



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

CAMILA SANTOS REIS

**AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFEÇÃO PUERPERAL EM CIRURGIA
CESARIANA EM MATERNIDADE TERCIÁRIA**

FORTALEZA
2018

CAMILA SANTOS REIS

AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO PUERPERAL EM CIRURGIA CESARIANA
EM MATERNIDADE TERCIÁRIA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Priscila de Souza Aquino

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R299a Reis, Camila Santos.
Avaliação dos casos de infecção puerperal em cirurgia cesariana em maternidade terciária / Camila Santos Reis. – 2018.
48 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Priscila de Souza Aquino.
Coorientação: Profa. Ma. Keline Soraya Santana Nobre.

1. Período Pós-Parto. 2. Infecção Puerperal. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

CAMILA SANTOS REIS

AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO PUERPERAL EM CIRURGIA CESARIANA
EM MATERNIDADE TERCIÁRIA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem – Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 28/06/2018

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Priscila de Souza Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Régia Christina Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Keline Soraya Santana Nobre
Maternidade Escola Assis Chateaubriand

A Deus.

A minha mãe, Tereza, por tudo.

Ao meu noivo, Guilherme, pelo amor e
parceria na vida e atividade profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, meu sustento diário para viver tudo o que vivi durante estes cinco anos de graduação. Por ter me mostrado o caminho desde o começo, me fazendo ver a maravilha de suas obras todos os dias, guiando e iluminando meus passos.

À minha mãe e melhor amiga, Tereza Cristina, que me apresentou o mundo, logo nos primeiros dias de faculdade, quando tive meus primeiros obstáculos bem diferentes daqueles de colégio, ao qual eu ainda estava acostumada, me fazendo otimista, perseverante e forte. Esteve presente todos os dias, incansavelmente. Foi meu grande apoio da faculdade e continua ao longo da vida, me amando, aconselhando, incentivando e cuidando de mim como sempre fez. Você traduz o real significado do amor na minha vida. Obrigada é pouco para expressar todo o cuidado, atenção e carinho que você tem por mim. Essa graduação é mérito nosso. Muito obrigada, mãe, eu te amo eternamente.

Ao meu noivo e melhor amigo, Guilherme, que, sempre trazendo palavras de conforto, foi minha paz. A distância não nos manteve longe durante esses anos e nosso amor só cresceu. Muito obrigada pela paciência, companheirismo, incentivo, ânimo e apoio que você sempre me proporcionou. E, principalmente, por ser você e estar presente na realização dos meus sonhos, na minha formação, na nossa união e, futuramente, na maternidade dos nossos filhos. Irei para sempre te amar.

À minha amiga, Cícera Maria, por nunca ter desanimado e me deixado faltar. Por todo empenho, paciência, cuidado, carinho e amor a mim concedidos. Por todos os almoços e lanches que me mantiveram em pé durante longos dias de estágios e aulas.

À minha família, que sempre me apoiou e incentivou. Tio Paulo Afonso, que nunca poupou esforços para me ajudar, Tio Ricardo, que da mesma forma, contribuiu para minha formação. Tio Lauro, com seus medos de agulha me fez mais confiante. Tia Luzia, que sempre confiou em mim e meu avô, Lauro, também.

Ao meu primo e futuro sogro, João Roberto Cavalcanti Vieira, que é como um pai e me acolheu com carinho e cuidado, obrigada pelo incentivo, pelas orientações e por tudo. A minha prima querida, Regina Coeli Vieira da Silveira e Silva, que não só foi apoio emocional, mas também contribuiu com sua ampla vivência na área de comunicação e fez o que mais gosta: ensinar.

À minha professora e orientadora, Dra. Priscila de Souza Aquino, obrigada por todos os ensinamentos sobre saúde da mulher, monografia, enfermagem e, principalmente, sobre como ser uma excelente profissional.

A professora Dra. Régia, que aceitou a orientação com grande carinho e foi a grande pensadora do tema.

À Keline Santana, enfermeira do SCIH da MEAC, em especial, que se dispôs com muita atenção, carinho, dedicação e empatia para alavancar o projeto comigo e seu amigo João Paulo, também do SCIH, que desde o começo muito simpático, prestativo e solícito pôde contribuir para a realização da pesquisa.

Ao bibliotecário da UFC, Cássio, que foi muito atencioso com minhas dúvidas e me ensinou muito.

Ao querido professor Dr. Michell Ângelo Marques Araújo, que me permitiu crescimento profissional, pessoal e espiritual durante toda a graduação. Não sei como retribuir ou agradecer todo o verdadeiro carinho demonstrado a mim. Muito obrigada por cada palavra e pela amizade.

A professora Dra. Maira Di Ciero que, desde o começo, foi inspiração para mim como pessoa e como profissional. Muito obrigada por todo o conhecimento aplicado, reconhecimento demonstrado e toda parceria e confiança.

Ao Programa Projeto Rondon na UFC, agradeço por todos os anos como bolsista e como voluntária. Sem dúvidas, o melhor projeto da faculdade, me permitiu amadurecimento, crescimento e aperfeiçoamento na profissão. E, o mais importante, tato, cuidado e amor ao próximo. Humanidade. Aos atuais e ex-rondonistas, assim como a Dra. Gressy Soares, muito obrigada!

À Liga Acadêmica de Diabetes, que representou uma experiência excelente e de muito orgulho para mim e à disciplina de Enfermagem no Processo de Cuidar do Adulto na Atenção Básica, que me proporcionou a oportunidade de ser monitora e desenvolver meu perfil a docência o meu agradecimento de coração. Tenho certeza que participei dos melhores projetos e atividades para conseguir chegar onde estou.

Aos meus amigos da turma e da vida, como Eduardo Mota, Lígia Alves, Deyse Alves, Glaubervania Alves, Fernanda Andrade, Jorgiana Cavalcanti, Marília Alves, Amanda Andrade, Gabrielle Amaral que me acompanharam nessa caminhada, de perto ou de longe, que sempre se fizeram presentes de forma significativa, minha alegria e gratidão, em especial, Dayana Maria de Sousa Tavares e Luana dos Santos Araujo, que foram tão incríveis e verdadeiras, me conhecendo a fundo e não me deixando sozinha nunca.

Agradeço de coração!

“Deleite-se no Senhor, e Ele atenderá aos desejos do seu coração”. (Salmos 37:4)

RESUMO

Puerpério é o período pós-parto considerado crítico e de transição, visto que a mulher se torna suscetível a intercorrências como hemorragias e infecções. A infecção puerperal é qualquer infecção bacteriana do trato genital feminino no pós-parto recente. Pode acontecer no parto vaginal e cirurgia cesariana, no entanto, esse é o principal fator de risco para infecção puerperal e suas complicações. O objetivo desta pesquisa é avaliar prontuários de mulheres com infecção puerperal após cirurgia cesariana hospitalizadas em maternidade. Trata-se de estudo retrospectivo e documental, desenvolvido mediante análise dos prontuários das pacientes e fichas de notificação de infecção pós-cesariana do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de março a maio de 2018, com amostra de 17 prontuários. Foi utilizado formulário contendo variáveis sobre dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos relacionados à incidência de infecção puerperal, fatores de risco e indicação de cesariana. Os dados foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel[®] versão 2016. Foram realizados 4.853 partos em 2017, sendo 2.812 (57,9%) cirurgias cesarianas e notificados 17 (0,6%) casos de infecção puerperal pós-cesárea. A maioria das mulheres era parda, com idade entre 18 e 24 anos, proveniente da capital, acometida por infecções do trato urinário. Todas realizaram pré-natal, com gestação única, a termo e tempo de cirurgia cesariana prolongado. A principal indicação de cesárea foi a pré-eclâmpsia grave. A infecção puerperal incisional superficial foi mais frequente e o fator de risco mais comum entre as mulheres foi cesariana de emergência. Pode-se concluir que a assistência de qualidade desde o período pré-natal até os cuidados com a ferida operatória é de grande importância para a prevenção de infecção puerperal, no entanto, outras medidas, como melhor indicação de cesárea, otimização do tempo cirúrgico e vigilância precoce podem ser fundamentais.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Infecção Puerperal; Enfermagem.

ABSTRACT

Puerperium is the postpartum period of time considered critical and of transition, because woman becomes susceptible to diseases like blood hemorrhage and infections. Puerperal infection is any bacterial infection of the genital tract in recent postpartum period. It may occur as a result of natural childbirth or cesarean surgery, however, cesarean is the principal risk factor for developing and increasing of this infection. This study aims to evaluate medical records of women with puerperal infection after cesarean surgery hospitalized in maternities. It's a documental, retrospective study developed through medical handbook and post-cesarean infection notification sheets analyses from "Hospital Infection Control Service of 'Escola Assis Chateaubriand' Maternity Hospital", in the period from march to may 2018, with a sample of 17 medical records. A form was used to collect socio-demographic, clinic, and obstetric data related to puerperal infection, cesarean surgery indication, and risk factors incidence. The data was inserted in a Microsoft Excel® version 2016 datasheet. 4.853 childbirths were made in 2017, within 2.812 (57,9%) cesarean surgery and 17 (0,6%) cases of puerperal infection. Most of the women were brown, with ages between 18 and 24 years, from the capital, affected by urinary tract infection. All of them underwent prenatal care, with single gestation, full term, and extended cesarean surgery. The main indication for cesarean was severe preeclampsia. Superficial incisional puerperal infection was the more frequent and emergency cesarean surgery was the most common risk factor among women. It can be concluded that good quality assistance since prenatal period, until cares with surgery wound is of great importance to prevent puerperal infection, however, others measures, such as better indication of cesarean surgery, surgery time optimization, and early surveillance can be critical.

