remunerado, sendo que 67% delas são responsáveis por atividades do lar. A maioria era casada (56%), 34% das mulheres eram primíparas, porém 19% estavam na quarta ou mais gestações. Quanto ao pré-natal pouco foi encontrado, pois muitas realizaram as consultas fora da instituição e não foram registradas no prontuário do HC. Quanto à idade gestacional e realização de parto cesárea, observamos que percentual elevado (30%) das gestantes encontravam-se em idade pré-termo. Das patologias obstétricas destacam-se as doenças hipertensivas; pré-eclâmpsia (21,7%), seguida de hipertensão gestacional (17,39%), diabetes gestacional (7,60%), pré-eclâmpsia grave (7,60%) e, eclâmpsia iminente, trabalho de parto prematuro e restrição de crescimento intra-uterino contribuíram com 6,52% cada um deles. Em relação às indicações para cesárea 78% foram justificados, sendo a indicação por iteratividade responsável por 17,8% dos casos, seguido de 12,2% sofrimento fetal agudo, 11,1% falha na indução e 8,9% devido à apresentação pélvica. Quanto ao peso ao nascer observamos que 80 recém-nascidos encontravam-se com peso adequado, ou seja, acima de 2500 gramas, porém 26 foram enquadrados com valores de baixo peso, em relação ao Apgar podemos afirmar que apesar ter havido alguns escores de Apgar entre 0 e 6 no primeiro minuto, indicando necessidade de manobras de reanimação, aparentemente quase todas as investidas foram bem sucedidas, visto que no décimo minuto foram observados somente um valor abaixo de 7, sendo que a maioria deles estavam acima destes valores. **Conclusão:** Através deste estudo concluímos que o Hospital das Clínicas de Botucatu acompanha as tendências crescentes das cesarianas e, por se tratar de um hospital escola o treinamento e o investimento médico adequado frente às diversas situações na condução de um parto normal poderiam capacitar melhor os alunos para que estes pudessem colaborar futuramente com a diminuição das cesáreas desnecessárias realizadas atualmente, desmistificando a cultura de que o parto cesárea seria a forma mais segura e prática para o desfecho da gestação.

Palavras-chave: epidemiologia, gestação, parto cesárea, hospital escola.

Abstract

Epidemiological profile of parturients submitted to caesarean sections at a university maternity hospital in Botucatu- SP.

Introduction: During the pregnancy process, the maternal organism commonly undergoes changes. Such changes follow the normal course of pregnancy; however, some maternal or fetal factors can interfere with pregnancy and adversely affect its outcomes, thus triggering what is referred to as high-risk pregnancy, which is responsible for increasing maternal, fetal or newborns' morbimortality rates^{1,2}. One of the obstetric alternatives for a safe resolution of this pregnancy type is the caesarean section. Nevertheless, an expressive increase in the number of caesarean sections has been observed worldwide, and they are, many times, unnecessarily indicated⁸. The world Health Organization (WHO) recommends that the total number of caesarean sections in relation to the total number of deliveries performed at health service should be a maximum of 15% ¹¹, a limit that is easily surpassed in various services. **Objective:** To outline the epidemiological profile of pregnant women submitted to caesarean sections at a reference health care service in the city of Botucatu-SP. **Method:** This is a cross-sectional, retrospective, exploratory, descriptive, quantitative study. The target population consisted of one hundred pregnant women assisted in this institution, who had been submitted to caesarean sections in 2010 and were randomly selected to compose the sample. **Results:** In the analyzed period, there were 1,189 deliveries, of which 601 (50.5%) were natural deliveries, 588 (49.4%) were caesarean sections. As regards maternal age, 76% were in the age range of 19 to 36 years. A high percentage of patients (27%) had not completed elementary education and did not have a paid job; 67% were homemakers. Most of the participants were married (56%); 34% of the women were primiparas, but 19% were in their fourth or more pregnancies. Concerning prenatal care, little was found, since many of them had consultations out of the institution which were not recorded in their hospital charts. As to pregnancy age and caesarean section performance, it was observed that a high percentage of the pregnant women (30%) were at preterm age. Of the obstetric pathologies, hypertensive pathologies were noteworthy: preeclampsia (21.7%), followed by gestational hypertension (17.39%), gestational diabetes (7.60%), severe preeclampsia (7.60%) and imminent eclampsia, and preterm labor and intrauterine growth restriction contributed with 6.52% each. As regards caesarean section indications, 78% were justified and indication due to fetal activity was responsible for 17.8% of cases, followed by 12.2% acute fetal suffering, 11.1% induction failure and 8.9% due to pelvic presentation. In relation to weight at birth, it was observed that 80 newborns had adequate weight, that is, above 2,500 grams, but 26 were observed to show low weight. As concerns Apgar, although some Apgar scores between 0 and 6 were observed at the first minute, thus indicating a need for reanimation maneuvers, apparently all the attempts were successful, considering that, at the tenth minute, only one value below 7 was observed. **Conclusion:** In this study, it was concluded that the Botucatu University Hospital follows the increasing tendencies of caesarean sections and, because it is a teaching hospital, adequate medical training and investment in face of the various situations in the conduction of natural deliveries could better train students so that they would be able to contribute to reduce the number of unnecessary caesarean sections in the future as compared to the present number, thus demystifying the culture that caesarean sections would be the safest and most practical form for a pregnancy outcome.

Key words: epidemiology, pregnancy, caesarean section, university hospital.

1- INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher. Durante a gestação ocorrem diversas transformações no organismo materno, não somente no aspecto biológico, como também mudanças fisiológicas, psicológicas, econômicas, sociais, espirituais e de alterações de papéis, levando à aceitação ou não da gravidez. É uma experiência única, que abrange não só a gestante, mas também seu companheiro, família e sociedade¹. As mudanças citadas acompanham o curso normal da gravidez, porém alguns fatores maternos ou fetais podem interferir no processo de gestação e afetar adversamente o resultado da mesma, desencadeando uma gestação de alto risco e aumentando, assim os índices de morbimortalidade materna, fetal ou do lactente^{1,2}.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), esses fatores de risco podem estar relacionados aos aspectos descritos abaixo:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: idade menor que 17 anos e maior que 35 anos; tipo de ocupação que leve a esforço físico excessivo, pesada carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e o estresse; situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 metros ; peso menor que 45 kg e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
2. História reprodutiva pregressa à gestação atual que reproduza quadro de morte perinatal, recém-nascido com crescimento prejudicado, pré-termo

ou malformado, abortamento habitual, esterilidade e/ou infertilidade, intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade e multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, cirurgia uterina anterior;

3. Doenças obstétricas na gestação atual que possam se caracterizar por desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclampsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membrana, hemorragias da gestação, aloimunização, óbito fetal;
4. Intercorrências clínicas como hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes; ginecopatias ³.

As patologias obstétricas são de grande importância para a gestação, pois interferem diretamente na saúde da mãe e do feto. Desta forma, a realização do pré-natal permite o acompanhamento adequado da gestante, como um procedimento continuado que se estende ao longo do processo gestacional até o momento do trabalho de parto. Este instrumento possibilita praticar uma avaliação correta dos riscos, a fim de prevenir possíveis agravos, que obrigariam o encaminhamento da gestante a sistemas de assistência de maior complexidade ⁴. Essas patologias também interferem no período da gestação e estão intimamente relacionadas ao momento do parto, pois podem frequentemente induzir à cesariana. Segundo estudos, as mais comumente encontradas são as síndromes hipertensivas da gravidez, diabetes gestacional, infecção pelo HIV, infecções do trato urinário, cardiopatias e distúrbios psiquiátricos ⁵.

Sabe-se que os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe como para o bebê. Vão desde uma melhor recuperação da mulher e redução dos riscos de infecções hospitalar, até uma incidência menor de desconforto respiratório para o bebê⁶, porém em vários casos é necessária a realização de parto cesariano.

Em relação à cesariana, esta pode interferir no vínculo estabelecido entre mãe e filho durante o parto, além de uma frequência maior de infecções, hemorragias, lacerações acidentais de alguns órgãos, ou até mesmo outras complicações no bebê⁶.

Atualmente, as indicações mais comuns de cesarianas são: falha na indução, feto não reativo, apresentação pélvica, paciente com mais de uma cesárea, desproporção céfalo-pélvica, descolamento prematuro da placenta, gestação gemelar, placenta prévia, situação transversa e prolapso de cordão^{7 8 9}.

