

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

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**PARTO NORMAL OU CESÁREO: UM ESTUDO SOBRE A REALIDADE
VIVENCIADO NO MUNICÍPIO DE JUÍNA.**

Autor: Antônio Neri Da Silva

Orientador: Prof.: Victor Caue Lopes

JUÍNA/2015

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

**PARTO NORMAL OU CESÁREO: UM ESTUDO SOBRE A REALIDADE
VIVENCIADO NO MUNICÍPIO DE JUÍNA.**

Autor: Antônio Neri Da Silva

Orientador: Prof.: Victor Caue Lopes

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

JUÍNA/2015

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

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Leda Maria De Sousa Villaça

Prof. Esp. Lídia Catarina Wellber

Prof. Ms. Victor Caue Lopes
Orientador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade pela minha vida por estar do meu lado todo o tempo.

Aos professores que fizeram parte dessa caminhada, e contribuíram nesses cinco anos para o meu aprendizado.

Aos meus irmãos de Fé que sempre oraram em meu favor e de minha família.

E a uma pessoa muito especial que eu gosto muito meu primo Bruno, obrigado pela força e pelo incentivo que Deus te abençoe sempre.

DEDICATÓRIA

Dedico a essa primeira conquista ao meu Deus e a minha querida e amada esposa, Verônica pelo carinho, paciência, compreensão e acima de tudo por acreditar em mim te amo muito.

Esquecendo-me das coisas que atrás ficam, e avançando para as que estão diante de mim, prossigo para o alvo, pelo prêmio da soberana vocação de deus em Cristo Jesus. (Filipenses 3:13-14)

RESUMO

O Brasil tem apresentado uma alta percentagem de cesáreas comparado a outros países, esta é uma realidade vivenciada também no município de Juína, esse trabalho trata-se de um estudo documental, quantitativo e retrospectivo o objetivo do respectivo estudo foi analisar a frequência de partos vaginais e cesáreas que ocorreram no município de Juína, os dados foram levantados através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos disponibilizados no Escritório Regional de saúde no município de Juína onde foram pesquisadas todas as parturientes que obtiveram partos vaginais e cesáreas nos anos de 2010 a 2014, foi possível verificar que nos respectivos cinco anos teve um percentual de 69,71% de partos cesáreas valor este quatro vezes o percentual que a Organização Mundial de Saúde preconiza que é de 15% mostrando assim, que a um descontrole em partos cesáreas acima do justificável seria imprescindível repensar esta pratica.

Palavras-chave: Parto Vaginal, Parto Cesáreo e Humanização do Parto.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vantagens e Desvantagens do Parto Normal e Cesáreo.	17
--	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de Cesariana em Países Desenvolvidos	20
Gráfico 2 - Frequência de Idade Materna.	31
Gráfico 3 - Partos Entre os Anos de 2010 a 2014	32
Gráfico 4 - Porcentagem de Partos no Período.	33
Gráfico 5 - Duração da Gestação	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escolaridade das Parturientes Juinenses de 2010 a 2014.	29
Tabela 2 - Ano e a Respectiva Quantidade de Nascidos.	31

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

ABNT – Associação Brasileiras de Normas Técnicas.

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

ANS – Agência Nacional de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 A GRAVIDEZ E A ESCOLHA DO PARTO	15
2.2 PARTO VAGINAL.....	16
2.3 CESARIANA	18
2.3.1 Breve Histórico Das Cesáreas	21
2.3.2 Cesariana No Brasil.....	22
2.4 REDE CEGONHA	22
2.5 A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO	23
3 MATERIAL E MÉTODO.....	26
3.1 TIPO DE PESQUISA	26
3.2 POPULAÇÃO DE AMOSTRA	27
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA	27
3.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA.....	27
4 ANÁLISE DE RESULTADOS	29
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é hoje um dos líderes mundiais em realização de partos Cesáreos, onde segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) não deve ser maior que 15%, mas no Brasil este número chega a 52% do total de nascidos. O Número muito alto de partos Cesáreos pode ser prejudicial para a saúde tanto da mãe quanto do bebê, pois tal método é um processo cirúrgico indicado por especialistas apenas quando há a ocorrência de riscos. Dentre os fatores que fazem estes números serem tão altos está o medo das gestantes de sentirem muita dor e também a comodidade tanto dos pais quanto dos médicos.

Por sua vez, o parto natural é a maneira mais saudável, pois a recuperação é mais rápida e a criança vem ao mundo no momento em que ela quer e não em uma hora agendada por alguém, outro fator importante é que logo após o parto, quando o bebê é acolhido pela mãe este criam um vínculo que facilita a amamentação.

Entretanto, o melhor a ser feito é a humanização do parto, que acima de tudo leva em conta aspectos técnicos, psicológicos e biológicos onde deve-se eliminar os receios e debater com o médico obstetra os prós e contras das duas formas de partos e escolher o mais benéfico para a mãe e para a criança.

Segundo Cervo e Bervian (2002, p.84), o que leva a escolha de um tema é o problema, assim: “O tema escolhido deve ser questionado, portanto, pela mente do pesquisador, que deve transformá-lo em problema de pesquisa mediante seu esforço de reflexão, sua curiosidade ou talvez seu gênio”.

De acordo com Gil (2002), o problema pode ser considerado como variáveis que podem ser testadas e, conseqüentemente, respondidas.

Partindo destes conceitos, notamos que atualmente em Juína, muitas mulheres grávidas têm sido submetidas a cesáreas muitas das vezes desnecessárias, sendo que o parto é um ato fisiológico e também familiar, onde não deveria ser considerado como um ato médico.

O aumento do número de cesárias é algo que vem acontecendo em praticamente todos os países ao redor do mundo, e no Brasil o Ministério da Saúde

considera a situação como epidêmica, devido ao grande aumento nos últimos anos, sendo que o próprio Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial da Saúde reconhece que deveria ser no máximo 15% do total de partos.

O aumento brusco das taxas de cesárias avançou de forma mais expressiva a partir da década de 1970, onde segundo Teodoro Junior et al (2013) uma das causas se deve ao avanço do respeito a autonomia das pacientes e o novo papel da mulher na família. Este de certa forma contribuiu, pois presume-se que a mulher visando um melhor conforto opte pela cesária.

Entretanto, Teodoro Junior et al (2013. p. 02) deixam claro que “A principal causa para o incremento nos indicadores de cesarianas seria a interferência dos médicos, com a justificativa de ser um procedimento confortável e seguro tanto para a mãe como para o feto”.

