



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**IVONALDO MARTINS DIAS JÚNIOR**

**ANÁLISE DAS VIAS DE PARTO APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

**CAJAZEIRAS- PB  
2019**

**IVONALDO MARTINS DIAS JÚNIOR**

**ANÁLISE DAS VIAS DE PARTO APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Medicina.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira

**CAJAZEIRAS- PB  
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

D541a Dias Júnior, Ivonaldo Martins.  
Análise das vias de parto após a implantação da Rede Cegonha /  
Ivonaldo Martins Dias Júnior. - Cajazeiras, 2019.  
42f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Esp. Rafaela Rolim de Oliveira.  
Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2019.

1. Parto. 2. Cesariana. 3. Rede Cegonha. 4. Vias de parto. I. Oliveira,  
Rafaela Rolim de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III.  
Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.4

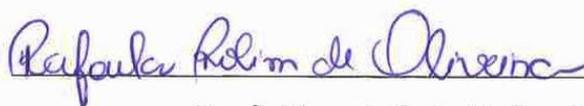
IVONALDO MARTINS DIAS JÚNIOR

ANÁLISE DAS VIAS DE PARTO APÓS A IMPLANTAÇÃO DA REDE  
CEGONHA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Medicina.

Aprovado em 22/11/19

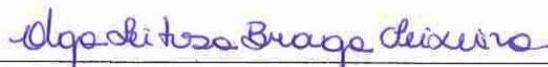
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª Esp. Rafaela Rolim de Oliveira

Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF/ CFP/ UFCG

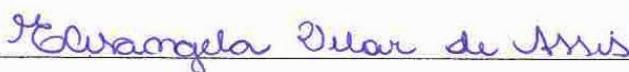
Orientadora



Prof. Ma. Olga Feitosa Braga-Teixeira

Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras – ETSC/ UFCG

Examinadora



Prof. Dra. Elisangela Vilar de Assis

Unidade Acadêmica Ciências da Vida – UACV/CFP/UFCG

Examinadora

*Dedico este trabalho a minha família e aos meus colegas de turma que foram meus alicerces nas horas difíceis.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, minha avó Maria Celeste, às minhas amadas irmãs, ao meu miudinho Yvis e sua mãe Isa, por serem minha referência de amor, coragem e determinação; às professoras Rafaela Rolim e Gerlane Veras, pelo apoio acadêmico e pessoal, apesar da distância, bem como às professoras da banca examinadora, Elisangela e Olga, pela disponibilidade e dedicação na melhoria deste trabalho, por último, mas não menos importante, agradeço ao corpo docente da UFCG, *campus* Cajazeiras, pela rica contribuição na minha formação acadêmica e por manter viva a vontade e o prazer de transmitir conhecimentos mesmo em cenário desfavorável para a arte de lecionar; às minhas amigas Lorena, Thaís e Marlla, pela amizade e suporte na elaboração deste trabalho e à Medicina, que, pela sua beleza e fascínio, me faz persistir e buscar, apaixonadamente, crescer a cada dia.

“Viver com a incerteza, mas sem paralisado pela hesitação.”

Viktor Emil Frankl

DIAS JÚNIOR, I. M. **Análise das vias de partos após implantação da Rede Cegonha.** 2019, 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2019.

## RESUMO

A escolha da via de parto e suas indicações são motivos de discussões no âmbito da saúde da mulher no Brasil e no mundo. Em 2011, foi implantada, no Brasil, a Rede Cegonha, estratégia esta que visa, dentre outras questões, assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como fornecer uma rede de cuidados aos nascituros e o direito de um desenvolvimento saudável. Objetivou-se analisar as vias de parto após a implementação da rede cegonha no município de Cajazeiras-PB. Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, descritivo e de base documental com abordagem quantitativa que utilizou de estatística descritiva simples para análise dos dados e conclusão dos resultados, sendo estes apresentados em tabelas para melhor visualização e análise. A pesquisa foi desenvolvida a partir dos registros das vias de parto de 2011 a 2017 do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, coletados nos meses de outubro e novembro de 2019, sendo considerados como critérios de inclusão os dados devidamente registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, no período estabelecido para coleta de dados. Já quanto aos critérios de exclusão, excluíram-se da pesquisa os registros no qual a variável analisada foi registrada como ignorada e os referentes às gestações com duração inferior a 22 semanas e que não ocorreram em ambiente hospitalar. O estudo em tela não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa já que considerou apenas dados secundários de acesso público, obedecendo a resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Verificou-se que ocorreram 11.433 partos registrados no município e no período estudado 63% foram findados via cesariana, o que vai de encontro ao aconselhamento da Organização Mundial da Saúde, que recomenda taxa de 15%. Além disso, quanto ao perfil sociodemográfico notou-se que a maior idade materna, a maior quantidade de anos estudados pela mãe, o estado civil separada judicialmente e a cor/raça branca e preta se comportaram como fator de maior probabilidade para realização de cirurgia cesariana. Na análise das variáveis obstétricas, a cesariana foi proporcionalmente mais incidente conforme aumento da duração da gestação, do número de consultas pré-natais e quando gestação dupla. Dessa forma, observou-se que o município de Cajazeiras registrou no período estudado um número exorbitante de cesarianas, mesmo após a implantação da Rede Cegonha, o que demonstra a ainda ineficiente ação da mesma na região e/ou da falta de fiscalização e incentivo por parte dos órgãos competentes. Diante disso, o estudo contribui para reforçar a frágil implantação da Rede Cegonha no município estudado e para proporcionar melhor análise dos possíveis fatores relacionados para tais resultados. Espera-se que, a partir disso, sejam adotadas medidas que reforcem a implantação mais efetiva da Estratégia Federal no referido município e que fique evidente a importância da humanização do processo de nascer e da qualificação profissional visando uma maior educação em saúde e esclarecimento popular sobre os reais benefícios das vias de parto.

**Palavras-chaves:** Cesariana. Rede Cegonha. Vias de parto.

DIAS JÚNIOR, I. M. **Analysis of the birth pathways after implantation of the Stork network.** Course completion Work (Bachelor of Medicine) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2019.

### ABSTRACT

The choice of the mode of delivery and its indications are grounds for discussion in women's health in Brazil and worldwide. In 2011, the Stork Network was implemented in Brazil, a strategy that aims, among other issues, to ensure women the right to reproductive planning and humanized care for pregnancy, childbirth and the puerperium, as well as providing a care network. the unborn and the right to healthy development. The objective was to analyze the ways of delivery after the implementation of the stork network in the city of Cajazeiras-PB. This is an ecological study of time series, descriptive and documentary based with a quantitative approach that used simple descriptive statistics for data analysis and conclusion of results, which are presented in tables for better visualization and analysis. The research was developed from the birth records of 2011 to 2017 of the Live Birth Information System, available from the Department of Informatics of the Unified Health System, collected in October and November 2019, and considered as criteria for inclusion of data duly recorded in the Live Birth Information System during the data collection period. Regarding the exclusion criteria, the records in which the analyzed variable was recorded as ignored and those referring to pregnancies lasting less than 22 weeks and which did not occur in a hospital environment were excluded from the study. The study in question did not require submission to the Research Ethics Committee as it considered only secondary data of public access, obeying Resolution No. 510/2016 of the National Health Council. It was found that there were 11,433 births registered in the municipality and the 63% were cesarean section, which is in line with World Health Organization advice, which recommends a 15% rate. In addition, regarding the sociodemographic profile, it was noted that the higher maternal age, the largest number of years studied by the mother, the legally separated marital status and the white and black race / behavior were the most likely factor for cesarean section surgery. . In the analysis of obstetric variables, cesarean section was proportionally more incident as the duration of pregnancy, the number of prenatal consultations and double gestation increased. Thus, it was observed that the municipality of Cajazeiras recorded an exorbitant number of cesarean sections during the study period, even after the implementation of the Stork Network, which demonstrates its still inefficient action in the region and / or the lack of supervision and incentive by competent bodies. Given this, the study contributes to reinforce the fragile implementation of the Stork Network in the municipality studied and to provide a better analysis of the possible factors related to such results. It is hoped that, from this, measures will be adopted to reinforce the more effective implementation of the Federal Strategy in that municipality and the importance of the humanization of the birth process and professional qualification aiming at greater health education and popular clarification on the real benefits of the birth routes.

