

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO – UNISA
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SAMIR CARLOS SALEH

**CARACTERÍSTICAS DOS PARTOS DE ACORDO COM O PERFIL DAS
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES NA CIDADE DE SÃO PAULO**

SÃO PAULO

2014

SAMIR CARLOS SALEH

**CARACTERÍSTICAS DOS PARTOS DE ACORDO COM O PERFIL DAS
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Vigilância em Saúde: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Universidade de Santo Amaro, sob a orientação da Profª. Drª. Patricia Colombo de Souza; Co-orientadora: Drª. Jane de Eston Armond.

SÃO PAULO

2014

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Milton Soldani Afonso – Campus I

Saleh, Samir Carlos

S155c Características dos partos de acordo com o perfil das Instituições hospitalares na cidade de São Paulo / Samir Carlos Saleh. Orientação da Prof.^a Dra Patrícia Colombo de Souza; coorientação da Prof.^a Dra. Jane de Eston Armond. São Paulo: 2014.

60 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Santo Amaro.

1. Gravidez 2. Parto 3. Estudo comparativo I. Título II. Orient.: Souza, Patrícia Colombo de

Autorizo a disponibilização do texto integral por meio impressa ou eletrônica desta Dissertação na Base de Dados da Biblioteca Milton Soldani Afonso a título de divulgação da produção científica da Universidade de Santo Amaro.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Samir Carlos Saleh

SAMIR CARLOS SALEH

**CARACTERÍSTICAS DOS PARTOS DE ACORDO COM O PERFIL DAS
INSTITUIÇÕES HOSPITALARES NA CIDADE DE SÃO PAULO.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Vigilância
em Saúde: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Patricia Colombo de Souza.

Universidade de Santo Amaro – UNISA

Co - Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jane de Eston Armond.

Universidade de Santo Amaro - UNISA

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

Conceito Final

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado a vida, a missão e sabedoria para conduzi-la como ensinamento sem medo de ser feliz.

As minhas orientadoras, Prof^a Dr. Jane de Eston Armond, por ser um exemplo de profissional e pessoa, sendo prestativa, dedicada e comprometida com seu trabalho.

A Prof^a Dr. Patricia Colombo de Souza, por ser presente em todos os momentos e se mostrar dedicada ao curso e com vontade de fazer cada vez melhor.

A Prof^a Dr. Yara Juliano, pela preocupação e ajuda no período de apreciação do projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa. Ao Prof^o Dr. Neil Ferreira Novo, por ser uma pessoa simples porém um grande profissional. A Prof^a Dr. Lúcia de Fátima Cahino da Costa Hime por ser, uma excelente pessoa e profissional, dedicada e comprometida.

E o que dizer a você Enf^a Janici. Obrigado pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.

Aos meus amigos de mestrado Hercilia, Carla e Marcelo quem sempre estiveram presente, dando apoio e incentivo no decorrer do curso.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus pais Zam Zam Cassém e Carlos Saleh digo:

Os pais são a base das crianças, a forma como são criados influencia em grande parte o adulto que se formará. Quando pensamos a esse respeito nos damos conta que ser pai ou mãe é muito mais do que apenas ceder parte do seu material genético para a formação de um novo ser humano. Ser pai ou mãe é estar por perto sempre que a criança precisa e lhe oferecer tudo quanto possível para que cresça feliz e com saúde. Os pais adotivos são tão pais quanto os biológicos que criam os seus filhos. Apenas ser gerar uma vida não significa que se representa esse papel (de pai ou mãe) na vida de alguém. Como alguém muito sábio já disse os pais são aqueles que criam.

O maior amor do mundo não veio daquela que me guardou em seu ventre por 9 longos meses, mas sim daquela que ficou comigo nos breves anos de minha infância. Digo breves, porque segundo ela mesma diz acabaram cedo demais, por ela eu seria aquela pequena criança que tanto exigia a sua atenção para sempre.

Mas, mesmo depois que cresci essa mulher dedicada continuou a me oferecer tudo quanto precisei, ou seja, o amor incondicional de mãe que para muitos parece que não tive somente pelo fato de não ter conhecido a chamada mãe biológica. Digo em alto e bom som que tenho sim uma mãe e vejo apenas uma diferença entre a mãe adotiva e a biológica, o maior amor do mundo que fez com que a primeira me adotasse em seu coração desde o primeiro minuto.

DEDICATÓRIA

Dedico este Mestrado aos meus pais, Zam Zam Cassém e Carlos Saleh, pelo incentivo e apoio em todas as minhas escolhas e decisões.

As minhas orientadoras Profa. Dr. Jane de Eston Armond e Dr. Patricia Colombo Compri

A vitória desta conquista dedico com todo meu amor, unicamente, a vocês! Parabéns!