No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde a melhor forma de parto relaciona-se com a humanização, respeitando os direitos da parturiente, resgatando seu papel como protagonista e incentivando o parto natural, que traz tantos benefícios e deixando a cesária como uma alternativa para quando acontecer complicações que gerem riscos.

Assim, este trabalho se justifica pela necessidade de um estudo no município de Juína sobre a humanização do parto e os benefícios que o parto natural traz não só para a parturiente e o bebê, como também a saúde pública em geral.

1.1 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa é verificar a ocorrência de partos vaginais e cesáreos no município de Juína entre 2010 a 2014.

1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar as gestantes, segundo o tipo de parto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, primeiramente são abordados aspectos referentes a Gravidez e a Escolha do Parto e na sequência os principais tipos de partos, como o Parto Vaginal a Cesariana e como a Humanização do Parto pode ser importante para reduzir a dor e o sofrimento da mulher.

2.1 A GRAVIDEZ E A ESCOLHA DO PARTO

A gravidez é um momento de grande expectativa para as mães, onde as principais expectativas são se o bebê vai ser menino ou menina, como conciliar emprego e maternidade e etc. Entretanto, segundo Conte (2014), há ainda as incertezas, sendo que a principal delas é sobre o tipo de parto.

Daí a necessidade de durante o pré-natal ser realizado um trabalho entre o obstetra responsável, a gestante e seu acompanhante, para assim prepara-los para os tipos de parto que podem ser realizados, dentre os tipos de partos Santos (2009) destaca que existem quatro tipos de partos, sendo eles:

- Parto Normal – Que é quando o feto é expulso por via baixa, sem aplicação e interferência de instrumentos ou equipamentos. O parto normal pode ser definido como, Início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim até o nascimento. Após o nascimento mãe e o bebê estão em boas condições.
- Parto Fórceps – também é por via baixa, passando pelo mesmo procedimento do parto normal, entretanto com a utilização de um instrumento, conhecido como Fórceps, que é usado para puxar a cabeça do feto, quando o parto é interrompido e há o risco de complicações.
- Cesárea – É quando a liberação do feto ocorre por via cirúrgica por meio de uma incisão abdominal baixa, próxima ao útero.
- Parto de Cócoras – É um parto por via baixa, passando pelo mesmo processo do parto normal, devendo a gestante permanecer na posição de cócoras, facilitando assim a descida do feto.

Desta forma, Conte (2014) destaca que as principais formas de parto são o normal e a cesariana, sendo que o parto normal é o mais recomendado, pois traz muito mais vantagens e benefícios para a mãe e para o bebê e a cesariana seria usada em casos extremos de risco ou complicações no momento do parto. Entretanto, ela destaca que a cesariana se tornou um procedimento comum sendo a grande maioria dos partos realizados hoje, e alguns dos motivos de tanta utilização está no tempo de duração, onde no parto normal o mesmo pode durar até 08 (oito) horas e no cesáreo é em torno de 45 minutos outro fator que também contribui é a possibilidade de marcar a hora exata do parto, gerando assim uma maior comodidade para os médicos e também para a mãe, enquanto que no parto normal não há como marcar hora certa para nascer, pois o bebê nasce no momento em que ele achar que deve nascer.

Assim, a escolha do parto é algo muito importante para a futura mãe e deve ser realizado de forma consciente e com a ajuda de seu médico para escolher a melhor maneira de dar a luz, levando-se em consideração o melhor para a saúde da mãe e do bebê.

2.2 PARTO VAGINAL

O Parto Vaginal é a maneira mais natural para dar a luz, entretanto muitas mulheres têm medo da dor, mas nos dias de hoje já é possível ter um parto vaginal sem dor através de anestesia ou outros métodos.

Desta forma, a partir de meados dos anos 1990 vem se espalhando pelo Brasil um modelo de assistência obstétrica, recomendado pela Organização Mundial da Saúde, os Centros de Parto Normal, que é uma mudança na visão do profissional sobre a parturiente e sua família.

Assim, estes Centros de Parto Normal Segundo Machado E Praça (2006):

Constituem-se em unidades de atendimento ao parto normal, localizadas fora do centro cirúrgico obstétrico. Dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica. (MACHADO e PRAÇA, 2006.)

Desta forma, podemos perceber que os Centros de Parto Vaginal surgiram com o objetivo de dar o direito à privacidade e a dignidade da parturiente ao dar à luz em um ambiente semelhante a um local familiar, e ao mesmo tempo seguro.

Entretanto, ainda segundo Machado e Praça (2006) apesar da recomendação da Organização Mundial da Saúde e do empenho do Ministério da Saúde em implantar este no novo modelo, há ainda muita resistência por parte dos profissionais de obstetrícia que tem dificuldade de acreditar que a humanização do parto seja uma proposta de melhor atenção a mulher em trabalho de parto.

Assim, No Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado pelo Ministério da Saúde, traz um quadro evidenciando as vantagens e desvantagens do parto vaginal ou cesáreo, conforme é mostrado no quadro 1.

Quadro 1 - Vantagens e Desvantagens do Parto Normal e Cesáreo.

	Parto Normal	Parto Cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do Bebê	Favorece	Não Favorece
Dor no Trabalho de Parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na Hora do Parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o Parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

Fonte: Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco

Entretanto, além destas vantagens o Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, ainda trazem outras vantagens a respeito do

parto normal, sendo eles:

- Menor Risco de Infecção;
- Melhor recuperação;
- Menor tempo de hospitalização;
- Favorece a produção de Leite materno;
- É mais econômico;
- O útero volta mais rápido ao seu tamanho normal;
- A mãe pode amamentar o bebê logo ao nascer.

Desta forma, fica evidente o quanto o parto vaginal é melhor para a saúde da mãe quanto do bebê, mas a realidade vivida hoje em nossa sociedade é muito diferente do ideal, onde a maioria dos partos é por meio de cesáreas. Por isso é muito importante o acompanhamento, durante o pré-natal, de um profissional de obstetrícia que saiba da importância disso tudo e que durante o pré-natal identifique se existe algo que impeça o parto vaginal, se estiver tudo bem, não existem contraindicações para o parto vaginal.

2.3 CESARIANA

A Cesariana ou Cesárea é uma técnica cirúrgica utilizada para retirar um feto de dentro do útero. Segundo Montenegro e Filho (2010), para a realização da operação é feita uma incisão (corte) passando acima 02 cm do pube e logo em seguida são cortadas as camadas da pele; Epiderme, Derme, Hipoderme e o aponeurose dos músculos abdominais e logo em seguida separa-se os músculos na linha média e abre-se o peritônio parietal e visceral e a parede uterina, assim o passo seguinte é a retirada do feto e da placenta e por fim é realizada a suturação de todos os tecidos incisados anteriormente.

