

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DE CESÁREAS E PARTOS NORMAIS:
UM ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE JUÍNA - MT.**

Autora: Nildeusa Nunes dos Santos

Orientador (a): Profª Dra. Nádie Christina Ferreira Machado Spence

**JUÍNA- MT
2015.**

**AJES - FACULDADE DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ADMINISTRAÇÃO DO VALE
DO JURUENA**

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**INCIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DE CESÁREAS E PARTOS NORMAIS:
UM ESTUDO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE JUÍNA - MT.**

Autora: Nildeusa Nunes dos Santos

Orientador (a): Profª Dra. Nádie Christina
Ferreira Machado Spence

*“Monografia apresentada ao curso de
Bacharelado em Enfermagem, da Faculdade
de Ciências Contábeis e Administração do
Vale do Juruena como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.”*

**JUÍNA- MT
2015.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Nádie Christina Ferreira Machado Spence . - (ORIENTADORA)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Prof^ª Esp. Lidia Catarina Weber (Membro da banca)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Prof. Esp. Wilson Pereira Filho - (Membro da banca)
AJES FACULDADE DO VALE DO JURUENA – JUINA MT

Aprovado em __/__/____

Nota: _____

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar a Deus, pois sem ele não teria forças para chegar ao fim dessa vitória.

A toda a minha família, em especial a minha mãe Maria Nunes dos Santos, ao meu filho Mario Nunes Santos Silva, ao meu esposo Paulo Cesar Boni e minha irmã Neurivânia Nunes dos Santos, que em nenhum momento mediram esforços para contribuir com a minha formação.

Aos amigos pelo apoio incentivo e compreensão em todos os momentos, em especial Karolyunny Santos Duarte.

AGRADECIMENTOS

Finalizando um sonho em minha vida que almejei por muito tempo, mas como sabemos tudo tem a hora certa e o tempo de Deus não é o mesmo nosso. Então, chegou o momento para a realização desse sonho. Aqui recordo de pessoas que fizeram parte dessa trajetória e contribuíram de forma direta ou indiretamente para essa vitória.

Quero agradecer em primeiro lugar a Deus que me concedeu a vida com todo seu amor, ternura, suas mãos me seguraram seus passos que me guiaram a fé que me fortaleceu, assim chegando ao fim dessa caminhada forte como uma rocha e agradecida por essa vitória.

A minha mãe Maria Nunes dos Santos que sempre acreditou em mim, esteve presente em todos os momentos sempre apoiando, incentivando, orientando, contribuindo de maneira espetacular para que pudesse superar as dificuldades, sempre mostrando que por mais difícil que fosse tudo iria dar certo, sempre com paciência, amor e dedicação, ensinando acima de tudo o amor ao próximo, o respeito, a humildade, a responsabilidades e a humanidade. E ao meu pai Raimundo Nunes Filho em memória, que apesar de pertencer agora ao plano espiritual, sempre torceu, acreditou, sonhamos juntos por esse momento, serviu e continuará servindo de inspiração por toda a minha vida, sempre levando os seus bons ensinamentos de justiça e dignidade.

Aos irmãos que apesar da distancia e os compromissos que cada um carrega estiveram presente, apoiando com suas palavras de auto estima e sabedoria, fizeram com que eu percebesse que nada tão fácil tem valor que é preciso lutar, batalhar para sentir o sabor da vitória. Em especial a Neurivânia Nunes dos Santos que esteve presente lado a lado durante esse tempo, sempre apoiando uma a outra, choramos, rimos, desabafamos, hoje posso perceber que tudo valeu a pena, assim conseguimos chegar ao fim dessas vitórias, dotadas de conhecimentos, experiências que levaremos para nossas vidas, tanto profissional quanto pessoal.

Ao meu esposo Paulo Cesar Boni que serviu de forças para essa longa trajetória, sempre presente nos momentos de alegria e de tristeza com paciência e dedicação, sempre compreendendo a renúncia, pois acreditava que seria por uma boa causa, o meu muito obrigado.

Ao meu filho Mario Nunes Santos Silva obrigado pelo seu amor incondicional, carinho e compreensão por todo esse tempo, não poderia almejar maior recompensa do seu entendimento mesmo sendo uma criança, obrigada pelo sacrifício, pelas renúncias, por toda a

paciência que você teve durante esse tempo e por entender que todo o sacrifício que fiz faria novamente pelo seu bem, do seu futuro e de uma vida melhor para todos nós.

Aos meus amigos por toda paciência , sempre apoiando, ouvindo os meus anseios, contribuindo de forma direta ou indireta para essa trajetória, em especial a Karolynny Santos Duarte que para mim foi e continuará sendo uma Irmã que Deus concedeu em minha vida, acompanhou de perto essa trajetória, compartilhando os momentos de tristezas e comemorando os momentos de alegria o meu muito obrigado.

A professora e coordenadora do curso de graduação em enfermagem Dra. Leda Maria de Souza Villaça, obrigado pelo compromisso ao ensino, dedicação e apoio no decorrer do curso.

A Dr^a. Nádie Christina Ferreira Machado Spence Cardoso orientadora, pelo carinho, apoio, incentivo, dedicação e acima de tudo ter acreditado em mim.

A todos os professores que passaram no decorrer do curso em especial a Esp. Lidia Catarina Weber e Esp. Wilson Pereira Filho, pelo apoio, dedicação e compromisso para com todos, sempre nos guiando no saber técnico científico.

E as instituições: Hospital Municipal de Juína, Hospital São Lucas e os ESF nos receberam com atenção e respeito onde tivemos a oportunidade de colocar os nossos conhecimentos teóricos em pratica em especial ao enfermeiro Olivaldo Moraes que nos acolheu com muito carinho e dedicação.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Comparativo entre parto vaginal e cesárea	24
Quadro 2 - Riscos potenciais associados ao tipo de parto normal/cesárea	25
Quadro 3 - Relação de medicamentos essenciais e podem ser necessários na atenção pré-natal, ao parto e Puerpério.....	27
Quadro 4 - Custos com partos normal/cesárea no Plano de saúde, particular e SUS.	29
Quadro 5- Índice de Apgar	32
Quadro 6 - Apgar 1 minuto diagnóstico da situação presente.....	42
Quadro 7 – Apgar 5 minuto – Tipo de Parto.....	43
Quadro 8 - Estabelecimento de Ocorrência * Tipo de parto	45
Quadro 9 – Estado Civil/Tipo de Parto	47
Quadro 11 – Tipo de Gravidez – Tipo de parto	49
Quadro 12 - Ocupação Habitual.....	50
Figura 1 – Fases do Parto Vaginal/Normal	18
Figura 2 – Procedimentos Parto cesárea comum	21
Figura 3– Mapa ilustrativo com o percentual de cesáreas no país no ano de 2012.	22
Figura 4 Análise quadro 6 com demonstrativo dos apgar no primeiro minuto e tipo de parto.43	
Figura 5 - Análise Quadro 7 - Apgar 5 minuto e Tipo de parto gráfico.....	44
Figura 6 – Análise Quadro - 8 Estabelecimento de ocorrência e tipo de parto.....	46
Figura 7 – Análise Quadro 9 - Estado Civil/Tipo de Parto	48
Figura 9 – Análise Quadro 11 - Tipo de Gravidez / Tipo de parto	49
Figura 10 - Análise Quadro 12 Ocupação Habitual	50

RESUMO

Introdução: O parto é um dos fenômenos naturais que muitas mulheres irão vivenciar ou já vivenciaram no decorrer de suas vidas. Tal fenômeno caracteriza-se como essencial para a continuação e reprodução da vida sendo naturalmente influenciado pelo meio sociocultural, onde preceitos culturais constroem a visão e forma com que a mulher irá vivenciar o seu processo de parir. Torna-se um parto normal altamente intervencionista, sem acolhimento, feito com a mulher deitada e cheio de gente na sala. A gestante pode sair dessa experiência com uma visão bem negativa. Dessa forma o parto cesárea entra como o salvador e alívio das dores, pois a operação cesariana traz benefícios às gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada o que hoje em dia sabemos que não ocorre exatamente assim. As altas taxas de cesariana preocupam pelo uso indiscriminado desse procedimento, que pode trazer riscos para mães e recém-nascidos

Objetivo: Apresentar os dados sobre parto vaginal e parto cesárea, realizados no ano de 2013, no Município de Juína - MT. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa documental que foi realizada por meio dos dados fornecidos pelo Pólo Regional de Saúde do Município de Juína – MT. Os dados selecionados sobre os partos no município de Juína foram do período de 2013. **Resultados:** podemos verificar que o parto cesárea tem altos índices de ocorrência em nosso município de 624 partos realizados no ano de 2013, 454 foram cesáreas e somente 170 foram vaginais. Dessa forma o Graf. 1 representa que (73%) dos procedimentos, quatro vezes o número recomendado pelo Ministério da Saúde. Já o parto vaginal representa (27%) das ocorrências. Esses dados confirmam a pesquisa do Ministério da saúde (2011), que (52%) das futuras mães optam pela cesariana no Brasil. Claro que alguns desses casos acontecem por ordem médica, mas há também as mães que desconsideram o parto normal por medo da dor ou em busca de um processo mais rápido, influenciada pela opinião médica. **Conclusão:** Dessa forma conclui-se que é necessário que as gestantes busquem o seu direito ao parto normal. Cesariana, só quando for realmente necessária para proteger a gestante e o bebê. A gestante tem o direito de ser informada sobre as razões que a impedem de optar pelo parto normal.

PALAVRA-CHAVE: Parto Cesárea. Parto Vaginal. Medicalização. Saúde. Pré Natal.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a natural phenomena that many women will experience or have experienced throughout their lives. This phenomenon is characterized as essential to the continuation and reproduction of life being naturally influenced by the socio-cultural environment, where cultural precepts build the vision and shape the woman will experience the process of giving birth. Becomes a highly interventionist normal delivery without host, made with the woman lying and full of people in the room. A pregnant woman can come out of this experience with a good negative outlook. Thus cesarean delivery comes as the savior and relief of pain, for the cesarean operation brings benefits to pregnant women and newborns when your statement is clearly defined what today we know that is not exactly so. The high C-section rates concern for the indiscriminate use of this procedure, which can bring risks for mothers and newborns

Objective: To present data on vaginal delivery and cesarean delivery, conducted in 2013, in the city of Juina - MT.

Methodology: This is a documentary research was performed by the data provided by the Regional Health Pole Municipality of Juina - MT. The selected data on births in Juina municipality were the period of 2013.

Results: we can see that the cesarean delivery has high occurrence rates in our county of 624 deliveries in 2013, 454 were cesarean sections and only 170 were vaginal. Thus Graf. 1 is that (73%) of procedures, four times the number recommended by the Ministry of Health. It is vaginal delivery (27%) of ocorrências. Esses data confirm the Health Ministry of pesquisa (2011), which (52%) of expectant mothers opt for Caesarean section in Brazil. Of course some of these cases happen for medical, but there are also mothers who disregard the normal birth for fear of pain or looking for a faster process, influenced by medical advice.

Conclusion: Thus it concludes that it is necessary for pregnant women seek their right to normal childbirth. Cesarean section, only when really necessary to protect the mother and the baby. A pregnant woman has the right to be informed of the reasons for its failure to opt for the normal delivery.

KEYWORD: Cesarean Delivery. Vaginal childbirth. Medicalization. Health. Pre Natal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. OBJETIVOS	15
1.1.1. Objetivo geral:	15
1.1.2. Objetivos específicos:	15
1.2. Justificativa	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	16
2.1. A trajetória do parto (História)	16
2.2. Parto Vaginal	17
2.3. Parto cesárea	19
2.4. Benefícios do parto vaginal e/ou cesárea	23
2.5. Riscos	25
2.6. Medicalização	26
2.7. A importância do pré-natal	28
2.7.1. Custos	28
2.8. Cobertura de planos	29
2.8.1. Plano de saúde com cobertura obstétrica	30
2.9. Humanização da assistência ao parto no Brasil	31
2.10. O que é apgar e sua importância	32
3. METODOLOGIA	34
3.1. Tipo de pesquisa	34
3.2. Localização da fonte e obtenção do material	35
3.3. Método de estudo	35
3.4. Tratamento dos dados	36
4. ANÁLISE PRELIMINARES DOS RESULTADOS	37
5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXO	56

1. INTRODUÇÃO

Durante um longo período da história somente a mulher era a responsável pelo parto, sendo as parteiras o elemento de fundamental importância durante o nascimento. Essas mulheres eram populares e tinham uma ampla experiência (DINIZ, 2005).