O valor de cada um é relacionado com o valor das coisas às quais deu importância.

Desconhecido

RESUMO

Introdução: A gravidez exige da mulher reestruturação em todos os aspectos de sua vida. No decorrer da gestação o corpo se transforma, a vida da mulher se transforma para aguardar o filho. A escolha do parto deve fazer parte desta realidade e cabe a mulher saber escolher e ter liberdade e orientações para definir de que forma deseja ser este momento. **Objetivo:** Verificar a tendência dos tipos de parto no município de São Paulo com 10 anos de acompanhamento **Método:** Estudo do tipo observacional longitudinal de série temporal, de 2003 a 2012, obteve como população as informações dos documentos que evidenciaram partos ocorridos em maternidades do Município de São Paulo nos anos de 2003 a 2012. A casuística refere-se à totalidade dos partos ocorridos nas instituições estudadas entre janeiro de 2003 e dezembro de 2012. **Resultados:** No que se relaciona aos serviços públicos e privados, o número de partos cesários ainda é predominante, são números exagerados que fogem do controle da Organização Mundial de Saúde, Os achados conferem à importância do tema e apontam para a necessidade da realização de estudos sobre o assunto, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade. **Conclusão:** Discute-se a importância da humanização para assistir a mãe durante a gestação até o momento do parto, conscientizando - a desde o início da gravidez que, o parto vaginal pode ser sua escolha. Assim, faz-se necessário profissionais de saúde capacitados e envolvidos para mudar esta realidade.

Palavras - chave: Gravidez, Parto, Estudo comparativo.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy requires restructuring of women in all aspects of your life. During pregnancy the body becomes, a woman's life turns to wait for the child. The choice of delivery should be part of this reality and it is the woman know how to choose and have freedom and guidelines to define how you want to be this time. **Objective:** To determine the trend of the mode of delivery in São Paulo with 10 years of follow-up. **Method:** longitudinal observational study of time series, from 2003 to 2012, as the population got the information from the documents showed births at maternity hospitals São Paulo from 2003 to 2012. a sample refers to all births occurring in the study between January 2003 and December 2012 institutions. **Results:** As it relates to public and private services, the number of births cesários is still predominant numbers are exaggerated beyond the control of the World Health Organization, The findings match the importance of the theme and point to the need for studies on the subject, allowing a wider knowledge of our reality. **Conclusion:** It discusses the importance of humanizing to assist the mother during gestation until delivery, aware - since the beginning of pregnancy, vaginal delivery can be your choice. Thus, it is necessary to health professionals trained and involved to change this reality.

Keywords : Pregnancy, Childbirth, Comparative Study.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	.....	11
TABELA 2	.....	13
TABELA 3	.....	16
TABELA 4	.....	19
TABELA 5	.....	21
TABELA 6	.....	24
TABELA 7	.....	26
TABELA 8	.....	28
TABELA 9	.....	32
TABELA10	.....	32

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE TABELAS

REFLEXÕES

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA ..	15
3 OBJETIVOS	19
4 METODOLOGIA	20
5 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	22
6 CONCLUSÃO	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
8 REFERENCIAS	54
9 ANEXO	60

Reflexões

O sentido da vida está nas pequenas coisas que ela nos oferece todos os dias e, que muitas vezes não há tempo para observar. O sentido da vida está em saber que a partir do momento que se nasce e cresce, pode-se fazer escolhas.

Assim, somos dotados de capacidades como a criatividade, que nos ajuda na adaptação com o mundo em constante transformação e movimento. Esta dinâmica provoca em nós inquietações frente à vida e as situações impostas por ela.

A cada momento somos chamados a decidir sobre algo e desta maneira construímos a nossa história.

Porém, não basta fazer histórias, temos que dar sentido a ela, determinar por onde começar e que caminhos percorrer. Entretanto, quando e como concluir esta jornada de descobertas, isso não sabemos porque precisamos viver para entender que estamos em constante transformação.

Ao buscar o sentido de algumas escolhas pessoais, pude ir revivendo e refletindo sobre elas.

Uma das opções da minha vida foi ser enfermeiro, por pensar na essência e importância do cuidado para com o outro, dando sentido a vida tanto profissional quanto pessoal.

A trajetória profissional trouxe diversos enfrentamentos e experiências, despertando o interesse e iniciativa pela aproximação com a área focada na saúde da mulher.

Assim, pensar sobre a mulher e o nascimento a partir dela, é resgatar a importância e grandeza das mesmas, dispostas a enfrentar a maternidade num mundo tão conturbado, confuso e exigente como o atual.