Esses fatores, somados às patologias acima mencionadas, compõem as indicações obstétricas mais comuns ao parto cesárea, definido como um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e, ou, do bebê quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto¹⁰.

Com o aumento da segurança do procedimento e também para minimizar a morbimortalidade perinatal, as indicações de cesariana aumentaram. Mesmo assim, sabe-se que a morbidade materna é mais frequente após a cesariana, comparada ao parto vaginal, que é mais seguro tanto para a mãe quanto para o bebê⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja no máximo de 15%¹¹, com o mínimo de intervenção por parte dos profissionais da saúde¹². Porém, ultimamente observa-se que o parto cesárea vem sendo realizado abusivamente e, muitas vezes, desnecessariamente utilizada, justificado erroneamente como um parto mais seguro, moderno, menos doloroso e mais conveniente por se tratar

de uma intervenção programada, desta forma aumentando progressivamente sua ocorrência nos serviços de saúde (SS), principalmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ^{8,10,11}.

O Brasil está entre os países com maior ocorrência de cesáreas no mundo, apresentando taxas crescentes desde a década de 70 ^{12, 13,14}. Estudos recentes mostram que a taxa de cesárea no Brasil era de 38,9% em 2000, 46,5% em 2007 e, mais recentemente, 48,4% em 2008^{12,15}. Os índices dos serviços privados são notadamente mais elevados, quando comparados à rede pública: em 2006 os números referentes aos serviços conveniados ao SUS eram de 42% e no setor privado este percentual alcançou taxas de 80% a 90% ^{7,8,16}.

Na Austrália a taxa de cesariana subiu de 17% para 23% em 10 anos ¹⁷. Esse fenômeno foi reportado também na Itália, onde a taxa subiu de 11,2 % para 33,2% em 20 anos¹⁸. Esses índices chegaram a 18% em países com frequência tradicionalmente baixa de cesáreas¹⁹. Na América Latina, Belizan et al ²⁰ destacaram aumento nas taxas de cesárea no Chile (40%) e no Brasil (27,1%) no período de 1994 e 1996. Essas observações são citadas por Zimmermann et al²¹ que perceberam taxa de cesariana de 29,2% nas pacientes atendidas pelo serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Barbacena. Em Pelotas, Silveira e Santos²² relataram frequência de 30% de cesariana e, Mariotoni e Barros Filho²³, avaliando 37.731 declarações de nascidos vivos, evidenciaram frequência de 57,1% de cesarianas.

Outro aspecto também observado e que deve ser considerado, são os hospitais universitários, que também apresentam taxas elevadas de parto cesárea. A centralização do ensino médico nestes hospitais de referência e, de maior complexidade resulta na limitação do acesso de alunos e residentes às gestações sem grandes complicações. Este

fato interfere na formação destes profissionais, que apresentam competência para enfrentar situações complexas, porém, se sentem inseguros diante da variedade de situações vindas do parto normal²⁴. Além da formação dos profissionais de saúde, outros fatores contribuem para esse aumento significativo de cesarianas, tais como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias, a prática obstétrica defensiva, conveniência médica, falta de informações sobre o parto, fatores socioculturais, medo da dor no parto normal, medo de lesões na anatomia e fisiologia da vagina, a crença de que o parto vaginal é mais arriscado, características do sistema de saúde e fatores institucionais ligados a remuneração, que difere a cada tipo de parto^{10, 24}.

O grande problema dessa prática é sua associação com complicações maternas e fetais, como por exemplo: complicações anestésicas, hemorragias, infecção puerperal, retenção urinária^{25,26}, lesões vesicais e intestinais, alongamento da incisão miometrial, embolia amniótica²⁶ embolia pulmonar, trombose, sepse⁷. As cesáreas prévias propiciam maior risco de ruptura uterina, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e gestação ectópica⁷. Também podem ocorrer complicações para o recém-nascido associadas à cesariana como prematuridade iatrogênica²⁷ e síndrome do desconforto respiratório²⁵.

Muitos fatores estão relacionados ao aumento de cesarianas e envolvem o aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, mais disponibilidade de recursos propedêuticos capazes de definir riscos para o feto, aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, além de fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado²⁸.

Tendo em vista o crescimento desordenado de indicações de cesáreas, o MS vem tomando medidas que promovam uma cultura de apoio ao parto normal, por meio de Conferências Internacionais de Humanização do Parto e Nascimento, desta forma a partir do ano de 2004 o SUS decide colocar a humanização do parto entre as prioridades de assistência na área da Saúde da Mulher através do “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”¹⁵.

O Programa Nacional de Humanização do Parto visa reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal através da garantia de melhora no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto, além de subsidiar a capacitação dos profissionais da saúde para essa assistência^{15,29}. Assim, desde 2006, ele promove a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária e, em 2008 a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)¹⁵.

Pelas presentes considerações e considerando as indagações da autora quanto ao tema, este estudo visa traçar o perfil epidemiológico de gestantes submetidas à cesariana num Serviço de Saúde de referência de um hospital escola do interior paulista.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Traçar o perfil epidemiológico de gestantes submetidas à cesárea, numa maternidade de um hospital de referência.

2.2 - Objetivos específicos

2.2.1 - Verificar a incidência de cesárea e parto normal em mulheres atendidas no Hospital das Clínicas de Botucatu;

2.2.2 - Descrever as características epidemiológicas da população estudada, como: idade; escolaridade; estado civil; profissão, uso de cigarro, álcool, drogas e medicamentos; antecedentes obstétricos; número de consultas no pré natal; idade gestacional; patologias obstétricas; intercorrências clínicas; peso ao nascer e indicação da cesárea;

2.2.3- Levantar as patologias obstétricas de maior prevalência nas gestantes submetidas à cesárea;

2.2.4- Identificar os fatores motivadores para realização do parto cesárea;

2.2.5- Reconhecer as indicações obstétricas para a realização das cesarianas.

3- MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, retrospectivo, exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa.

Realizado na Maternidade do Hospital das Clínicas (HC), situado no município de Botucatu (São Paulo), sendo esta uma seção do antigo hospital escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), que foi autarquizado em 01/06/2010 – lei nº 1124, vinculado à Secretaria de Saúde, para fins administrativos e à FMB-UNESP para atividades de ensino, pesquisa e extensão. Constitui-se na maior instituição pública vinculada ao SUS na região. Pertence ao Departamento de Saúde de número VI (DRS VI) do estado, com abrangência populacional de atendimento estimado de 1,5 milhões de pessoas, oriundas de 68 municípios^{30,31}. O HC disponibiliza a população: centro de diagnóstico por imagem, registros gráficos, exames de análises clínicas, aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia e ultrassom, serviços de quimioterapia, hemocentro, endoscopia, partos de risco, medicina nuclear, hemodiálise, centro cirúrgico com 16 salas e centro obstétrico com três salas. Conta com 415 leitos e 52 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo 30 destinados a adultos, 15 neonatal e 7 pediátricos³¹.

A população alvo constituiu-se de gestantes atendidas nesta instituição, submetidas ao parto cesárea ocorridos no ano de 2010. Neste período ocorreram 1189 partos, sendo 601 (50,5%) normais e 588 (49,5%) cesáreas³². Dos 588 partos cesáreas foram sorteados 100 prontuários (17%), que foram selecionados de seguinte forma: As pacientes submetidas à cesárea foram numeradas por ordem de ocorrência do período do parto, e para a retirada da amostra de 100 prontuários foi realizado sorteio, através da tabela de números aleatórios sem reposição. Estes 100 prontuários representam 17% dos

partos cesáreas, para um erro amostral de 5%, para um intervalo de confiança de 95%, ($p < 0,05$).

O estudo seguiu as normas éticas previstas na Resolução 196/96 do MS, sendo autorizada a sua realização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob o número OF 287/11-CEP.

A coleta dos dados foi feita por meio do preenchimento de um formulário elaborado pela autora (Anexo I), cujas informações foram obtidas do livro de registros dos partos e dos prontuários das pacientes.

As variáveis coletadas compreenderam: idade; escolaridade; estado civil; profissão, uso de cigarro, álcool, drogas e medicamentos; antecedentes obstétricos; número de consultas no pré natal; idade gestacional; patologias obstétricas; intercorrências clínicas; peso ao nascer e indicação da cesárea.

Quanto à idade gestacional, adotou-se a classificação de: pré-termo para paciente com menos de 37 semanas; termo os que se enquadravam entre 37 a 42 semanas e, pós-termo para aqueles com mais de 42 semanas.