**Keywords:** Caesarean section. Delivery routes. Stork network.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Registros das vias de parto de 2011 a 2017 em Cajazeiras-PB. ....	25
Tabela 02: Registros de vias de parto de acordo com as variáveis sociodemográficas em Cajazeiras-PB. ....	27
Tabela 03: Registros de vias de parto de acordo com as variáveis obstétricas em Cajazeiras-PB. ....	30

## **LISTA DE SIGLAS**

**DATASUS:** Departamento de Informática do SUS

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**SINASC:** Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos

**RC:** Rede Cegonha

**MS:** Ministério da Saúde

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PNAISM:** Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
3.1 SAÚDE INTEGRAL DA MULHER .....	16
3.2 VIAS DE PARTO .....	17
3.3 REDE CEGONHA .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>22</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	23
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO .....	23
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS .....	23
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO .....	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>36</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a determinação da via de parto é um fator multifatorial, bastante amplo e fruto de várias mudanças socioeconômicas e culturais. O que antes, em tempos em que o cuidado e assistência voltada à mulher eram regidos por um modelo menos biomédico e hospitalocêntrico, o processo do nascer era representado, majoritariamente, como o desencadear de um processo fisiológico, sem necessidade de maiores intervenções e auxílio modernizado, percebe-se que na atualidade, com a supervalorização do modelo biomédico e com a ainda frágil transição para um modelo de atenção assistencialista que prioriza a humanização da assistência, muitas vezes é visto como um momento que requer cuidados terciários com múltiplas intervenções e instrumentalizações, mesmo quando não existem pré-requisitos clínicos para uso de tais medidas, indo de encontro aos atuais esforços governamentais que incentivam uma via de parto humanizada (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Percebe-se que a mudança no perfil da escolha da via de parto encontra-se relacionada tanto à transição epidemiológica iniciada a partir do século XIX, da mudança no modelo assistencial após a consolidação da medicalização da assistência, no modelo biomédico, quanto às mudanças culturais sedimentadas a partir dessa transição do modelo assistencial e toda a conjuntura associada, resultando na substituição da via de parto vaginal para o atual cenário no qual a via de parto cirúrgica, representada pela cirurgia cesariana, domina os dados registrados (RODRIGUES *et al.*, 2016).

No que se refere à assistência ao parto vaginal humanizada, ela visa priorizar uma assistência integral, sem proporcionar riscos a parturiente, de maneira mais natural e fisiológica possível, evitando intervenções desnecessárias, sendo recomendada para gestação de baixo risco sem distócias. Sugere-se que a escolha por esta via deve ser uma decisão conjunta e esclarecida entre a equipe multiprofissional em saúde e a paciente/familiares (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Vale ressaltar, ainda, que essa assistência ao parto vaginal de maneira humanizada não desvaloriza ou recrimina as intervenções a nível de atenção terciária ou cuidados especializados durante o parto, no entanto, prioriza a fisiologia normal do processo de parir e respeita a decisão da parturiente na condução do mesmo, de forma que tal decisão seja tomada

de forma esclarecida e consciente a partir de medidas educativas que proporcionem o empoderamento da gestante (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Já no que se refere à assistência ao parto via cirúrgica, com expressiva representatividade da cesariana, apesar das maiores possibilidades de iatrogenias e inferioridade dos benefícios em relação à morbimortalidade quando comparada ao parto vaginal, deve-se valorizar o papel dessa via de parto, quando devidamente indicada, como um fator contribuinte para o empoderamento feminino ao favorecer o poder de decisão da via de parto pela gestante e de solucionar algumas complicações inerentes a uma pequena proporção dos trabalhos de parto que, antes, eram responsáveis por uma parcela de morte materna e neonatal relacionadas ao parto vaginal (BARROS *et al.*, 2015).

Ainda nesse sentido, Domingues *et al.* (2014), referem que a cesariana possibilitou um maior conforto e autonomia materna ao permitir que escolha a data e o local do parto, bem como uma melhor programação do mesmo, que junto aos demais benefícios e também à falsa percepção de segurança e conforto, corroboraram para que ocorresse a predominância deste tipo de parto no Brasil.

No entanto, apesar dos citados benefícios, há um alarmante índice de cesarianas sem indicações obstétricas precisas e sem base em evidências científicas, mas em fatores culturais fundamentados em uma deficiência educacional e social em relação às vantagens e desvantagens das vias de parto, que torna, muitas vezes, a decisão das gestantes enviesadas, e trazem, paradoxalmente, alguns malefícios e custos desnecessários (WEIDLE *et al.*, 2014).

É válido salientar que existem fatores importantes a serem considerados ao se pretender a via de parto cesariana, não tão vantajosos para a saúde pública nem para a gestante, como o significativo aumento do risco de complicações precoces para a mulher, como infecção pós-parto e urinárias, maior índice de dor e complicações anestésicas, como também um aumento substancial dos gastos públicos para subsidiar a atenção terciária que a cesárea requer (MASCARELLO *et al.*, 2018).

Ademais, os fatores culturais e sociais ainda são muito prevalentes na determinação da escolha da via de parto, visto que existe grande diferença entre os índices de cesariana no serviço público quando comparado apenas ao serviço privado, já que neste as gestantes tem uma maior autonomia, optando pela via cirúrgica pela inequívoca ideia de maior segurança, comodidade e conforto, no entanto, muitas dessas pacientes desconhecem os reais riscos e benefícios das vias propostas (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Frente ao contexto supracitado, às inúmeras iatrogenias, custos e, principalmente, da necessidade de tornar o trabalho de parto um processo mais humanizado, esclarecido e acolhedor, fomentou estudos que resgatassem os benefícios da humanização do trabalho de parto e que adapte e insira os importantes avanços tecnológicos no âmbito obstétrico (SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Na tentativa de trazer à realidade tais benefícios, em março de 2011, foi implantada, no Brasil, a Rede Cegonha (RC), uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde (MS) que visa efetivar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, proporcionando, assim, o direito a um parto mais humanizado e digno, com maior educação em saúde e esclarecimento das gestantes quanto aos reais benefícios e riscos das vias de parto, objetivando, além da maior humanização no processo do nascer, alcançar a taxa indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de cesarianas em relação a todas as vias de parto realizadas no país (BRASIL, 2011).