Dentre os principais motivos indicados para a realização da Cesárea estão as situações de risco, que segundo o Caderno de Atenção Básica 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado pelo Ministério da Saúde, pode destacar os seguintes motivos:

- Feto não reativo em trabalho de parto;
- Gestantes com HIV (dependendo da carga viral);
- Deslocamento prematuro da placenta;
- Gravidez gemelar (dependendo da relação entre os fetos);
- Desproporção céfalo-pélvica;
- Situação fetal transversa;
- Prolapso de cordão;
- Morte materna com feto vivo.

Neste mesmo sentido, para Santos (2009) além destas situações de risco devem ser levadas em consideração a indicação médica e a história anterior da gestante, devendo realizar exames e avaliar a melhor forma, evitando assim, fetos pré-termos, ou seja, prematuros.

Entretanto, as taxas de Cesariana estão aumentando em quase todo o mundo e segundo Hitomi Osava et al. (2011) em um estudo realizado em mais de 126 países no ano 2002 mostrou que as taxas variam de 3,5% na África, a 19% na Europa e 29,2% na América Latina. Sendo que poucos países possuem níveis tão altos como o Brasil, cujas taxas em serviços particulares poder ser superiores a 80%.

Montenegro e Filho (2010) trazem em sua obra uma pesquisa sobre as taxas de Cesarianas em países desenvolvidos entre os anos de 2003 e 2006, conforme é mostrado abaixo no gráfico 01.

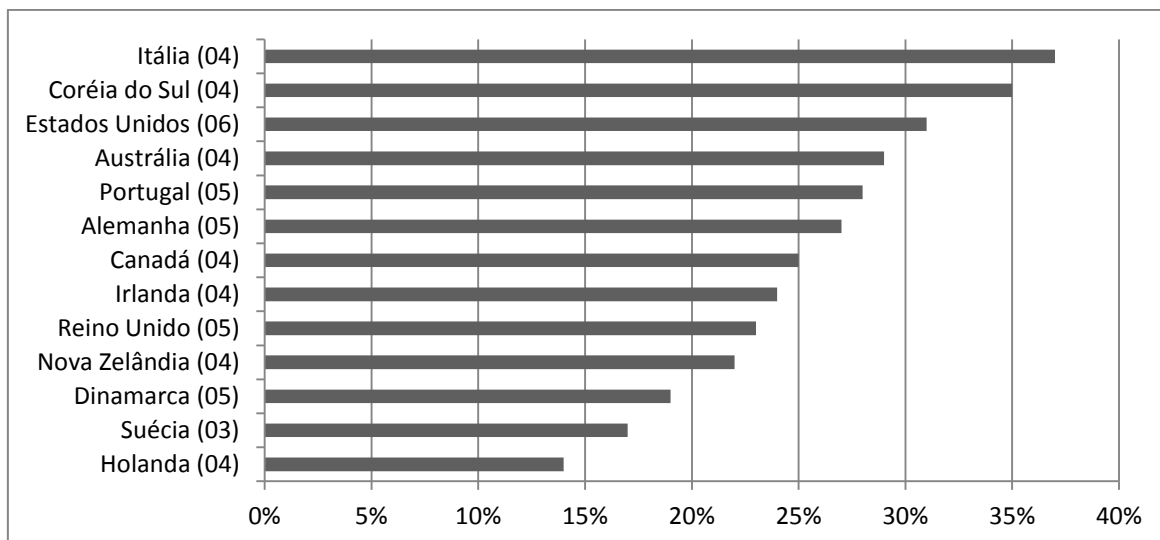


Gráfico 1 - Taxa de Cesariana em Países Desenvolvidos

Gráfico 01 - Adaptado de Montenegro e Filho (2010 p. 958).

Já no Brasil, segundo Montenegro e Filho (2010 p. 958) “... em 2006, a taxa de cesariana atingiu 45%, sendo que nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste já ultrapassaram 50% de partos cirúrgicos.”. Desta forma, as razões para estes índices tão elevados não estão totalmente esclarecidas, mas Montenegro e Filho (2010) ao citarem Cunningham et al. (2005) apontam algumas explicações para este fenômeno:

- As mulheres estão tendo menos filhos, portanto o risco de parto Cesáreo é maior;
- A idade materna média está se elevando, e mulheres mais velhas, especialmente nulíparas, estão mais sujeitas a Cesariana;
- A grande maioria dos partos pélvicos, na atualidade, ocorre por cesariana;
- Redução na incidência dos partos pelo fórcepe médio;
- Aumento da taxa de indução do parto, especialmente em nulíparas, o que está associado a maior porcentual de Cesáreas;
- Algumas Cesarianas eletivas são praticadas no intuito de evitar danos do assoalho pélvico relacionado ao parto vaginal.

Entretanto, o argumento de que a maioria das mulheres Brasileiras prefere Cesárea é nulo, pois segundo Montenegro e Filho (2010).

Já é clássica a pesquisa de Potter *et al.* (2001) conduzida em quatro cidades brasileiras com 1.612 mulheres, sendo 1.903 do setor público e 519 do privado. A preferência inicial das gestantes de ambos os setores pelo parto vaginal foi uniforme em 70-80%. No entanto, a diferença da taxa de cesarianas entre pacientes públicas e privadas ao fim do estudo foi muito significativa, 31% e 72%, respectivamente. Além disso, esse estudo também demonstrou que em quase metade dos casos a decisão da via de parto ocorreu antes da admissão hospitalar, chegando a representar 64% dos partos privados. (MONTENEGRO e FILHO, 2010. p. 959)

Esta pesquisa mostra que apesar do desejo pelo parto vaginal, ao longo da gestação, as mulheres vão mudando de opinião e mudando a escolha do tipo de parto, e de acordo com Montenegro e Filho (2010) não há dúvidas que a influência dos médicos seja a principal explicação para isso, aonde os obstetras vão convencendo as gestantes da maior segurança da cesariana e sendo minadas na confiança de que seu corpo seria capaz de enfrentar o trabalho de parto o parto vaginal.

2.3.1 Breve Histórico Das Cesáreas

Antes de existir a Cesariana os partos só ocorriam de forma vaginal, e algumas vezes aconteciam complicações e como não existiam técnicas para retirar o bebê, podia se esperar pelo pior, a morte de ambos (mãe e filho) ou um dos dois.