Keywords: Postpartum Period; Puerperal Infection; Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de incidência de infecções puerperais pós-cesárea mensais, 2017.	29
Gráfico 2 – Indicações de cirurgia cesariana em gestantes acometidas por infecção puerperal, 2017.	35
Gráfico 3 – Classificação das infecções de sítio cirúrgico apresentadas pelas puérperas, 2017.	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos observados na população de gestantes submetidas ao parto cesariana, 2017.	30
Tabela 2 – Distribuição dos dados obstétricos observados na população de gestantes submetidas ao parto cesariana, 2017.	32
Tabela 3 – Características clínicas apresentadas pelas gestantes, 2017.	34
Tabela 4 – Descrição dos fatores de risco para infecção puerperal apresentados pelas puérperas, 2017.	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FORMSUS	Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais de IRAS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSV	Vírus Herpes Simples
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ISC-IP	Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Profunda
ISC-IS	Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial
ISC-OC	Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional de Órgãos/Cavidades
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
RN	Recém-Nascido
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo nas Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 PARTO CESÁREA: A DIMENSÃO DO PROBLEMA	17
3.2 INFECÇÃO PUERPERAL: DEFINIÇÃO E FATORES ASSOCIADOS	19
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 COLETA DE DADOS	25
4.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA	25
4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
7 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	44
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ EM 22/03/2018, SOB PARECER N° 2.556.961 ECAAE N° 85197618.1.0000.5050	47

1 INTRODUÇÃO

Puerpério, conhecido também como pós-parto, corresponde à fase na qual ocorrem todas as manifestações involutivas e de recuperação materna após o nascimento do bebê (REZENDE, 2014). A consolidação do processo de maternidade ocorre nesse período, proporcionando significados e momentos diferenciados para cada mulher e sua família. É considerado um período crítico e de transição, logo a mulher fica suscetível a algumas intercorrências, tais como hemorragias, agravos em decorrência da lactação, depressão e infecções puerperais, por exemplo (LIMA et al., 2014).

A via de parto, vaginal ou cesárea, pode determinar o andamento desse processo, assim como definir os critérios diagnósticos de Infecção Puerperal para constituir a vigilância epidemiológica das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

As IRAS há muito representam um desafio para a saúde pública brasileira, devido à alta morbimortalidade, aumento do tempo e dos custos de internação, diminuição da rotatividade dos leitos e grande repercussão no paciente, família e profissional de saúde. De acordo com os dados do DataSUS, entre os anos de 2012 e 2015, houve aumento no número de partos cesárea em todo o nordeste brasileiro e de quase 7% no estado do Ceará (BRASIL, 2017).

No contexto da saúde no Brasil, a indicação da cesárea tem aumentado em níveis injustificáveis, com repercussões negativas na saúde da mulher. As quatro indicações de cesarianas mais comuns são: cesariana prévia, distócia ou falha de progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica e condição fetal não tranquilizadora (MOREIRA et al., 2013). Na saúde suplementar, é possível verificar que 88% dos partos são por cirurgia cesariana e isso pode ser visto, principalmente, em populações economicamente privilegiadas, ao buscar redução da sensação de dor, interesse pelo procedimento de laqueadura, conforto e interesses médicos, por exemplo (ROMAGNOLO, 2018).

Quanto à avaliação geral dos dados nacionais publicados pela Pesquisa Nascer no Brasil do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, a taxa de cirurgias cesáreas nos serviços públicos chega a 46%, nos dias atuais. Houve uma tendência de estabilização e o Brasil pontuou queda de 1,5 pontos percentual em 2015 no número de partos cesárea (BRASIL, 2018). Esse processo pode ser obtido como resultado de uma série de estratégias, como a implementação da Rede Cegonha – iniciativa do governo federal para garantir o atendimento de qualidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de todas as mulheres –,

qualificação das maternidades de alto risco, maior presença de enfermeiras obstétricas, entre outros (BRASIL, 2017).

Diante desta realidade, infecções de sítio cirúrgico (ISC) caracterizam complicações pós-operatórias comuns, refletindo em indicadores de morbimortalidade, no tempo de hospitalização e nos custos (ROMANELLI et al., 2012), além de provocar impacto na mulher e sociedade (LIMA et al., 2014).

Assim, a infecção puerperal se torna um desafio. Segundo informações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o índice mundial de infecção puerperal oscila entre 3 e 20%, com valores médios de 9% e o Brasil detém a infecção puerperal como terceira causa de morte materna, apresentando dados isolados em alguns estados. Desta forma, constitui importante problema de saúde pública no país exigindo medidas de prevenção e controle destes eventos nos serviços de saúde.

De acordo com o boletim epidemiológico de mortalidade materna, infantil e fetal do estado do Ceará, entre os anos de 2011 a 2014 houve aumento de 100% nos óbitos maternos decorrentes de infecção puerperal e entre os anos de 2015 e 2016 não houve nenhum óbito registrado com essa causa.

A visualização do perfil das mulheres acometidas, no que diz respeito aos seus dados sociodemográficos, clínicos, obstétricos e seus fatores de risco para a infecção puerperal, torna-se valiosa, a fim de auxiliar os profissionais de saúde na identificação precoce das mulheres de risco, direcionando ações para prevenir esse agravo.

O conhecimento dos fatores de risco é fundamental para sua identificação e prevenção. Alguns apresentados na literatura de Silva Filho et al. (2010) são ruptura prematura de membranas (RPM), pois é constatado o aumento das chances de infecções; trabalho de parto prolongado que, assim como na RPM, o maior tempo pode acarretar em riscos de infecção; excesso de manipulação vaginal, já que o exame de toque deve ser feito com rigorosidade de horário. Além disso, a quantidade de profissionais na assistência de uma gestante, pode influenciar na exposição excessiva durante os toques, principalmente em hospitais universitários. Por isso, o exame e a avaliação fetal devem ser indicados com cuidado.

Já Silva Filho et al. (2010) afirmam que em caso de corioamnionite, o risco de infecção do tecido subcutâneo e cavidade aumenta em até 10 vezes. A desnutrição também pode gerar aumento na incidência de infecções e deiscências, pode ser causada pela carência nutricional e o zinco e as vitaminas A e C podem estar associadas a algumas deiscências de suturas apresentadas. Além disso, a circulação tecidual ineficaz tende ao acúmulo de seroma e

hematomas, tornando a obesidade um importante fator de risco, assim como a presença de diabetes mellitus, pois a doença pode ser responsável por multiplicar em cinco vezes a chance de infecção. Em contrapartida, esse risco é menor quando se obtém glicemia inferior a 200mg/dL nas primeiras 24 horas. Segundo a Anvisa (2017), a cirurgia prolongada é um fator de risco pois o tempo estimado da cirurgia cesariana é de 56 minutos, ultrapassando esse período, o risco de infecção aumenta. Antibioticoprofilaxia não realizada pode ser responsável por 60 a 70% das endometrites e por 30 a 65% das infecções operatórias, quando não realizada no perioperatório (SILVA FILHO et al.,2010).

Os profissionais da enfermagem que atuam na área de saúde reprodutiva devem estar atentos aos riscos para o desenvolvimento das infecções puerperais associados ao sítio cirúrgico, tendo em vista a problemática ser evitável, e as complicações decorrentes de sua ocorrência. O papel do enfermeiro é fundamental para a vigilância desde a identificação de fatores de risco até o seu adequado tratamento.

Ao considerar que os fatores de risco para a infecção têm inúmeras e diferentes origens, a sua busca através da pesquisa é de grande relevância diante da dimensão do problema em âmbito nacional, sendo caracterizada como a terceira causa de morte materna e para uma maternidade escola, que é instituição de ensino de referência no estado. Dessa forma, estratégias para prevenir e minimizar as ocorrências podem ser desenvolvidas e aplicadas com mais empenho através da visualização de resultados.

Ademais, busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o descritor Infecção Puerperal mostrou apenas 2.801 artigos relacionados e quando acrescido o descritor Enfermagem na pesquisa, esse número se reduziu a 53 artigos. Ou seja, assim como é encontrado também na literatura, poucas pesquisas sobre a temática ainda são realizadas, enaltecendo a importância do enfermeiro em buscar, conhecer e avaliar esse agravo, produzindo material de estudo para ampliar o acesso ao conhecimento sobre a saúde da mulher dentro desse contexto (LIMA, 2014).

Assim, esta pesquisa busca responder qual o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico associado a fatores de risco existentes, verificando também as indicações de cesáreas. Dessa forma, espera-se que o estudo possa contribuir para melhoria da qualidade da assistência de enfermagem à mulher no pós-cirurgia cesariana e do cuidado multiprofissional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar prontuários de mulheres com infecção puerperal após cirurgia cesariana hospitalizadas em maternidade.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar a taxa de incidência de infecção puerperal em mulheres após cirurgia cesariana;

Caracterizar o perfil sociodemográfico, obstétrico e clínico das mulheres acometidas por infecção puerperal após cirurgia cesariana;

Verificar as indicações de cesáreas, tipos de infecção puerperal e fatores de risco nas mulheres acometidas com infecção puerperal após cirurgia cesariana.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PARTO CESÁREA: A DIMENSÃO DO PROBLEMA

A gestação e o parto representam um momento singular na vida da mulher e estão sujeitos a influências culturais, sociais e emocionais. Apesar de ser um processo predominantemente fisiológico, a ocorrência de técnicas invasivas e intervencionistas são cada vez mais utilizadas, entre elas, a cirurgia cesariana. Essa via de parto tem definição utilizada por Cruz et al. (2013) como o nascimento do feto mediante incisão cirúrgica na parede abdominal e uterina.

Inicialmente, a cirurgia cesariana era realizada apenas em casos de morte materna com a finalidade de salvar a vida do bebê. Com a prática e os estudos desenvolvidos sobre o procedimento na época, seu uso pode ser ampliado também para as gestações de alto risco (ROMAGNOLO, 2018).

Segundo Cruz et al. (2013), a cirurgia cesariana tem papel fundamental na obstetrícia moderna quando indicada adequadamente, sendo fator de redução da morbimortalidade perinatal e materna, sabendo-se que, quando comparada ao parto vaginal, essa redução não acontece, haja vista que as complicações decorrentes de cesáreas são maiores que no parto vaginal.

As taxas de cesariana aumentaram significativamente nas últimas décadas. No ano de 2008, 6,2 milhões de cesáreas desnecessárias foram realizadas no mundo e dessas, China e Brasil representaram quase 50% do total de cesarianas sem indicação (MASCARELLO, 2017).

Atualmente, os principais resultados da Pesquisa Nascido no Brasil (2014) revelam taxa de 52% de cirurgias cesarianas realizadas. Diante dessa realidade, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou um alerta emitido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sobre esse elevado número de cesáreas no país, colocando o Brasil em segundo lugar no mundo em percentual deste tipo de parto, alcançando a taxa de 57% até 2017 (ONUBR, 2017).