O ato de ser mãe é permeado de mistérios, porém é atraente e surpreendente à medida que evolui o estado de gravidez, sendo assim, a maternidade é um desafio para quem a enfrenta.

A escolha pelo tema deste estudo, trouxe a reflexão sobre o caminho percorrido entre a gestação e o momento do parto vivido por tantas mulheres, cada qual com expectativas particulares.

Assim, desvendar esses caminhos nesta pesquisa, traz sentido à escolha sobre esta temática e acrescenta com certeza a vida profissional e pessoal.

1 INTRODUÇÃO

Através da história da humanidade pôde-se observar constantes transformações sociais, culturais, políticas e econômicas que foram caracterizando o modo de viver de acordo com as épocas, determinando comportamentos e a forma de se relacionar das pessoas destes períodos. Mudanças estas que foram modificando a dinâmica e as relações entre os indivíduos, principalmente as relações familiares ¹.

A figura da mulher tem se desdobrado através dos tempos para desempenhar diferentes funções e papéis, procurando assim diminuir as barreiras entre homens e mulheres, ou dividindo com os homens responsabilidades ².

Ainda comenta que, mesmo que as responsabilidades estejam divididas ou associadas entre os homens e mulheres, a maternidade, o ato de gerar um filho, devido a fatores biológicos principalmente, é algo exclusivo das mulheres ².

Nota-se que com a evolução do mundo houve também uma crescente presença feminina no mercado de trabalho, e esta presença, foi se tornando mais comum. Portanto, pensar que ter um filho na atualidade, pode acarretar conseqüências significativas, dificultando as mulheres até em encontrar razões para desenvolver uma gravidez. Em uma leitura psicanalítica, a gravidez é uma experiência que pode levar a mulher a viver intensos sentimentos, como por exemplo a ansiedade e a necessidade de ter pessoas ao seu redor para oferecer-lhe principalmente proteção ³.

A mulher ao estar gestante, passa a necessitar de cuidados e, esta necessidade não indica necessariamente uma conotação patológica, mas faz parte do próprio movimento do processo de desenvolvimento da gestação, sendo este cuidado importante, para que a mãe se identifique com a idéia de ter um bebê e se adapte a sua nova condição de vida ⁴.

A gravidez exige da mulher, a reestruturação e o reajustamento de sua vida, tanto para mulheres que serão mães pela primeira vez, como para as mulheres que já passaram por gestações anteriores, pois esta experiência deve ocorrer de modo saudável tanto para a mãe como para o bebê e a novas adaptações são necessárias ⁵.

Nesse sentido, tal abordagem destaca o período gestacional como importante para a compreensão não apenas com o desenvolvimento do bebê, mas também para as primeiras relações que serão estabelecidas no meio familiar a partir da descoberta da gravidez ⁶.

As adaptações incluem a aceitação da nova realidade trazida pela gravidez; a mudança da imagem corporal; o desenvolvimento do vínculo afetivo com o bebê; e também ajustes dos

pensamentos, hábitos e atitudes em função da gestação e da maternidade e as expectativas da hora tão importante que permeia o momento do parto ⁷.

Por muito tempo a arte de ajudar a ter um filho, dar a luz, ou seja, a estar presente e ajudar hora do parto, propriamente dito foi considerada uma atividade eminentemente feminina, realizada, tradicionalmente, por parteiras, que, por estarem vinculadas a cultura feminina, essas mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam alianças de gênero com as parturientes ⁸.

No entanto, a incorporação da prática obstétrica pelos médicos, que teve início nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foi afastando, aos poucos, as parteiras do cenário do nascimento ⁸.

Com a chegada do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial ocorreu um grande avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, que contribuíram significativamente para a diminuição da mortalidade materna e infantil ⁹.

Atualmente o parto é visto como um estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. Em sua definição concreta é a expulsão do feto para o mundo exterior através da via vaginal, ou a retirada do bebê por via transabdominal, na operação cesariana, e o procedimento do parto e tudo que envolve este estágio, traz para as mulheres expectativas de como será este momento, se pode ser parto normal ou se será parto cesariana, fica esta questão a ser definida conforme a gestação evolui ².

Há várias discussões, sobre a escolha do parto pela mulher, estudos abordam questões referentes à cesárea, principalmente nas perspectivas antropológico-cultural, obstétrica, primal (da sabedoria instintiva primitiva) ¹⁰.

As questões que as mulheres podem apresentar quando estão em busca do tipo de parto e a experiência de ser mãe mostram que se a mulher decidir que não abre mão da vivência enriquecedora de um parto normal, com tudo o que lhes é de direito, ela deve atendida de acordo com sua preferência, mesmo que seja feito todo um movimento a favor do parto cesária, a decisão é da mulher ¹⁰.