Dessa forma, frente à problemática intrínseca as cirurgias cesarianas e toda a conjuntura socioeconômica que lhe rege, justifica-se a elaboração do estudo em tela, reforçado pelo interesse pessoal pela temática, bem como pelo interesse em amenizar o importante impacto negativo que as elevadas taxas de cesarianas causam para a saúde pública cajazeirense, aumentando o índice de morbimortalidade materna-fetal e usufruindo de recursos que poderiam ser remanejados para outro setor público, como a intensificação do processo de educação em saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (GONÇALVES, 2016).

Diante disso, o estudo tem como questão norteadora “Qual a via de parto mais prevalente após implantação da Rede Cegonha, no município de Cajazeiras-PB?”. Tal temática foi valorizada devido aos grandes prejuízos para a saúde pública decorrentes de indicações equivocadas de cesáreas e da frágil valorização do trabalho de parto humanizado.

Com isso, visa-se, a partir da análise final, subsidiar o planejamento de ações para estimular o parto fisiológico e o fortalecimento do processo de educação em saúde no que tange a saúde reprodutiva da mulher, ressaltando-se assim a relevância social e acadêmica do estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as vias de parto após a implementação da rede cegonha no município de Cajazeiras-PB.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar a via de parto prevalente após a Rede Cegonha;
- Caracterizar perfil sociodemográfico das parturientes de acordo com as vias de parto;
- Verificar as vias de parto de acordo com as variáveis obstétricas.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 A SAÚDE INTEGRAL DA MULHER

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil foi desenvolvida com ênfase na prestação de serviços médicos individuais com enfoque curativo a partir de uma procura espontânea aos serviços. Assim, vários determinantes de saúde passaram a ser valorizados, considerando os âmbitos socioculturais, psicológicos, biológicos e experiências de vida do usuário (CZERESNIA, 2012). A partir de então, passamos de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral. Diante disso, surge a importância de buscarmos entender o processo saúde-doença na população feminina de maneira holística.

Na atenção à saúde da mulher, pode-se compreender a integralidade como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento deste público (PAZ; SALVARO, 2011).

De acordo com o autor supracitado, no que tange ao cenário brasileiro, o que se percebe é que, assim como em vários outros aspectos da saúde pública, como a saúde do idoso, do homem, da criança e do adolescente, a abordagem da saúde da mulher também sempre foi embasada no modelo biomédico, onde o objetivo da relação médico/profissional-paciente é a cura e não a atenção do indivíduo como um ser holístico e multifacetado, sem respeitar a amplitude do conceito de saúde, favorecendo assim que as demandas fossem conduzidas de forma seccionadas, sem considerar a complexidade da mente e do corpo femininos.

Nesse contexto, já visando uma mudança do padrão de acolhimento e conduta, no Brasil, iniciou-se um processo de lançamentos de programas materno-infantis, mas sem ainda enfatizar a importância de cuidar da mulher de forma integral. E, apenas em 2004 foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir de uma análise do perfil epidemiológico dos quadros que mais acometem o sexo feminino. E em 2011, foi implantada a Rede Cegonha (RC), a qual tem dentre os objetivos assegurar os

direitos reprodutivos da mulher e uma atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

### 3.2 VIAS DE PARTO

A gestação e o parto são fenômenos naturais, porém cercados por fatores socioculturais que interferem em seu desenvolvimento e principalmente no desfecho. Diversas são as maneiras com que as diferentes culturas lidam com esses processos, desde a total naturalização, como na cultura ameríndia à modernização decorrente da visão biomédica e hospitalocêntrica como na atual sociedade brasileira, em que intensas intervenções, muitas delas cirúrgicas são cruciais no auxílio à gestante, interferindo no processo natural, fisiológico e que muitas vezes não requer procedimentos invasivos (LEÃO *et al.*, 2013).

Dentre os procedimentos que podem ser dispensados encontra-se, quando sem a devida indicação obstétrica, a cirurgia cesariana, iniciada na Roma Antiga e aperfeiçoada continuamente, com novas técnicas cirúrgicas, instrumentais, anestésias e métodos assépticos, que tem sua etimologia derivada do nome do imperador romano Júlio Cesar, que em seu nascimento, após a morte de sua mãe, foi submetida a esta intervenção pela consequente impossibilidade do seguimento do parto natural (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Com isso, é inegável o grande benefício advindo pela cesariana para a saúde da mulher brasileira e seu empoderamento, visto que também possibilita o maior domínio da mulher sobre a data do parto e suas condições. No entanto, tais intervenções não são isentas de consequências negativas sérias (MELCHIORI *et al.*, 2009).

Quanto a esses efeitos negativos, principalmente aos decorrentes de iatrogenias, sabe-se que há aumento em até seis vezes do risco de morte da gestante quando comparado ao parto natural, já que aumenta bastante a possibilidade da mesma contrair infecção ou cursar com uma hemorragia pós-parto, como também pelos riscos que fogem ao ato cirúrgico, como a diminuição da taxa de aleitamento exclusivo, a diminuição do vínculo entre a mãe e o neonato, e o aumento do índice de depressão pós-parto e/ou outras queixas psiquiátricas (MASCARELLO *et al.*, 2018).

O neonato também não está imune a riscos, visto que, nascido por via cirúrgica e caso a cesariana tenha sido realizada antes da 37ª semana de gestação, como ocorre na maioria das cesarianas eletivas, tem suas chances quadruplicadas de ser submetido a cuidados intensivos

(FRANÇA; LANSKY, 2016). Além de estar sujeito a diversas outras complicações sindrômicas pulmonares, cardiovasculares, cerebrais e hepáticas (LEAL *et al.*, 2018).

Em contrapartida, o processo de parto natural, quando bem realizado e orientado por profissionais capacitados e humanizados, proporciona a gestante um desenrolar da gestação mais seguro, rápido e com bem menos complicações (CARNEIRO, 2013). A própria fisiologia dos mecanismos de parto favorece uma melhor reanimação neonatal, uma melhora na adesão ao aleitamento materno e menos dor no final de todo o processo.

Ademais, estima-se que com o cumprimento da recomendação do Ministério da Saúde (MS) em efetivar 85% dos partos por via vaginal, significativos custos seriam economizados e, possivelmente, redistribuídos para outros setores da saúde pública (ENTRINGER *et al.*, 2018).

Verifica-se que inúmeros fatores são responsáveis pela maior quantidade de partos cesáreos em detrimento ao vaginal, quer seja por opção das gestantes, o que ocorre principalmente nos serviços particulares ou vinculados aos planos de saúde (CESAR *et al.*, 2011), quer por deficiências estruturais e falta de capacitação dos profissionais relacionados à realização do pré-natal e ao parto (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Corroborar-se a isso, uma importante questão cultural na qual a sociedade ocidental, principalmente da América Latina, fundamentada ainda no sistema de saúde hospitalocêntrico, vê no parto cirúrgico uma maior segurança, comodidade e modernismo (COSTA; PRATES; CAMPELO, 2014). Isso decorre tanto por questões históricas, já que a sociedade brasileira, enraizada em uma revolução industrial tardia, ainda deposita nos procedimentos industriais e maquinários, uma visão de sucesso e previsibilidade (FIGUEIREDO, 2011).