Em relação ao peso ao nascer os recém-nascidos foram classificados como: extremo baixo peso aqueles com menos de 1000g ; muito baixo peso aqueles acima de 1000g e abaixo de 1500g; baixo peso entre 1500g a menos de 2500g e, adequado igual ou acima de 2500g³³.

Na elaboração do banco de dado utilizou-se o programa Microsoft Excell, após esta etapa os dados foram transportados para o Programa EpiINFO Versão 6,04 e submetidos à análise estatística.

Foram construídas as distribuições de frequência das variáveis examinadas e calculadas as taxas de prevalência indicadas para cada caso, e também as médias.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

As taxas de cesarianas variam consideravelmente segundo diversos fatores. O Brasil registra uma proporção deste tipo de parto bem maior do que os 15% recomendados pela OMS¹¹. A média nacional de cesarianas é de 43%²⁴, e este percentual foi confirmado no nosso estudo, uma vez que no ano estudado, 2010, ocorreram 1189 partos, destes 601 (50,5%) foram partos normais e 588 (49,4%) partos cesáreas.

Igualmente o observado no nosso trabalho, estudo realizado por Campana et al¹³ revelaram uma taxa elevada de parto cesárea (43,3%), vale ressaltar que igualmente ao nosso estudo, este é um hospital de referência para partos de alto risco, onde segundo o MS a taxa não deve ultrapassar os 30%.

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto no período de 1986 a 1995 revelou que a incidência de cesáreas aumentou à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico³⁴.

Podemos observar na Figura 1 que 76% dos partos cesáreas encontravam-se na faixa etária de 19 a 36 anos, semelhante ao encontrado nos hospitais de Maringá, onde a faixa etária predominante foi de 20 a 34 anos, considerada esta a idade adequada para o processo reprodutivo²⁵. Já um percentual baixo (12%) foi encontrado na população abaixo de 20 anos, diferentemente do encontrado por Campana et al¹³, onde este percentual foi mais elevado. Estima-se que, no Brasil, um milhão de adolescentes dá a luz a cada ano, o que corresponde a 20% dos nascidos vivos. Estas estatísticas comprovam que em todo o mundo, a cada década, cresce o número de partos em pessoas cada vez mais jovens¹³.

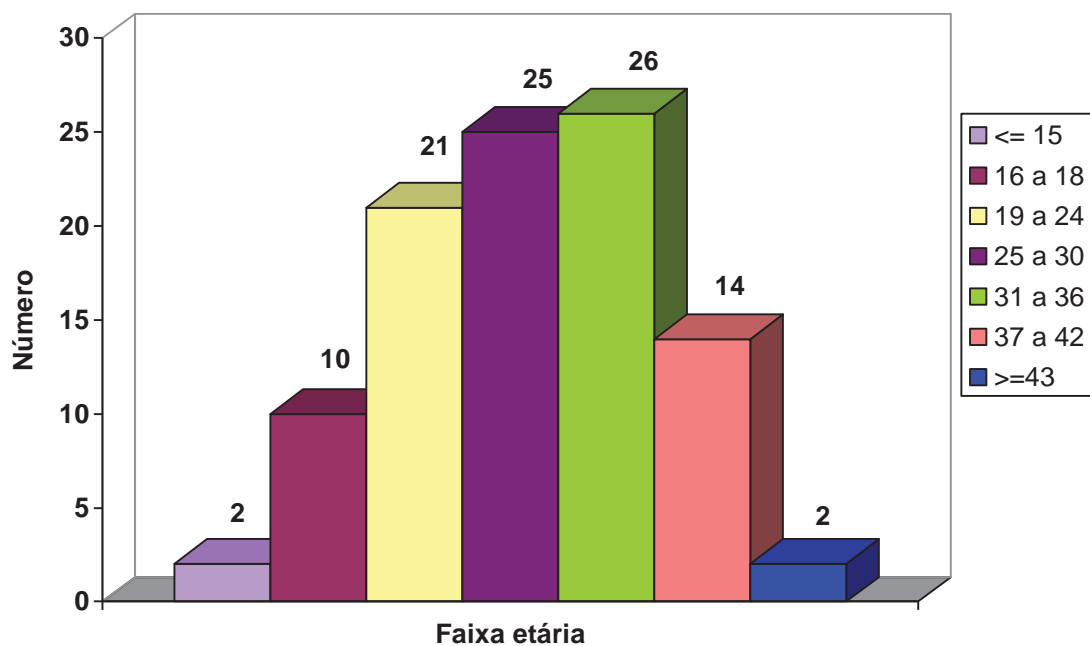


Figura 1 – Distribuição em números das pacientes submetidas à cesárea, segundo faixa etária. Botucatu, 2011.

Tabela 1 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo faixa etária e número de cesáreas. Botucatu, 2011.

Faixa etária	Número de cesáreas			
	1	2	3	4
<= 15	2	0	0	0
16 – 18	9	0	0	0
19 – 24	12	6	2	1
25 – 30	14	8	2	1
31 – 36	16	4	6	0
37 – 42	8	4	0	2
>= 43	1	0	0	1
Total	62	22	10	5

Podemos observar que 62% das parturientes realizavam pela primeira vez parto cesárea, enquanto que 22% duas cesáreas , seguida de 10% de três e 5% quatro, e estas se encontravam mais freqüentes na faixa etária dos 19 aos 36 anos.

Quanto à atividade profissional, a Tabela 2 mostra um elevado número de mulheres sem trabalho remunerado, sendo que 67% delas são responsáveis por atividades do lar.

Tabela 2 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo profissão. Botucatu, 2011.

Profissão	Frequência	Percentual
Agente de viagens	1	1,0
Arrecadadora de impostos	1	1,0
Atendente	1	1,0
Auxiliar de enfermagem	1	1,0
Auxiliar de escritório	2	2,0
Auxiliar financeiro	1	1,0
Balconista	1	1,0
Cabeleireira	2	2,0
Comerciante	3	3,0
Desempregada	1	1,0
Diarista	1	1,0
Do lar	67	67,0
Encarregado administrativo	1	1,0
Escriturária	1	1,0
Estudante	7	7,0
Farmacêutica	1	1,0
Gerente de loja	1	1,0
Médica	1	1,0
Monitor escolar	1	1,0
Professora	2	2,0
Psicóloga	1	1,0
Recepcionista de hospital	1	1,0
Técnica em enfermagem	1	1,0
Total	100	100,0

Segundo Queiroz et al ³⁵ essa realidade socioeconômica parece preocupante para a saúde desta mulher e de seu filho, pois conforme o MS ³⁶, a mulher de baixa renda carece de alimentação, moradia, trabalho, educação, entre outros, sendo considerada como fator de risco, podendo resultar em parto cesárea.

Associando a Figura 1 e a Tabela 3, notamos que a maioria das pacientes submetidas à cesariana, ou seja, mulheres entre 19 e 36 anos, são também pacientes sem trabalho remunerado, caracterizando a população estudada.

Tabela 3- Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo profissão e faixa etária. Botucatu, 2011.

Profissão	Faixa etária (anos)							Total
	<= 15	16 – 18	19 – 24	25 – 30	31 – 36	37 – 42	>= 43	
A. de viagens	0	0	0	0	0	1	0	1
A. de impostos	0	0	0	1	0	0	0	1
Atendente	0	0	0	1	0	0	0	1
Aux . enfermagem	0	1	0	0	0	1	0	1
Aux .escritório	0	1	0	0	1	0	0	2
Aux . financeiro	0	0	1	0	0	0	0	1
Balconista	0	0	0	0	1	0	0	1
Cabeleireira	0	0	0	0	2	0	0	2
Comerciante	0	0	0	1	2	0	0	3
Desempregada	0	0	0	0	0	1	0	1
Diarista	0	0	0	1	0	0	0	1
Do lar	0	5	18	19	18	5	2	67
Encarregado administrativo	0	0	0	0	0	1	0	1
Escrituraria	0	0	0	0	1	0	0	1
Estudante	2	4	1	0	0	0	0	7
Farmacêutica	0	0	0	0	0	1	0	1
Gerente de loja	0	0	0	0	1	0	0	1
Médica	0	0	0	0	1	0	0	1
Monitora escolar	0	0	1	0	0	0	0	1
Professora	0	0	0	0	0	2	0	2
Psicóloga	0	0	0	1	0	0	0	1
Recepcionista de hospital	0	0	0	0	0	1	0	1
Técnica em enfermagem	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	2	11	21	25	27	13	2	100

Quanto à escolaridade, descrita na tabela 4, observa-se que percentual elevado (27%) dos pacientes não tinham nem o primeiro grau completo, sabe-se que a escolaridade da paciente pode ser vista como um indicador de condição social³⁷, sendo que pessoas com maior grau de instrução têm acesso facilitado a emprego e, desta forma a uma melhor posição socioeconômica.