Para a Organização Mundial de Saúde (2015), exceder em 15% as cirurgias cesarianas em qualquer região do mundo é injustificável e o procedimento é uma intervenção efetiva quando indicada por motivos médicos.

O excesso de cirurgias cesarianas, principalmente, aquelas sem indicação clínica é reforçado por aspectos sociais e culturais, preferências e interesses médicos que tiram o protagonismo e autonomia da mulher frente ao seu corpo e sua gestação, que pode se acentuar

por falta de conhecimento do casal e família, em alguns casos.

Tendo em vista os números alarmantes, em março de 2016, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.144 resolveu no artigo 2º garantir que, somente a partir da 39ª semana de gestação de risco habitual, a cesariana a pedido da gestante será permitida, devendo haver registro em prontuário (BRASÍLIA, 2016).

Foi aprovada, também em 2016, a Portaria nº 306, que provê recomendações sobre as indicações de cesáreas dentro das áreas de Cuidado Centrado na Mulher, fornecendo informações sobre algumas evidências consideradas, de fato, causas de cirurgia cesariana, entre elas gestação múltipla, nascimento pré-termo, feto pequeno para a idade gestacional, placenta prévia, acretismo placentário e infecção pelo vírus Herpes simples (HSV) assistência à mulher com operação cesariana prévia, por exemplo, cada uma dessas obtendo de baixa a alta qualidade de evidências para guiar a realização da cirurgia. Nesse mesmo documento, é recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária (BRASIL, 2016).

Costa et al. (2015) mencionam em seu estudo que a escolha do parto pela gestante não condiz com o parto realizado ao fim da gestação e que mesmo com o crescente número de cirurgias cesarianas, o parto vaginal ainda é preferência. O autor aponta também que as gestantes que escolheram o parto cesárea, o fizeram devido a orientações inadequadas durante o período gestacional.

É sabido que o parto vaginal, quando incentivado, proporciona maiores benefícios para a mãe e o recém-nascido (RN), pois reduz os riscos de efeito colateral com uso de drogas, proporciona melhor adaptação e recuperação mais rápida no puerpério, evita incisões cirúrgicas e dores, não tem custos quando financiado integralmente pelo SUS, acarreta menor risco de doenças respiratórias e de broncoaspiração no RN, apresenta melhores índices de vitalidade fetal e início precoce da amamentação, favorecendo também a formação do vínculo (COREN-SP, 2010).

Em contrapartida, os riscos aos quais mãe e feto se expõem ao se optar ou terem indicação para cirurgia cesariana são imediatos e a longo prazo (OMS, 2015), incluindo o adiamento da amamentação e do vínculo, a prolongação do tempo de recuperação e a ocorrência de possíveis agravos em gestações posteriores, além de provocar desfechos de complicações puerperais graves, como hemorragias e transfusões de sangue, internação em unidades de terapia intensiva, histerectomia, infecções e morte (MASCARELLO, 2017).

Silva Filho et al. (2010) afirmam que o puerpério cirúrgico provoca complicações emocionais e econômicas de relevância na obstetrícia e é um desafio frente a fatores como

flutuações hormonais, chegada do RN e recuperação do processo cirúrgico.

Diante das inúmeras complicações ao binômio mãe-filho, as infecções puerperais relacionadas as cirurgias cesarianas são significativamente maiores do que as relacionadas aos partos normais, segundo Benincasa et al. (2012). De acordo com ANVISA (2017), dados expostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam 4,35 vezes mais chances de desenvolvimento de infecção puerperal, e a mortalidade materna após a cirurgia cesariana é três vezes maior que o parto vaginal ou abortamento.

Em um dos estudos apresentados por Lima et al. (2014), após uma pesquisa caso-controle sobre os fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico, conclui-se que 5% de 1.605 incisões para cesáreas foram infectadas. O autor refere também que, na ausência de profilaxia antibiótica, os índices de endometrite são cerca de 30% pós-cesárea de urgência e de 7% após cesárea eletiva.

Em virtude dos fatos mencionados, faz-se necessário que os esforços devam ser concentrados em garantir que as cirurgias cesarianas sejam realizadas apenas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica desse procedimento. Muitas pesquisas na área podem evidenciar o parto abdominal como principal fator de risco sobre os indicadores de mortalidade, bem-estar social ou psicológico, por exemplo, mas ainda não está claro quais os efeitos dele sobre outros desfechos (OMS, 2015).

3.2 INFECÇÃO PUERPERAL: DEFINIÇÃO E FATORES ASSOCIADOS

No puerpério ocorre o total restabelecimento do organismo da mulher. Esse período que, geralmente, dura seis semanas, é dividido em pós-parto imediato – do 1º ao 10º dia; pós-parto tardio – 10º ao 45º dia e o pós-parto remoto – a partir do 45º dia (REZENDE, 2014). As mudanças de ordem orgânica, anatômica e fisiológica se relacionam também com questões psicossociais relacionadas à maternidade.

Quanto à infecção puerperal, consiste como qualquer infecção do trato genital ocorrida durante o puerpério (ANVISA, 2017). É descrita na literatura, em um contexto geral, para tratar de processos infecciosos no pós-parto, não só por origem genital como relacionadas ao útero, anexos e ferida operatória, mas também por origens extragenitais, no caso das mastites, tromboflebite, complicações respiratórias e infecções urinárias (ARAÚJO, 2012 apud. LIMA, 2014).

O quadro clínico apresentado é, dentre outras manifestações, febre puerperal, consistindo em temperatura axilar maior ou igual a 38º C após 24 horas após o parto por pelo menos 2 dias nos primeiros 10 dias (KARSNITZ, 2013). De acordo com a ANVISA (2017),

pode ter origem polimicrobiana na qual os agentes etiopatogênicos são microorganismos de hábito anaeróbio e aeróbio da flora dos tratos geniturinário e intestinal.

Vale lembrar da apojadura ou “descida do leite” que representa o período entre 48 a 72 horas pós-parto em que há início da produção de leite e que pode ser causa de aumento da temperatura axilar (36,8°C a 37,9°C) nas primeiras 24 horas sem que haja, necessariamente, alguma infecção, haja vista que as mamas aumentam de tamanho e temperatura, tornando-se dolorosas por três ou quatro dias. Nesses casos, recomenda-se verificar a temperatura oral da puérpera e considerar como febre a temperatura maior ou igual a 38°C (ANVISA, 2017).

Dentro da ginecologia e obstetrícia, as infecções puerperais, que envolvem infecção de sítio cirúrgico e endometrites, por exemplo, são as principais causas de morbidade materna e aumento do tempo de internação da puérpera (CAVALCANTE, 2015).

No Brasil, a infecção puerperal possui índices que variam em torno de 1 a 7,2%, segundo Cruz et al. (2013). Quando essas infecções pós-parto não levam a morte, podem gerar complicações, como a doença inflamatória pélvica (DIP) e a infertilidade. Ademais, em torno de 10% das mortes maternas no mundo são decorrentes da sepse, sendo considerada a terceira causa direta de mortalidade nesta população, superada apenas pelas complicações hemorrágicas e hipertensivas, respectivamente. Estima-se que a infecção puerperal é responsável por pelo menos 75.000 mortes maternas durante o ano, em países de baixa renda per-capita, principalmente (ANVISA, 2017).

Existem vários tipos de infecções puerperais, e dessas infecções propõe-se atentar para o caso específico de infecção operatória, em virtude desta apresentar-se crescente quantitativamente, mesmo existindo técnicas avançadas de esterilização e higienização (NEME, 2005).

A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) ocorre em até 30 dias após a realização do procedimento e pode se classificar nos seguintes Critérios Diagnósticos: Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS); Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Profunda (ISC-IP); Infecção de Órgão ou Cavidade (ISC-OC) (ANVISA, 2017). A publicação sobre Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cesariana da ANVISA (2017) discorre sobre a segurança do paciente e a qualidade dos serviços prestados na assistência, definindo critérios importantes para a adequada vigilância epidemiológica das infecções relacionadas a ambas as vias de parto. O manual deve ser facilmente consultado pelos profissionais para que se possa adotar um padrão no que diz respeito às IRAS, havendo a necessidade de avaliação de pelo menos três critérios: número de

dias do ato cirúrgico, profundidade corporal acometida e sinais e/ou sintomas associados à realização de culturas.

A identificação dessas infecções deve ser tão importante quanto a atuação na implementação de medidas de prevenção pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar, considerando, prioritariamente, a alta morbimortalidade e que essas infecções podem e devem ser classificadas ainda no diagnóstico de acordo com a ANVISA (2017), facilitando o controle, manejo e pesquisa da patologia, além de garantir à instituição a redução nos custos com internações prolongadas.

A infecção da parede abdominal pertence ao rol das infecções nosocomiais e ocorre em 3 a 16% das operações cesarianas. A incidência de infecção em ferida operatória após cesariana é de 3 a 15% (NEME, 2005).

De acordo com Romanelli et al. (2014), há ocorrência de ISC em cerca de 5 a 10% das pacientes submetidas à cesariana. As infecções puerperais acontecem independentemente do tipo de parto a que a mulher foi submetida. Entretanto, a cesariana é o principal fator de risco para o desenvolvimento e elevação desse agravo.

Para a Portaria nº 2.616/98, “Infecção hospitalar é definida como aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”. As taxas de ISC representam a segunda maior causa de infecção hospitalar (PETTER et al., 2013) e são consideradas indicadores que correspondem à qualidade do serviço assistencial e cuidado pós-operatório fornecido pelos hospitais (ROMANELLI et al., 2012), mensurando quantitativamente o desempenho da gestão e construindo uma vigilância importante para seu controle (BENINCASA et al., 2012).

O termo “infecção hospitalar” está sendo gradativamente substituído por Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), na qual envolve complicações de cirurgias como as infecções de incisões e cavidades. De todas as infecções em cirurgia, 24% são IRAS e dessas aproximadamente 8% são notificadas em cesáreas (CARVALHO; SOUZA; MEDEIROS, 2014).

De acordo com Cavalcante et al. (2015), as IRAS caracterizam-se por toda e qualquer infecção adquirida pelo usuário do serviço de saúde durante sua permanência no hospital e se manifesta durante sua internação ou após a alta hospitalar num período pré-estabelecido de 72 horas. Essa infecção pode ser diagnosticada quando o paciente está mais vulnerável através do perfil imunológico prévio, exposição ampla a microorganismos

patogênicos, imunossupressão, antibioticoterapia potente e de largo espectro e falhas no manejo de prevenção e controle de infecções (CAVALCANTE, 2013).