A escolha do tipo de parto vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana) é assunto complexo e polêmico. A cesariana, já foi considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, mas na atualidade é considerado um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação

médica de nenhum risco definido, cuja escolha é freqüentemente atribuída à gestante, que deve então optar pelo tipo de parto que prefere ¹¹.

Estudos mostram que, os fatores associados à prática do parto normal, após parto cesáreo e encontraram que os principais determinantes do segundo parto da mulher ser normal são condições socioeconômicas desfavorecidas, ou seja, as mulheres que realizam parto vaginal após uma cesárea prévia apresentam renda familiar mensal abaixo de 5 vezes o salário mínimo brasileiro, elas confiam na assistência prestada no SUS, são em geral muito jovens e a primeira cesárea foi indicada devido à distócea de apresentação ou à gravidez gemelar ¹².

Com relação à preferência por tipo de parto, esta modifica durante as gestações. Se o parto do primeiro filho for cesáreo, as mães preferem que o tipo de parto realizado em gravidezes futuras seja, também, por esta via ¹³.

Estudos realizados no Brasil em hospitais públicos e privados no Brasil, verificou que embora as maiorias das primíparas quisessem parto vaginal antes de entrar no hospital, a maior parte delas já preferiam a cesárea como tipo de parto do segundo filho ¹¹.

Um estudo observou diferença estatística quanto à proporção de mulheres que declaram preferir o parto vaginal pela “possibilidade de retornar à vida social logo” entre as que experimentaram as duas formas de parto e as que só haviam tido cesáreas: nos hospitais de intervenção, mais de um terço no primeiro grupo apontou essa razão, comparadas a menos de um quinto; nos hospitais de controle, mais de um quinto no primeiro grupo alegou esse motivo em comparação a um décimo das demais ¹⁵.

A maioria das mulheres tem preferência por partos vaginais, mas existe uma crença generalizada de que as cesarianas são preferíveis por serem menos dolorosas ¹⁴.

Independente do tipo de parto que as mulheres escolham, é importante pensar que a experiência da parturição sempre representou um evento muito importante na vida das mulheres; um momento único e especial, marcado pela transformação da mulher em seu novo papel, o de ser mãe ¹⁶.

As recomendações para os profissionais de saúde, especialmente no que se refere à organização dos serviços voltados para as necessidades da gestante e da criança, é que visem à humanização da atenção ao parto e ao nascimento ⁴.

Assim como o cumprimento dos preceitos que regem os direitos universais do ser humano e os princípios do Sistema Único de Saúde, investimentos para a melhora da qualidade da assistência ao parto e nascimento, bem como a real implementação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no Brasil devem ter estímulos e se propagar para

todas as regiões brasileiras a fim de manter o objetivo de cuidar da mulher e seu bebê com humanismo ¹⁶. Portanto o estudo propõe relacionar os tipos de partos com diferentes variáveis.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Pré- Natal e a Assistência Obstétrica Através dos Tempos

O corpo se transforma, a mãe se prepara para o recebimento do bebê. Nesta etapa se faz necessário o acompanhamento periódico por meio do pré-natal, pois mãe e bebê necessitam de acolhimento, atenção e monitoramento adequados de uma equipe multidisciplinar para que tudo corra bem até a chegada do bebê ¹⁷.

De acordo com o Ministério da Saúde, o principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, pois sabe-se que é um período de mudanças físicas e emocionais e cada mulher nesta fase vivencia a experiência de forma distinta. As transformações podem gerar medos, levantar dúvidas, desenvolver angústias e fantasias ou simplesmente a mulher tende a ficar curiosa para saber o que está acontece consigo internamente ¹⁸.

Esses aspectos devem ser valorizados na atenção dada no pré-natal e devem ser traduzidos em ações concretas que permitam que a mulher se integre no conjunto das ações que possam ser oferecidas por este atendimento ¹⁹.

A consulta de pré-natal se torna importante porque envolve o profissional que acolhe a gestante, principalmente o enfermeiro, pois este deve dedicar o momento de atendimento para ouvir as demandas da gestante, transmitindo nesta ocasião apoio e a confiança necessárias para que ela se fortaleça e assim conduza com mais autonomia a gestação até o momento parto ²⁰.

Durante a consulta de pré - natal, a gestante traz suas queixas, dúvidas, que irão parecer simples para quem as ouve, mas para a gestante pode ser um problema sério e que do profissional ela espera uma resposta significativa que represente o bem estar e autonomia para continuar na espera de seu filho ¹⁹.