A assistência exercida pelas parteiras, não possuía como alicerce um conhecimento científico sobre anatomia e/ou a fisiologia humana, porém ocorria da forma mais natural possível, sem quaisquer intervenções desnecessárias, que pudessem causar problemas futuros.

A atividade das parteiras, e a mais antiga profissão conhecida, a aceitabilidade da presença e do auxílio e dos conselhos de outra mulher nos partos, contribuía para amenizar a dor e dar mais segurança para mulher e sua família. (MONTENEGRO, 2010).

Era de fundamental importância à atividade das parteiras, além de fazerem o trabalho de parto, auxiliavam as mães de forma a cuidar de seus bebês, como higiene, cuidados com prováveis dores e doenças.

O parto é um dos fenômenos naturais que muitas mulheres irão vivenciar ou já vivenciaram no decorrer de suas vidas. Tal fenômeno caracteriza-se como essencial para a continuação e reprodução da vida sendo naturalmente influenciado pelo meio sociocultural, onde preceitos culturais constroem a visão e forma com que a mulher irá vivenciar o seu processo de parir.

O ato de dar à luz a uma criança, portanto, nunca será simplesmente um processo fisiológico, mas sim um evento que se desenvolve em um ambiente cultural. O bem-estar da parturiente ao dar à luz depende de vários fatores: o ambiente, o acompanhante, o comportamento da equipe, dor, medo, ansiedade ou alguma complicação que possa ocorrer. (UNICEF, 2011).

Dependendo da situação ao qual a mulher é exposta o parto normal pode ser tornar altamente intervencionista, sem acolhimento, feito com a parturiente deitada e cheio de gente na sala. A gestante pode sair dessa experiência com uma visão bem negativa.

A partir do século XX, os profissionais de saúde despertaram para a importância da qualidade da assistência oferecida à saúde da mulher durante o trabalho de parto, já que o mesmo era considerado um processo fisiológico natural, tendo em vista que mulher e criança fossem consideradas saudáveis.

A sociedade passou a perceber esse processo como um intenso sofrimento físico e moral, sendo necessária a intervenção do profissional de saúde, médico e enfermeiro, e a

utilização de instrumentos e medicações que aliviassem o sofrimento materno. (CASTRO & CLAPIS, 2005).

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como eventos médicos, cujos significados científicos aparentemente viriam superar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Dessa forma o parto cesárea entra como o salvador e alívio das dores, pois a operação cesariana traz benefícios às gestantes e recém-nascidos quando sua indicação é bem determinada o que hoje em dia sabemos que não ocorre exatamente assim. As altas taxas de cesariana preocupam pelo uso indiscriminado desse procedimento, que pode trazer riscos para mães e recém-nascidos. (PÁDUA *et al.*, 2010). Historicamente, a cesárea representou uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento.

Muito se debate hoje em dia, que a cesárea vem como controladora da morbidade e mortalidade, por outro lado, já existem evidências suficientes que permitam dizer que não ocorre uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesárea e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para um aumento indiscriminado da prática de cesarianas em todo o mundo ocidental e, particularmente, no Brasil. Também já é conhecido o fato de que traumatismos fetais também ocorrem em cesarianas, especialmente em casos de prematuridade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Entretanto e apesar dessas importantes conquistas, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à saúde das mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem a priori para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o poder social vigente. E, talvez por isso, muitas dessas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da saúde das mulheres, inclusive porque insiste em expropriar da mulher sua autodeterminação. As elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, o uso abusivo da cesárea e a alta prevalência de mulheres esterilizadas ou usando métodos anticoncepcionais inadequados são exemplos claros dessas distorções. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Diante das mudanças e exigências sociais acontecidas com o passar do tempo, foi inevitável o surgimento do movimento pela humanização do parto e nascimento, no final da

década de 80. Esse movimento indicava alterações no padrão de cuidado com o parto hospitalar no Brasil, caracterizado pela medicalização e intervenção médica. Seus requerimentos tinham por fundamento a publicação de 1985 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aprovou os métodos humanizados por meio da medicina fundamentada em comprovações. Além de propor alterações nas rotinas hospitalares recomendava ainda que tecnologias adequadas fossem utilizadas no parto e nascimento, limitando-as às circunstâncias comprovadamente necessárias, como também o incentivo à atuação das enfermeiras (os) obstétrico-obstetras no parto normal (TORNQUIST, 2002).

Apesar das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas e afirmam que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto “normal”, mais comum no Brasil, inclusive em hospitais de ensino, é tecnocrático, centrado no profissional médico em instituição de saúde hospitalar, razão pela qual é também chamado de parto normal hospitalar.

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo geral Apresentar os dados sobre parto vaginal e parto cesárea, realizados no ano de 2013, no Município de Juína - MT.

A escolha pelo tema teve início com as experiências vivenciadas por nós, profissionais da área da saúde que vivenciamos diariamente esse fabrica de cesáreas em nosso município, e a forma com que esses são dirigidos trouxe algumas duvidas sobre o que influência as mulheres a optaram pelo parto cesárea ao parto vaginal.

A realização deste trabalho de conclusão de curso tem como finalidade de informar para resgatar o processo de parto natural, sua história, benefícios e todo processo do ato de parir.

1.1. OBJETIVOS

1.1.1. Objetivo geral:

Apresentar os dados sobre parto vaginal e parto cesárea, realizados no ano de 2013, no Município de Juína - MT.

1.1.2. Objetivos específicos:

- Comparar o número de partos em relação ao Brasil, Centro Oeste, Mato Grosso e Juína;
- Descrever o perfil das mulheres que tiveram seus partos realizados em 2013 em Juína;
- Identificar a prevalência entre os dois partos, riscos e benefícios envolvidos;
- Verificar variáveis no registro do DN (Declaração de Nascido Vivo), que possam explicar a prevalência de um tipo de parto em relação ao outro.

1.2. Justificativa

Dar à luz de forma natural a um bebê saudável é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher, ao menos é isso que todas as mulheres acreditam ser, é indiscutível que a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e após o nascimento podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê, um bom pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento saudável. . Nos dias de hoje em nosso país a realidade tem se mostrado bem diferente, com altos índices de cesáreas aos quais muitos foram realizados por comodidade de ambas as partes tanto paciente como o médico.

O desenvolvimento deste trabalho vem como forma de alerta as mulheres, profissionais e estudantes da área da saúde do Município de Juína - MT, pois a influencia dos mesmos na escolha da realização do parto vaginal ou cesárea é impressindível na decisão das mães.

Dessa forma o trabalho apresentará os dados sobre parto vaginal e parto cesárea, realizados no ano de 2013, no Município de Juína - MT. E para comprovar esses dados, eles serão comparados em relação ao Brasil, Centro Oeste e Mato Grosso. A pesquisa torna-se viável, pois com ao auxilio da DN (Declaração de Nascido Vivo) (ANEXO).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. A trajetória do parto (História)

De modo geral na cultura brasileira, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico que praticavam com as gestantes no parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido).

Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre todos os temas, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio. (BRENES, 1991).

O parto, que antes era visto como um processo fisiológico, com o passar dos anos passou a ser visto como algo patológico. A sociedade passou a perceber esse processo como um intenso sofrimento físico e moral, sendo necessária a intervenção do profissional de saúde, médico e enfermeiro, e a utilização de instrumentos e medicações que aliviassem o sofrimento materno. (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Acredita-se que no Brasil, mais do que qualquer outro país temos a influência do parto realizado pelas indígenas ao qual é cheio de tradições e crenças das quais são obedecidas até os dias de hoje. Quanto às crenças culturais da mulher indígena sobre parto, descreve-se que este é feito de cócoras no domicílio, que é uma posição lógica, certa e fisiológica. Neste caso, a placenta é enterrada no local, de preferência sob o fogão, por ter sido morada do feto que possuía alma divina, não pode ser desprezada ou ingerida por animais. A parteira corta o cordão umbilical, que é a união com Nhanderú (nosso Pai), que se perpetua ao ocorrer o nascimento, com ajuda de uma lasca de bambu (takuára); utiliza-se da tesoura (arruína). Para que o umbigo seque com mais rapidez, colocam-se cinza como secante; os mbya conseguem com a queima de coquinhos de pindó; os kayová e ñandéva queimam o estrume de cavalo ou sabugo de milho. (ROZIN, 2009).

É evidente que nos dias de hoje até os indígenas utilizam dos artifícios médicos para realização de inúmeros procedimentos sendo um deles o parto cesárea, mas somente é realizado em caso de risco da mãe ou bebê.

O primeiro parto cesárea¹ que se tem notícia ocorreu em 1500, em uma pequena cidade suíça chamada *Sigershausen*, e foi realizada por um homem chamado *Jacob Nufer*, em sua própria esposa. Jacob era um homem simples, habituado a castrar porcas, e vendo o sofrimento de sua esposa no momento do parto resolveu auxiliado por mais duas parteiras,

¹ <http://www.brasilecola.com/biologia/cesariana.htm>

fazer ele mesmo o parto a partir de uma incisão no abdome da parturiente. Após a retirada do bebê, Jacob fechou o corte, assim como ele fazia com as porcas que castrava. A mãe se recuperou bem e o parto não causou nenhum problema ao bebê que teve desenvolvimento normal.

Somente no século XVIII é que esse tipo de parto tornou-se uma prática obstétrica, mas era feito somente em casos muito especiais, pois a incidência de morte materna era muito alta. Atualmente o parto cesárea foi aprimorado, tornando-se mais seguro tanto para a mãe quanto para o bebê, sendo feito pelos médicos quando há algum risco de vida para mãe ou para a criança.

No Brasil o parto foi institucionalizado e medicalizado com regra geral, a partir da década de 1950, não sendo acompanhado por uma política de desenvolvimento do setor público de saúde. (BARROS, 2009).

A participação feminina no parto predominou na maioria dos povos primitivos. E, o fenômeno da parturição era indissociável de aspectos místicos e religiosos (OSAVA; MAMEDE, 1995).

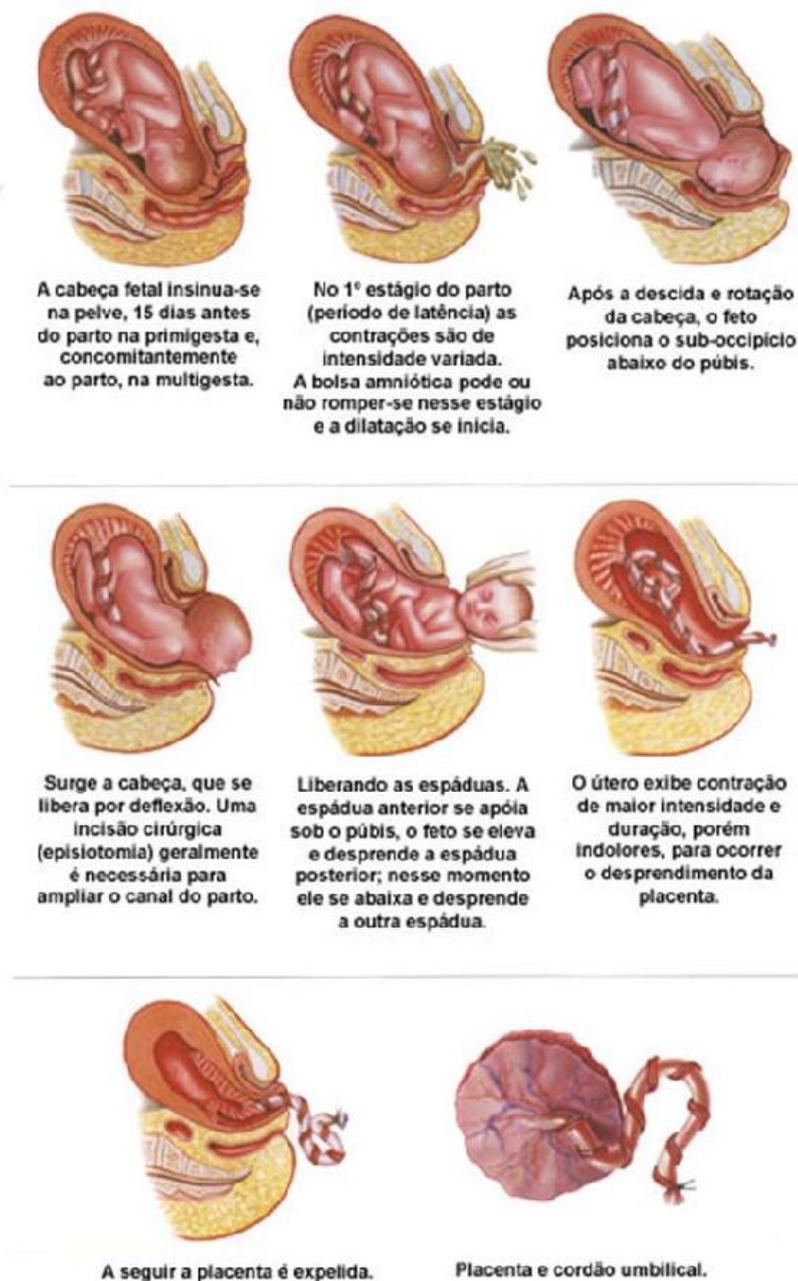
2.2. Parto Vaginal

Definimos parto vaginal/normal como espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim em todo o processo de parir, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS), 1996).