Segundo Romanelli et al. (2012), um curto período de internação hospitalar (mediana de quatro dias) aliado a ausência de vigilância após a alta das pacientes obstétricas pode ser a causa da subestimação da taxa de infecção pós-operatória. A literatura refere que nos primeiros 15 dias após realização do procedimento, mais de 80% dos casos de infecção são descritos.

Alguns dos fatores de riscos para ISC pós-cesárea se caracterizam por trabalho de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, demasiada manipulação vaginal, excesso de mecônio no líquido amniótico, extração manual da placenta, parto prematuro (PETTER et al., 2013), traumas cirúrgicos, desnutrição e obesidade, debilidade imunológica, retenção ovular (BENINCASA, et al., 2012), idades extremas, duração da cirurgia, perda sanguínea e experiência do cirurgião (ROMANELLI et al., 2014), além de comorbidades, como doença pelo HIV, anemia severa e diabetes gestacional, por exemplo, destacando também que a correta realização de profilaxia antimicrobiana antes do parto cesárea pode diminuir o risco de endometrite e ISC incisional em 40 e 30%, respectivamente (PETTER et al., 2013).

O número de toques vaginais também é um importante fator de risco mencionado por autores como Karsnitz (2013) e Romanelli et al. (2014), que referem em seus estudos que o número médio de toques realizados foi 3,79 significativamente maior em relação às pacientes sem ISC e, em estudo mais recente, o excesso de manipulação vaginal é citado também por Santos et al. (2017). Esse fator pode ser subnotificado devido à grande quantidade de profissionais, residentes, internos e acadêmicos presentes no hospital escola. A publicação da ANVISA (2017) propõe realizar procedimentos invasivos somente quando houver indicação e com produtos para a saúde devidamente esterilizados e realizar o menor número possível de toques vaginais.

O manual da ANVISA (2017), Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana, menciona oito fatores de risco, sendo eles: infecções maternas, destacando as do trato urinário; comorbidades maternas incluindo anemia, diabetes, obesidade e imunossupressão; condições sociais desfavoráveis atentando para higiene prejudicada, alimentação inadequada e falta de acesso a serviços de saúde; ausência ou baixa qualidade de assistência pré-natal; presença de agentes etiológicos associados à ocorrência de complicações, infecção cervico-vaginal por *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*; vaginoses bacterianas e infecções sexualmente transmissíveis.

Para Romanelli et al. (2014) no atual contexto da assistência à saúde e para as diretrizes para segurança do paciente, o estudo das taxas de ISC e seus fatores de risco são fundamentais para vigilância, prevenindo e reduzindo a morbimortalidade, assim como intervindo no custo em que elas implicam.

Dessa forma, entende-se que o trabalho multiprofissional atue de forma incisiva e direta na prevenção e promoção da saúde dentro do contexto da cirurgia cesariana, a fim de buscar resultados positivos dentro do binômio mãe e filho, assim como na família e comunidade. O papel do enfermeiro é identificar, precocemente, os fatores de risco e promover o cuidado direto por meio de técnicas assépticas na realização dos curativos da ferida operatória e indireto, fornecendo orientações sobre o cuidado no domicílio, promovendo também a vigilância com a atenção aos sinais e sintomas que possam surgir.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo e documental. Para Vieira e Hossne (2001) o estudo retrospectivo é um tipo de estudo observacional que avalia o indivíduo do efeito para a causa. É baseado em dados e informações já coletados em períodos passados. A pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos; tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), instituição terciária de referência no estado do Ceará, pertencente ao complexo hospitalar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Universidade Federal do Ceará (UFC), situada na Regional III do município de Fortaleza. Presta serviços assistenciais ambulatoriais e de internação em Obstetrícia, Ginecologia, Pré-Natal de Alto Risco, Banco de leite e Planejamento Familiar, às mulheres e binômio mãe-filho, gratuitamente. Realizou 2.812 cirurgias cesarianas, em 2017, com média de 234,3 por mês, representando 58,2% de todos os partos realizados (MEAC, 2017).

Possui como missão a realização de assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido. Maternidade com visão de ser instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área de saúde da mulher e perinatal, com profissionais capacitados e cenários de práticas adequados. Tem como valores o compromisso com a vida, o acolhimento das pessoas, a formação para o cuidado em saúde, a realização de pesquisas de excelência e a governança corporativa.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída por mulheres com diagnóstico de infecção puerperal em cirurgia cesariana através da análise dos prontuários da referida maternidade. Foram incluídas todas as puérperas com diagnóstico de infecção puerperal em cirurgia cesariana diagnosticadas intra-hospitalar no período de 01/01/2017 a 31/12/2017.

A amostra totalizou 17 prontuários, referentes a todos os casos de infecção puerperal pós-cesárea notificados em 2017.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada no período de março a maio de 2018. A captação dos prontuários das puérperas foi realizada através de consulta aos registros de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cesariana, notificados à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), da MEAC, por meio do preenchimento eletrônico do **Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais de IRAS - Infecção de Sítio Cirúrgico - 2018 - Ceará** (FORMSUS).

Os dados foram coletados através do preenchimento do instrumento de pesquisa, caracterizado como formulário estruturado, mediante consulta aos prontuários das mulheres com infecção puerperal em cirurgia cesariana.

4.5 INSTRUMENTO DA PESQUISA

Foi aplicado o instrumento de coleta de dados construído a partir do conhecimento básico de variáveis necessárias para esse tipo de pesquisa, composto por perguntas sobre o perfil sociodemográfico, dados clínicos e obstétricos e fatores de risco das puérperas. Quanto ao perfil sociodemográfico, foram coletados naturalidade, idade, procedência, escolaridade, renda e raça. Sobre os dados clínicos, as comorbidades como diabetes, infecções sexualmente transmissíveis, chikungunya e infecção de trato urinário. Os dados obstétricos versavam sobre o tipo de gravidez e cesárea, realização de pré-natal, idade gestacional no momento do parto, doença hipertensiva específica da gestação, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sangramento transvaginal, ruptura prematura de membranas, má formação e tempo de cirurgia cesariana. Os fatores de risco contemplados no instrumento foram aqueles mencionados na literatura, como tempo de exposição cirúrgica, realização de cesárea após início do trabalho de parto, ruptura prematura de membranas, trabalho de parto prolongado, mecônio no líquido amniótico, parto prematuro, desnutrição ou obesidade, diabetes mellitus, cesariana de emergência, traumas cirúrgicos, extremos de idade, lesão acidental em órgão.

O padrão de tempo cirúrgico de 56 minutos utilizado para classificação no instrumento foi referente à literatura encontrada e utilizada no manual de Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana da ANVISA 2017.

Os resultados sobre o tempo de cirurgia foram analisados após coleta dos dados de início e fim do procedimento anotados na ficha de registro anestésico, na ficha de cirurgia ou até nas evoluções de saída da enfermaria e de chegada na Sala de Recuperação Pós Anestésica.

4.6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha do programa Microsoft Excel[®], versão 2016. Foi realizada análise descritiva dos dados utilizando as medidas de tendência central (média) com valores mínimos e máximos, frequências absolutas e relativas. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi aprovado sob parecer N° 2.556.961 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 85197618.1.0000.5050 (ANEXO A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC/UFC, respeitando os aspectos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa realizada permitiu quantificar e avaliar os casos notificados de infecção puerperal pós-cesárea na Maternidade Escola Assis Chateaubriand em Fortaleza no Ceará. Conforme a produção assistencial anual da MEAC, de um total de 4.853 partos registrados na maternidade no ano de 2017, 2.812 (57,9%) foram cirurgias cesarianas, em média, 234,3 ao mês. Houve notificação de 17 casos de infecção puerperal pós-cesárea durante o ano. No presente estudo, a porcentagem de partos abdominais registrados foi mais que o triplo do recomendado pela OMS (2015). A mesma literatura conclui também que, em nível populacional, taxas de cirurgia cesariana maiores que 10% não estão associadas com a redução de mortalidade materna e neonatal. Nesse caso, é importante considerar que a instituição onde a pesquisa foi realizada é um serviço terciário da rede de saúde, admitindo gestações de alto risco, logo, pode justificar as taxas elevadas em função das indicações clínicas e/ou obstétricas da gestante.

Deve se considerar também que o estado do Ceará concentra, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2017, 9.020.460 de pessoas. A divisão populacional e regional pode ser por macrorregiões de saúde do estado que convergem para os polos terciários de Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri, de acordo com informações do Governo do Estado do Ceará. A Macrorregião de Fortaleza é composta pelos municípios de Aquiraz, Euzébio, Fortaleza e Itaitinga, totalizando cobertura de 2.715.151 habitantes (CEARÁ, 2010). Em Fortaleza, as maternidades que compõem a atenção terciária são a MEAC, Hospital Geral de Fortaleza e o Hospital Geral Dr. César Cals. Portanto, a demanda elevada da população local e adjacente para assistência de alta complexidade nas gestações de alto risco pode justificar um alto número de cirurgias cesáreas nessas três maternidades, como visto na instituição de realização desta pesquisa.

De acordo com ANVISA (2017), a taxa de incidência de infecção puerperal é calculada por procedimento, a fim de notificar e divulgar os dados aos profissionais de saúde da instituição. Dessa forma, a taxa de incidência a ser calculada é obtida através da razão entre o número de infecções pós-cesárea e o número de cirurgias cesarianas realizadas no período, multiplicado por 100. Nesse sentido, a taxa de incidência de infecção puerperal pós-parto cesárea na instituição foi de 0,6%. O gráfico 1 apresenta a taxa de incidência de infecções puerperais ocorridas na instituição no período de janeiro a dezembro de 2017.