Entende-se que, as avaliações periódicas do pré natal e os acompanhamentos dos profissionais de saúde para com a gestante, reforça sua importância a medida que identifica agravos a sua saúde gestacional, e então o pré-natal é a ocasião que pode prevenir os eventos

indesejáveis. As avaliações realizadas pelos profissionais de saúde para identificar os riscos na gestação, servem efetivamente como instrumentos que contribuem para que, haja a evolução normal da gestação e melhore em uma visão mais ampla dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil²⁰.

O Ministério da Saúde da Saúde revela em suas estatísticas que do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, muitos casos do não planejamento ocorrem pela falta de orientação ou de oportunidade do casal ou da mulher de ter acesso a aquisição dos métodos anticoncepcionais¹⁸.

Em um trabalho realizado na área de psicologia “desconstruindo mitos”, o autor discute que a maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas na vida das mulheres. O parto, enquanto episódio fisiológico representa neste contexto o ápice dos fenômenos bioquímicos e, enquanto evento emocional, psíquico e existencial, é a própria transcendência²¹.

Ao percorrer a História encontra-se registrado que, o acompanhamento do trabalho de parto ocorria no ambiente domiciliar, e a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares²².

Com a institucionalização do parto a família foi sendo afastada deste momento, e foi se dando valor a estrutura física e as rotinas hospitalares planejadas para o atendimento das necessidades dos profissionais de saúde, e não das parturientes²³.

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres viviam o parto imobilizadas com o funcionamento do útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas. A mulher era então submetida à chamada “cascata de procedimentos”²⁴.

As pessoas que possuíam vínculo afetivo com a parturiente, não estavam presentes no momento do parto, e as vezes o familiar mais próximo era do sexo feminino, geralmente a mãe da parturiente, mas não por escolha desta²⁵.

E, por meio da evolução médica e da tecnologia, houve gradativamente a busca por melhores acessos aos serviços de saúde e melhor atendimento a gestante no momento do parto e nascimento, para que as mulheres e seus bebês estivessem saudáveis e seguros neste momento tão individual²⁶.

Na década de 1980, as reflexões sobre os modelos de assistência ao parto levou à discussão entre o modelo baseado na parteira, ou holístico, o modelo médico, ou tecnocrático,

e o modelo humanista, contextualizando os conflitos filosóficos, corporativos e financeiros envolvidos²⁷.

Assim, autores explicam que, ao longo das últimas décadas muito se tem debatido sobre a assistência ao parto. Diversas análises realizadas retratam a complexidade de fatores que cercam o parto e sua assistência, têm se levantado uma série de questões, que envolvem desde a qualidade da atenção obstétrica até a constituição do significado da experiência do nascimento para as mulheres e homens envolvidos na reprodução⁷.

No Brasil, um grande passo na luta pela humanização do parto foi dado com a criação do programa de humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde¹⁸.

O PHPN tem como foco principal o resgate da dignidade durante o processo do parto, priorizando o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias, tornando assim, o momento do parto um processo mais ativo por parte da mulher¹⁸.

As propostas de humanização do parto, tanto no SUS como no setor privado, criou novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal. Houve então, a reinvenção do parto como experiência humana, onde antes só havia a escolha precária entre a cesárea como parto ideal e a vitimização do parto violento^{28,29}.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994, trouxe à tona o debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo metas importantes a serem atingidas até o ano de 2015³⁰.

A conferência veio consagrar a noção de que saúde reprodutiva vai além do ponto de vista biomédico, ou seja, as pessoas são vistas como sujeitos e não como objetos. Desse modo, o país deve assegurar às mulheres plenos poderes de decisão sobre sua reprodução, no tocante à idade e frequência, garantindo a elas uma assistência pré-natal, perinatal e pós-natal segura e eficaz³⁰.

Além disso, o sistema local de saúde deve promover não só acesso, mas informação adequada sobre saúde reprodutiva, de modo que a mulher tenha consciência e segurança em relação às suas escolhas²⁹.

Deve haver a valorização das dimensões saudáveis, positivas, emocionantes e belas da experiência do parto, para que não seja vivido como uma tortura imposta às mulheres pelo pecado original ou pela natureza, mas, sim, como uma experiência emocional, social e

corporal saudável, uma aventura humana que pode ser vivida com segurança graças às técnicas disponíveis³¹.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Verificar a tendência dos tipos de parto no município de São Paulo com 10 anos de acompanhamento.

3.2 Específicos:

Em relação aos tipos de parto:

- ✓ Verificar a relação com as variáveis maternas;
- ✓ Verificar a relação com as variáveis neonatais;
- ✓ Verificar a relação com os tipos de gestão hospitalar.