De acordo com Montenegro (2010, pag. 19), Clinicamente o estudo do parto analisa três fases principais (dilatação, expulsão, secundamento), precedidas de estágio preliminar, o período premunitório (pré-parto). Para alguns autores o quarto período também deve ser considerado, pois compreende à hora imediata à saída da placenta.

Fase da dilatação: Primeiro período do parto (ampliação do diafragma cervico-segmentario; Fase da expulsão: Segundo período do parto (passagem do feto pelo diafragma vulvo perineal); Secundamento: (delivramento/ dequitação/ dequitadura) 3º período: expulsão do anexos fetais; 4º período: Primeiras horas do pós-parto (fase de risco para a paciente) (Ministério da Saúde, 2001). Na figura 1, podemos ver de forma mais exemplificada de como o parto vaginal ocorre, passo a passo.

Figura 1 – Fases do Parto Vaginal/Normal



Fonte: Internet (<http://anunes.e-familyblog.com/note/1603/parto-normal.html>)

O parto vaginal e/ou normal não pode ser realizado com dia marcado na agenda, mas o obstetra é capaz de apontar uma semana de maior propensão para o nascimento do bebê, o que ajuda os pais a se prepararem, para a chegada do bebê.

Mas é muito importante que a mulher faça o pré-natal para que ela e o médico saibam se existe algo que impeça o parto normal, como alguma infecção ou alteração no bebê, por

exemplo, mas se estiver tudo bem com a mãe e com o bebê, não existem contra indicações para o parto normal, basta deixar a natureza agir.

Dessa forma no parto vaginal as anestésias regionais são as mais recomendadas por diminuírem a resposta endócrino-metabólica do trabalho de parto. O índice de sucesso para parto vaginal nas mulheres submetidas a uma prova de trabalho de parto é de, no mínimo, 50%; alguns trabalhos mostram cifras de até 70 a 80%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Esses eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor. (SUS, 2014)

2.3. Parto cesárea

O Ministério da Saúde (2001, pag. 33), comenta que historicamente, a cesárea representou uma alternativa para situações extremas, tentando basicamente salvar a vida de fetos, já que raramente as mulheres sobreviviam ao procedimento.

Intervenção cirúrgica que consiste em retirar o feto através da incisão da parede abdominal e do útero. A cesariana está, geralmente, indicada quando existe dificuldade, impossibilidade ou grande risco de vida para a mãe ou para o feto, de realizar o parto por via vaginal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A cesariana é realizada quando o trabalho de parto está contraindicado ou quando não irá se conseguir realizar um parto vaginal, com segurança, num espaço de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna maior do que aquela esperada após o parto vaginal. (BRASIL, 2008)

De acordo com Campana & Pelosso, (2006), o Brasil é hoje um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo e apresenta um aumento crescente de partos cesárea desde a década de 70. Entre 1994 e 1996 o Brasil colaborou com uma das maiores taxas de cesáreas (27,1%) quando comparado a outros países, sendo que as taxas atuais continuam muito elevadas.

No SUS, a taxa de cesáreas é de 28% e na rede privada e suplementar chega a 90% (rede pública). A Organização Mundial de Saúde preconiza que o total de partos cesáreas em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam

indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

Não se pode negar que a cesariana tem possibilitado salvar a vida de várias mulheres com complicações na gestação, porém um procedimento antes só realizado em mulheres mortas para salvar a vida do feto, passou a ser usado muitas vezes sem justificativas adequadas. (CASTRO & CAPLIS, 2005).

Com os progressos que ocorreram nas técnicas cirúrgicas, na anestesia, para o corte da barriga, conforme Figura 2, a hemoterapia, antibioticoterapia e outras áreas afins, a cesárea tornou-se um procedimento técnico bastante seguro. Essa segurança, associada ao alargamento de sua indicação em situações de compromisso das condições de vitalidade, tanto fetais quanto maternas, foi responsável por uma significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir do início da segunda metade deste século. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

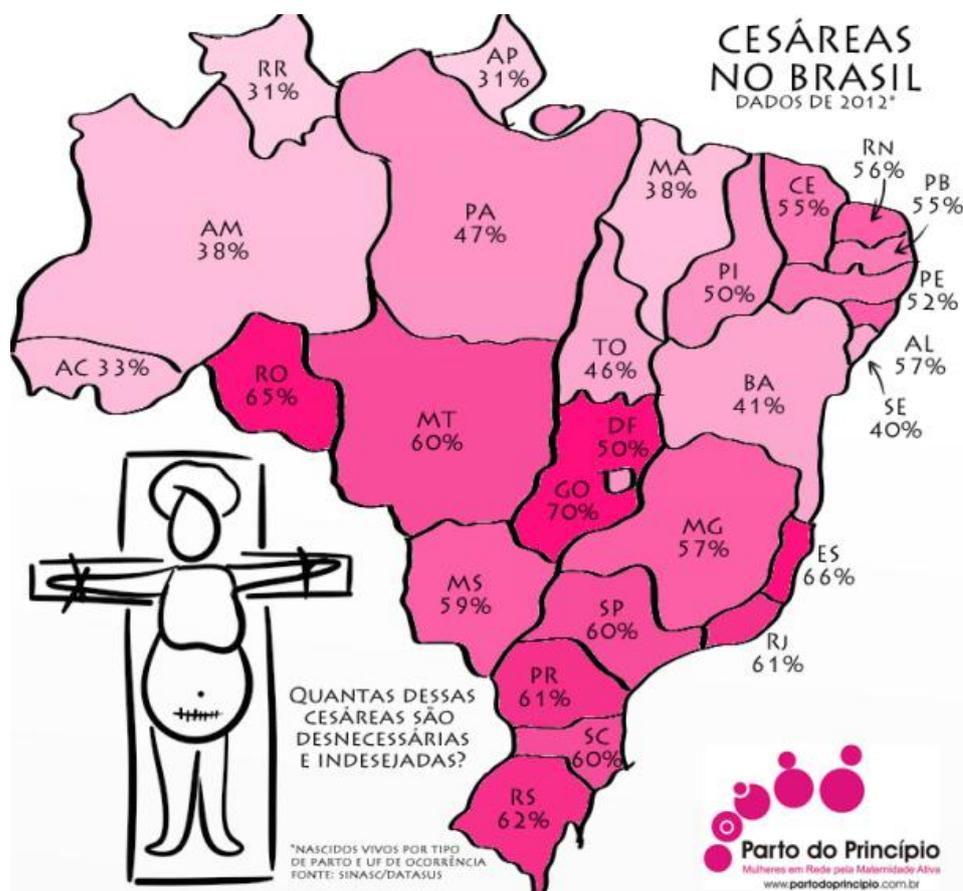
Figura 2 – Procedimentos Parto cesárea comum



Fonte: Internet (<http://adeledoula.blogspot.com.br/2011/10/tipos-de-parto-cesariana.html>)

No Brasil, as cesáreas viraram padrão, apesar das advertências em sentido contrário da Organização Mundial de Saúde. A figura 3 do mapa ilustrativo mostra o percentual de cesáreas no país por estados que se encontram bem acima das normas nacionais que estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesárea, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados.

Figura 3– Mapa ilustrativo com o percentual de cesáreas no país no ano de 2012.



Fonte: Internet (OMS) (Amigas do Parto e Parto do Princípio/ <http://www.partodoprincipio.com.br/>)

Os índices de percentuais de cesáreas são muito acima do permitido isso demonstra a fragilidade ao qual tem se tratado o direito e respeito à mulher isso acontece porque a cesariana é mais rentável para os médicos e é agendada com hora marcada evitando que o profissional tenha que ficar de 5 a 10 horas disponível a uma só paciente, ou mesmo tenha que acordar de madrugada para realizar o parto. Por isso faz-se tanto terror psicológico com a mãe, que passa acreditar que parto normal é a pior coisa do mundo, que ela sentiria dores horríveis e traumas desnecessários fazendo do parto normal uma verdadeira abominação da natureza. E caso a criança queira vir antes da hora, o profissional ao qual a acompanha a nove longos meses acaba sendo o de correr para a maternidade, e o parto será feito por quem estiver de plantão.

Ainda quanto aos motivos que aumentam o número de cesáreas realizadas, destacamos o pouco tempo dedicado pelo médico no acompanhamento do trabalho de parto em função de desempenhar outras atividades médicas em vários hospitais e clínicas, mas o que pesa em sua maioria é o desconhecimento da parturiente em relação ao parto vaginal, falta de

conhecimento da gestante sobre o motivo de indicação da cesárea anterior, a realização de laqueadura tubária durante a cesariana, falta de enfermeiras obstetras para assistir o parto (OLIVEIRA, 2002).

Dessa forma no Brasil, as cesarianas marcadas têm sido priorizadas – sobretudo na rede privada – por questões como a comodidade, já que permitem a compatibilização de agendas entre mães e médicos, e a relativa praticidade do procedimento cirúrgico, que não dura mais de duas horas. Assim comprovasse que estes percentuais elevados podem significar, entre outros fatores, a concentração de partos considerados de alto risco, em municípios onde existem unidades de referência para a assistência ao parto.

As grávidas brasileiras² são convencidas ao longo da gestação a terem seus filhos por cesárea. É o que mostra o estudo Nascer no Brasil - Inquérito sobre Parto e Nascimento, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas, em 266 hospitais de médio e grande porte, localizados em 191 municípios brasileiros. O levantamento ocorreu em 2011.

Do total de mulheres ouvidas, 72% queriam partos normais logo que engravidaram. Os bebês nasceram por cesárea em 52% dos casos. A situação é mais grave na rede particular. Entre as mulheres que esperavam o primeiro filho e foi atendido em hospitais pagos, o índice de mulheres que desejava cesárea era de 36% no início da gestação. Ao fim dos nove meses, essa proporção havia subido para 67%. Ainda que um terço das mulheres quisesse o parto normal, 89,9% tiveram seus filhos pelo método cirúrgico. Entre as mulheres atendidas na rede pública, 15% queriam a cesárea tanto no início quanto no fim da gestação -44% tiveram seus bebês dessa forma.

2.4. Benefícios do parto vaginal e/ou cesárea

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O tipo de parto apresenta uma série de implicações em termos de necessidade e indicação, benefícios representado no Quadro 1, dependendo de cada situação, tempo de realização, complicações e repercussões futuras.

² <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2014/05/29/gravidas-sao-convencidas-a-passar-por-cesarea-diz-estudo.htm>

Quadro 1- Comparativo entre parto vaginal e cesárea

Parto Vaginal	Cesárea
Menor chance de infecções e complicações no parto;	Maior chance de infecções por se tratar de um procedimento evasivo
Recuperação mais rápida e segura da gestante;	O bebê pode ser retirado no momento certo e com rapidez, com dia e horário marcado; Recuperação mais lenta
A ligação entre mãe e bebê é muito maior;	Não há dor durante o parto (a gestante recebe uma anestesia geral)
A dor é realmente intensa, mas já há métodos para amenizá-las	Pode sedear o bebê levando a hipóxia
Quando o bebê passa pela vagina ela exerce uma compressão natural no tórax favorecendo a eliminação do líquido da bolsa amniótica que o bebê tem nas vias respiratórias	Oxitocina, na cesárea ele realizam endovenoso e no parto normal o próprio organismo libera a oxitocina

Fonte: Adaptado a partir do quadro do Ministério da Saúde (2001)

Como preconiza o Ministério da saúde o parto normal trás benefícios tanto para mãe como para o bebê.

O Ministério da Saúde (2001), diz que a gestante, bem como seu companheiro ou acompanhante, devem estar informados e esclarecidos sobre o método escolhido e concordarem com ele. Idealmente toda a equipe profissional deveria estar motivada para os benefícios de um parto vaginal, comparativamente à cesariana, para colaborar com a mulher durante todo este processo.

Diniz e Duarte (2004), todos os estudos rigorosos comprovam que o parto normal é o mais seguro para toda mulher, mesmo os defensores da cesárea por indicações não medicas reconhecem essa realidade.