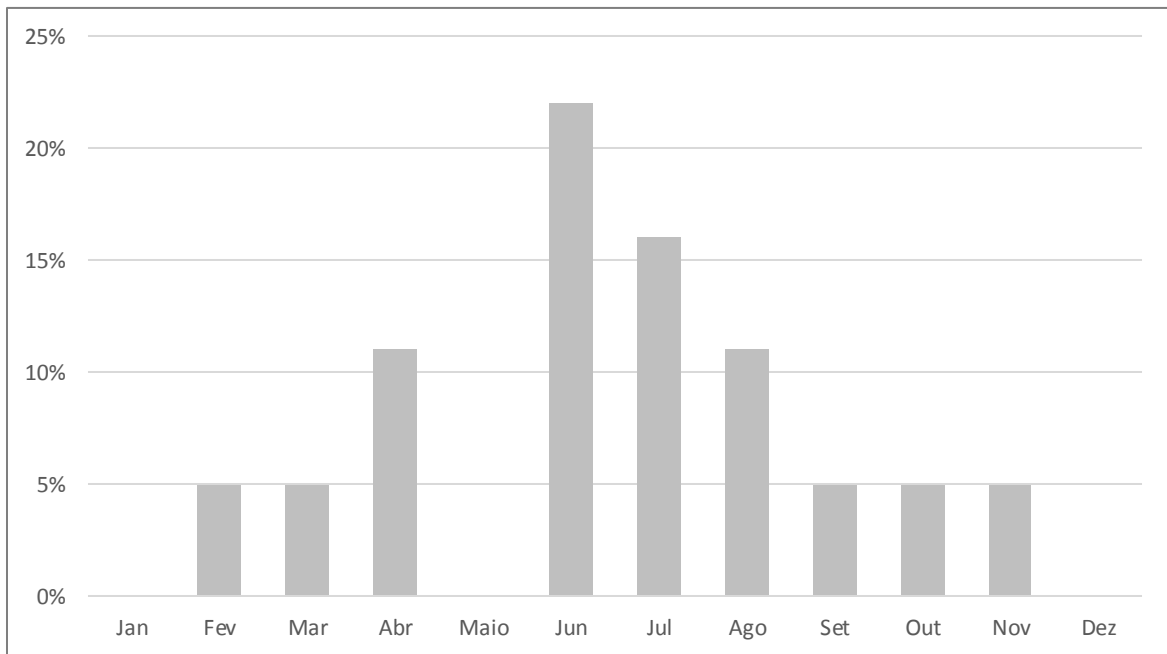


Gráfico 1 – Taxa de incidência de infecções puerperais pós-cesárea, 2017.

Fonte: MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Universidade Federal do Ceará. **Produção Assistencial**: 2017. Fortaleza: EBSEH, 2017.

O gráfico 1 mostra que no mês de junho de 2017 a incidência foi a mais elevada. Segundo a produção assistencial do mesmo ano da maternidade, o mês realizou o terceiro maior número de cirurgias cesáreas (255), sendo superado apenas pelos meses de julho e abril. Os meses de janeiro, maio e dezembro não revelaram casos de infecção puerperal. O início da redução da incidência começou em julho e manteve queda aproximada nos meses seguintes, estabilizando a partir de setembro. No entanto, o mês de maio está entre os meses de elevação da incidência e não registrou nenhum caso, mesmo contabilizando um número de cirurgias cesariana semelhante ao mês de junho (251).

Pode-se sugerir com esses resultados que, no mês de maio, a identificação da infecção puerperal não foi precoce e o diagnóstico pode não ter sido realizado ainda no contexto intra-hospitalar, e sim, através do serviço de busca fonada, por exemplo, um dos serviços de vigilância utilizados pela maternidade para buscar casos de infecção após alta.

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas analisadas no número total de prontuários pesquisados (17).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos observados na população de gestantes submetidas ao parto cesariana, 2017.

Variáveis Sociodemográficas (n=17)	n	%
Idade		
18 a 24 anos	9	52,9
25 a 34 anos	6	35,2
acima de 35 anos	2	11,7
Escolaridade		
0 a 9 anos de estudo	8	47,0
10 a 12 anos de estudo	8	47,0
acima de 12 anos de estudo	1	5,8
Naturalidade		
Capital	10	58,8
Interior	6	35,2
Outros estados	1	5,8
Raça		
Negra	0	0,0
Parda	17	100
Amarela	0	0,0
Branca	0	0,0
Indígena	0	0,0

Fonte: elaborada pelo autor com dados da pesquisa.

A média de idade do grupo analisado foi de 24,5 anos, variando de 18 a 38 anos, com mediana de 24 anos. Apenas duas gestantes tinham faixa etária superior a 35 anos. Dentro do grupo havia a presença de seis (33,3%) adolescentes. Nos resultados, a idade pode ter sido um fator de risco importante para o desenvolvimento de infecção puerperal, pois 9 (52,9%) gestantes estão dentro da faixa etária mais jovem de 18 a 24 anos e que apresenta maior número de mulheres com complicações obstétricas relacionadas a infecção e morte materna por ser considerado o período de maior fecundidade, corroborando o estudo Marinho e Paes (2010) e Monteiro et al. (2016). No entanto, há autores que afirmam em seus estudos que, muito embora a idade seja fator de risco para diagnósticos indesejados na gravidez, ela não é um fator determinante para o desenvolvimento da infecção puerperal (CAVALCANTE, 2015).

Observa-se que 47% tinha entre 10 a 12 anos de estudo e quase a outra metade tinha até 9 anos de estudo. Podemos afirmar que, por se tratar de um hospital público, a maior parte da população admitida na maternidade pode possuir poucos recursos financeiros

(CRUZ, 2013), ainda que a variável renda não tenha sido coletada por falta de registro, e pode-se relacionar ao baixo nível socioeconômico. A baixa escolaridade apresentada é fator importante a ser considerado, tendo em vista que o entendimento sobre saúde é um fundamental determinante para prevenção, promoção e recuperação da saúde. Além disso, Lima et al. (2014) apontam outros fatores que podem influenciar no surgimento de infecções puerperais pós-cesárea, como a condição alimentar, afetando diretamente a imunidade da puérpera, e as possíveis condições de higiene inadequada. O estudo corrobora com a análise dos dados da pesquisa de Monteiro et al. (2016), dos 1.225 prontuários captados, 103 (8%) casos tinham diagnóstico de infecção puerperal, no qual 94,1% era por parto cesárea. Metade das puérperas do estudo tinha faixa etária de 13 a 23 anos e 27,1% possuía ensino fundamental incompleto.

A tabela 1 nos mostra que a instituição de referência acolhe muitas gestantes naturais do interior ou outros estados. Mesmo que 58,8% seja da capital, as mulheres provenientes do interior do estado representam garantia de acesso e atendimento de qualidade. No entanto, se conclui que muitas mulheres não possuem apoio na capital, gerando dificuldades e custos enquanto mantém a internação. Muitas vezes, o RN recebe alta hospitalar, mas devido a complicações pós-cesárea, a mãe continua em tratamento e cuidados em saúde. Dessa forma, o vínculo com o bebê pode tornar-se prejudicado, comprometendo também o início do processo de amamentação. Essa procura pela maternidade de referência da capital, pode sugerir superlotação dos hospitais da cidade de referência e/ou falta de estrutura nas instituições de saúde especializadas no interior do estado, de acordo com Cavalcante et al. (2015).

A variável raça não demonstrou tendência a outras senão a parda. Em estudo realizado por Santos et al. (2017), o número de mulheres de cor da pele parda representou 52,4% da amostra. Além disso, pode-se sugerir também, diante do resultado, a automaticidade no preenchimento dessa questão no momento da admissão hospitalar.

A variável renda não pôde ser coletada devido à ausência do dado em 100% dos prontuários, ainda que houvesse um campo de preenchimento. No entanto, é importante considerar esse fator do ponto de vista documental e estatístico, haja vista os principais resultados encontrados pela Pesquisa Nascer no Brasil (2014) que revela o uso de serviços de saúde de acordo com a classe econômica materna, assim refletindo em três modalidades de atendimento: SUS, Misto ou Privado, e, dessa forma, pode influenciar no acompanhamento da gestante. Ao obter dados sobre isso, consegue-se visualizar a escolha das mulheres pelos serviços que, na pesquisa, mostra percentuais variados entre a classe econômica e a

modalidade de atendimento, mostrando que a população das classes D e E são atendidas, majoritariamente, pelo serviço público.

A variável procedência clínica, que trata sobre a chegada da gestante no serviço de emergência, também não obteve registro nos prontuários.

A tabela 2 apresenta as variáveis obstétricas obtidas nos prontuários.

Tabela 2 – Distribuição dos dados obstétricos observados na população de gestantes submetidas ao parto cesariana, 2017.

Variáveis Obstétricas (n=17)	n	%
Pré-Natal		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0
Número de consultas no Pré-Natal		
Até 5 consultas	6	35,2
≥ 6 consultas	9	52,9
Sem registro	2	11,7
Idade Gestacional		
Menos de 37s: Pré-Termo	4	23,5
37s – 38s6d: Termo Precoce	4	23,5
39s – 40s6d: Termo Completo	8	47,0
41s – 41s6d: Termo Tardio	1	5,8
Mais de 42s: Pós-Termo	0	0,0
Tipo de Gravidez		
Única	17	100,0
Múltipla	0	0,0
Tipo de Cesárea		
Eletiva	0	0,0
Emergência	17	100,0
Tempo de Cirurgia (n=16)		
Menor que 56 minutos	6	37,5
Maior que 56 minutos	10	62,5

Fonte: elaborada pelo autor com dados da pesquisa.

O pré-natal foi realizado em 100% das puérperas que apresentaram infecção, segundo demonstrado na tabela 2. Benincasa et al. (2012) supõem que uma boa assistência pré-natal pode diminuir o valor das taxas de infecção. Assim como para Santos et al. (2017), a ausência de consultas de pré-natal está diretamente relacionada a condições sociais e

demográficas deficientes, associadas à infecção puerperal. Podemos constatar isso por meio do manual da ANVISA (2017), pois uma medida de prevenção da infecção puerperal relacionada ao pré-natal é a captação precoce até a 12^a semana de gestação, controle dos fatores de risco conhecidos e pesquisados neste estudo, como diabetes e obesidade, além de anemia, imunossupressão, infecções do trato urinário, principalmente e outras. Dessa forma, o pré-natal pode atuar de forma presente e preventiva no contexto da infecção puerperal. A quantidade de consultas pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde (2012) é de, pelo menos, seis durante toda a gravidez e no estudo foi alcançado por 52,9%, levando em consideração a ausência de 11,7% de registros. O número de encontros entre gestante e profissional de saúde capacitado a guiar o pré-natal é importante para definir condutas do começo ao fim, incluindo atenção ao puerpério e RN, identificando demandas a serem tratadas e proporcionando cuidados e orientações necessárias ao acompanhamento da gestação.