Para Medeiros et al (2010) as primeiras referências a retirada do feto por via abdominal remontam a épocas milenares, cuja história nos chegou pelos relatos da mitologia Greco-Romana, em manuscritos persas e assírios e nos papiros egípcios.

Desta forma, para Montenegro e Filho (2010, p. 946) “É a história dos partos uma das mais cruéis da humanidade e os fastos da operação cesariana disso a mais eloquente demonstração”.

Entretanto, ainda segundo Montenegro e Filho (2010) a história da Cirurgia Cesariana passou por grandes acontecimentos, onde podemos destacar alguns:

No período de 1500 -1876 na suíça foi realizado a primeira cesariana por um homem chamado Jacob em sua esposa por esta estar sofrendo no parto, no final mãe e filho conseguiram sobreviver mesmo sem as devidas tecnologias naquele tempo.

O sucesso de Jacob foi inspirado por outros médicos, que tentaram mas sem êxito, passaram a realizar somente quando a mãe viesse a óbito, mas o feto ainda vivo.

De 1876-1882 período da descoberta da anestesia onde o médico chamado porro, após presenciar uma mulher passar por complicações de parto teve que retirar o útero e os ovários. No mesmo período houve um congresso realizado na cidade de Copenhague para unificar os procedimentos, onde tiveram os primeiros cálculos de mortalidade. De 1906 até os dias de hoje a medicina vem se desenvolvendo e procurando diminuir o tempo de cirurgia e a queda da mortalidade.

2.3.2 Cesariana No Brasil

No Brasil, até 1915 eram raros os casos de cesárias e segundo Montenegro e Filho (2010), o primeiro registro data de 1817 no Recife, realizado em uma escrava por José Correia Picanço. O procedimento só ganha notoriedade a partir de 1915 com Fernando Magalhães, este médico realizou várias cirurgias alcançando grande sucesso e baixas taxas de mortalidade em seus procedimentos com; 6,8% para mortalidade materna e 2,6% para mortalidade fetal.

2.4 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha foi criada pelo governo federal para assegurar os direitos das mulheres a ter um tratamento digno resolutivo e humanizado

Segundo o Portal da Saúde (Brasil, 2011), a Rede Cegonha é um projeto que o governo federal através do Ministério da Saúde vem tentando implementar, através da criação de uma rede de cuidados para garantir atendimento de qualidade, seguro e humanizado para as mulheres buscando oferecer assistência desde o planejamento familiar, passando pelo momento da afirmação de gravidez, do pré-natal, pelo parto, até 28 dias pós-parto (puerpério) cobrindo até os dois primeiros anos de vida. Tudo dentro do sistema único de saúde (SUS). Assim esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção a saúde materno infantil em

todo território nacional.

2.5 A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

A humanização do nascimento é algo que está gerando grande debate entre as organizações de saúde pública e veem para conter a alta taxa de cesarianas não necessárias como também, os riscos que estas aumentam para parturiente e para o bebê.

Assim, segundo Diniz (2005 p. 02) “A humanização da assistência, na sua muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano.” Neste caso, trata-se do sofrimento da mulher. Ainda segundo este autor, o modelo de assistência anterior, gerenciado pela Igreja Católica, evidenciava o sofrimento do parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo ilegal qualquer ajuda que ajudasse a aliviar a dor e o sofrimento. Entretanto, a obstetrícia medica veio a passar a reivindicar seu papel como salvadora das mulheres, trazendo uma preocupação em resolver o problema da parturição sem dor.

Assim para Diniz (2005 p. 02) “Agora a mulher é descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, sendo papel do obstetra antecipar e combater os muitos perigos do “desfiladeiro transpelvino””. E neste momento que se percebe a grande responsabilidade que está nas mãos dos obstetras, no entanto, tal responsabilidade é muitas vezes utilizada de forma errada, usada em benefício próprio, utilizando sua influência com a desculpa de minimizar a dor e o sofrimento para fazer cesarianas desnecessárias.

A utilização irracional e desenfreada da Cesariana pode provocar mais danos do que benefícios e segundo o Painel de Indicadores dos SUS: Temático Saúde da Mulher (2007), publicado pelo Ministério da Saúde:

Estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, acompanhou todas as crianças nascidas no Município em alguns anos. Em 1982, a taxa de cesáreas era de 28%; e das crianças nascidas, apenas 6% eram prematuras. Em 2004, a taxa de cesáreas subiu para 43% e a taxa de prematuridade foi para 16%. (PAINEL DE INDICADORES DO SUS, 2007. p. 11)

Assim, é possível dizer que as cirurgias desnecessárias estejam aumentando o número de prematuros, pois estão sendo marcadas muito cedo. De acordo com o Painel de Indicadores do SUS (2007) a Cesariana é uma ótima cirurgia para salvar vidas, quando existe algum risco para a mãe ou para o bebê. Pois toda cirurgia tem seus riscos, a cesariana também – reação à anestesia, corte acidental, mais hemorragia, mais infecções. Assim, uma Cesariana desnecessária pode trazer muitos problemas.

Entretanto, o movimento para mudanças nas práticas de parturição e a consequente humanização do parto se iniciou de forma muito escassa e independente em algumas regiões, sendo que somente em 2000 segundo Rattner (2009) é que a denominação Humanização foi adotada como oficial pelo Ministério da Saúde através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN.

Desta forma, de acordo com a portaria nº 569 de 1º de Junho de 2000 tal programa, Humanização no Pré-Natal e Nascimento, fundamentam-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Assim, a humanização compreende em pelo menos dois aspectos fundamentais. Sendo que no primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Entretanto, apesar dos esforços do Ministério da Saúde em reduzir o número de cesarianas e melhorar o atendimento e acompanhamento das gestantes o número de Cesáreas ainda continua a aumentar, e no município de Juína isto também não é diferente.

Desta forma, segundo Rattner (2009) a Cesária ou a intervenção médica não significa que não são humanizadas, mas que a Cesariana existe para salvar vidas e não deveria ser a maior parte dos partos como vem acontecendo hoje e sim um recurso extra para casos extremos, assim como a intervenção médica, que deveria ser aplicada somente quando necessária ou quando de escolha da parturiente quando está bem orientada. Assim a humanização não representa uma técnica ou algum tipo novo de conhecimento revolucionador, mas sim direcionar a atenção as necessidades da mulher e lhe dar o controle da situação no momento do nascimento mostrando suas opções de escolha, com base em evidências científicas e nos direitos que ela possui.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa utilizou-se de métodos documental quantitativo e retrospectivos para alcançar seus objetivos e a resolução dos problemas em estudo.