Conforme indicações do Ministério da Saúde a cesariana não deve ser banalizada, tampouco merece condenação. Sendo uma conquista tanto da medicina como em benefício de mães e bebês, no entanto a cirurgia só deve ser adotada quando há recomendação.

Diniz & Duarte (2004, pag. 35), comentam que: A cesárea é um recurso maravilhoso, eficaz e seguro para diminuir a mortalidade e a morbidade (adoecimento) das mulheres e dos bebês, quando há uma indicação medica adequada para isso.

De acordo com Kunpp, Melo & Oliveira (2008), a cesariana é indicada com a intenção de salvar a vida da mãe e do filho em situação de alto risco, tais como: sofrimento fetal,

apresentação pélvica, hemorragia antes do parto, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), generalidade, diabetes e cesárea de repetição.

2.5. Riscos

Ainda que se considerem também os maiores riscos demográficos de parto por cesárea associados, por exemplo, à idade materna precoce ou elevada, ou ainda à paridade baixa ou muito elevada, nem todo o conjunto de possíveis indicações médicas para o parto cesárea consegue explicar a epidemia de partos operatórios abdominais em nosso país. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Como mostra o Quadro 2, os riscos ligados ao parto cesárea são maiores e mais tanto para mãe como para o bebê.

Quadro 2 - Riscos potenciais associados ao tipo de parto normal/cesárea

Riscos	Parto Vaginal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho do Parto	Variável. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia.	Idem (parto normal)
Dor na hora do parto	Maior	Menor
Complicações	Menos frequentes	Mais frequentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Ministério da Saúde (2001)

O Ministério da Saúde vem tentando aumentar o número de partos vaginais, já que riscos e sequelas são bem menores do que o parto cesárea, essa transformação da cirurgia em algo corriqueiro preocupa o governo.

Mas no parto vaginal o problema pode ocorrer quando a mulher sofre uma episiotomia ou fórceps (é uma incisão efetuada na região do períneo, área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto e prevenir que ocorra um rasgamento irregular durante a passagem do bebê, prejudicando as estruturas dos lábios internos, externos, sua musculatura, tecido erétil, vasos e nervos, pois a saúde dos músculos pélvicos é fundamental para manter a

integridade e o bom funcionamento da vagina e da uretra {...} (DINIZ & DUARTE, 2004, pag.50 e 51).

Já o risco da realização da cesárea ocorre quando ela não é indicada por razões medica dessa forma ela aumenta o risco da mulher e do bebê adoecer ou morrer, se comparado ao parto vaginal. (DINIZ & DUARTE, 2004)

O Ministério da saúde (2001) cita que apesar da redução dos riscos associados ao procedimento cirúrgico nas últimas décadas, mesmo nos países onde a mortalidade materna é reduzida, o risco relativo de morte materna é ainda mais elevado na cesariana que no parto normal. Além das causas tradicionais de morte materna em países em desenvolvimento, notadamente a hemorragia e infecção, no caso específico da cesárea, a exemplo do que acontece em países desenvolvidos, há também a contribuição da embolia pulmonar e dos acidentes anestésicos como causa de óbito materno.

Dessa forma deve ser claro para a gestante que a cesariana apresenta riscos inerentes ao ato cirúrgico, além de aumentar o tempo de recuperação da puerperal e influenciar no aumento da taxa de mortalidade materna e neonatal, uma vez que a chance da mulher morrer na cesariana é seis vezes maior que no parto normal, principalmente considerando que a possibilidade de contrair uma infecção ou ter uma hemorragia é muito maior (KUNPP; MELO & OLIVEIRA, 2008).

2.6. Medicalização

A medicalização do parto implantou na sociedade a ideia de um processo patológico. Estudos realizados demonstram que o uso abusivo dessas práticas, somados as intervenções de cesarianas sem justificativa, puramente por desejo do médico e/ou paciente, tem causado o aumento dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. (CASTRO & CLAPIS, 2005).

Hoje é costume disseminado entre os médicos o uso de medicamentos como antiinflamatórios indicados como analgésicos. Tal medida não se justifica a luz da fisiologia, pois a inflamação é processo natural de defesa do organismo e os antiinflamatórios podem apresentar alguns efeitos colaterais graves como a Insuficiência Renal Aguda. Por isso, analgésicos comuns devem ser de escolha, apenas quando necessários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde a medicalização Quadro 3, do corpo feminino – que "trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em

distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico" – é uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura.

Quadro 3 - Relação de medicamentos essenciais e podem ser necessários na atenção pré-natal, ao parto e Puerpério.

Medicamentos	USO	Apresentação RENAME
Antieméticos (Metoclopramida)	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/ml Sol. inj. 5 mg/ml
Antiácidos	Azia	Comp. Mastigável 200 mg + 200 mg Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/ml
Sulfato ferroso,	Anemia	Comp. revest. 40 mg Sol. oral 25 mg/ml
Ácido fólico	Anemia, prevenção defeitos tubo neural e anemia megaloblástica.	Comp. 5 mg
Dimeticona/ simeticona	Gases	Comp. 40 mg Comp. 120 mg
Supositório de glicerina	Prisão de ventre	1 supositório -2,92g contém 2,68g de glicérol.
Analgésicos / antitérmicos, Antiinflamatórios e opiáceos	Analgésico, antitérmico	Comp. 500 mg Sol. oral 100 mg/ml
Antibióticos	Infecções	Receita medica
Anti-hipertensivos	Hipertensão	Receita medica
Anticonvulsivantes,	Estabilizante de humor ou antiepilético	Receita medica
Crems vaginais	Infecção por cândida	Receita medica
Hioscina/ butilescopolamina	Cólicas	Comp. 10 mg

Fonte Ministério da saúde (2001)

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar e outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais.

A medicalização do parto é uma experiência vivenciada pela maioria das brasileiras. No parto normal podem ocorrer inúmeras intervenções desnecessárias e dolorosas, dessa forma a cesárea acaba sendo a única alternativa indolor. As intervenções facilitam o trabalho do obstetra, porém causam danos sérios aos neonatos e suas mães. (OMS, 1996).

2.7. A importância do pré-natal

O aumento das compreensões sobre os pré-natais tem melhorado muito o trabalho no momento do parto.

O pré-natal é o principal norteador quanto à escolha do parto pela gestante, sua expectativa em relação ao parto está intimamente relacionada ao modo como as informações sobre o assunto são disponíveis ou chegam até ela, sendo assim a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência como um instrumento educativo de grande potencial, fortalecendo vínculos da equipe profissional com os usuários (gestante ou casal), para estabelecer em conjunto onde e por quem o parto será realizado e conhecer as possíveis alternativas da assistência em situações normais e no caso de surgirem complicações (OLIVEIRA, 2002).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. (O MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

2.7.1. Custos

A cesariana é considerada um procedimento mais vantajoso para a instituição e para o profissional. Uma das principais reivindicações dos médicos é de implantação de uma tabela de remuneração diferenciada para partos normais e cesárias.

O Ministério da Saúde³ informou que 84% dos partos realizados na rede privada são cesarianas (dados de 2012) e que o procedimento, quando não tem indicação, pode trazer riscos desnecessários para a saúde da mãe e do bebê. O ideal seria que apenas 15% dos partos fossem cirúrgicos. Em média, 55,6% dos 2,9 milhões de partos realizados anualmente no País são cirúrgicos, mas essa média só baixa porque no Sistema Único de Saúde (SUS) eles representam 40%.

Considerando as dificuldades para a redução real das taxas de cesárea, a Portaria 466 estabelece que os hospitais, sob a coordenação estadual, poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico a fim de atender as mulheres com segurança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quadro 4 - Custos com partos normal/cesárea no Plano de saúde, particular e SUS.

Custos	Parto normal	Cesárea
Plano de saúde	574,00	541,00
Particular	2.000,00 a 3.500,00	4.000,00 a 5.800,00
SUS	317,39	443,68

Fonte: Criada pelo autor (Dados com base em informações do Ministério da saúde; Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS)).

As vantagens do parto normal se estendem além da questão financeira. Pois no caso dos hospitais privados é mais difícil dimensionar essa diferença, uma vez que o valor de cada tipo de parto varia de acordo com a diária hospitalar cobrada. Há, ainda, o custo do tratamento das complicações, bem mais frequentes no parto operatório, o Plano de saúde tem a vantagem de um percentual ser pago pela cobertura do plano contratado ao qual será definido pelo contrato que a gestante e /ou dependente tiverem com o operador do plano.

2.8. Cobertura de planos

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁴ esta aberta para receber Sugestões e documentos para a Consulta Pública sobre as medidas para promover o Direito de Acesso à Informação para as mulheres e medidas para a utilização de partograma, distribuição do Cartão da Gestante com a Carta de Informação à Gestante.

³<http://www.partodoprincipio.com.br/#!Planos-de-Saúde-e-Cesáreas-Consulta-Pública-da-ANS/cmbz/3407193A-4654-43D1-BF2D-5A2469A427A1>

⁴<http://www.partodoprincipio.com.br/#!Planos-de-Saúde-e-Cesáreas-Consulta-Pública-da-ANS/cmbz/3407193A-4654-43D1-BF2D-5A2469A427A1>

No setor privado, os percentuais que temos de partos cesáreas deveriam ter de partos normais. Respeitar a mulher é, acima de tudo, disponibilizar a ela todas as informações sobre o parto normal e fazer com que o parto cirúrgico seja adotado apenas quando indicado. Essas medidas foram tomadas a partir de uma Audiência Pública realizada em agosto de 2014, referente a uma denúncia realizada pelo Parto do Princípio em 2006.

2.8.1. Plano de saúde com cobertura obstétrica

A Resolução normativa da ANS nº 211, de 11 de janeiro de 2010 dispõe os tipos de plano de saúde que podem ser oferecidos, e dentre eles está o Plano Hospitalar com Obstetrícia. São as regras do referido plano, definidas no artigo 19:

Art. 19 O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, das assistências ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura das despesas, incluindo paramentação, acomodação e alimentação, relativas ao acompanhante indicado pela mulher durante:

a) pré - parto;

b) parto; e

c) pós-parto imediato por 48 horas, salvo contraindicação do médico assistente ou até 10 dias, quando indicado pelo médico assistente;

II – cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto;

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 1º Revogado. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011)

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado nos Anexos, este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução. (Redação dada pelo art. 2º da RN nº 262, de 02/08/2011).

2.9. Humanização da assistência ao parto no Brasil

A Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH) foi criada em 2003. Direito ao parto humanizado e assistência de qualidade. A opção por acompanhante e a escolha de quem deve ser essa pessoa são decisões e direitos exclusivos da gestante. Algumas instituições contam com voluntárias — as doulas — que dão apoio físico e emocional às mulheres e ao acompanhante durante o trabalho de parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Para isso, levou-se – e ainda se leva – em consideração experiências produzidas por todo território brasileiro. A partir dessa cartografia, ou seja, da articulação de um movimento de seguir processos potentes de produção de saúde em curso e de experimentar as indicações tracejadas por meio desse acompanhamento, foram construídos: seu método propriamente dito bem como seus princípios (indissociabilidade entre atenção e gestão; transversalidade como ampliação do gradiente de comunicação para além de corporativismos e hierarquias; e fomento ao protagonismo de sujeitos e coletivos), suas diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2008).

O bem-estar da parturiente ao dar à luz depende de vários fatores: o ambiente, o acompanhante, o comportamento da equipe, dor, medo, ansiedade ou alguma complicação que possa ocorrer. (UNICEF, 2011).

De acordo com a UNICEF (2011, pag. 45):

Em geral, todo parto pode ser por via vaginal e natural (ou humanizado). No Brasil, são feitas muitas cesarianas desnecessárias. Mas elas só devem ser realizadas quando há risco para a mãe ou para o bebê. Ao acompanhar um parto, o profissional da saúde deve ter três objetivos: 1 avaliar e garantir o bem-estar da gestante; 2 avaliar e garantir o bem-estar do bebê; 3 avaliar se o trabalho de parto está evoluindo bem. {...}(UNICEF, 2011, pag. 45).

No Brasil a busca pela humanização do parto iniciou-se quando as pessoas envolvidas com o processo de nascer começaram a se questionar se prática assistencial tecnocrática realmente trazia maior segurança a parturiente. Muitos autores e organizações não governamentais começaram a demonstrar preocupações com o excesso da medicalização e métodos interventivos que envolviam a assistência ao parto vigente. (DIAS, 2008).