A idade gestacional (IG) no momento do parto apresentado na tabela foi, em sua maioria, entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias, indicando RN a termo completo. A média da IG foi de 37 semanas e 5 dias. A classificação utilizada na tabela 2 corresponde a Montenegro e Rezende Filho (2017). Nesse caso, observa-se também que metade das puérperas apresentou idade gestacional menor que 38 semanas e 6 dias, correspondendo a termo precoce e pré-termo. Lima et al. (2017), ao pesquisar o perfil de mulheres relacionando as alterações maternas com o desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno, concluiu que algumas morbidades podem provocar a interrupção precoce da gestação, como pré-eclâmpsia e diabetes mellitus gestacional, pois sua evolução compromete a saúde materna e fetal. Em seu estudo, a prematuridade foi predominante, atingindo 67% dos casos.

As gestações múltiplas mostraram relação com a infecção puerperal nos desfechos maternos apresentados em estudo realizado pela Febrasgo ([2015]). A pesquisa objetivou fornecer a melhor evidência disponível na atualidade sobre a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal relacionada à via de parto nos casos de gestação gemelar e encontrou complicações de ferida operatória, como deiscências e dor e retenção de restos placentários. No entanto, esta pesquisa pode não ter contemplado dados que pudessem confirmar relação entre infecção puerperal e gestações múltiplas devido à amostra reduzida frente ao número total de partos.

Nenhuma gestante teve cesárea eletiva. Essa questão foi citada por Câmara et al. (2016) em sua pesquisa sobre cesariana a pedido materno na qual a OMS patrocinou um estudo que avaliou mais de cem mil partos e demonstrou que a cesariana eletiva, feita sem

indicação médica, antes do trabalho de parto, tem efeito protetor em relação à morte materna, histerectomias e morte neonatal.

A tabela 3 apresenta os dados obtidos sobre características clínicas apresentadas pelas gestantes posteriormente acometidas por infecção.

Tabela 3 – Características clínicas apresentadas pelas gestantes, 2017.

Variáveis clínicas (n=8)	n	%
Infecção de Trato Urinário (ITU)	3	37,5
Lúpus Eritematoso Sistêmico	1	12,5
Diabetes Mellitus	1	12,5
Descolamento Prematuro de Placenta	1	12,5
Infecções Sexualmente Transmissíveis	1	12,5
Má Formação Fetal	1	12,5

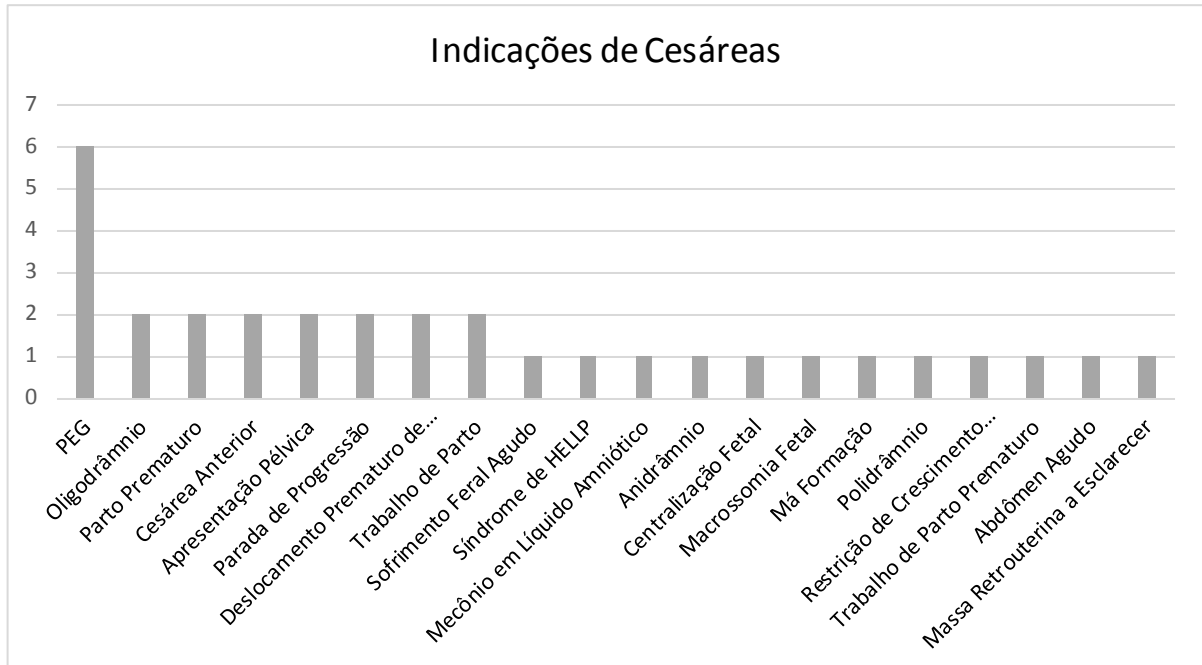
Fonte: elaborada pelo autor com dados da pesquisa.

As características clínicas que estiveram presentes nos registros dos prontuários somaram oito condições que podem influenciar no desenvolvimento da infecção puerperal. A infecção de trato urinário ficou responsável por 37,5%, pois é o problema urinário mais comum durante a gestação. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como ruptura prematura de membranas, trabalho de parto e infecção puerperal, de acordo com BRASIL (2012).

Algumas comorbidades mais prevalentes na pesquisa de Petter et al. (2013) estão associadas ao risco de endometrite puerperal, como hipertensão, infecção pelo HIV e sífilis, que também apresentou um caso no nosso estudo. A EBSERH divulgou após revisão em 2017 um protocolo clínico sobre endometrite puerperal que dispõe de fatores de risco relacionados a doenças crônicas debilitantes, entre elas diabetes, síndrome da imunodeficiência adquirida e anemia, por exemplo. O Lúpus Eritematoso Sistêmico representou um caso nesta pesquisa, no entanto, se mostrou comum na pesquisa realizada por Romanelli et al. (2014) que registrou três casos em 487 comorbidades, incluindo, além do lúpus, diabetes, infecção pelo HIV, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, cardiopatias e outros. Cabar et al. (2004) descrevem em seu estudo que o descolamento prematuro da placenta é uma intercorrência obstétrica com grande potencial de morbidade e mortalidade materna e que se associa às infecções puerperais. Assim como para os desfechos perinatais, influenciam na prematuridade e sofrimento fetal.

O Gráfico 2 apresenta os motivos diagnósticos para realização da cesárea nas gestantes que desenvolveram infecção puerperal após cirurgia cesariana.

Gráfico 2 – Indicações de cirurgia cesariana em gestantes acometidas por infecção puerperal, 2017.



Fonte: elaborado pelo autor com dados da pesquisa.

As indicações de cesárea registradas nos prontuários resultaram em 20 motivos distribuídos nos 17 prontuários, somando n de 32. Foram registrados, ao todo, seis (18,7%) casos de pré-eclâmpsia (PEG); dois casos por PEG isolada e PEG associada a macrossomia fetal; 2 (11,1%) casos por apresentação pélvica e cesárea anterior, sendo um associado a PEG. O caso mais grave e que apresentou maior tempo cirúrgico foi aquele que apresentou oligodrâmnio e parto prematuro (gestação de 34 semanas) associado a abdômen agudo e massa retrouterina a esclarecer. Todos os outros casos foram encontrados isolados ou em associação.

Cruz et al. (2013) relatam em sua pesquisa alguns diagnósticos de internação das mulheres cesareadas de acordo com as fichas de notificação de infecção hospitalar, o que sugere possíveis indicações de cesárea, como HIV positivo, oligodrâmnio, amniorexe prematura, doenças hipertensivas, má formação fetal, odor fétido, trabalho de parto prematuro e trabalho de parto prolongado. O autor descreveu 22 diagnósticos para internação em sua pesquisa e discutiu em seu estudo o que convém para outras pesquisas assim como esta, que esses diagnósticos e possíveis indicações de cesárea não justificam a realização desse procedimento.

Dessa forma, podemos constatar que as indicações de cesárea continuam para além da necessidade de indicação médica existente, prevalecendo motivos relacionados a outros fatores, como a finalização da gestação, rápida promoção de conforto e alívio materno e os interesses médicos e hospitalares.

As principais indicações absolutas para realização de cirurgia cesariana são placenta prévia total e parcial, desproporção cefalopélvica com feto vivo, placenta acreta, malformações genitais e tumorações prévias. Existem condições relativas maternas, fetais e materno-fetais (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O gráfico 3 apresenta os tipos de Infecção de Sítio Cirúrgico Incisional Superficial (ISC-IS), Profunda (ISC-IP) ou de Órgãos e Cavidades (ISC-OC), pela ANVISA (2017).

Gráfico 3 – Classificação das infecções de sítio cirúrgico nas puérperas, 2017.



Fonte: elaborado pelo autor com dados da pesquisa.

Ao analisar o gráfico 3, conclui-se que o maior número de casos pertence a classificação de ISC-IS, com 13 (76,4%) casos diagnosticados. Esse tipo de infecção ocorre até 30 dias subsequentes à cirurgia, envolve apenas pele e tecido subcutâneo e atende a pelo menos um dos critérios: drenagem purulenta da incisão superficial; cultura positiva de secreção ou tecido superficial obtido assepticamente; incisão superficial aberta pelo cirurgião ao apresentar pelo menos um dos sintomas de infecção, como dor, hiperemia, calor, edema local, hipersensibilidade ou cultura positiva ou não realizada.

A pesquisa de Cruz et al. (2013) também mostra resultados sobre os tipos de infecção apresentados pelas puérperas do estudo no período de 2008 a 2010 em maternidade semelhante à desta pesquisa. O estudo revelou 46 casos de infecção puerperal no período e

mostrou resultados semelhantes aos encontrados nesta pesquisa. As ISC-IS estiveram presentes em 31 (67,3%) casos.

O principal motivo que pode sugerir a maior ocorrência de ISC-IS é a manipulação sem cuidados de higiene ou sem a antisepsia adequada, que quando associada aos fatores de risco, torna viável o desenvolvimento da infecção. Isso pode advir tanto dos cuidados maternos com a própria ferida, seja no ambiente hospitalar ou até no domicílio, tendo em vista notificações tardias de infecções puerperais relacionadas às cirurgias cesarianas, pode ser decorrente também dos fatores de risco isoladamente, visto que alguns não são maternos, como muitos autores citam a técnica, manejo e experiência do cirurgião um aspecto importante no surgimento da infecção (PETTER, 2013) ou ainda das técnicas assépticas inadequadas de curativo pós cirurgia.