Evidencia-se que a questão cultural decorre também do grande incentivo midiático que iniciou no final do século XX e teve seu ápice na primeira década do século XXI, que divulgou efetivamente os benefícios da cirurgia cesariana, neles inclusa a questão da maior autonomia da mulher sobre seu corpo e os processos relacionados à ele, bem como da melhor programação do nascimento (DOMINGUES *et al.*, 2014).

No entanto, pouco se alertou para que a via cirúrgica seja, idealmente, uma alternativa para intercorrências que possam ocorrer no trabalho de parto, nem muito menos foi reforçado os inúmeros benefícios do parto natural e do seu desenrolar fisiológico em detrimento da via cirúrgica. Muito pelo contrário, esses incentivos midiáticos muito contribuíram para a intensa

comercialização das cesáreas e tornaram o parto normal a única ou última opção para mulheres que não tinham condição de arcar com as despesas de todo o processo cirúrgico da cesariana (LEGUIZAMON JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Verifica-se que outro fator que muito contribui para os atuais índices de cesárea sem indicação médica justificável é a deficiência na formação dos profissionais da saúde, que não transmitem de forma esclarecedora e eficaz as devidas indicações das diversas vias de parto e sobre todas as vantagens e desvantagens de cada uma delas, impedindo o empoderamento materno (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2017).

Tem-se também a expressiva deficiência na infraestrutura das maternidades e salas de parto brasileiras que muito contribuem para o sucateamento do parto vaginal, que, ainda que seja um processo bem mais simples e fisiológico em relação à cirurgia cesariana, requer auxílios e estrutura profissional e estrutural para o seu correto e seguro desenrolar. Aumentando assim a insegurança das gestantes em relação à via de parto vaginal (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Segundo análise curricular dos cursos de Enfermagem e Medicina do Brasil, ainda são ineficientes as carga horárias destinadas a maior humanização do serviço de saúde, o que aqui se insere a abordagem da saúde da mulher e da gestação, bem como ineficiente no sentido de quebrar as correntes hospitalocêntricas que ainda amarram a saúde pública brasileira (DIAS *et al.*, 2018).

### 3.3 IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Diante do cenário das altas taxas de cesarianas no Brasil, que representam mais que o dobro da recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), algumas medidas governamentais foram sendo implantadas com vistas a retomar a naturalização e a assistência racional da gestação e do parto com consequente melhorias para a saúde pública, como a RC, que é definida pelo MS como estratégia de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com fins de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, também visa sanar ou diminuir a incidência da violência obstétrica e ampliação da rede de atenção a saúde da mulher (BRASIL, 2011).

Constata-se que a RC é uma medida bastante racional e com alto potencial de eficiência visto que sua implantação respeita as desigualdades existente no perfil epidemiológico de todo território brasileiro e leva em consideração o processo materno-infantil como um todo, do pré-natal, parto e nascimento até a atenção integrada ao neonato e à mãe no pós-parto, sem desconsiderar também o sistema logístico de todo esse processo, como a rede de transporte, vigilância sanitária, regulação e os inúmeros obstáculos físicos e culturais encontrados na efetivação dessa implantação (FERNANDES; VILELA, 2014).

Algumas medidas da RC é estruturar e modificar tanto as salas de parto públicas do Brasil, quanto à questão educacional e cultural, retomando a importância e naturalidade do parto vaginal e ao mesmo tempo oferecendo infraestrutura física e profissional para o adequado funcionamento dos objetivos (MARTINELLI, 2014). Ademais, oferece e destina verbas, avaliando os fatores epidemiológicos, para reestruturação das maternidades e salas de parto brasileiras visando uma adequação das mesmas para realização de um eficiente, digno e humano processo do nascer, independente da via de parto (LEAL *et al.*, 2018).

Martinelli (2014), refere também que a RC incentiva a realização de ações educativas às gestantes, antes e durante a gestação, o processo de parto natural e fisiológico, dando assim maior autonomia consciente para a gestante para que aceite e opte pela via de parto natural, tentando contrapor as outras influências que, outrora majoritárias, muito valorizam a via de parto cirúrgica.

Observa-se que o MS e Ministério da Educação, em trabalho conjunto, visam valorizar a saúde coletiva, diminuindo a influência hospitalocêntrica e incentivando os profissionais de saúde, desde a sua formação acadêmica, sobre os processos fisiológicos, sem a necessidade de medicalizar bem como de ratificar a importância da ação desses profissionais na educação em saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, ainda são grandes as deficiências do sistema público em relação à saúde materno infantil, evidenciando ainda altas taxas de mortalidade materna, natimortos, e complicações neonatais, bem como uma significativa prevalência da via de parto cirúrgica em detrimento do parto vaginal, fatores esses que poderiam ser minimizados consideravelmente caso os objetivos da RC fossem realmente efetivados, o que evidencia que muitas mudanças na saúde e educação ainda devem ocorrer para que se chegue a um cenário mais humano e seguro tanto para a gestante como para seu conceito (FRANÇA; LASNKY, 2016).

Sabe-se também que a RC ainda está em processo de instalação desde 2011, frente às barreiras que comprometem sua implantação plena, contudo, sempre analisando os fatores epidemiológicos para melhor se adequar a realidade da região e para que seja efetivada de maneira mais racional e duradoura (BRASIL, 2011).

Dentre as inúmeras barreiras encontradas, pode-se destacar a permanência de um modelo de atenção que ainda manifesta, significativamente, raízes de um sistema sobretudo hospitalocêntrico, dificuldades na organização da rede de saúde de forma a contemplar todos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a deficiente formação técnica dos profissionais que participam e auxiliam, diretamente e indiretamente, no processo do parto e da saúde da mulher, bem como uma gestão e financiamento de saúde que corroboram para a permanência de um modelo de assistência hospitalocêntrico (FERNANDES; VILELA, 2014).

Para melhor entendimento dessas barreiras, um melhor entendimento da organização do SUS e de seus processos de transição, funcionalidade e atualização torna-se mais esclarecedor. Sabe-se que as diretrizes que regem a organização do SUS estão estruturadas a partir de três pilares básicos, são eles: Rede, que se refere à integração dos diversos serviços; a regionalização, e hierarquização, que organiza tais serviços de acordo com as necessidades epidemiológicas e individuais e se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde brasileiro, forma organizativa, como defende a Constituição Brasileira ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990).

No que se refere à implementação e efetivação da RC, pode associar a ainda insatisfatória instalação dos objetivos principais da medida de saúde com a fragilidade da organização desses pilares básicos que regem a organização, dando assim continuidade à um modelo assistencial hospitalocêntrico e uma priorização da atenção primária de forma deficitária (FERNANDES; VILELA, 2014).

## 4 MÉTODO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico de séries temporais, descritivo e de base documental com abordagem quantitativa. Nos estudos epidemiológicos, incluem-se a análise, vigilância, e experimentação dos fatores biológicos, físicos, culturais, sociais e comportamentais que influenciam a saúde. Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Quanto às séries temporais, uma série temporal é uma sequência de observações ou constatações de uma variável ao longo do tempo, muito importante epidemiologicamente, pois permite analisar implantações de planos ou estratégias no decorrer de um intervalo. (BASTOS; DUQUIA, 2013). Já no que se refere ao caráter documental, Andrade, Marconni e Lakatos (2010), alegam que se dá pela análise de documentos já publicados, tendo neste sua única fonte de dados, permitindo investigar determinada problemática de forma indireta.