Tabela 4 - Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo escolaridade. Botucatu, 2011.

Escolaridade	Frequência	Percentual
Analfabeto	01	1,0
1° Grau Incompleto	26	26,0
1° Grau Completo	10	10,0
2° Grau Incompleto	25	25,0
2° Grau Completo	32	32,0
Ensino Superior	06	6,0
Total	100	100,0

Quanto ao estado civil, evidencia-se na figura 2 que a maioria era casada, seguida de solteira. Estudo realizado pelo MS em 2006³⁸ sobre a importância do acompanhante, identificou-se uma queda na taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto e efeitos em médio prazo, bem como a redução dos casos de depressão pós-parto em mulheres com acompanhante. Mas relatam que a presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela mulher, por si só não pode ser considerado como sinônimo de suporte³⁹.

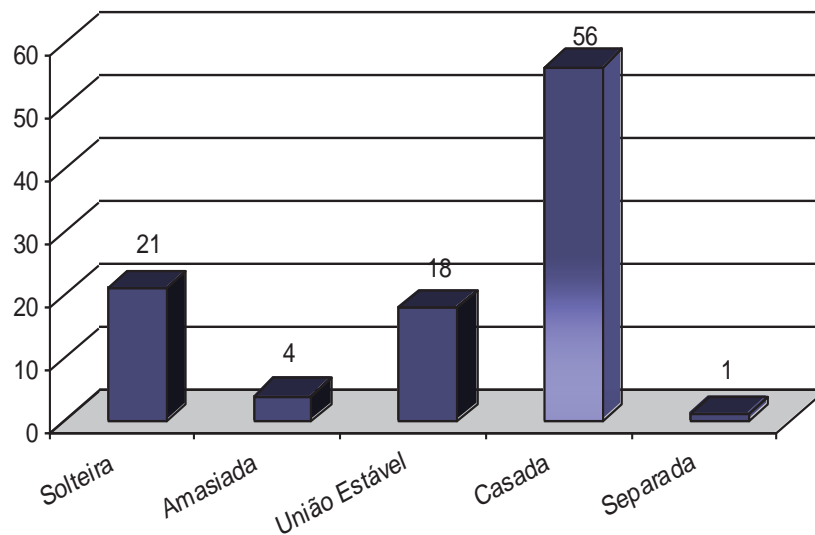


Figura 2 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo estado civil. Botucatu, 2011.

Quanto ao uso de cigarro, a maioria (71%) relatou não fazer uso (Figura 3), nenhuma relatou uso de álcool, uma relatou uso de maconha; porém 48% não tinham informação; não foi encontrado informação sobre uso de medicamentos.

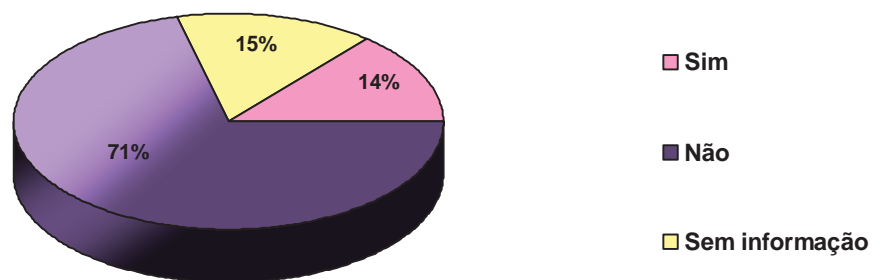


Figura 3 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo tabagismo. Botucatu, 2011.

Segundo estudo realizado em seis cidades brasileiras, a prevalência no uso de medicação foi de 34% ⁴⁰. Estudos sobre o uso de medicamentos na gravidez se intensificaram mais nas últimas décadas⁴¹ e apontam que, em vários países, mais de 80% das mulheres utilizam algum tipo de medicamento durante a gestação.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, percentual elevado desta variável (56%) não foi encontrada no prontuário. Este fato pode ser explicado pelo fato de que a maioria realizou o pré-natal fora do serviço do HC e, este tipo de informação não está sendo registrada no prontuário, quando atendidas em nosso serviço.

Na revisão bibliográfica realizada, poucos estudos incluíram a investigação de fatores respectivos ao atendimento do pré-natal, sendo o mais utilizado o número de consultas na gestação, geralmente associada positivamente ao maior risco de cesariana ^{42, 43,44}.

A assistência no pré-natal tem papel relevante na saúde materna e na do recém-nascido e, pode ser vista como política compensatória, cabendo-lhe o papel de minimizar o efeito das desigualdades sócio-econômicas.

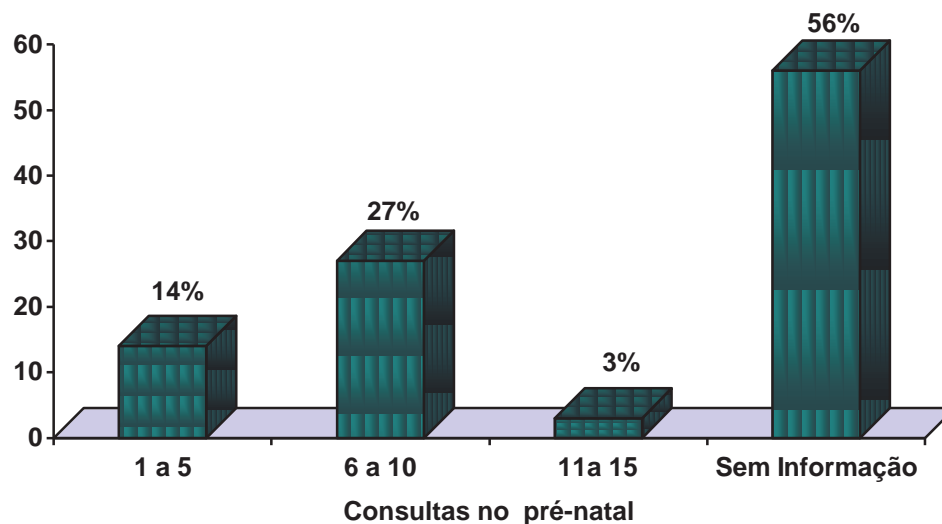


Figura 4 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo número de consultas pré-natal realizadas. Botucatu, 2011.

Considerando-se os fatores reprodutivos pré-gestacionais, 34% das mulheres eram primíparas, porém 19% estavam na quarta ou mais gestações, como podemos observar na Figura 5. Em relação à paridade, os dados encontrados no presente estudo são semelhantes aos da coorte de 1994 realizada na cidade de Ribeirão Preto⁴⁵, onde 36,8% eram primigestas e aos de Pelotas em 2004, de 39,4%⁴⁶.

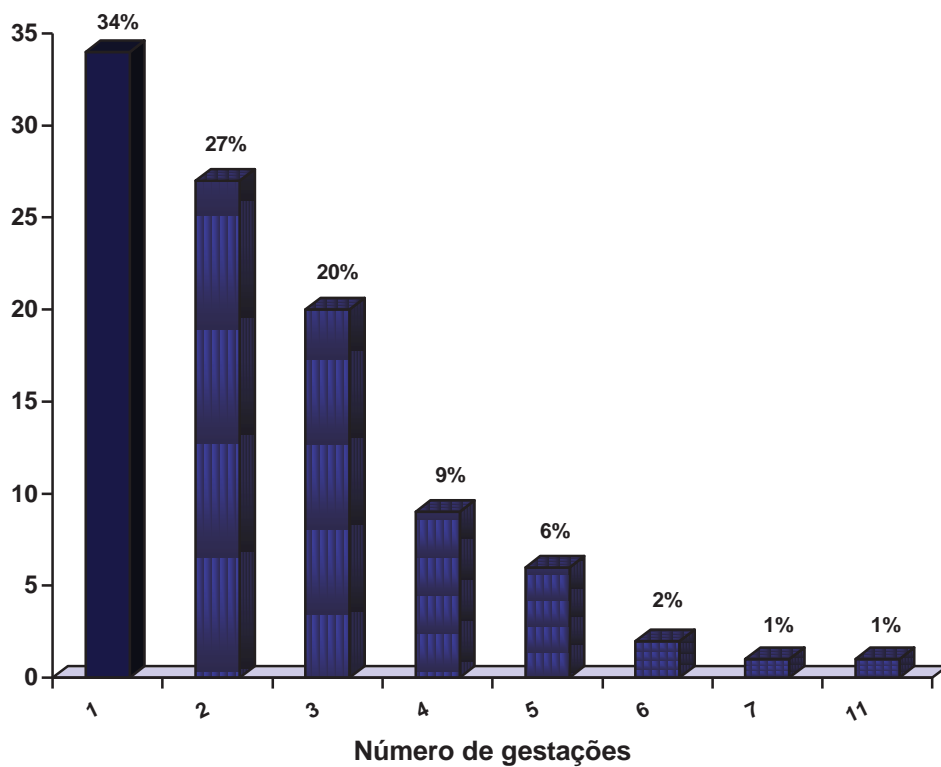


Figura 5 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo número de gestações. Botucatu, 2011.