4 METODO

Foi realizado um estudo observacional longitudinal de série temporal, de 2003 a 2012.

O estudo obteve como população as informações dos documentos que evidenciaram partos ocorridos em maternidades do Município de São Paulo nos anos de 2003 a 2012.

A casuística refere-se à totalidade dos partos ocorridos nas instituições estudadas entre janeiro de 2003 e dezembro de 2012.

O levantamento foi realizado mediante revisão dos dados presentes na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) utilizadas para a alimentação do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Município de São Paulo.

Em primeira instância foi avaliado o perfil epidemiológico dos partos em cada maternidade, observando a idade e a escolaridade materna e o peso do recém-nascido em relação ao tipo de parto.

Em seguida foram comparadas as três instituições, incluindo as informações obtidas em nos anos estudados (2003-2012) para identificar tendência temporal.

Para melhor compreensão dos resultados foi proposto e realizado o cálculo da relação de partos cesáreos sobre os partos vaginais onde se conhece o quanto é maior ou menor o número de partos cesáreos em relação aos vaginais em cada uma das variáveis estudadas relacionadas à mãe ou a criança.

$$\text{Relação cesáreo/vaginal} = \frac{\text{número de partos cesáreos}}{\text{número de partos vaginais}}$$

Em seguida foi comparada a mesma relação nos três tipos de gestão hospitalar nos anos de 2003-2012 para identificar tendência temporal.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de ética e Pesquisa da Universidade de Santo Amaro. Como foi um estudo realizado por meio de dados secundários, houve dispensa por este comitê.

4.1 Análise Estatística

Para análise dos resultados foram aplicados:

Teste de Mann-Whitney com o objetivo de comparar os gêneros masculino e feminino dos recém-nascidos em relação à proporção de partos cesáreos/vaginais nos anos de 2003 a 2012.

O mesmo Teste foi aplicado para comparar as proporções de partos cesáreos/vaginais observados entre os recém-nascidos com ou sem anomalias ³².

Análise de Variância de Kruskal-Wallis foi utilizada com a finalidade de comparar as mesmas relações de partos cesáreos/vaginais em recém-nascidos divididos em grupos de peso ao nascer, de valores de apgar de primeiro minuto, idade gestacional, idade e escolaridade materna, número de consultas pré-natal e tipo de gravidez e gestão hospitalar ³².

Fixou-se em 0,05 o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O modelo médico centrado na reprodução e sexualidade pensando na doença não na saúde suprime as reflexões sobre o parto como uma construção sociocultural condicionada aos aspectos de gênero e classe social ¹². Para a análise das características dos partos de acordo com o perfil das instituições hospitalares, construíram-se as tabelas a seguir.

Tabela 1 – Relação partos Cesáreos/Vaginal ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo gênero da criança.

Ano	GÊNERO						TOTAL
	Masculino			Feminino			
	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo/Vaginal	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo/Vaginal	
2003	45.287	43.908	0.97	44.304	40.951	0.92	174.450
2004	45.026	44.411	0.99	43.755	41.573	0.95	174.765
2005	42.501	45.238	1.06	41.468	41.938	1.01	171.145
2006	40.875	44.671	1.09	39.359	41.792	1.06	166.697
2007	40.221	44.480	1.11	38.562	41.673	1.08	164.936
2008	39.989	45.244	1.13	39.201	42.551	1.09	166.985
2009	40.126	45.745	1.14	38.741	42.789	1.10	167.401
2010	39.451	46.277	1.17	38.621	43.183	1.12	167.532
2011	39.749	46.970	1.18	39.092	43.637	1.12	169.448
2012	39.723	46.556	1.17	38.874	43.895	1.13	169.048
TOTAL	412.948	453.500	1.09	401.977	423.982	1.05	
			$\mu = 1.12$			$\mu = 1.08$	
			$\chi = 1.10$			$\chi = 1.05$	1.692.407*

*229 dados ignorados do total de partos de 2003-2012. **Teste de Mann-Whitney da Relação Cesárea/Vaginal - Z calculado = 1,47p=0,1405 (N.S.)**

A tabela acima mostra estatisticamente que, em relação aos partos cesáreos/vaginal ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo o gênero da criança, houve predominância dos partos cesários, com 453,500 comparados aos partos normais que foram 412.948, com nascimentos do gênero feminino, com desvio padrão de 1,09 casos, enquanto nos nascimentos masculinos também esta predominante nos partos cesarianas com 423.982 casos, em relação a 401.977 de partos normais, com desvio padrão de 1,05 casos.

As taxas de cesariana estão se elevando em praticamente todos os países do mundo. Estudo realizado em 126 países, com 98% de todos os nascidos vivos em 2002, mostrou que elas variaram de 3,5%, na África, a 19,0%, na Europa, e 29,2%, na América Latina ²⁰.