2.10. O que é apgar e sua importância

Este índice foi criado por uma anestesista inglesa, Dra. Virgínia Apgar⁵, na década de 50. É o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina, avaliando suas condições de vitalidade. Consiste na avaliação de cinco itens do exame físico do recém-nascido, com 1, 5 e 10 minutos de vida. Os aspectos avaliados são: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se as notas de cada item e temos o total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima de 10.

O primeiro minuto de vida do bebê é de adaptação ao novo ambiente, assim sendo o quinto minuto de vida é o mais importante nesta avaliação.

Normalmente nos primeiros momentos de vida os pés e as mãos do recém nascido ficam arroxeados, podendo alterar o resultado do Apgar, mas sem significar dano importante à criança. Portanto, torna-se importante ressaltar, que o índice de Apgar não é absoluto. Ele indica alterações do bem estar da criança, que devem ser acompanhadas e analisadas pelos médicos, mas que não são obrigatoriamente representativas de danos permanentes (BERTOLDI, 2015).

Quadro 5- Índice de Apgar

Pontos	0	1	2
Frequência Cardíaca	Ausente	<100/min	>100/min
Respiração	Ausente	Fraca/irregular	Forte/choro
Tônus muscular (mov. do bebê)	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimentos ativo/Boa flexão
Cor	Pálido (arroxeadado)	Cianose de extremidades (mãos e pés)	Rosado
Irritabilidade Reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros/Choro

Fonte: Ministério da Saúde 2001.

Uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve.

⁵ http://www.uff.br/dicamep/escala_de_apgar.htm

De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia (falta de oxigenação). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quando o bebê nasce ele é mostrado para mãe e levado pelo pediatra para uma câmara aquecida (pois a pele do bebê é muito fina e ele perde muito calor), onde é retirada com panos aquela substância branca que nasce com o bebê. Além disso, o pediatra avalia a cor, a frequência cardíaca e respiratória e se o recém-nascido está ativo. Com um minuto de nascido o pediatra dá uma primeira nota avaliando a vitalidade do bebê, esta nota é chamada de apgar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

3. METODOLOGIA

O município de Juína, apresenta o quadro da realidade nacional sobre a epidemia nacional de cesáreas e considerando os altos índices que ocorrem, pretendeu-se desenvolver e apresentar os seguintes objetivos:

De forma descritiva. Apresentar os dados sobre parto vaginal e parto cesárea realizados no ano de 2013, no Município de Juína - MT.

Com os objetivos específicos buscou-se: Comparar o número de partos em relação ao Brasil, Centro Oeste, Mato Grosso e Juína; Descrever o perfil das mulheres que tiveram seus partos realizados em 2013 em Juína; Identificar a prevalência entre dois partos, riscos e benefícios envolvidos; Identificar variáveis no registro do DN (Declaração de Nascido Vivo) (ANEXO), que possam explicar a prevalência de um tipo de parto em relação ao outro.

3.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa documental foi realizada por meio dos dados fornecidos pelo Polo Regional de Saúde do Município de Juína – MT. Os dados selecionados sobre os partos no município de Juína foram do período de 2013, pois os dados de 2014 se encontram incompletos na tabela de controle interno do Município. Na pesquisa documental, parte-se de um amplo e complexo conjunto de dados para se chegar a elementos manipuláveis em que as relações são estabelecidas e obtidas as conclusões.

De acordo com Gil (2002, pag.62-3), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes.

Sendo uma técnica decisiva para a pesquisa em ciências sociais e humanas a pesquisa Documental é muito parecida com a bibliográfica. A diferença está na natureza das fontes, pois esta forma vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc. (GIL, 2008).

3.2. Localização da fonte e obtenção do material

Os dados foram coletados com o responsável do Polo Regional de Saúde do Município de Juína – MT. Os dados foram coletados por meio do sit. disponível em: <http://appweb3.saude.mt.gov.br/dw/pesquisa/detalhe>. Acesso no dia 24 de fevereiro de 2015 às 15h26min, que foram salvos em uma planilha do Excel para que fosse feito o cruzamento e a análise.

3.3. Método de estudo

O método da pesquisa foi o quantitativo, pois o mesmo é importante para garantir a precisão dos resultados, evitando assim, distorções de análise e interpretação, permitindo uma margem de segurança com relação a possíveis interferências (GIL, 2002).

A escolha do método de pesquisa levou em consideração os objetivos propostos pelo estudo, pois o excesso de cesarianas no país é preocupante, isso evidencia algumas práticas que podem trazer sérios riscos à mãe e ao bebê. A cesariana é indicada apenas em casos de emergência e que ofereça riscos de vida. Isso é o que preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS), que indica que a taxa ideal de cesariana é de até 15%. Mas a taxa de cesariana no Brasil é de 52%.

Os dados foram retirados do formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II é utilizado como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei no 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

O preenchimento do formulário tem o propósito de coletar informações, produzindo dados sobre a ocorrência dos nascimentos, dados da mãe, da gestação, do parto e do recém-nascido, permitindo conhecer o perfil dos nascidos vivos tais como peso ao nascer, condições de vitalidade, prematuridade, além da idade materna, entre outros que somam um total de 52 itens para preenchimento.

Para a análise e desenvolvimento deste trabalho optou-se somente pelos seguintes dados: tipo de parto, apgar, estabelecimento da ocorrência, situação conjugal, idade, ocupação habitual e tipo de gravidez.

Foram excluídos 45 itens, pois na base de dados do Sistema de registro do município não há informações disponíveis para acesso e transcrição dos mesmos.

3.4. Tratamento dos dados

Os dados preliminares foram analisados em forma tabelas e gráficos e como forma de sistematizar e organizar a fase da análise de dados gerais, os mesmos serão importados no SPSS 20.0 e será realizado cruzamento entre as variáveis de forma a responder a questão de pesquisa.

4. ANÁLISE PRELIMINARES DOS RESULTADOS

Nesta etapa apresenta se a discussão das preliminares dos resultados desta análise documental, com o intuito de caracterizar e conhecer os dados de incidência e características de cesáreas e partos normais no Município de Juína – MT no ano de 2013.

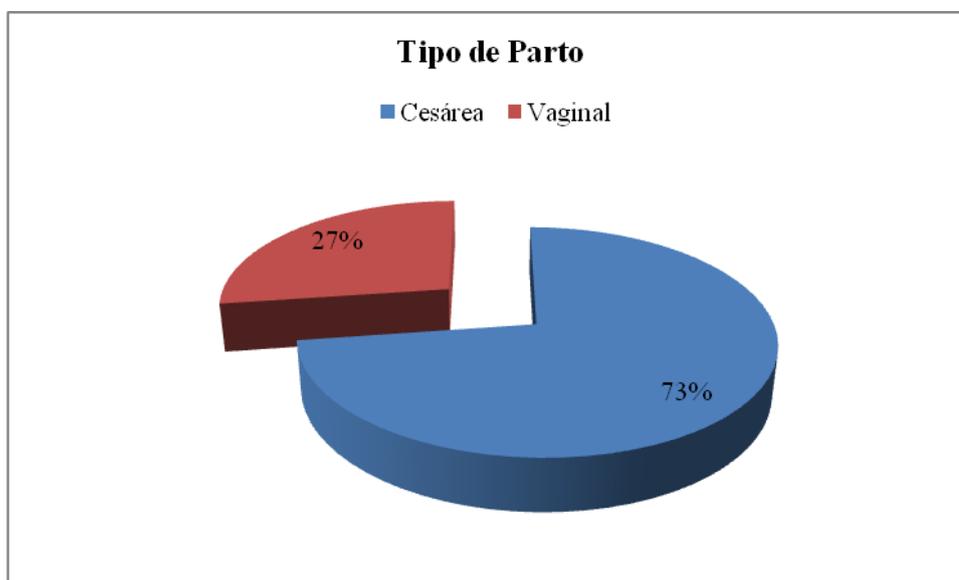
O tabela 1 apresenta a quantidade de partos vaginais e cesáreas que foram realizados no ano de 2013.

Tabela 1 – Tipo de Parto Cesárea/Vaginal

Tipo de parto	N	%
Cesárea	454	73,0
Vaginal	170	27,0
Total	624	100,00

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Gráfico 1 - Representação da tabela 1



Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme a tabela 1, podemos verificar que o parto cesárea tem altos índices de ocorrência em nosso município de 624 partos realizados no ano de 2013, 454 foram cesáreas e somente 170 foram cesareas. Dessa forma o Graf. 1 representa que (73%) dos procedimentos, quatro vezes o número recomendado pelo Ministério da Saúde. Já o parto vaginal representa (27%) das ocorrências.

Esses dados confirmam a pesquisa do Ministério da saúde (2011), que (52%) das futuras mães optam pela cesariana no Brasil. Claro que alguns desses casos acontecem por ordem médica, mas há também as mães que desconsideram o parto normal por medo da dor ou em busca de um processo mais rápido, influenciada pela opinião médica.

O estado do Mato em 2013, por exemplo, foram registrados 52.992 mil nascimentos, sendo 31.973 mil pela rede pública e 21.019 pela rede suplementar. No SUS foram 18.456 mil partos normais (57,7%), contra 13.517 mil partos cesáreos (42,3%), e na rede suplementar foram 18.656 mil cesáreos (88,6%) e 2.363 mil naturais (11,2%). (SINASC/SES 2014).

Tabela 2 - Estabelecimento de Ocorrência/Tipo de Partos

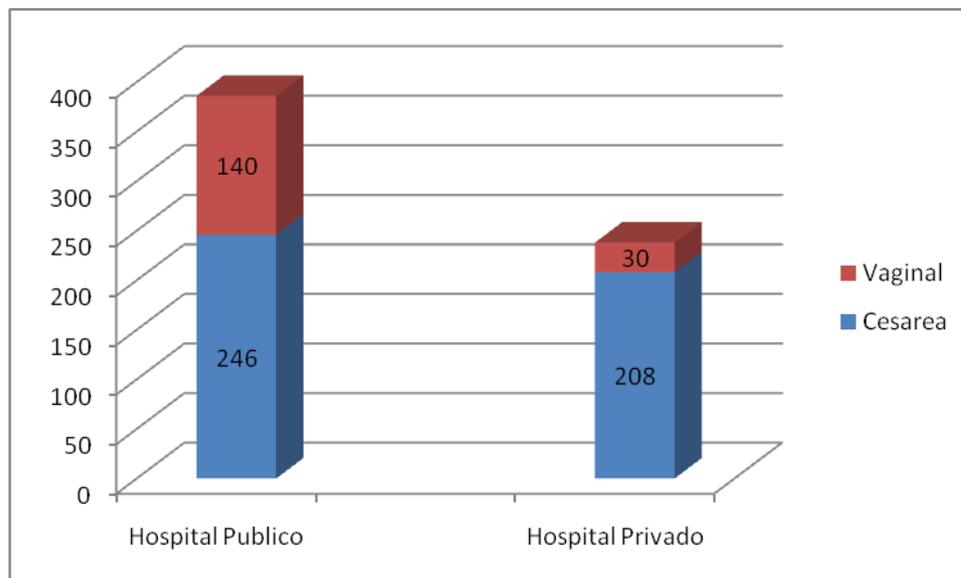
Tipo de parto	Cesárea	%	Vaginal	%	n	Total (%)
Estabelecimento das ocorrências						
Hospital Público	246	39,00	140	23,00	386	62,0
Hospital Privado	208	33,00	30	5,00	238	38,0
Total	454	72,00	170	28,00	624	100,0

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

De acordo com a tabela 2, (62%) das ocorrências foram realizadas no hospital publico, sendo que (39%) foram de cesareas e (23%) foram partos vaginais.

Na rede privada onde ocorreram (38%) das ocorrências, o quadro de cesareas torna-se ainda mais elevado de 238 mulheres, 208 (33%) optaram pela cesárea, e somente (5%), ou seja somente 30 parturientes escolheram parir seus filhos de forma natural.

Atraves do Grafico 1 e possivel verificar de forma mais clara a distribuição dos dados representativos das ocorrências tanto na rede privada como na publica.

Gráfico 2 – Distribuição de dados, criado através da tabela 2

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

De acordo com o Gráfico 1, foram realizados 140 partos vaginais na rede Pública e 30 na rede privada, já as cesáreas foram 246 na rede pública e 208 ocorrências na rede privada, os dados apresentados refletem a realidade nacional de epidemias cesáreas, no entanto, não se pode aceitar um aumento de cesáreas sem indicação precisa, pois é sabido que este procedimento cirúrgico, comparativamente ao parto vaginal, associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A UNICEF (2011, pág. 41) preconiza que as gestantes precisam reivindicar seu direito ao parto normal. Cesariana, só quando for realmente necessária para proteger a gestante e o bebê. A gestante tem o direito de ser informada sobre as razões que a impedem de optar pelo parto normal.