De acordo com as normas da ABNT(NBR.6023,2002) a pesquisa documental pressupõe o exame ou reexame de materiais que ainda não receberam qualquer tratamento analítico no objetivo de fundamentar interpretações novas ou complementares sobre o que está sendo investigado.

Segundo Lima (2010)

São documentos oriundos de fontes primarias aqueles produzidos por pessoas que vivenciaram diretamente o evento investigado já os documentos oriundos de fontes secundárias são aquelas coletadas por pessoas que não estavam presentes na sua ocorrência. (LIMA. 2010,p. 57).

No caso desta pesquisa as fontes de dados são secundárias, pois o pesquisador não estava na ocorrência dos fatos.

Uma das grandes características dos estudos documentais é a diversidade de fontes de consulta onde as fontes podem variar desde arquivos particulares, até fontes estatísticas.

Desta forma, a pesquisa documental é uma das mais importantes, pois figura recursos metodológicos quando o pesquisador necessita explorar temas que recorrem a dimensões históricas da nossa realidade.

Trata-se também de pesquisa quantitativa, pois segundo Lima (2010)

O processo de coleta de dados prioriza números ou informações que possam ser quantificadas, os dados coletados e processados são interpretados e analisados com recursos oriundo de estatística e a preocupação central reside em testar a hipótese para valida-la ou não. (Lima 2010, p.28).

Assim, através deste tipo de pesquisa a análise se efetua com todos os dados numéricos resultantes da investigação e que apresentarão com um conjunto de gráficos e tabelas.

Entretanto, para Marconi e Lakatos (2004), a pesquisa Quantitativa possui algumas características peculiares como:

- Evidenciar a observação e a valorização dos fenômenos;
- Estabelecer ideais;
- Demonstrar grau de fundamentação;
- Revista ideias resultantes da análise; e
- Preparar novas observações e valorizações para evidenciar, modificar e fundamentar respostas e ideias.

3.2 POPULAÇÃO DE AMOSTRA

Para este estudo foram analisados os registros dos partos ocorridos no município de Juína MT que entre os anos de 2010 a 2014, também foram realizados o levantamento das idades maternas, escolaridade, duração da gestação e apgar1min, 5min.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Os dados coletados se deram através de buscas no SINASC Sistema de Informação Nascidos Vivos, disponível no Escritório Regional de Saúde da cidade de Juína. Inicialmente os dados foram armazenados em uma planilha no programa Excel 2007, depois se criou um banco de dados no software SPSS20 utilizando-se estatística descritiva de frequências simples e absoluta.

3.4 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa limitou-se ao estudo e análise do número de nascidos por meio de cesáreas e parto vaginal no município de Juína no período compreendido entre 01 de Janeiro de 2010 a 31 de Dezembro de 2014.

Este período foi escolhido porque reflete a realidade vivenciada em nosso município nos dias atuais.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Embora não tenha sido possível obter a informação da variável escolaridade em aproximadamente 42% da população (*missing data*), observa-se que dos 1865 casos relatados no sistema, 68% não haviam terminado o ensino médio e apenas 12,4% ingressaram ou completaram o ensino superior.

Na Tabela 1 podemos observar os níveis de escolaridade das gestantes, no período entre os anos de 2010 a 2014. Verificamos que os principais índices se concentram nos menores níveis de escolaridade, ou seja, Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental e Ensino Médio Incompleto e Completo.

Tabela 1 - Escolaridade das Parturientes Juinenses de 2010 a 2014.

	n	%	Total
Missing	1336	41,7	
Total	3201	100,0	
Sem escolaridade	85	2,7	4,6
Ensino Fundamental incompleto	369	11,5	19,8
Ensino Fundamental Completo	282	8,8	15,1
Ensino Médio Incompleto	532	16,6	28,5
Ensino Médio Completo	375	11,7	20,1
Ensino Superior Incompleto	67	2,1	3,6
Ensino Superior Completo	155	4,8	8,3
Total	1865	58,3	100,0

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015.

A tabela 2 nos traz a relação entre a escolaridade das mães e o tipo de parto, Vaginal ou Cesáreo, Nela podemos observar claramente que até mesmo com níveis de escolaridade mais baixas as quantidades de Cesáreas são maiores.

Entretanto, quanto maior a escolaridade maior ainda é a discrepância entre partos Cesáreos e Vaginais.

Tabela 2 - Escolaridade da Mãe e o Tipo de Parto.

		Tipo de Parto	
		Vaginal	Cesáreo
		N	N
Escolaridade da Mãe	Sem escolaridade	77	8
	Ensino Fundamental incompleto	151	218
	Ensino Fundamental Completo	126	156
	Ensino Médio Incompleto	137	395
	Ensino Médio Completo	90	285
	Ensino Superior Incompleto	8	59
	Ensino Superior Completo	17	138

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015

Os dados da tabela 2 se assemelham muito com outros estudos realizados no Brasil, como é o caso de Tenfen (2009) que destaca que quanto maior é o grau de escolaridade da mulher menor é a taxa de fecundidade e maior adesão ao pré-natal. A baixa escolaridade materna está associada a um maior risco de mortalidade materna e a ocorrência de recém-nascido de baixo peso, entretanto quanto maior a escolaridade maior são as chances das mães terem filhos de parto cesárea.

Os resultados das variações de apgar 1 e 5 minutos não foram possíveis por se tratarem de resultados não claros, resultantes de possíveis más avaliações.

No Gráfico 2 podemos observar a frequência da idade materna, onde a variável idade revela maior concentração de partos entre gestantes com idades de 18 a 29 anos.