No que diz respeito à abordagem quantitativa, sabe-se que ela utiliza de dados estatísticos para quantificar ou classificar dados, apontando numericamente a frequência e intensidade dos comportamentos de um agravo em uma população (BASTOS; DUQUIA, 2013).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis de forma online no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O DATASUS contempla dados epidemiológicos e administrativos importantíssimos para análise de diversos fatores que se relacionam à situação da saúde pública, na medida em que explana dados relativos à taxa de natalidade e mortalidade, bem como dados mais específicos sobre tais fatores, como via de parto, condição de nascimento, assistência médica e vários fatores biopsicossocial inerentes ao objeto estudado.

Os filtros foram aplicados e a pesquisa então desenvolvida com dados do município de Cajazeiras, Paraíba, que está localizado no Alto sertão paraibano e possui uma população estimada de 58.446 habitantes, que cuja área de aproximadamente 565.899 km<sup>2</sup>, sendo o sétimo município mais populoso da Paraíba (IBGE, 2010).

A região foi escolhida por ser que a cidade sede da 9<sup>a</sup> Gerência Regional de Saúde da Paraíba, englobando mais outros quatorze municípios, destacando-se como referência para as regiões vizinhas, inclusive na saúde da mulher (IBGE, 2010).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo foi composta por todos os registros que contemplam a via de parto das parturientes atendidas no serviço de saúde e com dados registrados no SINASC, no período de 2011 a 2017, em Cajazeiras-PB, totalizando 12.463 registros. Já a amostra do estudo correspondeu a todos os registros das vias de parto que se adequassem aos critérios de inclusão e exclusão, resultando em 11.433 dados para o estudo.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos no estudo os dados devidamente registrados no SINASC, no período de 2011 a 2017.

Já quanto aos critérios de exclusão, excluíram-se da pesquisa os registros no qual a variável analisada foi registrada como ignorada e os referentes às gestações com duração inferior a 22 semanas e que não ocorreram em ambiente hospitalar.

#### 4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio do SINASC/DATASUS, a partir de um roteiro (APÊNDICE A) pré-estabelecido para registro das informações.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses outubro e novembro de 2019, utilizando os dados dos anos de 2011 a 2017.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dados, estes foram analisados e organizados em tabelas, com base no método quantitativo, utilizando a estatística descritiva simples, na qual, a análise foi realizada a partir do embasamento teórico sobre a temática.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo cumpriu todas as normas éticas determinadas pela Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, resolução esta que aborda a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais, e dispensa a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas em seres Humanos, já que foram utilizados apenas dados secundários obtidos de maneira agregada, não havendo qualquer acesso a informações pessoais das gestantes, nem implicações diretas aos seres humanos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram analisados 11.433 registros do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referente à via de parto, o que constituiu a amostra do estudo, no período de 2011 a 2017, no município estudado, sendo então relacionados de acordo com diversas variáveis, para melhor compressão dos possíveis fatores associados às vias de parto estudadas.

Os resultados foram divididos em três seções apresentadas em três tabelas, e a variável fixa escolhida foi a “via de parto”, sendo que em todas as etapas ela será analisada de acordo com as demais variáveis, como dados sociodemográficos e obstétricos.

A tabela 1 retrata os registros em números absolutos e percentuais das vias de parto vaginal e cesariana de acordo com o ano de ocorrência.

**Tabela1:** Registros das vias de parto de 2011 a 2017 em Cajazeiras-PB

ANO DE OCORRÊNCIA	VAGINAL		CESÁREA		TOTAL DE PARTOS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
2011	626	37,7%	1.035	62,3 %	1.661	14,5%
2012	559	38,9%	879	61,1 %	1.438	12,6%
2013	616	36,8%	1.059	63,2 %	1.675	14,6%
2014	601	38,6%	957	61,4 %	1.558	13,6%
2015	635	36,3%	1.115	63,7 %	1.750	15,3%
2016	578	34,6%	1.095	65,4 %	1.673	14,6%
2017	539	32,2%	1.139	67,8 %	1.678	14,6%
<b>TOTAL</b>	<b>4.154</b>	<b>36,4%</b>	<b>7.279</b>	<b>63,6 %</b>	<b>11.433</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/SUS

Como bem evidenciado na tabela acima, após a implantação da Rede Cegonha (RC), em 2011, não se observou mudanças esperadas de acordo com os objetivos da estratégia. Paradoxalmente, houve um aumento progressivo na proporção de cesarianas em relação ao parto vaginal nos últimos quatro anos do estudo e em nenhum momento houve decréscimo contínuo no percentual de cesárias.

Ao analisar as vias de parto em relação ao ano de ocorrência, notou-se que ocorreram cerca de 1.633 partos ao ano, sendo que mais da metade foi finalizado por via cirúrgica, correspondendo a 63,6% do total dos registros analisados no período. Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que não há justificativas para taxas de cesarianas maiores que 15%, permanecendo até então a taxa recomendada para todas as unidades federativas (BRASIL, 2015).

Entretanto, tais taxas estão bem aquém do esperado quando se avalia a amostra do estudo. Além disso, nota-se que tais índices vêm aumentando progressivamente, como demonstrado na pesquisa em tela, apesar dos esforços governamentais com o lançamento de políticas públicas que objetivam a melhora da assistência pré-concepcional e pré-natal para, conseqüentemente, adequação desses resultados.

Dessa forma, tal análise mostra um acentuado desencontro entre as recomendações da OMS para as vias de parto e ainda revela as inúmeras deficiências no serviço de assistência e educação em saúde referente ao processo do nascer, como também um fracasso nos esforços governamentais para mudança desse panorama - melhor representado pela RC - que abre espaço para a ocorrência desses índices alarmantes, como corrobora a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Ao comparar os resultados do estudo com outros obtidos em análises a nível nacional, nota-se que esta realidade também foi percebida em todo o território brasileiro. Barros *et al.* (2015), também evidenciaram o aumento crescente das taxas de cesariana no Brasil, de 37,9%, em 2000, para 53,9% em 2011, e enfatizou as lacunas estruturais e humanas nas maternidades brasileiras, bem como no processo de educação em saúde, que estão bastante relacionados com os resultados obtidos.

Ademais, a influência de fatores culturais, sociais, obstétricos e familiares, tanto durante o período pré-concepcional, mas, principalmente no período gestacional, sobre escolha e/ou indicação da via de parto também refletem nos números encontrados nesta pesquisa. Tal análise ficou clara no estudo realizado por Leguizamon Junior; Steffani e Bonamigo (2013), no qual relatam que a maioria das gestantes tem preferência pelo parto fisiológico, no entanto, com o decorrer da gestação, são influenciadas por opinião obstétrica, familiar e surpreendidas por intercorrências, por exemplo.