Ministério da saúde (2014) comenta que hoje no país, 52% dos partos são feitos por cesarianas - enquanto o índice recomendado pela OMS é de 15% -, o Brasil é o país recordista desse tipo de parto no mundo. Na rede privada, o índice sobe para 83%, chegando a mais de 90% em algumas maternidades. A intervenção deixou de ser um recurso para salvar vidas e passou, na prática, a ser regra.

Tabela 3 – Estado civil / Partos Vaginal e Cesárea

Estado Civil	Parto Vaginal	%	Parto Cesárea	%	N	Total (%)
Casada	28	4,00	150	24,00	178	29,0
Separada Judicial.	2	1,00	3	1,00	5	1,0
Solteira	93	15,00	238	38,00	331	52,0
União Consensual	46	7,00	62	9,00	108	17,0
Viúva	1	1,00	1	1,00	2	1,0
Total	170	27,00	454	73,00	624	100,0

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme representa a tabela 3, (52%) das parturientes são mães solteiras, das quais (38%) optou pelo parto cesárea, seguida de 29% casadas, onde (24%) também optaram pelo parto cesárea, 17% em união consensual e 1% viúva e 1% separadas judicialmente.

O maior índice é representado pelas mães solteiras e não há dados oficiais no Brasil sobre o número de mães solteiras, mas, segundo levantamentos do IBGE em 2009, entre as famílias com filhos, 26% tem como referência alguém do sexo feminino e sem cônjuge.

Mesmo tendo todo reconhecimento dentro da legislação, as mães solteiras ainda, são marginalizadas e criticadas pela sociedade. Esta ambiguidade, onde a lei reconhece, mas a sociedade não decorre do fato de ser a sociedade brasileira extremamente tradicionalista a moral dos bons costumes.

Contudo, tal situação tende a mudar, pois já se percebe um abrandamento dos costumes, através da defasagem do casamento e a aceitação de que família são pessoas e não somente um homem uma mulher e filhos (SANTOS & SANTOS, 2009).

Tabela 4 – Faixa etária e estado civil

Faixa Etária	Estado civil										Total	%
	Casada	%	Separada	%	Solteira	%	União consensual	%	Viúva	%		
10 a 14	1	1,0			3	1,0	2	1,0			6	1,0
15 a 19	20	3,0			115	18,0	22	3,0			157	25,0
20 a 24	45	7,0			86	13,0	30	5,0			161	26,0
25 a 29	60	10,0	1	0,16	88	14,0	37	6,0			186	30,0
30 a 34	32	5,0	3	0,48	24	4,0	11	2,0	1	0,16	71	11,0
35 a 39	13	2,0			10	2,0	5	1,0	1	0,16	29	5,0
40 a 44	7	1,0	1	0,16	5	1,0	1	1,0			14	2,0
Total	178	28,0	5	0,80	331	53,0	108	19,0	2	0,32	624	100,00

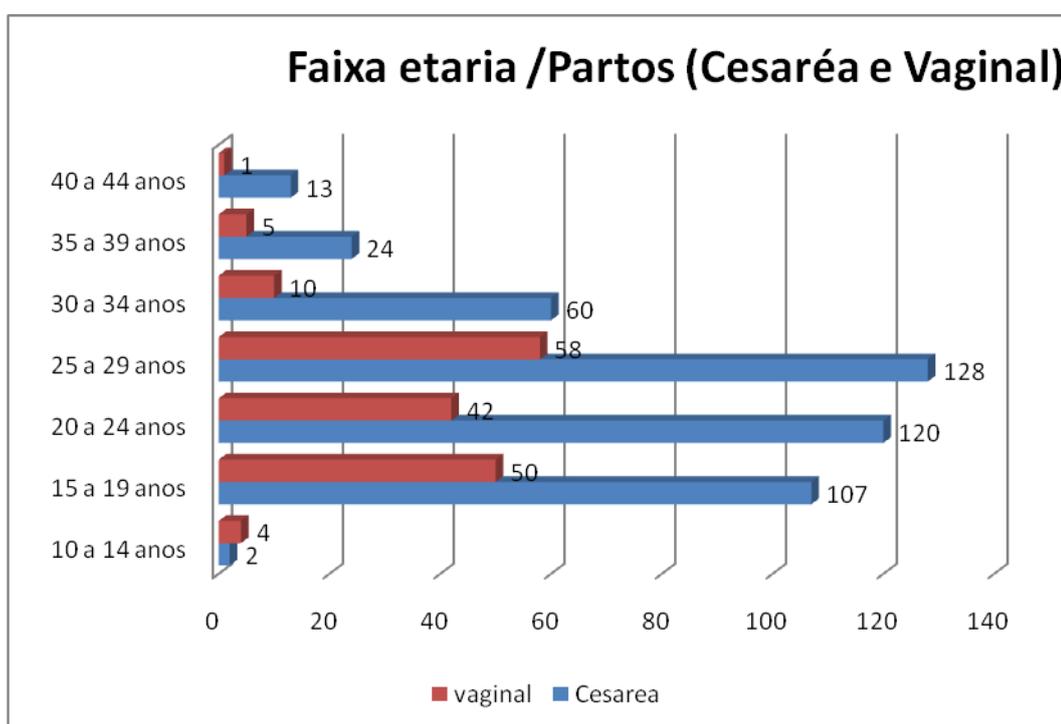
Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme os dados apresentados na tabela 4 o maior número de maes tem idade media entre 15 a 19 anos representando (19%), sendo as mesmas maes solteiras, (14%) são representadas por mulheres tambem solteiras com idade entre 25 a 29 anos. No geral as maes entre 25 a 29

anos representam (30%). Os dados apresentados vem enfatizar a realidade nacional onde cada vez mais mulheres solteiras tem se tornado responsavel unicas por seus filhos e lares.

O alto índice de mulheres no Brasil (27,4%) entre os 328 mil jovens de 15 a 19 anos responsáveis por domicílios. A proporção de mulheres neste grupo é bastante elevada em relação às outras faixas etárias. Basta dizer que, na faixa dos 20 aos 29 anos, a taxa é menor (16,6%). Por isso, pode-se concluir que, no primeiro grupo etário há muitas jovens mães solteiras e arrimo de família, principalmente, em áreas mais carentes. (IBGE, 2002)

Gráfico 3 – Demonstrativo tabela 4



Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

De acordo com os resultado apresentados no Graf. 3 128 mulheres entre 25 a 29 anos optaram pelo parto cesárea, seguida por 120 na faixa etaria entre 20 a 24 anos e sequencialmente 107 mulheres com 15 a 19 anos tambem optaram pelo parto cesárea.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após leituras e reflexões das pesquisas realizadas, foram desenvolvidas algumas etapas para elaboração desta obra, a fim de identificar incidência e características de cesáreas e partos normais.

Para a análise e apresentação de resultados e discussão foi utilizado os dados preliminares que foram analisados em forma de gráfico de barras e como forma de sistematizar e organizar a fase da análise de dados gerais, os mesmos foram importados no SPSS 20.0 e realizou se o cruzamento entre as variáveis de forma a responder a questão de pesquisa.

O quadro 6 demonstra a análise do Apgar de primeiro minuto que é considerado como um diagnóstico da situação presente, índice que pode traduzir sinal de asfixia e da necessidade de ventilação mecânica.

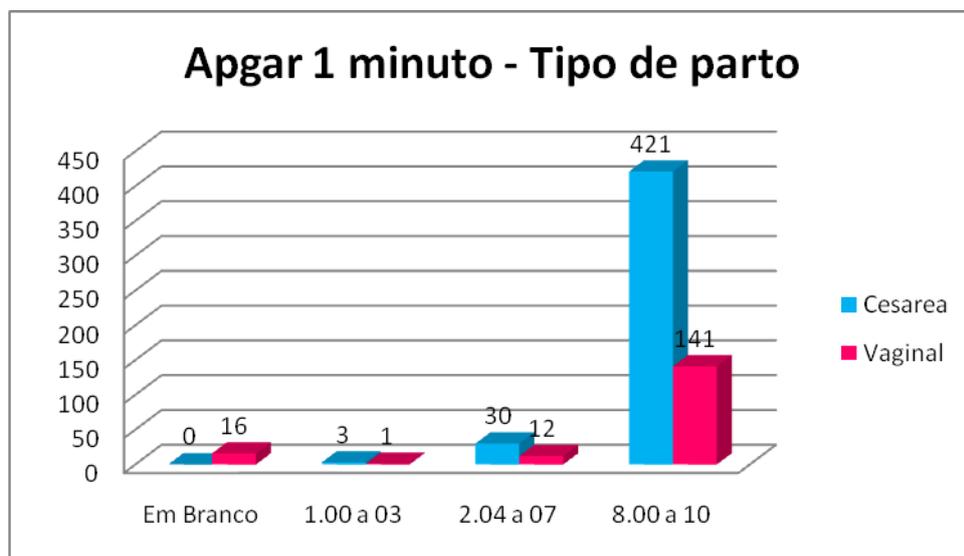
Quadro 6 - Apgar 1 minuto diagnóstico da situação presente

Apgar 1 minuto - Tipo de parto			
	Cesárea	Vaginal	Total
Em Branco	0	16	16
1.00 a 03	3	1	4
2.04 a 07	30	12	42
2.08 a 10	421	141	562
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Quando o bebê nasce, inicia se a contagem do tempo o índice de Apgar no primeiro minuto de vida da criança. Observa-se no quadro 6, que tiveram 3 nascidos por parto cesárea e um vaginal com notas 0 a 3 que pode ser considerado alguma dificuldade de ordem grave. Seguidos de 30 cesáreas e 12 partos vaginas com notas de 4 a 7, que são consideradas que o bebê teve uma dificuldade leve. O maior número de partos cesáreas 421 seguidos de 141 partos vaginas obteve apgar de 8 a 10, representando a ótima condição de nascimento do bebê.

Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia (falta de oxigenação). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Figura 4 Análise quadro 6 com demonstrativo dos apgar no primeiro minuto e tipo de parto.

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade de ordem grave. Se estas dificuldades persistirem durante alguns minutos sem tratamento, pode levar a alterações metabólicas no organismo do bebê gerando uma situação potencialmente perigosa, a chamada anóxia (falta de oxigenação). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quadro 7 – Apgar 5 minuto – Tipo de Parto

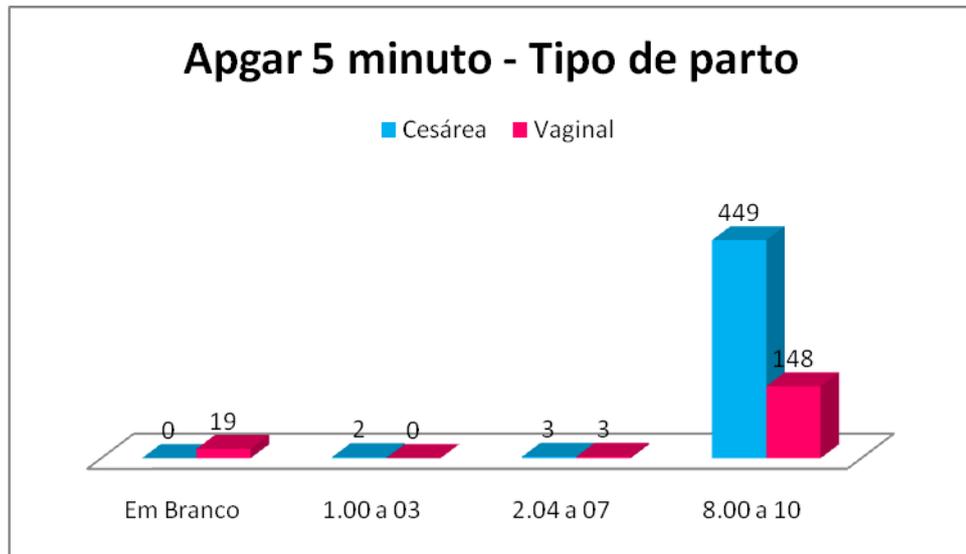
Apgar 5 minuto - Tipo de parto			
	Cesárea	Vaginal	Total
Em Branco	0	19	19
1.00 a 03	2	0	2
2.04 a 07	3	3	6
8.00 a 10	449	148	597
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme vemos no quadro 7, que 19 nascidos vivos por parto vaginal não foram transcritas para a ficha os dados do apgar, 2 nascidos por parto cerárea apresentaram nota de 0

a 3 o que significa uma dificuldade de ordem grave, 3 nascidos de cesárea e 3 de parto vaginal apresentaram nota de 4 a 7 traduzindo uma dificuldade de forma moderada, seguidos de 449 nascidos por cesárea e 148 por parto vaginal com notas de 8 a 10 que significa que o bebê nasceu em ótimas condições.