Quanto à idade gestacional e realização de parto cesárea, observamos que percentual elevado (30%) das gestantes encontram-se em idade pré-termo (Figura 6).

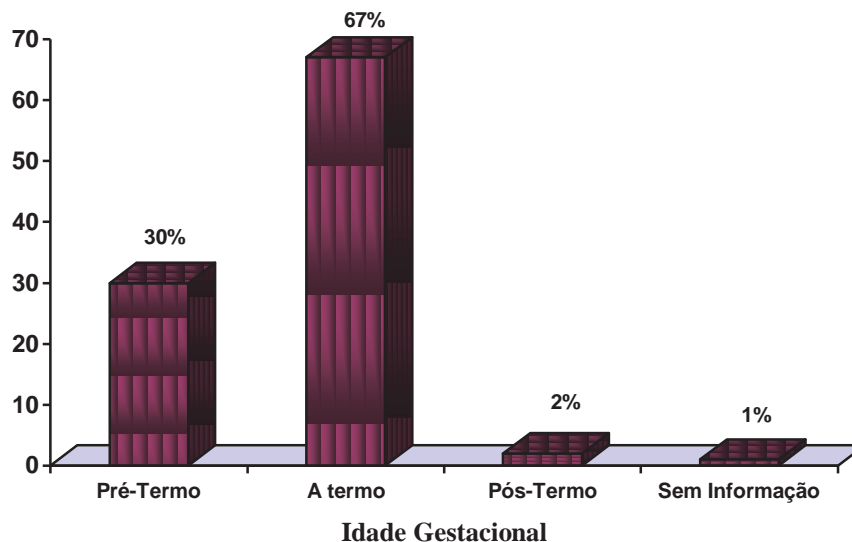


Figura 6 – Distribuição percentual de pacientes submetidas à cesárea, segundo idade gestacional. Botucatu, 2011.

Um estudo realizado por pesquisadores da Universidade de Arthus aponta que a cesárea eletiva (sem haver trabalho de parto) realizada até a 40^a semana gestacional eleva o risco de problemas respiratórios no recém-nascido. De acordo com o estudo, quanto mais cedo se realiza a cesárea, maiores são os riscos de complicações pulmonares nos bebês. Cesarianas realizadas nas 37^a semana gestacional acarretam quatro vezes mais problemas respiratórios que partos normais realizados na mesma semana. A proporção diminui para três vezes nas 38^a semana e duas nas 39^a. Comparando-se os riscos de partos cesárea eletivo da 37^a a 39^a semana gestacional em relação aos riscos da 40^a semana em partos normais, os valores sobem respectivamente para sete vezes e três vezes nas 37^a e 38^a semanas. Na pesquisa foram avaliados dados de 34 mil cesáreas eletivas. O estudo sugere que a redução dos riscos decorrentes da cesariana eletiva pode ser obtida através da postergação da realização do parto eletivo para a 39^a semana gestacional. O trabalho chegou também à conclusão de que as cesáreas eletivas acarretam mais problemas do que as de emergência⁴⁷.

A influência da idade gestacional no risco de cesárea em nulíparas segue um padrão de taxas menores entre 36 e 40 semanas e significativo aumento após 40 semanas. Em análise mais detalhada, as taxas de cesárea são mais baixas entre 36 e 40 semanas para pacientes com parto de início espontâneo, aumentando antes de 36 semanas ou após 39 semanas em mulheres com parto induzido⁴⁸. Após o ajuste no modelo hierárquico, idades gestacionais pré e pós-termo não estiveram associados de forma estatisticamente significativa com cesárea.

Diversos estudos têm relatado uma probabilidade aumentada de parto cesárea entre mulheres com hipertensão na gestação⁴⁹, pré-eclâmpsia⁵⁰, diabetes gestacional^{49,50} e peso fetal acima de 4000 gramas^{49,50}.

Na tabela 5 observamos que a patologia obstétrica mais freqüente foi pré-eclâmpsia (21,7%), seguida de hipertensão gestacional (17,39%), diabetes gestacional (7,60%), pré-eclâmpsia grave (7,60%) e, eclampsia iminente, trabalho de parto prematuro e restrição de crescimento intra-uterino, que contribuíram com 6,52% cada um deles. Igualmente o nosso estudo, Campana et al¹³; também relataram que 21,7% das cesáreas foram em decorrência de doenças hipertensivas.

Tabela 5- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo patologias obstétricas existentes. Botucatu, 2011.

Patologia Obstétrica	Frequência	Percentual
Pré-eclâmpsia	20	21,7
Hipertensão gestacional	16	17,4
Diabetes gestacional	7	7,6
Pré-eclâmpsia grave	7	7,6
Eclampsia Iminente	6	6,5
Trabalho de parto prematuro	6	6,5
Restrição de crescimento intra-uterino	6	6,5
Oligoâmnio	5	5,4
Rotura prematura de membrana	4	4,3
Aloimunização	2	2,2
Centralização fetal	2	2,2
Anidrâmnio	2	2,2
Bolsa rota	2	2,2
Ameaça de aborto	1	1,1
Hellp parcial	1	1,1
Hidronefrose fetal	1	1,1
Pós datismo	1	1,1
Displasia esquelética fetal	1	1,1
Circlagem	1	1,1
Óbito fetal	1	1,1
Total	92	100

As complicações existentes nas gestações de alto risco, como a doença hipertensiva, muitas vezes demandam a interrupção prematura da gestação, provocando aumento na incidência de cesarianas. Segundo dados estatísticos da Secretaria Estadual

de Saúde do Paraná, a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é a segunda maior causa de mortalidade materna. No ano de 1994 a 2002 14% das mortes maternas estavam relacionadas à DHEG. A Síndrome hipertensiva ocupou o sexto lugar em influência sobre a ocorrência de cesárea na análise variada e multivariada em um estudo de caso-controle em Recife (PE)⁵¹.

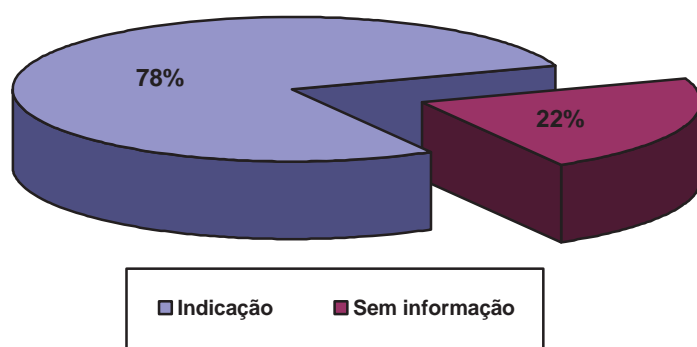


Figura 7 – Distribuição percentual das pacientes submetidas à cesárea, segundo informações contidas no prontuário quanto a sua indicação do procedimento. Botucatu, 2011.

Na figura acima observamos que a indicação da cesárea ocorreu em 78% dos casos, sendo a indicação por iteratividade responsável por 17,8% dos casos, seguido de 12,2% sofrimento fetal agudo, 11,1% falha na indução e 8,9% devido à apresentação pélvica, como podemos observar na Tabela 6. As indicações encontradas no atual estudo são semelhantes aos dados descritos em um hospital na cidade de Maringá, onde as principais indicações se alternaram entre cesárea de repetição, ou iteratividade

(35,9%), sofrimento fetal (15,3%), anormalidades de contração uterina (4.0%) e apresentação pélvica (6,3%)²⁵.

Já em Ribeirão Preto as principais indicações, no período de 1986 a 1995 foram sofrimento fetal, desproporção céfalo-pélvica, ruptura prematura de membranas, hipertensão arterial, má posição fetal e distócia, diferentes das encontradas no atual estudo⁵².