Um estudo explica que no Brasil as taxas de cesariana são elevadas, em torno de 35%, e atingem valores ainda maiores nos serviços privados – 70 a 90%. As razões para esta alta prevalência não parecem se relacionar a mudanças no risco obstétrico e sim a fatores socioeconômicos e culturais, destacando-se o controverso fenômeno da “cultura da cesariana” ³³.

O fornecimento de informações às mulheres antes e durante a gestação, deve ser um caminho a ser trilhado na tentativa de reverter este quadro, ainda que estudos não demonstrem a redução das taxas de cesariana com essa estratégia isoladamente. Sabe-se, porém, que outros resultados psicossociais positivos estão associados ao aumento da informação das mulheres. Além disso, espera-se que consumidoras informadas possam modificar o padrão de oferta de serviços de atenção ao parto ³⁴.

São poucos países que atingiram níveis tão elevados de cesariana como o Brasil, onde as taxas em serviços particulares podem se apresentar superiores a 80%. Esses índices tornaram são alarmantes, são inaceitáveis e mostra um retrato do tratamento realizado à mulher e a interferência no seu corpo feminino e sua na dinâmica ²⁸.

Estudos revelam que o risco aumentado de mortalidade perinatal estavam associados as cesariana e entre 10% e 20%. Ainda explicam que nos hospitais com elevados índices de cesariana, as maiores taxas de bebês que permaneceram por sete dias ou mais em unidade de terapia intensiva neonatal podem estar relacionadas à síndrome de estresse respiratória associada ao procedimento da cesariana ³⁵. De acordo com o Ministério da Saúde, o aumento gradativo nas proporções de partos cesarianas desnecessários tem desencadeado vários debates na literatura científica e também por leigos, e tem contribuído para que se tenha uma maior percepção sobre o assunto e desta forma espera-se que, estas reflexões possam incentivar os programas e políticas para reverter a tendência ¹⁸.

Tabela 2 - Relação partos Cesáreos /Vaginal ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo presença de anomalias.

Ano	ANOMALIAS						TOTAL
	SIM			NÃO			
	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo/Vaginal	Vaginal	Cesáreo	Cesáreo/Vaginal	
2003	410	531	1.30	78.216	71.458	0.91	150.615
2004	399	635	1.59	78.330	73.853	0.94	153.217
2005	436	680	1.56	75.228	75.781	1.01	152.125
2006	434	708	1.63	74.216	82.502	1.11	157.860
2007	512	778	1.52	76.704	84.042	1.10	162.036
2008	598	1.003	1.68	78.054	86.145	1.10	165.800
2009	727	1.396	1.92	78.080	86.959	1.11	167.162
2010	948	1.537	1.62	77.102	87.918	1.14	167.505
2011	1.111	1.494	1.34	77.679	89.028	1.15	169.312
2012	1.025	1.513	1.48	77.510	88.873	1.15	168.921
TOTAL	6.600	10.275	1.55	771.119	826.559	1.07	1.614.553*
			$\mu = 1.57$			$\mu = 1.10$	
			$\chi = 1.56$			$\chi = 1.07$	

*78.083 dados ignorados do total de partos de 2003-2012. Teste de Mann-Whitney da Relação Cesárea/Vaginal

Z calculado = 3,78 p<0,0002*

Grupo com presença de anomalias maior número de cesáreas.

Os resultados da tabela 2 revelam a relação entre partos cesáreos e vaginais ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo presença ou não de anomalias. Nestes resultados os partos vaginais com presença de anomalias tiveram um total de 6.600 e os cesáreos um total de 10.275, com o desvio padrão de 1,55 casos.

Os partos sem presença de bebês com anomalias foram um total de 771.119 casos para partos normais e 826, 559 casos para partos cesáreos, com desvio padrão de 1,07 casos.

Nota-se nestes resultados que, independente da presença de anomalias ou não, os partos cesários predominam em números maiores em relação aos vaginais.

Um estudo realizado em região do Nordeste do Brasil, evidenciou que, a incidência de anomalias congênitas encontra-se entre 2% a 3% dos nascidos vivos, sendo essas localizadas em diferentes órgãos e sistemas. Todas as populações estão expostas aos riscos de desenvolverem malformações congênitas, porém algumas particularidades devem ser consideradas para o tipo de mal formações, sendo elas a raça, a etnia e as condições socioeconômicas e também o acesso aos serviços de saúde, a nutrição da gestante, o estilo de vida e a educação materna ³⁶.