Figura 5 - Análise Quadro 7 - Apgar 5 minuto e Tipo de parto gráfico



Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

O Apgar de quinto minuto e o de décimo minuto são considerados mais acurados, levando ao prognóstico da saúde neurológica da criança (seqüela neurológica ou morte).

No momento do nascimento, este índice é útil como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido e orientar nas medidas a serem tomadas quando necessárias. As notas obtidas nos primeiro e quinto minutos são registrados no “Cartão da Criança” e nos permitem identificar posteriormente as condições de nascimento desta criança (se ela nasceu sem asfixia ou com asfixia leve, moderada ou grave). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Quadro 8 - Estabelecimento de Ocorrência * Tipo de parto

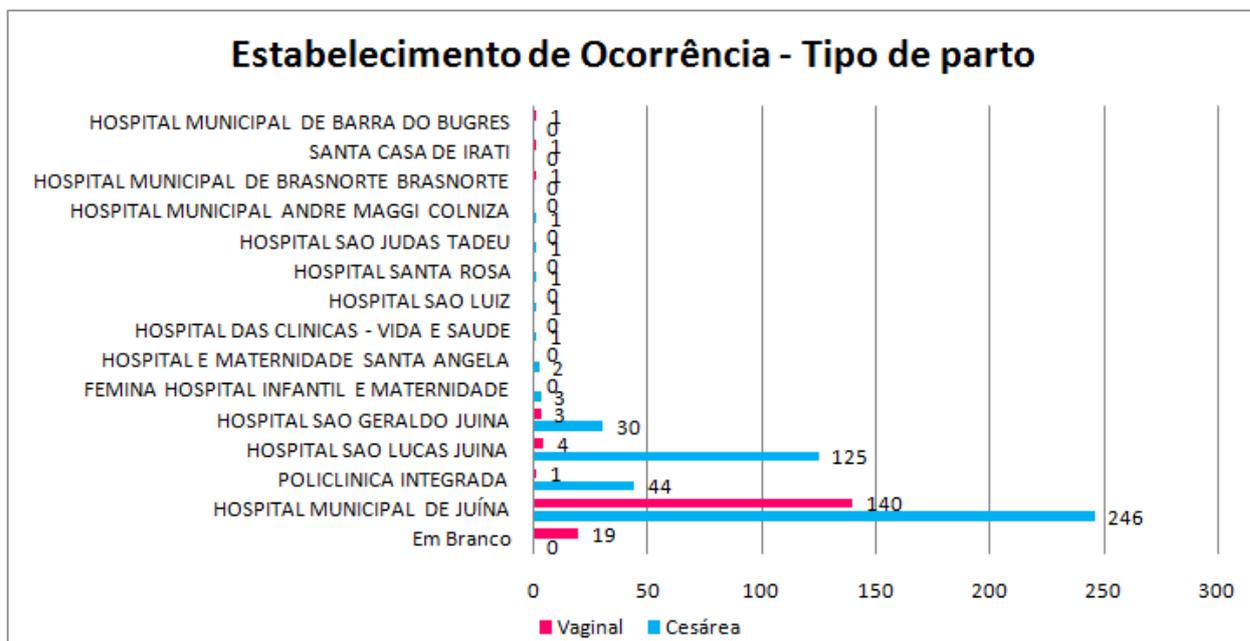
Estabelecimento de Ocorrência * Tipo de parto			
	Cesárea	Vaginal	Total
1. Em Branco	0	19	19
2. HOSPITAL MUNICIPAL DE JUÍNA	245	140	385
3. POLICLINICA INTEGRADA	44	1	45
4. HOSPITAL SAO LUCAS JUINA	125	4	129
5. HOSPITAL SAO GERALDO JUINA	30	3	33
6. FEMINA HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE	3	0	3
7. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ANGELA	2	0	2
8. HOSPITAL DAS CLINICAS - VIDA E SAUDE	1	0	1
9. HOSPITAL SAO LUIZ	1	0	1
10. HOSPITAL SANTA ROSA	1	0	1
11. HOSPITAL SAO JUDAS TADEU	1	0	1
12. HOSPITAL MUNICIPAL ANDRE MAGGI COLNIZA	1	0	1
13. HOSPITAL MUNICIPAL DE BRASNORTE BRASNORTE	0	1	1
14. SANTA CASA DE IRATI	0	1	1
15. HOSPITAL MUNICIPAL DE BARRA DO BUGRES	0	1	1
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

O quadro 8 demonstra, que 19 partos vaginais não foram transcritos os locais de ocorrência o que conforme informações podem ter sido ocorridos em suas residencias, mas que não há nenhum documento ou declaração que comprove essa informação, 245 cesareas e 140 vaginais no Hospital Municipal de Juina (Rede Pública), 44 cesarées e 1 vaginal na Policlínica Integrada –Juina, (Rede Privada), 125 cesáreas e vaginal, Hospital São Lucas – Juina, (Rede Privada), 30 cesáreas e 3 vaginal, Hospital são Geraldo – Juina, (Rede Privada),

sendo que as 10 cesáreas e 3 vaginais ocorreram em Hospitais em outros município e capital ao qual foram encaminhados para áreas específicas ao qual o município de Juína não tinha capacidade de atendimento.

Figura 6 – Análise Quadro - 8 Estabelecimento de ocorrência e tipo de parto



Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Com base nos dados apresentados no Quadro 8, a Figura 6, demonstra de forma clara que dos 624 partos que ocorrem sendo 454 cesarés e 170 vaginais. A maior quantidade de ocorrências foram no hospital Municipal de Juína, sendo 245 cesarés e 140 vaginais. Esses dados representam de forma clara a realidade do nosso País.

No SUS, a taxa de cesáreas é de 28% e na rede privada e suplementar chega a 90% (rede pública).

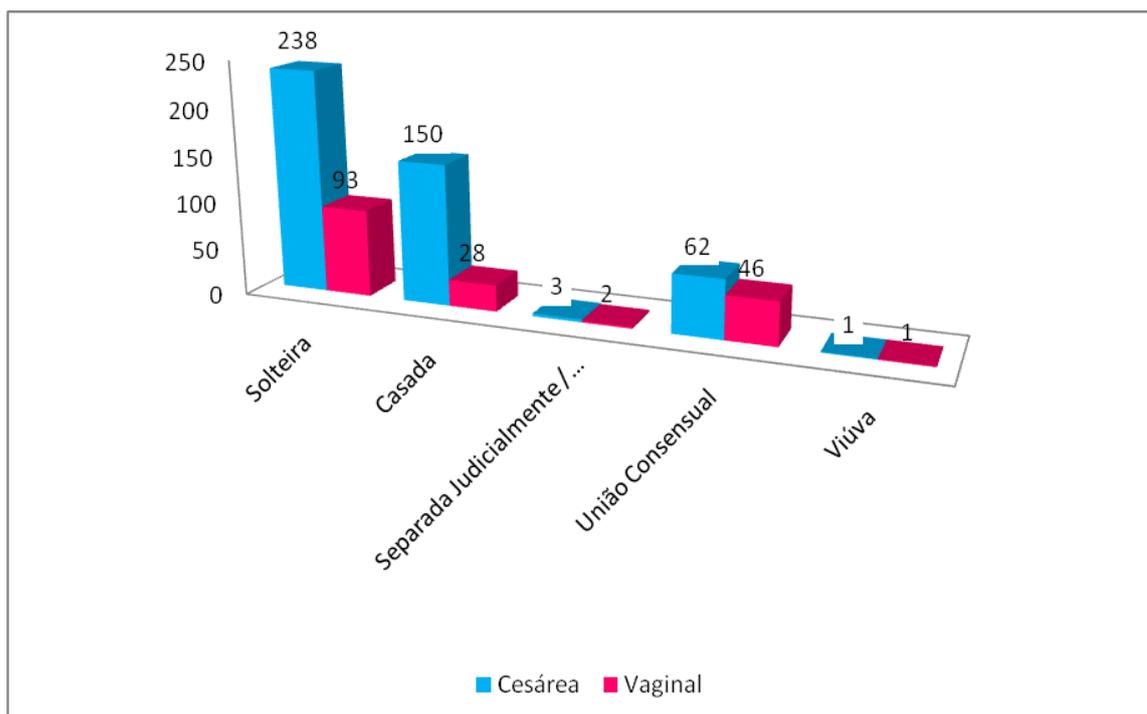
A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreas em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

Quadro 9 – Estado Civil/Tipo de Parto

Estado Civil * Tipo de parto			
	Cesárea	Vaginal	Total
Solteira	238	93	331
Casada	150	28	178
Separada Judicialmente / Divorciada	3	2	5
União Consensual	62	46	108
Viúva	1	1	2
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme representa o Quadro 9, 238 das parturientes são mães solteiras e optaram pelo parto cesárea, seguidas de 93 que escolheram o procedimento de parto vaginal, 150 mulheres casadas optaram pela cesárea, já as 28 outras mulheres casadas optaram pelo vaginal, separadas judicialmente/divorciadas 3 tiveram parto cesárea e 2 vaginal, as mulheres em união consensual 62 tiveram cesárea e 46 vaginal, mulheres viúvas foram 2 sendo que cada uma optou por um procedimento, uma cesárea e a outra vaginal.

Figura 7 – Análise Quadro 9 - Estado Civil/Tipo de Parto

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme representa o Figura 7, 238 das parturientes são mães solteiras e optaram pelo parto cesárea e somente 93 optaram pelo vaginal, seguida de 150 casadas que escolheram o parto cesárea, 93 mulheres solteiras escolheram o parto vaginal, 62 parturientes em união consensual optaram pelo parto cesárea e 46 pelo vaginal.

O maior índice é representado pelas mães solteiras e não há dados oficiais no Brasil sobre o número de mães solteiras, mas, segundo levantamentos do IBGE em 2009, entre as famílias com filhos, 26% tem como referência alguém do sexo feminino e sem cônjuge.

Mesmo tendo todo reconhecimento dentro da legislação, as mães solteiras ainda, são marginalizadas e criticadas pela sociedade. Esta ambigüidade, onde a lei reconhece, mas a sociedade não decorre do fato de ser a sociedade brasileira extremamente tradicionalista a moral dos bons costumes.

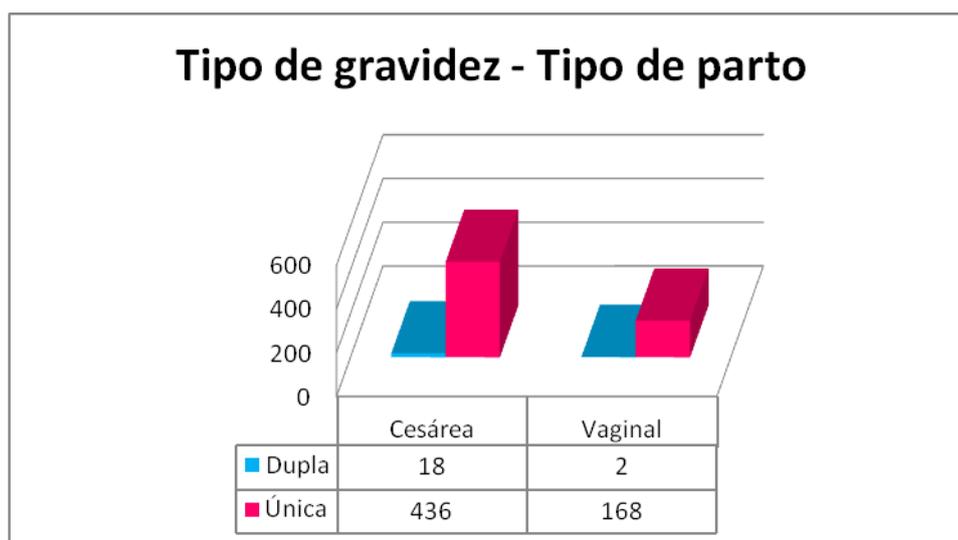
Contudo, tal situação tende a mudar, pois já se percebe um abrandamento dos costumes, através da defasagem do casamento e a aceitação de que família são pessoas e não somente um homem uma mulher e filhos (SANTOS & SANTOS, 2009).

Quadro 10 – Tipo de Gravidez – Tipo de parto

Tipo de gravidez - Tipo de parto			
	Cesárea	Vaginal	Total
Dupla	18	2	20
Única	436	168	604
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

O Quadro 11 demonstra que 20 mulheres tiveram gravidez dupla sendo que 18 optaram pela parto cesárea e 2 pelo parto vaginal. E foram 604 gravidez única onde 436 preferiram realizar o parto cesárea e 168 parto vaginal.