Tabela 6- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo sua indicações. Botucatu, 2011.

Indicação à cesárea	Frequência	Percentual
Iteratividade	16	17,8
Sufrimento fetal agudo	11	12,2
Falha na indução	10	11,1
Apresentação pélvica	8	8,9
Mecônio	6	6,7
Eclampsia iminente	6	6,7
Pré-eclâmpsia grave	5	5,5
Parada na dilatação	5	5,5
Pré-eclâmpsia	4	4,4
Centralização fetal	3	3,3
Macrossomia fetal	3	3,3
Cesárea de urgência	2	2,2
Óbito fetal de um gemelar	1	1,1
Sufrimento fetal crônico	1	1,1
Hidronefrose bilateral fetal	1	1,1
Parada na descida	1	1,1
Rotura perineal na gestação anterior	1	1,1
Desproporção céfalo-pélvica	1	1,1
Fase ativa prolongada	1	1,1
Crise convulsiva	1	1,1
HIV	1	1,1
Óbito em gestação anterior	1	1,1
Total	90	100

Nota-se que a maioria das indicações de cesariana ocorreu em gestações a termo (Tabela 7), porém houve significativo número de cesáreas em gestações abaixo das 37 semanas, o que pode desencadear conseqüências ao feto como a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, devido à imaturidade pulmonar.

Tabela 7- Distribuição das pacientes submetidas à cesárea, segundo indicação e idade gestacional. Botucatu, 2011.

Indicação	Pré-termo	A termo	Pós-termo	Percentual
Iteratividade	3	13	0	18,0
Sufrimento fetal agudo	3	8	0	12,4
Falha na indução	2	8	0	11,2
Apresentação pélvica	5	3	0	9,0
Mecônio	1	5	0	6,7
Eclampsia iminente	3	3	0	6,7
Pré-eclâmpsia grave	2	3	0	5,6
Parada na dilatação	1	4	0	5,6
Pré-eclâmpsia	0	4	0	4,5
Centralização fetal	1	2	0	3,4
Macrossomia fetal	0	3	0	3,4
Cesárea de urgência	2	0	0	2,4
Óbito fetal de um gemelar	1	0	0	1,1
Sufrimento fetal crônico	1	0	0	1,1
Óbito em gestação anterior	0	1	0	1,1
Hidronefrose bilateral fetal	0	0	1	1,1
Parada na descida	0	1	0	1,1
Rotura perineal anterior	0	1	0	1,1
Desproporção céfalo-pélvica	0	1	0	1,1
Fase ativa prolongada	0	1	0	1,1
Crise convulsiva	1	0	0	1,1
HIV	0	1	0	1,12
Total	26	62	1	100

No nosso estudo observamos que 40% das pacientes apresentavam intercorrências clínicas no momento da gestação, sendo as mais frequentes a hipertensão

arterial crônica (29,8%), obesidade (14,0%) e hipotireoidismo (10,5%), indicadas da abaixo.

Tabela 8- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo intercorrências clínicas no período gestacional. Botucatu, 2011.

Intercorrências Clínicas	Frequência	Percentual
Hipertensão arterial crônica	17	29,8
Obesidade	8	14,0
Hipotireoidismo	6	10,5
Epilepsia	4	7,0
Síndrome depressiva	2	3,5
Sífilis	2	3,5
Hepatite B	2	3,5
Diabetes mellitus	2	3,5
Obesidade mórbida	1	1,7
Polipose familiar	1	1,7
Crise convulsiva	1	1,7
Síndrome de raynaud	1	1,7
Mioma	1	1,7
Cisto no ovário	1	1,7
Trombose venosa periférica	1	1,7
Hepatite C	1	1,7
Pielonefrite	1	1,7
Hérnia umbilical	1	1,7
Asma	1	1,7
Câncer de tireóide	1	1,7
Glaucoma	1	1,7
HIV	1	1,7
Total	57	100

As síndromes hipertensivas são as principais causas de morte materna, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento⁵³. Além disso, podem provocar várias complicações, como encefalopatia hipertensiva, falência cardíaca, grave comprometimento da função renal, hemorragia retiniana, coagulopatias e também pode associar-se com a pré-eclâmpsia. Quanto ao feto, também pode estar em situação de risco uma vez que pode apresentar restrição do crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade⁵⁴.

Segundo a recomendação da OMS, a proporção de nascidos com peso adequado deve ser de pelo menos 85% e o peso médio ao nascimento deve estar entre 3,400g e 3,500g^{5,56}.

Em relação ao peso ao nascer observamos que 80 recém-nascidos encontravam-se com peso adequado, ou seja acima de 2500 gramas, porém 26 foram enquadrados com valores de peso baixo, muito baixo e extremamente baixo, que em conjunto são considerados baixo peso ao nascer, como podemos observar na figura 8.

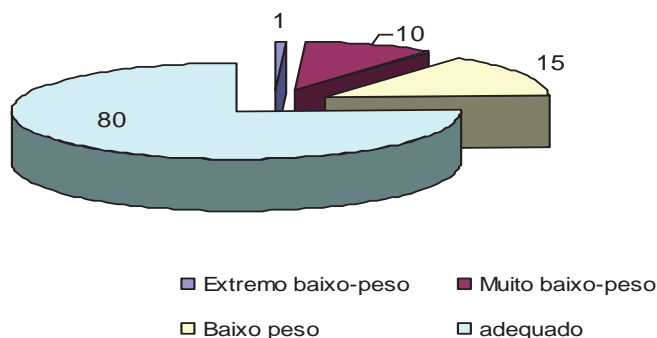


Figura 9 – Distribuição em número de pacientes submetidas à cesárea, segundo peso do recém nascido. Botucatu, 2011.

O baixo peso ao nascer pode ser devido a menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos⁵⁷ estudos apontam o retardo do crescimento intra-uterino como o maior responsável pelo baixo peso ao nascer nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta condição é decorrente principalmente de nascimento pré-termo⁵⁸.

Tabela 9- Distribuição de pacientes submetidas à cesárea, segundo Idade gestacional e peso ao nascer. Botucatu, 2011.

Idade Gestacional	Peso ao nascer				Total
	Extremo baixo peso	Muito baixo peso	Baixo peso	Adequado	%
Pré- termo	1	8	10	15	32,1
A Termo	0	0	5	63	64,1
Pós- termo	0	0	0	2	1,9
Sem informação	0	2	0	0	1,9
Total	1	10	15	80	100

Na Tabela 9 podemos observar que a maioria dos recém-nascidos com peso abaixo de 2500g foram pré-termos, porém grande parte desses bebês estava fora da classificação de risco para peso ao nascer.

Estas afirmações também são relatadas em outros estudos^{55,61,62}, os quais apontam que as taxas de baixo peso ao nascer são muito variáveis nas diversas regiões do mundo, com evidentes desvantagens para os países menos desenvolvidos, uma vez que estão associados a condições socioeconômicas desfavoráveis e podem ser consideradas como um indicador do nível de saúde da população. Assim em países desenvolvidos como Europa, Itália, França, Suécia, Suíça, Irlanda, Noruega e Espanha a

porcentagem de baixo peso ao nascer varia entre 4,0 a 5,0 % ⁵⁹. Na América Latina e Caribe o valor médio é de 9,0%. Já no Brasil, em 2001, a média foi de 7,9% sendo a maior porcentagem no estado do Rio de Janeiro (9,4%) e a menor em Roraima (5,0%) ⁶⁰. Em geral, nos países desenvolvidos estas taxas são decorrentes principalmente de partos prematuros, observados em dois terços dos nascimentos de crianças com baixo peso, já para os países em desenvolvimento, esta ocorrência se deve, na maior parte, ao retardo de crescimento intra-uterino.

Quanto à relação entre peso ao nascer e escolaridade materna, estudos mostram que mulheres com baixo nível de escolaridade e mulheres com baixa renda estão mais propensas a apresentarem eventos adversos relacionados à gravidez ⁶¹, como o baixo peso ao nascer, o que não foi confirmado em nosso estudo, como podemos observar na Tabela 10, onde notamos que os valores de baixo peso ao nascer em parturientes com escolaridade até o 1º grau completo foi semelhante aos achados em parturientes graduadas até ensino superior.

Tabela 10 - Distribuição dos recém-nascidos de pacientes submetidas à cesárea, segundo peso ao nascer e escolaridade materna. Botucatu, 2011.