A tabela 4 expõe os demais fatores de risco coletados nos prontuários das puérperas.

Tabela 4 – Descrição dos fatores de risco para infecção puerperal apresentados pelas puérperas, 2017.

Fatores de Risco (n=55)	n	%
Cesariana após início do trabalho de parto	12	21,8
Ruptura Prematura de Membranas	1	1,8
Mecônio no líquido amniótico	3	5,4
Parto Prematuro	5	9,0
Extremos de idade	2	3,6
Trabalho de parto prolongado	2	3,6
Cirurgia cesárea prolongada (> 56min.)	10	18,1
Diabetes Gestacional	1	1,8
Infecções Sexualmente Transmissíveis	1	1,8
Cesariana de emergência	17	30,9
Obesidade	1	1,8

Fonte: elaborada pelo autor com dados da pesquisa.

Lowdermilk et al (2012) relacionam os fatores de risco para infecção pós-parto por categorias, aqueles anteparto – história prévia de trombose venosa, ITU, mastite e pneumonia; diabetes, má nutrição, alcoolismo, drogadição, imunossupressão, anemia, por exemplo –, e intraparto, incluindo as cirurgias cesarianas, parto fórceps, tempo prolongado de

rotura de membranas, corioamnionite, trabalho de parto prolongado, exames vaginais múltiplos após rotura de membranas, dentre outros.

Os fatores de risco mais frequentes nesse estudo foram cirurgia cesariana após início do trabalho de parto, cirurgia cesariana prolongada (> 56 min.) e cesariana de emergência, representando 68,9% da amostra. Após leitura da tabela, podemos concluir que esse percentual poderia ser reduzido para, no máximo, 50,8%, se estratégias de contagem e controle do tempo fossem aplicadas na sala de cirurgia naqueles casos em que o único procedimento realizado seja a cirurgia cesárea. A ANVISA (2017) preconiza o tempo estimado de cirurgia cesariana sem posteriores complicações infecciosas até 56 minutos. Esse tempo possui uma margem de 1 até 4 minutos a mais por outros autores.

Na pesquisa, um dos horários não foi coletado por ausência de registro em quaisquer dos documentos utilizados, logo, a tabela 2 apresenta n igual a 16. Foi considerada variável obstétrica por ser tratar do tempo cirúrgico, porém é discutido na tabela de fatores de risco. Os 10 (18,1%) prontuários que apresentaram um tempo de cirurgia prolongado, obtiveram, em média, 33 minutos a mais de exposição do que o tempo máximo preconizado pela literatura utilizada.

O número limitado de casos de infecção puerperal pode ter influenciado na dificuldade de visualizar alguns fatores de risco mencionados na literatura de forma importante, como a obesidade, que só registrou um caso nesse estudo. Lima et al. (2014) corroboram Silva Filho et al (2010) ao citar que o tecido subcutâneo com mais de dois centímetros pode aumentar os riscos de deiscência da ferida operatória. Sobre isso, Chianca et al. (2015) mencionam estudos que mulheres obesas apresentaram um número de infecções significativamente maior que mulheres com índice de massa corporal normal. Ainda que não se tenham dados nesta pesquisa sobre isso, os dados de Silva Filho et al. (2010), sobre os extremos índices de massa corporal podem caracterizar risco, incluindo a desnutrição, como um potencial fator para o desenvolvimento de infecção puerperal.

É sabido que a idade é essencial durante o processo de cura e cicatrização de processos infecciosos, de acordo com Santos et al. (2017). Porém, autores evidenciam faixas etárias definidas associadas à infecção, tais como Cruz et al. (2013), mencionando predomínio de casos na faixa etária de 20 a 29 anos, por exemplo. Cavalcante et al. (2015) relatam em seu estudo que, embora a idade seja fator de risco para complicações na gravidez, não é um fator determinante para adquirir a infecção puerperal.

Nesse estudo, 100% da amostra esteve selecionada para cesárea de emergência, tendo em vista a necessidade terciária da assistência. Podemos considerar que foi um fator de

risco fundamental para o desenvolvimento da infecção puerperal nessa pesquisa, pois representou 30,9% entre todos os fatores de risco pesquisados. Pode-se considerar também a cirurgia cesárea isolada que é citada como principal fator de risco pela grande maioria das literaturas, entre elas Cavalcante et al. (2015), ANVISA (2017) e Romagnollo (2018). Assim como considerar a cesárea após trabalho de parto prologado e/ou a ruptura prematura de membranas antes do procedimento cirúrgico. Esses casos representaram pelo menos 3,4% dos casos da amostra do estudo. Para Romanelli et al. (2014), a ruptura de membranas foi estudada pelo tempo, pois quanto maior o tempo de exposição, maior o risco de infecção.

A revisão integrativa de Carvalho, Souza e Medeiros (2014) realizada nas bases de dados Pubmed, Lilacs, Biblioteca Cochrane e Scielo buscou os fatores predisponentes para infecção de ferida operatória após cirurgia cesárea e encontrou cinco estudos destacando os fatores obesidade, trabalho de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, número excessivo de toques vaginais, baixo *status* socioeconômico, condições perioperatórias subótimas, perícia do operador e da técnica operatória, sofrimento fetal, condições crônico-vasculares, corioamnionite, estresse, nutrição, gemelaridade, número de consultas pré-natal, infecção do trato urinário e outros. Sobre o diabetes mellitus, cita conclusões de que durante as primeiras 24 horas a glicemia inferior a 200mg/dl está associada com menores chances de infecção.

Outros resultados desta pesquisa mostraram que oito (13,7%) casos estiveram associados a parto prematuro ou a mecônio em líquido amniótico. Como foi visto, a idade gestacional representa um importante fator de risco. A presença de mecônio em líquido amniótico é citada há muito tempo como fator de risco e nesse estudo esteve presente em três casos. No estudo de Guimarães, Chianca e Oliveira (2007) é mencionado sobre tentativas de correlação entre a presença de mecônio no líquido amniótico e o aumento da taxa de infecção materna, identificando que o mecônio eleva o teor de fosfato, inativando o complexo zinco-proteico, favorecendo o aumento da vulnerabilidade da puérpera à infecção puerperal.

7 CONCLUSÃO

Diante do exposto ao longo do trabalho, pode-se concluir que os objetivos de avaliação do perfil de mulheres acometidas por infecção puerperal pós-cesárea foram alcançados.

A taxa de incidência de infecção puerperal pós-parto cesárea na pesquisa foi de 0,6%. Foram predominantes os casos de mulheres com idade entre 18 e 24 anos, pardas, com nível de escolaridade até 12 anos de estudo, naturais da capital, com pelo menos seis consultas pré-natais, gestações únicas e de emergência, interrupção da gravidez na idade gestacional adequada, com RN a termo completo. A cirurgia cesariana foi realizada num período prolongado, acima de 56 minutos, configurando fator de risco para infecção puerperal. Destacaram-se que as principais causas de cesáreas apresentadas foram PEG, apresentação pélvica, cesárea anterior, oligodrâmnio, parto prematuro, parada de progressão, descolamento prematuro de placenta e trabalho de parto. A característica clínica mais presente pelas gestantes foi infecção do trato urinário e a infecção de sítio cirúrgico incisional mais comum foi a superficial. Os fatores de risco mais frequentes foram cirurgia cesariana após início do trabalho de parto, cirurgia cesariana prolongada e cirurgia cesariana de emergência.

Destaca-se a limitação deste estudo quanto à coleta de algumas variáveis não registradas no prontuário. Logo, têm como principal fator a coleta secundária, ou seja, tratar-se de uma pesquisa documental em prontuários, pois o desencontro de informações é frequente, prejudicando a análise e confiabilidade completa da maioria dos dados. Vale a pena mencionar que o número reduzido na amostra associado à coleta restrita a um hospital pode não configurar com precisão a situação encontrada na população em geral.

As sugestões para novas pesquisas versam sobre buscar uma amostra maior dentro desse contexto, expandindo a pesquisa para outros anos a fim de realizar o levantamento histórico desses dados, permitindo a realização de testes e comparações mais específicas.

Diante da contribuição que o estudo pode proporcionar para os interessados na área e também para instituições que acolhem mulheres nesse contexto, a implicação da pesquisa para a assistência é positiva e de grande valor, com produção científica de qualidade, incentivo ao manejo e conduta adequada em âmbito multiprofissional.

REFERÊNCIAS

BENINCASA, Bianca Chassot et al. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Rev Hcpa**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 1, p.5-9, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Governo do Brasil. Reportagem. Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010?TSPD_101_R0=d9eb37a17e4c531f8f47de49b938cc32xXu00000000000000006f992ab1ffff000000000000000000000000000005aecf67b00eabf5e59>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5. ed. Brasília: Ms, 2012. 301 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ms, 2012. 316 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus - Departamento de Informática do Sus. **Nascim p/ ocorrênc por Ano do nascimento segundo Região/Unidade da Federação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.119p.

BRASIL. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Brasília.

BRASIL. Portaria nº 306, de 2016. Brasília, 28 mar. 2016.

CABAR, Fábio Roberto et al. Cesárea prévia como fator de risco para o Descolamento Prematuro de Placenta. **Rbgo**, São Paulo, v. 26, n. 9, p.709-714, 2004.

CÂMARA, Raphael et al. Cesariana a pedido materno. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p.301-310, 2016.

CARVALHO, Isis Cristiane Bezerra de Melo; SOUZA, Nilba Lima; MEDEIROS, Angélica Teresa Nascimento. Fatores predisponentes para infecção da ferida operatória pós-cesárea: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio Grande do Norte, v. 6, n. 2, p.812-820, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i2.812-820>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CAVALCANTE, Milena France et al. Caracterização das infecções puerperais em uma maternidade pública municipal de Teresina em 2013. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 47-51, jan. 2015. ISSN 2238-3360. Disponível

em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5471>>. Acesso em: 01 maio. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v5il.5471>.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal**. 2017. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj8mYLCn-rbAhWLF5AKHcERAocQFggnMAA&url=http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins?download=2600:boletim-epidemiologico-mortalidade-materna-infantil-e-fetal&start=20&usg=AOvVaw39yW4wXRfzPjYDL8gIvnNi>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Governo do Estado do Ceará. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/regionalizacao>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.144/2016, de 17 de março de 2016. Brasília.