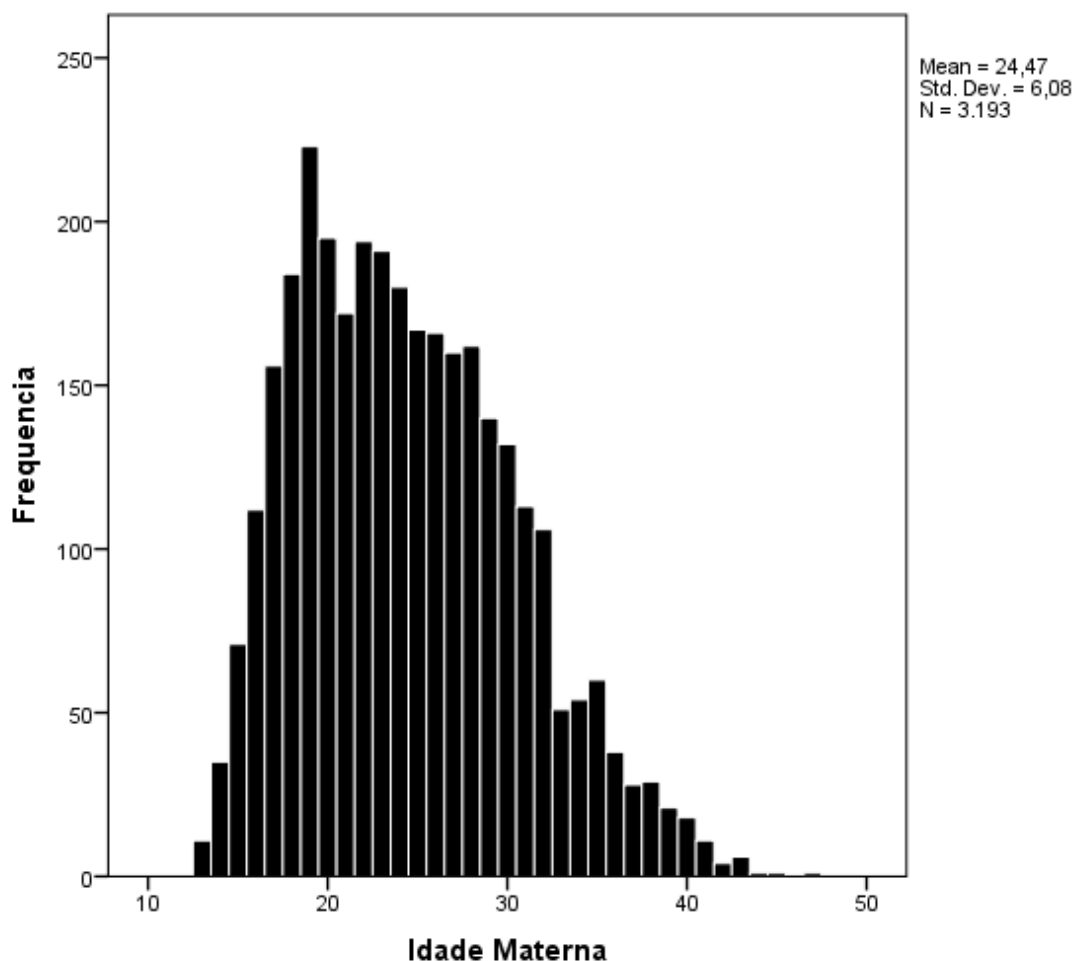


Gráfico 2 - Frequência de Idade Materna.

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015.

O número total de nascidos entre os anos de 2010 à 2014, variou entre 605 a 687, somando 3196 nascidos no período. Tendo alcançado uma média de 639,2 partos por ano. Tais dados podem ser verificados na Tabela 2, descrita logo abaixo.

Tabela 2 - Ano e a Respectiva Quantidade de Nascidos.

		N
Ano de Nascimento	2010	655
	2011	605
	2012	624
	2013	625
	2014	687
Total		3196

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015.

Para representar a evolução do aumento do número de partos por Cesariana, apresenta-se o Gráfico 3.

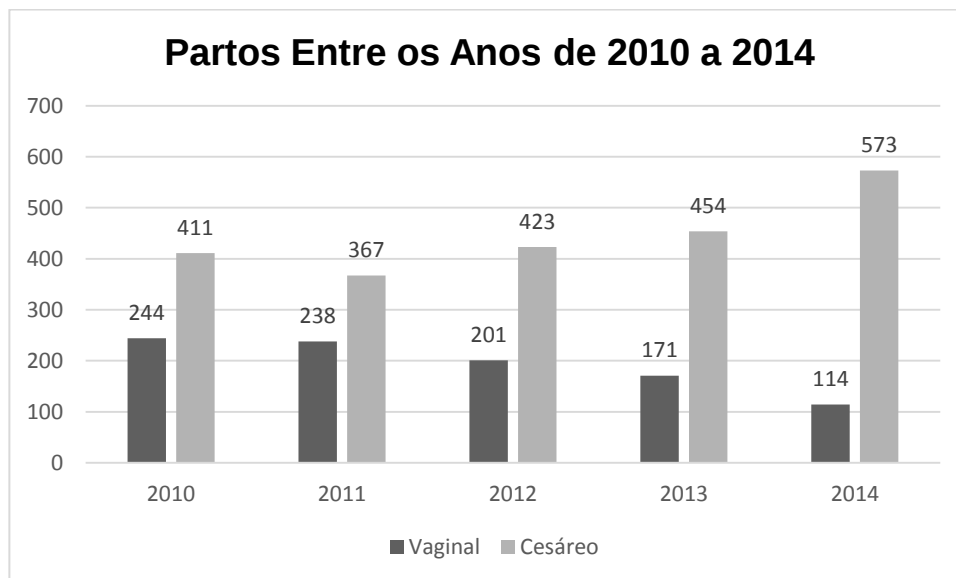


Gráfico 3 - Partos Entre os Anos de 2010 a 2014

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015

O Gráfico 3 demonstra a quantidade de partos do tipo Vaginal e Cesáreo, no período de 2010 a 2014. Vale destacar que o parto do tipo vaginal ocorreu em menos de 17% dos casos no ano de 2014, ou seja, muito abaixo do que a OMS (Organização Mundial da Saúde) estabelece.

Onde segundo a mesma, a taxa de Cesarianas não deve ser maior que 15%, mas no Brasil este número chega a 52% do total de nascidos, e em nosso município o uso da Cesariana está descontrolado chegando a incríveis 83,41% do total de partos.

O gráfico 4 demonstra a porcentagem de partos do tipo vaginal e Cesáreo, no período de 2010 a 2014. Vale destacar que o parto do tipo vaginal teve incidência em 30,29% dos partos totais do período, enquanto que o parto Cesáreo teve uma incidência de 69,71% dos partos.