Outra razão para as taxas crescentes de partos cirúrgicos é ainda a ineficiente humanização da atenção à saúde materno-infantil pautada em conjuntos integrais e de assistência, com alvo na melhoria do atendimento inicial a gestante, ainda no pré-natal, bem como na admissão para a finalização da gestação em curso. Isso em muito contribui no entendimento da crescente taxa de cesariana, inclusive em Cajazeiras-PB, uma vez que a maternidade referência na cidade ainda não é abarcada, como esperado, de uma equipe de atenção integral pautada nos direcionamentos da RC, o que reforça ainda mais a importância de trabalhos multidisciplinares e uma maior efetivação das estratégias da RC a nível local.

Nesse sentido, um dos principais alvos da RC é justamente remodelar o modelo de assistência materna às mulheres em idade fértil, tornando mais humano, consciente e orientado nos princípios da obstetrícia moderna, que, conseqüentemente, atuaria sobre as altas taxas de cesáreas do Brasil, alterando assim, de forma progressiva e continuada, o cenário evidenciado na tabela em questão.

Em outra análise, ao confrontar fatores sociodemográficos com as vias de parto após o início da implantação da RC, notou-se correlação estatística de algumas variáveis com o desfecho da gestação. Na tabela 2 está a análise da idade materna, grau de instrução da mãe, estado civil e cor/raça, de acordo com as vias de parto.

**Tabela 2:** Registros de vias de parto de acordo com as variáveis sociodemográficas em Cajazeiras-PB

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	VIA DE PARTO					
	CESÁREA		VAGINAL		TOTAL	
IDADE DA MÃE	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10-14 anos	72	60%	48	40%	120	1,0%
15-19 anos	1.486	58%	1.072	42%	2558	22,3%
20-24 anos	2.225	62,9%	1.312	37,1%	3537	30,9%
25-29 anos	1.882	64,4%	1.037	35,6%	2919	25,5%
30-34 anos	1.393	65,8%	723	34,4%	2116	18,5%
35-39 anos	623	67,1%	305	32,95	928	8,1%
40-44 anos	131	63,9%	74	36,1%	205	1,8%
45-49 anos	08	72,7%	3	27,3%	11	0,09%
50-54 anos	01	100%	-	-	01	0,008%
<b>INSTRUÇÃO DA MÃE</b>						
Nenhuma	53	44,5%	66	55,5%	119	1,0%
1-3 anos	466	52,1%	427	47,9%	893	7,8%
4-7 anos	2.328	58,7%	1.637	41,3%	3.965	34,6%
8 -11 anos	3.780	67,3%	1.809	32,7%	5.589	48,9%
12 anos ou mais	652	75,2%	215	24,8%	867	7,6%
<b>ESTADO CIVIL DA MÃE</b>						
Solteira	3.920	60%	2.570	40%	6.490	56, 7%
Casada	2.073	69%	929	31%	3.002	26,2%
Viúva	19	51,3%	18	48,7%	37	0,3%
Separada judicialmente	51	72,8%	19	27,2%	70	0,6%
União consensual	1.216	66,3%	618	33,7%	1.834	16%
<b>COR/RAÇA DA MÃE</b>						
Branca	970	64,6%	530	35,4%	1.500	13,1%
Preta	53	64,6%	29	35,4%	82	0,7%

Amarela	04	50%	04	50%	08	0,06%
Parda	6.244	63,5%	3585	36,5%	9.829	86%
Indígena	08	57,1%	06	42,9%	14	0,12%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/SUS

Com relação aos dados sociodemográficos da mãe, observou-se que quanto à idade materna, a maioria das parturientes tinha de 20 a 24 anos de idade, e destas, mais da metade deram luz por via cesariana, o que também prevaleceu em todas as outras faixas etárias. Chama atenção que, os percentuais de via de parto cirúrgico são progressivamente maiores a medida em que se aumenta a idade materna. Sendo diferente apenas no intervalo de 15-19 anos e no de 40-44 anos.

Outros estudos também vão ao encontro desses resultados, tendo em vista também que evidenciam a relação entre a maior idade materna e maior taxa de cesariana, e que mulheres com 35 anos ou mais tem o dobro de chance de ser submetida à cirurgia que às menores de 20 anos (BARROS *et al.*, 2015).

Isso se deve, dentre outros fatores, à relação direta entre idade materna e a maior probabilidade de gestação de alto risco, o que favorece um desfecho cirúrgico, como também ao maior tempo de exposição dessa gestante aos fatores sociais tendenciosos para o modelo instrumentalizado do parto, e, não menos importante, a maior probabilidade de a gestante ter sido submetida à uma experiência negativa em gestação anterior, visto que a maiorias das gestantes maiores de 35 anos são múltiparas (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

Já no que se refere à variação “instrução da mãe”, sendo aqui considerado o número de anos estudados pela mesma, fica evidente uma importante correlação entre a maior escolaridade materna e um aumento significativo na proporção de partos cirúrgicos em relação ao parto normal. E o intervalo de maior representatividade foi o de 8 a 11 anos de estudo, totalizando um total de 5.589 partos analisados, sendo que mais de 67% desse total resultou em via cesariana, superando o percentual total de cesarianas do estudo.

Ainda sobre o nível de escolaridade materna, nota-se que as maiores taxas proporcionais de cesarianas ocorreram no grupo das pacientes que estudaram por 12 anos ou mais, revelando um índice de 75,2% de cesarianas. Pádua *et al.* (2010) e Leguizamon Junior, Steffani e Bonamigo (2013), também avaliaram a variável em questão e suas pesquisas demonstraram que a percentagem de partos vaginais foi maior entre as mulheres com menor escolaridade, sendo coerente com o estudo em tela. Tal análise pode estar relacionada ao maior poder aquisitivo das pacientes que pode vir a refletir em uma maior escolaridade, bem

como a um consequente maior acesso a serviços particulares, onde se tem maior flexibilidade quanto à escolha da via de parto (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Além disso, segundo os mesmos autores, o parto cesariano carrega um *status* social e psicológico entre as mulheres brasileiras que em muito contribui para a escolha das mesmas pela via cirúrgica. A cesariana está atrelada a um *status* social que gera um grande estigma entre as mulheres, fazendo-as acreditar que, optando por esta, estará sendo mais cuidada e terá mais conforto, bem como passará a fazer parte de um grupo que detém mais poder aquisitivo e/ou que foi mais bem assistida que as submetidas ao parto vaginal.

Os profissionais médicos também aderem a esta estratégia pela conveniência nos agendamentos, pelo lucro e pela rápida resolutividade das gestações, uma vez que não precisarão acompanhar todo o trabalho de parto, que para muitas mulheres pode chegar a mais de 24 horas, tudo isso contribui para os altos índices de cesariana (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Quanto ao estado civil materno, a maioria das pacientes analisadas eram solteiras, correspondendo ao total de 56,7% da amostra. Neste grupo, o número de partos cesáreo também é significativo, embora, quando analisado os registros de partos vaginais em relação aos demais públicos, observa-se uma proporção ainda relevante. Ou seja, o número de partos por via baixa no grupo das solteiras foi um dos maiores percentuais, ficando atrás somente do grupo das viúvas, que atingiu 48,7% da amostra total.