COREN - SP, Conselho regional de Enfermagem de São Paulo. **Parto natural**. Mar. 2010. Disponível em: <<http://livrozilla.com/doc/1291509/parto-natural---coren-sp>> Acessado em 04/06/2018.

COSTA, Maiara Naves et al. Parto: direito de escolha da mulher. **Saber Digital**, [S.l.], v. 8, n. 01, p. 146-163, nov. 2017. ISSN 1982-8373. Disponível em: <<http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/395>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CRUZ, Lidiane Aguiar da et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**, Murcia, Espanha, v. 12, n. 29, p.118-129, jan. 2013.

FEBRASGO. **Via de parto na gestação gemelar**. São Paulo: AMB, ([2015]). Disponível em: <http://amb.org.br/diretrizes/_DIRETRIZES/via-de-parto-em-gestacao-gemelar/files/assets/common/downloads/publication.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2018.

FIOCRUZ (Brasil). **Pesquisa Nascer no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Rio Grande do Sul: Ufrgs, 2009. 120 p.

GUIMARÃES, Elisângela Euripedes Resende; CHIANCA, Tânia Couto Machado; OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. **Revista Latino-am de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, jul-ago. 2007.

IBGE. **Brasil em Síntese: Ceará**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

KARSNITZ, Deborah Brandt. Puerperal Infections of the Genital Tract: A Clinical Review. **Journal Of Midwifery & Women's Health**. Estados Unidos, p. 632-642. nov. 2013.

LIMA, Daniele Moreira de et al. Fatores de risco para infecção no puerpério cirúrgico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p.734-740, out-dez. 2014.

LIMA, Maíra Ribeiro Gomes de et al. Alterações maternas e desfecho gravídico-puerperal na ocorrência de óbito materno. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p.324-331, 2017.

LOWDERMILK, Deitra Leonard et al. **Obstetrícia e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1024 p.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesáreas sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 105, p.1-12, 2017.

MARINHO, Ana Cristina da Nóbrega; PAES, Neir Antunes. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.732-738, set. 2010.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Universidade Federal do Ceará. **Produção Assistencial**: 2017. Fortaleza: EBSEERH, 2017.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Universidade Federal do Ceará. **Protocolo Clínico: Endometrite Puerperal**: 2017. Fortaleza: EBSEERH, 2017.

MONTEIRO, Thamara Laiane Vilanova Almeida et al. Eventos de infecção puerperal em uma maternidade de referência no município de Caxias, Maranhão. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Piauí, v. 5, n. 2, p.11-15, abr-jun. 2016.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende**: Obstetrícia fundamental. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

Nações Unidas no Brasil. **UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil**. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo (SP): Savier; 2005.

PETTER, Catarina Escosteguy et al. Fatores relacionados a infecção de sítio cirúrgico após procedimentos obstétricos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p.28-33, 2013.

QUEIROZ, Thayná Caixeiro et al. Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica Fagoc Saúde**, Ubá, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p.70-77, dez. 2017.

ROMAGNOLO, Adriana Navarro et al. Realidade obstétrica do Brasil: panorama teórico e bibliográfico acerca das problemáticas envolvidas. In: LEAL, Isabel et al (Ed.). **12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde**: Actas. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2018. p. 13-21.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro et al. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de infecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospital universitário no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.569-578, dez. 2012.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro et al. Fatores de risco para infecção de ferida cirúrgica em puérperas submetidas a cesarianas em Hospital Universitário de referência. **Rev Epidemiol Control Infect**, Minas Gerais, v. 4, n. 3, p.180-185, 2014.

SANTOS, Vandiel Barbosa et al. Infecção de sítio cirúrgico em mulheres submetidas à cesariana em uma maternidade pública. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 18, n. 1, p.35-40, jan-abr. 2017.

SILVA FILHO, Agnaldo Lopes et al. Infecção pós-cesariana: relato de caso. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p.117-119, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/Home>>. Acesso em: 05 nov. 17.

SUIÇA. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=959B02F28BD78A5BDED56BE4F81E92A4?sequence=3>. Acesso em: 15 maio 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Biblioteca Universitária. **Guia de normalização de trabalhos acadêmicos da Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2013.

VIEIRA, Sonia; HOSSNE, William Saad. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA PÓS-CESÁREA
EM UMA MATERNIDADE DO CEARÁ**

I. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	PRONTº
Identificação da coleta (para uso do pesquisador):	
Data da coleta:	
Naturalidade: 1. () Capital 2. () Interior 3. () Outros estados	
Idade (anos completos):	
Escolaridade (anos de estudo completos):	
A) Ensino fundamental incompleto	
B) Ensino fundamental completo	
C) Ensino médio incompleto	
D) Ensino médio completo	
E) Ensino superior incompleto	
F) Ensino superior completo	
Renda:	
Raça: 4. () Negra 5. () Parda 6. () Amarela 7. () Branca 8. () Indígena	
Procedência: Transferida 9. (S) 10. (N)	
Se sim, onde? _____ (Instituição/Local)	
II. DADOS OBSTÉTRICOS	
Fez pré-natal: 11. () Sim 12. () Não	
Se sim, onde foi realizado o Pré-Natal: 13. () Rede pública 14. () Rede Privada	
Idade Gestacional no momento do parto:	
Tipo de Gravidez: 15. () Única 16. () Múltipla	
Tipo de Cesárea: 17. () Eletiva 18. () Emergência	
Motivo: _____	
Tempo de cirurgia: 19. (>56 min) 20. (< 56 min)	
Horário de Início da Cirurgia:	
Horário de Término da Cirurgia:	

III. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS			
21. () DM 22. () DHEG 23. () PP 24. () DPP 25. () CKG Outros: _____			
26. () STV 27. () ITU 28. () IST 29. () MF 30. () RPM			
<i>\$Fatores de Risco</i>			
31. Cesariana após início Trabalho de Parto:	32. Ruptura Prematura de Membranas:	33. Excesso de Manipulação Vaginal:	34. Mecônio no Líquido Amniótico:
35.Extração Manual da Placenta:	36.Parto Prematuro:	37. Desnutrição:	38.Obesidade:
39.Traumas Cirúrgicos:	40. Debilidade Imunológica:	41. Retenção de Restos Ovulares:	42.Extremo de Idade:
43. Trabalho de Parto Prolongado:	44. Duração da Cirurgia:	45.Perda Sanguínea:	46.Diabetes Gestacional:
47.HIV:	48.Anemia Severa:	49.Cirurgia prolongada:	50. Cesariana de emergência:
51. Lesão Acidental em Órgão:	52. Profilaxia ATB não realizada:	53. Outros	

Legenda:

- 18. DM: Diabetes Mellitus
- 19. DHEG: Doença Hipertensiva Específica da Gestação
- 20. PP: Placenta Prévia
- 21. DPP: Descolamento Prematuro de Placenta
- 22. CKG: Chikungunya
- 23. STV: Sangramento Transvaginal
- 24. ITU: Infecção do Trato Urinário
- 25. IST: Infecção Sexualmente Transmissível
- 26. MF: Má Formação
- 27. RPM: Ruptura Prematura de Membranas

**ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO CEARÁ EM 22/03/2018, SOB PARECER N° 2.556.961 ECAAE N°
85197618.1.0000.5050**

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO PUERPERAL EM CIRURGIA CESARIANA EM MATERNIDADE ESCOLA

Pesquisador: Priscila de Souza Aquino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 85197618.1.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.556.961

Apresentação do Projeto:

Estudo retrospectivo, documental com abordagem quantitativa será desenvolvido mediante análise das fichas de controle de infecção hospitalar pertencentes a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Os participantes serão as mulheres com diagnóstico de infecção puerperal em cirurgia cesariana, selecionadas por meio das fichas de controle de infecção hospitalar da referida maternidade. Será utilizado um formulário contendo variáveis que contemplem dados sociodemográficos, clínicos, obstétricos e sobre o desfecho e procedimentos relacionados a ocorrência de infecção de ferida cirúrgica. Os dados serão digitados e analisados no Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer versão. A coleta de dados será realizada pelo preenchimento do instrumento, composto de perguntas sobre o perfil sociodemográfico, dados clínicos e obstétricos e fatores de risco das puérperas.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar mulheres com infecção puerperal em cirurgia cesariana, hospitalizadas em maternidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569	Fax: (85)3366-8528
	E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.556.961

A pesquisa não trará riscos aos envolvidos, uma vez que se trata de análise de dados secundários, em prontuários.

Benefícios:

O estudo proporcionará resultados importantes para a obstetrícia, pois se propõe a investigar os casos de infecção da ferida operatória e os fatores associados. Dessa forma, diante desse conhecimento, a instituição poderá buscar estratégias para minimizar a ocorrência dessa problemática, seja por treinamentos da equipe ou pela divulgação dos fatores de risco associados a essa temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante para conhecimento epidemiológico da infecção pós cirúrgica na instituição possibilitando a prevenção da mesma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados

Recomendações:

Dar início à coleta de dados após essa data.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequar o cronograma para coletar dados após a aprovação no CEP

Considerações Finais a critério do CEP:

Concordamos com o relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1054771.pdf	13/03/2018 19:24:36		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Digitalizar_2018_03_13_15_27_24_684.pdf	13/03/2018 19:20:13	Priscila de Souza Aquino	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Digitalizar_2018_03_13_15_26_37_190.pdf	13/03/2018 19:19:45	Priscila de Souza Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Digitalizar_2018_03_13_15_27_40_693.pdf	13/03/2018 19:19:02	Priscila de Souza Aquino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_MEAC.docx	13/03/2018 19:16:03	Priscila de Souza Aquino	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.556.961

Outros	Digitalizar_2018_03_13_15_28_02_019.pdf	13/03/2018 19:15:36	Priscila de Souza Aquino	Aceito
Outros	Digitalizar_2018_03_13_15_26_57_202.pdf	13/03/2018 19:13:52	Priscila de Souza Aquino	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizar_2018_03_13_15_26_18_206.pdf	13/03/2018 19:07:58	Priscila de Souza Aquino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 22 de Março de 2018

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com