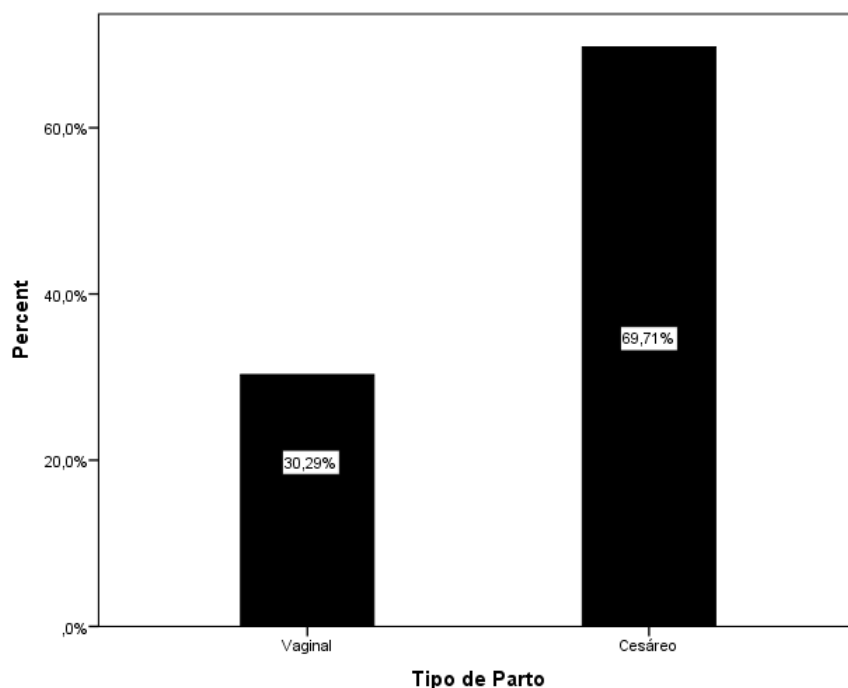


Gráfico 4 - Porcentagem de Partos no Período.

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015.

A alta taxa de partos cesáreos mostradas neste gráfico 4, estão 4 vezes mais altas que o preconizado pela Organização Mundial da saúde que é até 15%.

O gráfico 5 demonstra o tempo de duração das gestações das grávidas do município de Juína no período entre os anos de 2010 a 2014, nele observamos claramente que a grande maioria das gestantes, cerca de 80%, estão tendo seus partos no período considerado normal, ou seja, entre a 37^a e a 41^a semana de gestação.

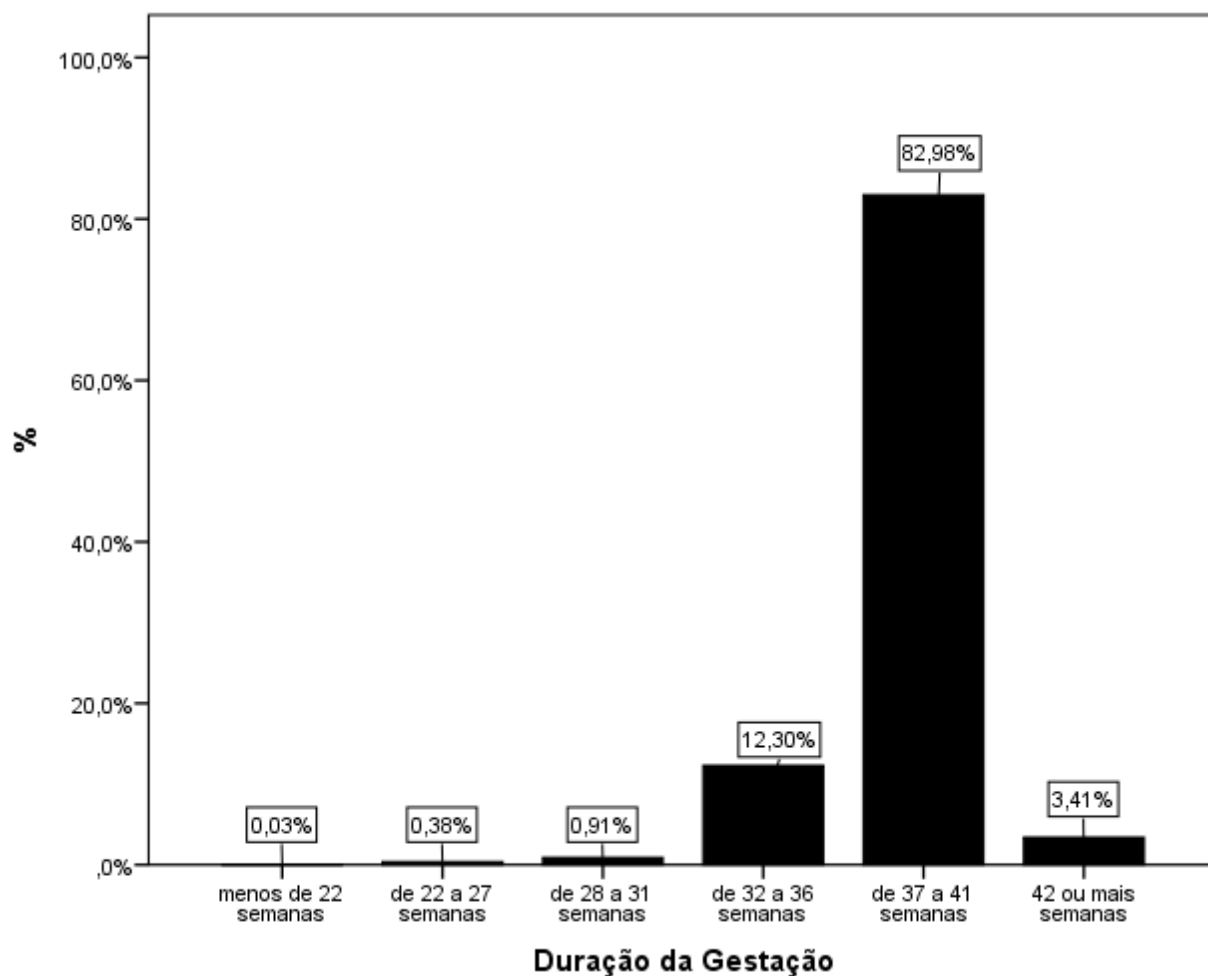


Gráfico 5 - Duração da Gestação

Fonte: SINASC, Escritório Regional de Saúde Junho de 2015.

Este período entre a 37^a e a 41^a semanas da gestação segundo Carniel Faria et al (2007) é o mais favorável ao parto vaginal, pois as condições fisiológicas tanto da mãe quanto do bebê já se encontram preparados

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos estudos realizados dentro do período de cinco anos com 3.196 parturientes, com levantamento de dados realizado através do (SINASC) Sistema de Informação de Nascidos Vivos do município de Juína, foi possível observar a alta taxa de partos cesáreos 69,71%, no período, um percentual quatro vezes acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda 15%.