Em contrapartida, na pesquisa de Leguizamon Júnior, Steffani e Bonamigo (2013), que também faz essa correlação entre o estado civil e a preferência pela via de parto, a maior prevalência de parto vaginal foi no grupo de gestantes casadas, enquanto que no estudo em tela foi observado no grupo das gestantes separadas judicialmente. Tais autores ainda evidenciaram que quanto às solteiras, a maioria optou pela via alta, correspondendo à 60% de sua amostra. Isso pode estar associado à vaidade das adolescentes ao acreditarem nos mitos sobre o parto vaginal, como a frouxidão do canal vaginal, do edema vulvar e até mesmo da episiotomia (OLIVEIRA; PENNA, 2018).

O estudo de Cardoso e Barbosa (2012), mostrou que ser casada e estar acompanhada do parceiro no momento do trabalho de parto é um fator que influencia na decisão da via ao revelar, por meio de comentários das próprias parturientes, que durante o trabalho de parto as mulheres sofriam pressões dos companheiros e acabavam optando pelo desfecho cirúrgico. Assim, é importante salientar o valor que possuem os acompanhantes das gestantes, de forma que estes estejam aptos a acalantar a paciente e não estimular ações negativas.

A maior taxa de cesariana encontrada na variável em questão foi no grupo das pacientes que declararam separação judicial, com um percentual de 72,8% de cesarianas em relação ao parto por via vaginal, no entanto, essa parcela de pacientes corresponde apenas a 0,6% da amostra. Pádua *et al.* (2010), apresentando resultados de um estudo transversal em São Paulo, Pernambuco e no Distrito Federal, revelaram que a prevalência de cesariana entre as separadas judicialmente foi realmente mais elevada que os índices observados entre as casadas, quando o grupo estudado foi a de maiores de 35 anos e com mais de 8 anos estudados pela mãe, indo ao encontro dos resultados obtidos no atual estudo. No entanto, a literatura não correlaciona fatores de causa/efeito para os resultados apresentados, tal relação carece de maiores estudos para melhores esclarecimentos.

No que tange à raça/cor, as principais variações ocorreram no grupo das pacientes autodeclaradas amarelas e indígenas, correspondendo, ambas, a 0,19% da amostra. O grupo com maior representatividade foi o das pacientes pardas, com 86%, com uma taxa de cesariana bastante próxima à porcentagem total do estudo.

Proporcionalmente, tanto as gestantes autodeclaradas brancas quanto as pretas, 64,3% delas foram submetidas à cirurgia cesariana, o que vai de encontro ao estudo de Leal *et al.* (2018), que revelam mulheres pretas com uma menor chance para realização de cesariana em relação às outras variáveis. Tal dissociação pode ser associada com a grande discrepância entre as taxas de autodeclaração das gestantes pretas a nível nacional, com a taxa de autodeclaração registrada no estudo, de apenas 0,7% do total da amostra, perdendo assim o potencial de associação.

A tabela 3 mostra os dados relacionados à gestação, como a duração, o tipo e as consultas pré-natais, discriminando a prevalência dos tipos de parto em cada variável citada.

**Tabela 3:** Registros de vias de parto de acordo com as variáveis obstétricas em Cajazeiras-PB

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS	VIA DE PARTO					
	CESÁREA		VAGINAL		TOTAL	
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
De 22 a 27 semanas	11	27,5%	29	72,5%	40	0,35%
De 28 a 31 semanas	31	46,9%	35	53,1%	66	0,57%
De 32 a 36 semanas	526	54,5%	443	44,5%	969	8,5%
De 37 a 41 semanas	6.343	64,6%	3.461	35,4%	9804	85,7%
42 semanas ou mais	368	66,4%	186	33,6%	554	4,8%
Total	7.279	63,6%	4.154	36,3%	11.433	100%
TIPO DE GESTAÇÃO						

Única	7.105	63,2%	4.132	36,8%	11.237	98,3%
Dupla	174	88,7%	22	11,3%	196	1,7%
Total	7.279	-	4.154	-	11.433	100%
<b>CONSULTA PRÉ-NATAL</b>						
Nenhuma	146	59,5%	99	40,5%	245	2,1%
De 1 a 3 consultas	241	50,1%	240	49,9%	481	4,2%
De 4 a 6 consultas	1.964	60,8%	1266	39,2%	3.230	28,2%
7 consultas ou mais	4.928	65,9%	2549	34,1%	7.477	65,4%
Total	7.279	-	4.154	-	11.433	100%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/SUS

Quanto aos dados da via de parto de acordo com as variáveis obstétricas, evidenciadas na tabela acima, pode-se observar porcentagens de partos cesarianos crescentes de acordo com a duração da gestação. Isto é, quanto maior a idade gestacional, menor foi a ocorrência de parto vaginal, e vice-versa.

Quanto à estes dados, um estudo epidemiológico e transversal em um Centro de Parto Normal de São Paulo verificou que a idade gestacional maior que 40 semanas também estivera associada com maior prevalência de cesarianas (OSAVA *et al.*, 2011). Sakaël, Freitas e d’Orsill (2013), foram além, e demonstraram que presença de patologia na gestação e idade gestacional menor de 37 semanas e maior de 40 semanas também estiveram associadas a maior probabilidade de cesárea. Desse modo, vale atentar para as indicações de cesarianas para melhor conclusão sobre as correlações obtidas.

No entanto, no cenário do estudo em tela, sugere-se que, como a maternidade referência do município de Cajazeiras não fazia assistência para gestação de alto risco no intervalo estudado, as gestações que sugerissem maiores preditores de risco materno fetal, geralmente as com idade gestacional menores ou igual a 37 semanas, foram encaminhadas para outro município, com maior suporte em serviço de saúde, excluindo-se da amostra avaliada neste estudo.

Essa associação entre a via de parto e a idade gestacional que prediz maiores riscos de complicações também se mostrou importante em Pinto *et al.* (2010), no qual destaca-se a associação entre partos prematuros tardios (34 a 36 semanas e 6 dias) e o parto cesáreo eletivo, principalmente quando já houve um parto cirúrgico anteriormente.

Quanto ao quesito “tipo de gestação”, de toda a amostra estudada apenas 1,7% foi registrado como gestação dupla, e deste grupo, 88,7% foi proveniente de parto por via alta. E quando gestação única, a prevalência de cesariana também foi maior que do parto vaginal. Desse modo, o tipo de gestação teve bastante influência sobre a escolha pelo parto casárea,

indo ao encontro de outros estudos analisados e com as recomendações das principais referências obstétricas, que não classificam a gestação gemelar como indicação absoluta de cesárea, mas a depender das comorbidades e das variedades de posição apresentadas no trabalho de parto do feto mais insinuado, passa-se a considerar a cesariana como indicação relativa. No entanto, mesmo considerando tal particularidade, os índices revelados no estudo suplantam as médias recomendadas de cesáreas em gestações múltiplas (NOMURA, 2018).

Um fato interessante neste quesito e que corrobora com a análise acima é que, em gestações gemelares entre 32 semanas e 38 semanas e seis dias de idade gestacional, a cesariana programada diminui o risco de morte fetal ou neonatal, ou de morbidade neonatal grave, justificando a necessidade de referenciamento para centros maiores e de abordagem cirúrgica, nesses casos (BRASIL, 2015).