Figura 8 – Análise Quadro 11 - Tipo de Gravidez / Tipo de parto

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

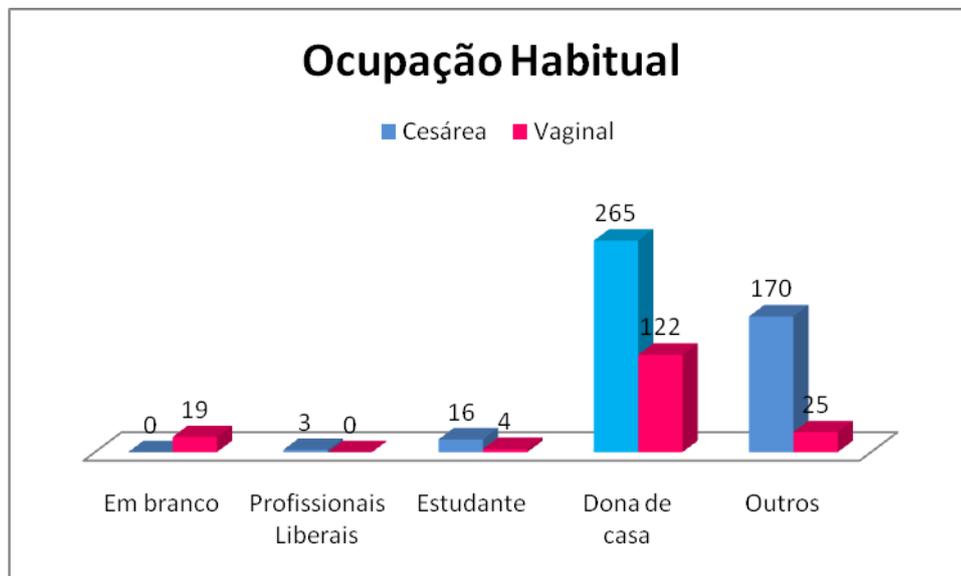
Conforme a Figura 9, 18 mulheres que optaram pela cesárea tiveram gravidez dupla e somente 2 optaram pelo vaginal. As parturientes que escolheram a cesárea fizeram a escolha mais correta já que a gravidez dupla pode oferecer riscos tanto para mãe quanto para os bebês.

Quadro 11 - Ocupação Habitual

Ocupação Habitual			
	Cesárea	Vaginal	Total
Em branco	0	19	19
Profissionais Liberais	3	0	3
Estudante	16	4	20
Dona de casa	265	122	387
Outros	170	25	195
Total	454	170	624

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Conforme o Quadro 12 que representa a ocupação Habitual das parturientes verificasse que 19 mulheres não identificaram suas ocupações, as quais tiveram seus filhos por parto vaginal, 3 profissionais liberais optaram por parto cesárea, 16 estudantes escolheram parto cesárea e somente 4 tiveram por parto vaginal, as donas de casa são as mais representativas dentro do quadro da realidade do nosso município onde 265 optaram pela cesárea a 122 pelo vaginal, as outros profissões as quais se dividem entre advogadas, policias, professoras, enfermeiras e etc, 170 das mesmas escolheram cesárea e 25 vaginal.

Figura 9 - Análise Quadro 12 Ocupação Habitual

Fonte: Formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), (Adaptado pelo autor)

Os dados sobre o crescimento no número de famílias chefiadas por mulheres revelam outras mudanças de hábitos da população brasileira. "Muitas mulheres optam por ser

provedoras do lar" e os dados aqui apresentados comprovam, pois das 624 mulheres 387 são donas de casa sendo que 265 optaram pelo parto cesárea e 122 vaginal.

CONCLUSÃO

Dar à luz a um bebê de forma natural e saudável é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher, a vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e pós parto, podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê, mas que pode se tornar um pesadelo se não for feito de forma correta, pois a parturiente deve estar preparada tanto física quanto psicologicamente.

Nas últimas décadas, o Brasil viveu uma alteração cultural na concepção do parto, com a substituição, da parteira pelo médico, da casa pelo hospital com a utilização e incorporação de procedimentos tecnológicos e a crescente utilização de intervenções desnecessárias decorrentes das cirurgias de cesáreas. Profissionais de saúde passaram a observar a gestação e o parto como patologias, e não, processos fisiológicos.

O município de Juina – MT representa de forma clara a realidade de nosso país, pois das 624 mulheres 454, optaram pela cesárea, sendo a maiorias mães solteiras. foram realizados 140 partos vaginais na rede pública e 30 na rede privada, já as cesáreas foram 246 na rede pública e 208 ocorrências na rede privada, os dados apresentados refletem a realidade nacional de epidemias cesareanas, no entanto, não se pode aceitar um aumento de cesáreas sem indicação precisa, pois é sabido que este procedimento cirúrgico, comparativamente ao parto vaginal, associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Dessa forma conclui se que é necessário que as gestantes busquem o seu direito ao parto normal. Cesariana, só quando for realmente necessária para proteger a gestante e o bebê. A gestante tem o direito de ser informada sobre as razões que a impedem de optar pelo parto normal.

É necessária que se faça valer os direitos das gestantes, que as mesmas sejam preparadas fisicamente e psicologicamente para o nascimento do seu filho de forma natural já que o parto vaginal representa muitos mais benefícios para a mãe e bebê. A cesariana é só deve ser realizada quando o trabalho de parto está contra indicado ou quando não irá se conseguir realizar um parto vaginal, com segurança, num espaço de tempo necessário para prevenir o desenvolvimento de morbidade fetal e/ou materna maior do que aquela esperada após o parto vaginal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS-A **Agencia Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/#!/Planos-de-Saúde-e-Cesáreas-Consulta-Pública-da-ANS/cmbz/3407193A-4654-43D1-BF2D-5A2469A427A1>. Acesso em: 02 mar. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher – manual técnico**. Brasília: Ministério, 2001.

_____. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, Ministério de Saúde, 2008.

_____. **Escola. Cesariana na Historia**. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/biologia/cesariana.htm>. Acesso em: 29 de mar. 2015.

BARROS. Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica. Guia para pratica assistencial**. Editora ROCA LTDA, 2009.

BERTOLDI, Taise. **Escala de Apgar.. Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade: um guia da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais** (volume 1) e MD Consult. 2015. Disponível em: http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_secao=49141&cd_materia=305344. Acesso em: 27 jun.2015.

BRENES. Anayansi Correa. **História da parturição no Brasil**, século XIX. Cad. Saúde Pública vol.7 n.2 Rio de Janeiro Apr./Jun. 1991. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1991000200002&script=sci_arttext. Acesso em: 28 de mar. 2015.

CAMPANA. Hellen Carla Rickli; PELOSSO. Sandra Marisa Pelloso. **Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário**. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/v9n1a04.htm. Acesso em: 27 de mar. 2015.

CASTRO Jamile Claro de; CLAPIS Maria José. **Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto**. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo v.13, n.6, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução 223/99. Rio de Janeiro [online] [citado 2001 set. 20]**. Disponível em: UURL: <http://www.portalcofen.gov.br/legislação/r223.htm>. Acesso em 10 de março de 2015.

DIAS, Marcos Augusto Basto Dias. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e praticas no cotidiano de uma maternidade publica**. (Tese Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ. Simone Grilo. **Parto Normal ou Cesáreo (O que toda mulher deve saber e todo homem também)**. Editora UNESP. 2004.

DINIZ, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2005, v.10, n.3, p. 627-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300019&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 22 mar. 2014.

ESCALA. **de apgar**. Monitora: Eriane Nascimento Pinto. Disponível em: http://www.uff.br/disicamep/escala_de_apgar.htm. Acesso em 20 jun. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Editora Atlas. São Paulo, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FOLHA, Estadão. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/estado/2014/05/29/gravidas-sao-convencidas-a-passar-por-cesarea-diz-estudo.htm>. Acesso em 21 abr. 2015.

KUNPP. Virginia Maria de Azevedo Oliveira; MELO. Enirtes Caetano Prates; OLIVEIRA Rejane Burlandi de. **Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do rio de janeiro no período de 2001 a 2004**. Esc. Ana Nery. Revis. Enf. 2008. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/08ARTIGO04.pdf. Acesso em: 29 de mar. 2015.

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

MINISTÉRIO da saúde. Manual técnico. **Pré Natal e Puerpério Atenção qualificada e Humanizado. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5** Brasília DF. 2006.

MINISTÉRIO. Da Saúde. **Caderno Humanizado SUS. Humanização do parto e do Nascimento. Vol4. (pdf)** Brasília – DF, 2014.

MINISTÉRIO. Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **PORTARIA Nº 116, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html. Acesso em 02 mai. 2015.

MONTENEGRO. Carlos Antônio Barboza. **Rezende Obstetrícia**. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos *et al.* **Tipo de parto: expectativas das mulheres**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n.5, out. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 15 de Março de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M.V. **A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto**. Journ. Bras. de Ginec. v. 105, n. 1/2, p. 3-9, jan./fev. 1995.

PÁDUA, K.S. *et al.* Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública.** v. 44, n. 1, p. 70-9, 2010.

PROTESTE. Associação de consumidores. **PROTESTE pede revisão de custos do parto normal e cesariana.** Disponível em: <http://jornalggn.com.br/blog/proteste-associacao-de-consumidores/proteste-pede-revisao-de-custos-do-parto-normal-e-cesariana>. Acesso em 29 de mar. 2015.

RESOLUÇÃO Normativa - RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010.

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1575. Acesso em 02 de janeiro de 2015.

ROZIN, Arnei júnior; **Aspectos culturais da mulher indígena guarani.** 2009. Disponível em:

http://eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho_cientifico/TrabalhoCientifico007.pdf. Acesso em 02 mar. 2015.

SANTOS. Jonabio Barbosa dos; Santos. Morgana Sales da Costa. **Família monoparental brasileira.** Rev. Jur., Brasília, v. 10, n. 92, p.01-30, out./2008 a jan./2009 Disponível em: www.presidencia.gov.br/revistajuridica. Acesso em 02 mai. 2015.

TORNQUIST, CS. **Armadilha da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Revista Estudos Feministas. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>. Acesso em: 15 març. 2015.

UNICEF. **Direitos da gestante e do bebê.** Editora. Globo, 2011. Disponível em: URL: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf Acesso em 10 de març. de 2015.

ANEXO

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde <small>1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE</small>		Declaração de Nascido Vivo		30-67655600-2		
				Número do Cartão Nacional de Saúde do RN 706 0058 5448 4041		
I	1 Nome do Recém-nascido (RN)					
	2 Data e hora do nascimento		3 Sexo		4 Raça cor do Recém-nascido	
	5 Índice de Apgar		6 Detectada alguma anomalia congênita?			
	7 Local da ocorrência		8 Estabelecimento		9 Código CNES	
II	9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)		Número		10 CEP	
	11 Bairro/Distrito		12 Município de ocorrência		13 UF	
	14 Nome da Mãe		15 Cartão SUS			
III	16 Escolaridade (última série concluída)		17 Ocupação habitual		18 Data nascimento da Mãe	
	19 Idade		20 Naturalidade da Mãe		21 Situação conjugal	
	22 Raça / Cor da Mãe		23 Logradouro		24 CEP	
	25 Bairro/Distrito		26 Município		27 UF	
	28 Nome do Pai		29 Idade do Pai			
IV	30 Histórico gestacional		31 Nº gestações anteriores		32 Nº de partos vaginais	
	33 Nº de cesáreas		34 Nº de nascidos vivos		35 Nº de perdas fetais / abortos	
V	36 Idade Gestacional		37 Tipo de parto		38 Apresentação	
	39 Data da Última Menstruação (DUM)		40 Nº de semanas de gestação, se DUM Ignorada		41 Tipo de parto	
	42 Método utilizado para estimar		43 Nº de consultas de pré-natal		44 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal	
	45 Tipo de parto		46 Tipo de gravidez		47 Tipo de parto	
VI	48 Descrever todas as anomalias congênicas observadas		49 Nascimento assistido por		50 Nascimento assistido por	
	51 Data do preenchimento		52 Nome do responsável pelo preenchimento		53 Função	
VII	54 Tipo documento		55 Nº do documento		56 Órgão emissor	
	57 Cartório		58 Registro		59 Data	
VIII	60 Município		61 UF			
	<p align="center">ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO</p> <p align="center">O Registro de Nascimento é obrigatório por lei</p> <p align="center">Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.</p>					