Estes dados se apresentam elevados assim como, em outros estudos realizados no Brasil.

Para este estudo foram abordadas as idades maternas, duração da gestação, escolaridade e tipo de parto. Ficaram de fora da amostra de escolaridade 42% da população, por não terem seus dados de escolaridade subscrito junto ao SINASC. Dos 1.865 casos relatados 68% não haviam terminado o ensino médio e apenas 12,4% ingressaram e completaram o ensino médio.

As maiores concentrações de partos ocorreram em gestantes de 17 a 29 anos dentro da média nacional, e também sendo considerada idade ideal para procriação, ou seja, normais para o parto, observa-se também que as mães que concluíram o ensino fundamental completo aderem mais ao parto vaginal.

Através deste estudo, percebemos que os números de cesáreas vêm crescendo ano após ano, e com esse crescimento, torna-se preocupante para a saúde pública, pois cesáreas são procedimentos cirúrgicos e como tal estes aumentam os riscos se usados de forma desnecessárias, podendo colocar em riscos a mãe e o recém-nascido, com possíveis problemas de saúde como má respiração, recém-nascidos prematuros e baixo peso, elevando e marcando o mau uso da tecnologia médica no parto.

Quanto a duração da gestação 82,98% das parturientes estavam entre a 37^a a 41^a semanas, esse é o período da gestação mais favorável para realizar o possível parto vaginal.

Mas vale ressaltar também, que muitas parturientes só se decidem que tipo de parto a ser realizado minutos antes de sua internação.

As parturientes têm o direito de escolher a melhor forma de ter seu bebê, e estas informações devem ser esclarecidas nos pré-natais, onde devem ser esclarecidos quais os tipos de partos e seus benefícios. Quebrando assim paradigmas, fazendo com que as parturientes consigam decidir como ela vai ter o seu bebê.

Desta forma, Deixando a futura mãe escolher o seu tipo parto deixamos ela realizar o seu verdadeiro papel, que é ser protagonista e os médicos como coadjuvantes, atuando somente na hora de possíveis intercorrências.

Entretanto, no Brasil o parto de cesáreas vem aumentando gradativamente por vários motivos, dentre os principais motivos podemos destacar as mudanças de cultura, medo da dor do parto vaginal, por comodismo da parturiente e dos familiares em ter a hora e o dia marcados com antecedência e por médicos e equipe de obstetras.

Assim é por esses e outros motivos que o ministério da saúde vem incentivando as gestantes a realizarem o parto humanizado e os esforços requerem uma ação não só do governo, mas de todo o profissional de saúde do município de Juína e da população que se sensibilizem e se manifestem, incentivando e orientando as parturientes para terem o parto vaginal, fazendo o que preconiza a organização mundial de saúde, que seria o menos de intervenção médica possível.

Mas ressaltamos que o melhor tipo de parto não é o cesáreo ou vaginal mas sim o que ofereça conforto e segurança tanto para a parturiente e o recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:** Informação e Documentação – Referências – Elaboração. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnabr6023.pdf>> acesso em 07 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 32 – ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> acesso em 07 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAINEL DE INDICADORES DO SUS: Temático Saúde da Mulher.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_saude_mulher_a1n1.pdf> acesso em 07 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PARTO, ABORTO E PUERPÉRIO: Assistência Humanizada à Mulher.** Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> acesso em 01 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROGRAMA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: Humanização no Pré-Natal e Nascimento.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> acesso em 07 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> acesso em 07 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Portal da Saúde. **Rede Cegonha.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php> acesso em 01 Jul. 2015.

CARNIEL, Emília de Faria; et al. **FATORES DE RISCO PARA INDICAÇÃO DO PARTO CESÁRIO EM CAMPINAS (SP).** Revista Bras. Ginecol. Obstet. Vol. 29. Nº 01. Ano 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100006> acesso em 07 ago. 2014.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica.** 5. ed. 4 reimpr. São Paulo: Person Prentice Hall, 2002.

CONTE, Juliana. **TIPOS DE PARTO: Qual o Mais Adequado Para você e se bebê.** Artigo on-line. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/tipos-de-parto-qual-o-mais-adequado-para-voce-e-seu-bebe/>> acesso em 15 de ago. 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: Os Muitos Sentidos de um Movimento.** Revista Ciência e saúde. Vol. 10 nº 3. Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>> Acesso em 07 de ago. 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JUNIOR, Leguizamon Teodoro; et al. **ESCOLHA DA VIDA DE PARTO: Expectativa de Gestantes e Obstetras.** Revista Bioética, Vol. 21. Nº 03. 2013. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/798> acesso em 01 ago. 2014.

LIMA, Manolita Correia. **MONOGRAFIA: A Engenharia da Produção Acadêmica.** 2ª ed. 3ª triagem São Paulo: Saraiva, 2010.

MACHADO, Nilce Xavier de Souza; PRAÇA, Neide de Souza. **CENTRO DE PARTO NORMAL E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA CENTRADA NAS NECESSIDADES DA PARTURIENTE.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 40 nº 2. São Paulo. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200017&script=sci_arttext> acesso em 15 de ago. 2014.

MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MEDEIROS, Raphael Câmara; et al. **A HISTORIA DO NASCIMENTO (PARTE 1): Cesariana.** Revista FEMINA. Vol. 38. Nº 09. Ano 2010. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n9_pg481-486.pdf> acesso em 07 ago. 2014.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; FILHO, Jorge Rezende. **REZENDE OBSTETRÍCIA.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OSAVA, Ruth Hitomi; et al. **CARACTERIZAÇÃO DAS CESARIANAS EM CENTRO DE PARTO NORMAL.** Revista Saúde Pública. Vol. 45 nº 06. São Paulo. Dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000600005&script=sci_arttext> Acesso em 07 ago. 2014.

RATTNER, Daphne. **HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO A NASCIMENTOS E PARTOS: Ponderações sobre Políticas públicas.** Revista Interface: Comunicação, Saúde Educação (Botucatu). Versão On-line Vol. 13. Botucatu. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>> Acesso em 07 de ago. 2014.

SANTOS, Nívea Cristina Moreira. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL.** 2ª ed. São Paulo: Láttria, 2009.

TENFEN, Rosenilda Conceição Blanco Wilhelm. **PERFIL DAS GESTANTES ASSISTIDAS NO HOSPITAL EVANGÉLICO NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS, EM 2007.** Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tedesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6307> acesso em 07 mai. 2015.