Quanto ao número de Consultas Pré-Natal (CPN), quando se considera o grupo que realizou pré-natal, observou-se uma redução da porcentagem de partos vaginais à medida que a quantidade de consultas aumentava. Portanto, quanto mais frequente as CPN, maior a proporção de cesarianas, como evidenciado na pesquisa.

Ademais, no grupo sem assistência pré-natal, isto é, nos que não fizeram consulta, os números de cesarianas são ainda maiores que o grupo que compareceu a pelo menos uma consulta, porém com pré-natal ainda insuficiente.

Sabe-se que quanto mais informações a gestante recebe na assistência pré-natal, mais ela estará apta a escolher com maior autonomia a via de parto e a seguir as recomendações durante a gestação, principalmente quando a mesma é assistida no serviço privado, por isso, tal análise reflete o predomínio do modelo biomédico e hospitalocêntrico da assistência que evolve o processo do nascer, mostrando que os conhecimentos recebidos durante a gestação pelos profissionais de saúde tendenciam para maiores índices de cesarianas (DIAS *et al.*, 2018).

Tal fato reforça a ainda ineficaz implementação dos valores defendidos pela RC, que considera fator primordial para a mudança do panorama nacional, a valorização do parto normal, principalmente pelos profissionais da saúde, e o empoderamento da gestante, com maior conhecimento por parte da mesma dos reais riscos e benefícios das diversas vias de parto, para, assim, uma tomada de decisão consciente e segura.

Em contrapartida, vale ressaltar o viés que, em gestações de alto risco, o intervalo entre as consultas pré-natais são menores que as de risco habitual, o que pode refletir no

aumento em números de consultas e conseqüentemente a escolha por via cirúrgica devido às comorbidades da mãe e/ou do bebê, contribuindo também para os resultados do estudo em tela (COSTA *et al.*, 2016).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta incidência de cesarianas é bastante comum no município de Cajazeiras, suplantando em mais que o quádruplo da recomendação do OMS, totalizando, no intervalo estudado, uma proporção de 63,6% em relação à via de parto vaginal. Nota-se ainda que, apesar do início da implementação da Rede Cegonha (RC), em 2011, há um aumento proporcional na taxa de cesarianas no território em quase todos os anos estudados, exceto em 2012 e 2014, no qual houve um pequeno decréscimo nessa proporção. Tal resultado reforça a ainda ineficiente ação das estratégias governamentais que visam a mudança desta realidade e inversão desse cenário.

Na caracterização do perfil sociodemográfico de acordo com as vias de parto notou-se que a maior idade materna, a maior quantidade de anos estudados pela mãe, o estado civil separada judicialmente e a cor/raça branca e preta se comportaram como fator de maior probabilidade para realização de cirurgia cesariana.

Já na análise das variáveis obstétricas, a cesariana foi proporcionalmente mais incidente conforme aumento da duração da gestação e do número de consultas pré-natais. O tipo de gestação dupla também se comportou como fator de risco para a via de parto cirúrgico.

Apesar disso, diante dos resultados obtidos é possível ampliar o conhecimento da ainda ineficiente ação da RC em relação à diminuição das taxas de cesarianas em Cajazeiras-PB, apesar dos teóricos investimentos na humanização do processo de nascer e qualificação da formação profissional visando uma maior educação em saúde e esclarecimento popular sobre os reais benefícios das diversas vias de parto.

É necessário, portanto, uma maior valorização do modelo de assistência baseado na humanização e uma maior adesão das orientações, por parte dos órgãos administrativos e dos profissionais que prestam assistência integral à mulher, defendidas pela RC. Para isso, cabe aos órgãos administrativos e auditorias médicas uma maior fiscalização das indicações de cesárias, um maior incentivo e investimento nos centros de atenção à saúde da mulher para proporcionar tanto uma melhoria necessária na infraestrutura dos centros obstétricos como também favorecer uma maior capacitação e educação continuada dos profissionais que prestam assistência as gestantes.

Quanto às limitações do estudo, evidenciou-se uma importante subnotificação das variáveis analisadas, o que constitui uma irregularidade que fragiliza o sistema de saúde, promovendo prejuízos substanciais na medida em que os dados subnotificados estabelecem

um prejuízo à saúde da população e prejudicam a correta elaboração de condutas voltadas para a realidade regional.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.; MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

BARROS, F. C., *et al.* M. Cesareansections in Brazil: willtheyever stop increasing? **Rev Panam Salud Publica**, v. 38, n. 3, p. 17-25, 2015.

BASTOS, J. L.; DUQUIA, R. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sci. med**, v. 23, n. 2, p. 229-232, 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Lei. 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S.. O desencontro entre desejo e realidade: a " indústria" da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012.

CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 2369-2378, 2013.

CESAR, J. A. *et al.* Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.11, n.3, p. 257-263, 2011.

COSTA, S. P.; PRATES, R. D. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

COSTA, L.D. *et al.* Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 69-82, 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **In: \_\_\_\_\_; FREITAS, C. M. (Orgs.)**. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

DIAS, J. D. *et al.* A humanização e ética na graduação da área da saúde: uma pesquisa documental dos projetos pedagógicos. **Revista Uningá Review**, v. 25, n. 2, p. 33-37, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 1, p. 116, 2018.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G.. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, 2014.

FIGUEIREDO, N. S. V. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, v. 36, n. 4, p. 296-306, 2011.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas**. Anais da RIPSAs, p. 1-29, 2016.

GONÇALVES, Amália de Campos. **Cirurgia cesariana no SUS: análise socioeconômica de 1995 a 2015**. Santa Catarina, 2016.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010.

LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013.

LEAL, M. D. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 121, p. 1915-1928, 2018.

LEÃO, M. R. D. C. *et al.* Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

MARTINELLI, K. G. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **CEP**, v. 29040, n. 3, p. 090, 2014.

MASCARELLO, K. C. *et al.* Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, 2018.

MEDEIROS, R. C. *et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 482, 2010.

MELCHIORI, L. E. *et al.* Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em psicologia**, v. 13, n. 1, 2009.

NASCIMENTO, J. S. *et al.* Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 694-709, 2018.

NOMURA, N. E. **Avaliação das condições associadas a prematuridade por faixa de idade gestacional em gestações únicas e múltiplas entre 2011 e 2014 no Brasil: estudo populacional utilizando o sistema nacional de registros de nascimento.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2018.

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1228-1236, 2018.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistema público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016.

OSAVA, R. H. *et al.* Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 1036-1043, 2011.

PÁDUA, K. S. D. *et al.* Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1 p. 70-79, 2010.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, v 12, n. 1 p 64-82, 2011.

RIBEIRO, L. L. *et al.* Perfil de mulheres submetidas ao parto cesariano. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 9, n. 12, p. 1198-205, 2015.

RODRIGUES, J. C. T. *et al.* Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, v. 4, n. 1, p. 48-53, 2016.

SAKAEL, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSILL, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2013.

SILVA, L. A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de medicina. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 80, p. 3-12, 2017.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S11-S13, 2014.

TRUJILLO, A. Epidemiologia: história, tipos e métodos. **Revista Simbiótica**, v. 3, n. 1, p. 180-206, 2016.

WEIDLE, W. G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 43-56, 2014.



Única

Dupla

**Consultas pré natal:**

Nenhuma

De 1 a 3 consultas

De 4 a 6 consultas

7 ou mais consultas