Escolaridade	Analfabeta	1º Grau		2º Grau		Superior
		Completo	Incompleto	Completo	Incompleto	
Extremo baixo peso	0	0	1	0	0	0
Muito baixo peso	0	3	2	1	4	0
Baixo peso	1	2	3	4	3	2
Adequado	0	46	20	28	20	4
Total	1	11	27	33	27	6

Quanto aos valores de apgar encontrados neste estudo (Tabela 11), estes assemelham-se aos valores descritos em um estudo do município de Maringá (PR), onde 28,7% dos recém-nascidos apresentaram apgar ≤ 7 no 1º minuto de vida e 9,7% no 5º minuto de vida⁶². Valores próximos também aos encontrados em nosso município no ano de 2008, 21,4% no 1º minuto e 7,8% no quinto minuto⁶³.

Tabela 11 - Distribuição em número de recém-nascidos de pacientes submetidas à cesárea, segundo valores de apgar no 1º, 5º e 10º minuto de vida. Botucatu, 2011.

Valor de Apgar	1º Minuto	5º Minuto	10º Minuto
0	1	0	0
1	1	0	0
2	1	0	0
3	3	0	0
4	2	1	1
5	6	1	0
6	2	2	0
7	13	3	5
8	40	5	3
9	34	61	33
10	2	32	63

Sabe-se que o escore é realizado no 1º, no 5º e algumas vezes no 10º minuto de vida e avalia cinco sinais; frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. Para cada fator atribuí-se uma nota que pode ser 0, 1 ou 2⁶⁴. Dessa forma, a pontuação geral varia de 0 a 10, sendo que, segundo Schlatter (1981)⁶⁵, de 0 a 3, o recém-nascido é classificado como em estado mais grave, de 4 a 6 como em estado moderado e de 7 a 10 como estando em boas condições. Esse

escore também está relacionado com a asfixia fetal e determina o tipo de cuidado necessário na reanimação do neonato. O escore de Apgar é um método de rápida avaliação das condições clínicas do neonato e não reflete apenas a asfixia intraparto, mas outros fatores debilitantes que podem ocorrer antes ou durante o parto.

A Academia Americana de Pediatria e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia afirmam que o escore de Apgar descreve as condições do recém-nascido logo após o nascimento e, quando bem aplicado, funciona como uma ferramenta para padronizar essas avaliações ⁶⁶. Sabe-se que Apgar do primeiro minuto de vida reflete uma necessidade ou não de ressuscitação ativa e imediata, já o Apgar do quinto minuto de vida indica uma possível manobra de ressuscitação bem sucedida e apresenta uma correlação com os danos fisiológicos posteriores, prováveis seqüelas de condições ruins ao nascimento ⁶⁷. Após a análise dos resultados podemos afirmar que apesar de ter havido alguns escores de Apgar entre 0 e 6 no primeiro minuto, indicando necessidade de manobras de reanimação, aparentemente quase todas as investidas foram bem sucedidas, visto que no décimo minuto foram observados somente um valor abaixo de 7, sendo que a maioria deles estavam acima destes valores.

5- CONCLUSÃO

Através deste estudo concluímos que o Hospital das Clínicas de Botucatu acompanha as tendências crescentes das cesarianas. Totalizando uma taxa de cesárea de 49,4% no ano de 2010, índice acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, mesmo sendo um hospital de referência para gestação de alto risco.

Foi observada que a maioria das gestantes tinha entre 19 a 36 anos, com porcentagem expressiva de paciente com baixa escolaridade e empregos não remunerados, sendo que a maioria era casada, e conseguiram levar a gestação a termo.

Em relação às patologias obstétricas, estas estavam presentes em 66% dos casos, sendo as doenças hipertensivas as de maior prevalência. Grande parte das cesáreas foi justificada de acordo com as indicações obstétricas (78%), prevalecendo à indicação por iteratividade, ou seja, muitas das pacientes já haviam feito pelo menos uma cesariana anteriormente. Assim, a prevenção de cesárea em primigestas é de total importância, uma vez que haverá maiores chances de uma nova cesárea entre estas mulheres. Sendo 34% das pacientes analisadas primigestas e 27% secundigestas, as condutas para indicação à cesariana poderiam ter sido revistas e quem sabe evitadas em alguns casos, diminuindo cesáreas futuras,

Por se tratar de um hospital escola o treinamento e o investimento médico adequado frente às diversas situações na condução de um parto normal poderiam capacitar melhor os alunos para que estes pudessem colaborar futuramente com a diminuição das cesáreas desnecessárias realizadas atualmente. O uso do partograma e informações durante a assistência ao pré-natal podem orientar condutas mais adequadas no pré-natal e na prática obstétrica, conscientizando as gestantes sobre benefícios do parto normal para mãe e para o bebê, desmistificando a cultura de que o parto cesárea seria a forma mais segura e prática para o desfecho da gestação.

6- REFERÊNCIAS

- 1- Zampieri MFM. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Rev Gaúcha Enferm. 2001; 22(1):140-66.
- 2- Queenan J. Gravidez de alto risco. 2ª ed. São Paulo: Manole;1987.
- 3- Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco. Brasília, DF; 2000.
- 4- Maternidade Segura. [Internet] [acesso 2011 janeiro 12] Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.
- 5- Buzzo M, Graçato T, Cavaglieri A, Leite M. Levantamento do perfil das gestantes de alto risco atendidas em uma maternidade de um hospital geral na cidade de Taubaté-SP. Janus. 2009; 4(6): 87-102.
- 6- Reis SLS. Parto normal x parto cesário: análise de um ano na maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. J Bras Med. 2007; 72(3): 70-5.
- 7- Reis SLS, Penteados CEM, Chatkin MN, Estrela MS, Porto PG, Munaretto MM. Parto normal x Parto cesário: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. Rev AMRIGS. 2009; 53 (1): 7-10.
- 8- Paim AD, Apolinário EC, Zampieri JF, Kluck MM. Taxa de ces ria primária no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rev HCPA. 2008; 28(3):136-41.
- 9- Da Silva LMS, Queiroga MF, Fernandes MC, De Lima LL. Perfil Epidemiológico de Ces rias em Instituição Hospitalar Pública de Quixeramobim, Ceará, Brasil. Rev Enferm UFPE. 2009; 3(1):15-20.
- 10- Barbosa GP, Giffin K, Tuesta AA, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesário: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad Saúde Pública. 2003;19(6):1611-20.

- 11- Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesáreas em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 472-80.
- 12- Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1): 185-94.
- 13- Campana HCR, Peloso SM. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. *Rev Eletrôn Enferm*. 2007; 9(1): 51-63.
- 14- Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):34-40.
- 15- Ministério da Saúde. Ministério da Saúde apoia humanização do parto. [acesso 2011 janeiro 12]. Disponível em: [www_Saude_gov_br - Principal.mht](http://www.Saude.gov.br - Principal.mht).
- 16- Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(2): 427-35.
- 17- Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australia's community. *Birth*. 2004; 31: 117-24.
- 18- Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*. 2003; 30:89-93.
- 19- Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Department of Health and Human Services Center for Disease Control and Prevention. *Natl Vital Stat Rep*. 2003; 51:1-20.
- 20- Belizan JM, Althabe R, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *Br Med J*. 1999; 319 (7222): 1397-400 .
- 21- Zimmermann JB, Rezende DF, Nunes AA, Tourino AG, Almeida FC, Teixeira LMC, et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos das pacientes ginecológicas

- atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(3):160-6 .
- 22- Silveira DS, Santos IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad Saúde Pública 2004; 20(2): 231-41.
- 23- Mariotoni GGB, Barros Filho AA. Frequencia de partos cesáreos na região de Campinas, São Paulo. J Bras Med. 1998; 75(2): 15-6 .
- 24- Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. Diagn e Tratamento. 2009;14(4):133-7.
- 25- Silva RLDT. Cesáreas: freqüência, fatores determinantes e conseqüências maternas e perinatais. Ciênc, Cuid Saúde. 2006; 5 Supl:157-65.
- 26- Zimmermann JB, Gomes CM, Tavares FSP, Peixoto IG, Melo PCU, Rezende DF. Complicações puerperais associadas à via de parto. Rev Med Minas Gerais. 2009; 19(2): 109-16 .
- 27- Duarte G, Figueiro Filho EA, Zola FE, Mauad Filho F. Operação cesariana- breve revisão. Femina. 2003; 31(6): 489-93.
- 28- Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública. 2004; 38(1): 9-15 .
- 29- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília DF; 2002 .
- 30- Secretaria da Saúde. Regionais de Saúde. [Internet]. [acesso 2011 jan 28]. Acesso em: http://www.saude.sp.gov.br/content/estrutura_departamentos_de_saude.mmp
- 31- UNESP. [Internet]. Faculdade de Medicina de Botucatu. Hospital das Clínicas. Assessoria de Comunicação e Imprensa. [acesso 2011 jan 28]. Acesso em: <http://www.hc.fmb.unesp.br/instituicao/apresentacao/>

- 32- UNESP. [Internet]. Faculdade de Medicina de Botucatu. Hospital das Clínicas. Seção de Arquivos e Dados Médicos. [acesso 2011 jan 28]. Disponível em: www.intranethc.fmb.unesp.br/estat/arquivo/rpt
- 33- Falcão MC. Avaliação nutricional dos recém-nascidos. *Pediatria (São Paulo)*. 2000; 22(3): 233-9 .
- 34- Ramos FRS, Monticelle M, Nitschke RG. Projeto acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn/Governo Federal; 2000.
- 35- Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira MM. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(6): 687-91.
- 36- Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF: MS; 2001.
- 37- Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1): 95-102.
- 38- Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil.117^a ed Brasília, DF; 2006.
- 39- Briiggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidência sobre o suporte durante o trabalho de parto: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1316-27.
- 40- Mengue SS, Schenckel EP, Dunan BB, Schimidt ML. Uso de medicamentos por festantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2002; 35: 415-20.
- 41- Gomes KRO, Miron AF, Rebeca SS, Siqueira AF: Prevalência de uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33: 246-54.

- 42- Gomes UA, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol.* 1999; 28: 687-94.
- 43- Barros FC, Vaughan JP, Victora CG. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change en Brazil. *Health Policy Plan.* 1986; 1:19-29.
- 44- Cunha AA, Portela MC, Amed AM, Camano L. Idade materna e cesariana. *Cad de Ginecol Obstet.* 2000; 57: 15-8.
- 45- Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ER. Saúde perinatal: metodologia e características da população estudada. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32: 18-28.
- 46- Batty GD, Alves JG, Correia J, Lawlor DA. Examining life-course influences on chronic disease: the importance of birth cohort studies from low-and middle-income countries. An overview. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1277-86.
- 47- Tita ATN, London MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J med* 2009; 360: 110-20.
- 48- Heffner LJ, Elkin E, Fretts R. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(2): 287-93.
- 49- Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate- a Population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(4): 1091-7.
- 50- Marchiano D, Elkousy M, Stevens E, Peipert J, Macones G. Diet-controlled gestational diabetes mellitus does not influence the success rates for vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190(3): 790-6.

- 51- Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(4): 189-96.
- 52- Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(2): 202-6.
- 53- Vettore MV, Dias M, Domingues RMSM, Leal MC. Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(5): 1021-34.
- 54- Tedesco RP, Parpinelli MA, Amaral E, Surita FGC, Acatti JG. Hipertensão arterial crônica na gestação: consenso e controvérsias. *Rev Ciênc Med (Campinas).* 2004; 13: 161-71.
- 55- Monteiro CA, Benício MHD, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). *Rev Saúde Pública.* 2000; 34(6supl): 26-40.
- 56- Mariotoni GGB, Barros Filho AA. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? *J Pediatr.* 1998; 74(2): 107-13.
- 57- Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1987; 65(5):665-737.
- 58- Villar J, Belizan JM. The timing factor in the pathophysiology of the intrauterine Growth Retardation Syndrome. *Obstet Gynecol Surv.* 37:499-506.
- 59- UNICEF. [Internet] The state of the world's children 2000. [acesso 2011 set 22]. Disponível em <http://www.unicef.org>.
- 60- Ministério da Saúde (BR), [Internet] Sistema de informações de Nascidos Vivos (Sinasc). [acesso 2011 set 22]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/sis/sis02htm.2003>.

- 61- Francotti DL, Ayer GN, Cancelier ACL. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. *Arq Catarin Med.* 2010; 39(3): 63-9.
- 62- Melo WA, Uchimura TT. Perfil e processo da assistência prestada ai recém-nascido de risco no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(2):323-37.
- 63- Luque ALF. Avaliação da atenção ao recém-nascido de risco no município de Botucatu-SP [dissertação]. Botucatu, SP: Universidade Estadual Paulista; 2008.
- 64- Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of newborn infant. *Curr Res Anesth Analg.* 1953;32(6):260-7.
- 65- Schlatter EF. Aprendizagem da avaliação da vitalidade do recém-nascido pelo método de Apgar. *Rev Esc Enferm USP.* 1981;15(3): 267-73.
- 66- American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. The Apgar score. *Pediatrics.* 2006;117(4):1444-7.
- 67- Behrman RE. Tratado de pediatria. 14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994 .

ANEXO 1

Instrumento de coleta de dados

Formulário de Coleta de Dados	
Idade	
Escolaridade	<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> Ensino superior
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Outro
Profissão	
Tabagista	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Usuária de álcool	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Usuária de drogas ilícitas	<input type="checkbox"/> Sim Tipo: <input type="checkbox"/> Não
Medicações em uso	
Antecedentes Obstétricos	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C
Nº de consultas pré-natal	
Idade Gestacional	
Patologias Obstétricas	
Intercorrências Clínicas	
Peso ao nascer	

ANEXO 2

Aprovação do Trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Botucatu, 07 de julho de 2011.

Of. 297/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Sandra Regina Leite Rosa Olbrich
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Sandra,

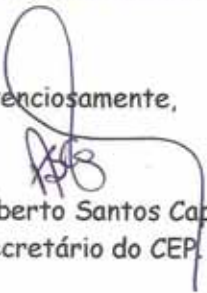
De ordem do Senhor Coordenador, com referência ao Projeto de Pesquisa intitulado "(Protocolo CEP 3848-2011) Perfil epidemiológico de parturientes submetidas à cesariana na Maternidade de um Hospital Escola de Botucatu-SP", conduzido por Ana Paula Amâncio Neves, aprovado em reunião do CEP de 02 de maio de 2.011, foi autorizada mudança de orientação à partir de 12 de julho de 2.011 na seguinte conformidade:

Orientador: Profª Drª Sandra Regina Leite Rosa Olbrich

Co-orientador: Profª Drª Claudia Helena Bronzatto Luppi

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terminologia obrigatória em atendimento à Resolução 196/96 - CNS/MS)

Convido Vsa. a participar do projeto de pesquisa intitulado “Perfil Epidemiológico de parturientes submetidas à cesariana na Maternidade de um Hospital Escola de Botucatu-SP”, que será desenvolvido por mim, Ana Paula Amâncio Neves e orientado pela Profa Dra. Sandra Regina Leite Rosa Olbrich, do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

O estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico de gestantes submetidas à cesárea em uma maternidade de um hospital de referência do município de Botucatu, visando proporcionar assistência humanizada e individualizada.

Para isto, a pesquisadora irá coletar do seu prontuário apenas os dados relevantes ao estudo, utilizando-se de um formulário desenvolvido para esse fim. Será mantido o sigilo em relação à identificação pessoal e sua participação tem caráter voluntário. Após o término da pesquisa, os dados poderão ser apresentados em eventos científicos e posterior publicação em revistas científicas.

Caso seja a vontade do participante da pesquisa, poderá ter esclarecimento de qualquer ponto sempre que quiser, através do contato com as participantes desta pesquisa. Tem a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desta pesquisa em qualquer momento, bem como ter acesso aos resultados da presente pesquisa. Esclareço que a recusa em participar da pesquisa não interferirá no seu atendimento no serviço.

Informações adicionais poderão ser obtidas através do telefone (14) 38116143 – Comitê de Ética.

Este termo de consentimento será formulado em duas vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e a outra fica de posse do pesquisador, para arquivamento.

Após estes esclarecimentos, eu, _____
(RG _____), concordo em participar deste estudo.

(assinatura)

Botucatu, _____ de _____ de 2011.

Pesquisadora: Ana Paula Amâncio Neves
Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Distrito de Rubião Junior, s/n – Botucatu
CEP: 18.618-970
Telefones: (14) 38116004 – 38116070
e-mail: btanapaula@hotmail.com

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina Leite Rosa
Olbrich
Departamento de Enfermagem
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
Distrito de Rubião Junior, s/n – Botucatu
CEP: 18.618-970
Telefones: (14) 38116004 – 38116070
e-mail: olbrich@fmb.unesp.br