Para que não ocorram as anomalias congênitas, estas devem ser prevenidas desde o período pré-concepcional e se faz necessário evitar a doença, reduzindo a susceptibilidade ou a exposição da mulher e do feto ao fator de risco ³⁷.

Na prevenção secundária onde a gestante está sendo acompanhada no pré-natal, o objetivo é evitar a evolução e seqüela da doença, detectando precocemente e tratando a doença e quanto a prevenção terciária, já no pós-parto, o objetivo é evitar as complicações da doença através do tratamento e reabilitação ³⁸.

Uma pesquisa realizada no estado do Ceará entre 2001 a 2011 levantou a ocorrência de anomalias congênitas segundo o tipo de parto, e obteve como resultados que foram mais freqüentes nos que nasceram a partir da realização da cesariana e que o ano de 2009 constitui o período com maior ocorrência de anomalias congênitas, com 91,86 casos para cada 10.000 nascidos vivos ³⁹.

O Ministério da Saúde a partir de 1999, introduziu na Declaração de Nascidos Vivos e seu código corresponde ao Capítulo XVII da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) um local para o registro das anomalias congênitas²⁰.

Autores relatam que, apesar de existir no Brasil o local para registro de anomalias na Declaração de Nascidos Vivos, ainda são poucas as informações sobre as anomalias congênitas, o que dificulta o conhecimento mais aprofundado sobre o assunto, e que há

necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação que já existem para melhorar o intercâmbio entre os órgãos oficiais do governo e as instituições públicas e privadas para mostrar estes dados para a população de interesse⁴⁰.

Tabela 3 - Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo peso ao nascer.

ANO	PESO AO NASCER															TOTAL N
	>1499g			1500-2499g			2500-3499g			3500-3999g			≥4000g			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	1.165	1.325	1.13	6.878	7.402	1.08	63.173	55.252	0.87	15.733	17.136	1.09	2.544	3.675	1.44	174.283
2004	1.135	1.348	1.18	6.580	7.479	1.14	62.471	55.460	0.89	15.889	17.638	1.11	2.596	3.969	1.53	174.565
2005	1.077	1.340	1.24	6.033	7.515	1.25	58.313	56.227	0.96	15.877	17.827	1.12	2.602	4.187	1.61	170.998
2006	1.145	1.383	1.20	5.738	7.634	1.33	55.883	55.786	1.00	14.921	17.682	1.19	2.543	3.992	1.57	166.707
2007	1.085	1.411	1.30	5.637	7.493	1.33	55.014	56.164	1.02	14.658	17.397	1.19	2.390	3.709	1.55	164.958
2008	1.005	1.481	1.47	5.557	7.581	1.36	55.054	56.735	1.03	15.079	17.894	1.19	2.490	4.117	1.65	166.993
2009	988	1.558	1.57	5.710	7.942	1.39	54.554	57.155	1.05	15.110	17.843	1.18	2.491	4.045	1.62	148.658
2010	1.009	1.544	1.53	5.620	7.807	1.39	54.226	57.866	1.07	14.903	18.285	1.23	2.316	3.969	1.71	167.545
2011	987	1.585	1.60	5.626	7.849	1.40	54.702	58.548	1.07	15.067	18.454	1.22	2.453	4.182	1.70	169.453
2012	999	1.569	1.57	5.567	8.263	1.48	54.536	57.840	1.06	15.005	18.434	1.23	2.490	4.351	1.75	166.813
TOTAL	10.595	14.544	1.37	58.946	76.965	1.35	567.926	567.033	0.99	152.242	178.590	1.17	24.915	40.196	1.61	
	$\mu = 1.38$			$\mu = 1.34$			$\mu = 1.02$			$\mu = 1.19$			$\mu = 1.60$			
	$\chi = 1.38$			$\chi = 1.31$			$\chi = 1.00$			$\chi = 1.17$			$\chi = 1.61$			1670.973*

*684 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal

H calculado = 38,97p<0,0001*

2500-3499g número de cesáreas menor do que os demais pesos

≥ 4000g número de cesáreas maior que os demais pesos

Os resultados da tabela 3 evidenciam a relação entre partos cesarianas e vaginais quanto ao peso do bebê ao nascer. A tabela demonstra que no período de 2003 a 2012 houve 10.595 partos vaginais e 14.544 partos cesários com crianças nascidas com peso igual ou menor que 1499g.

Os bebês de peso entre 1500 a 2499g nasceram em um total de 58.946 por partos vaginais e 76.965 por partos cesários. As crianças que nasceram entre 2500 a 3499g estiveram inseridas no total de 567.926 partos vaginais e 567.033 partos cesários, enquanto em 152,242 partos normais e 178.590 partos cesários, nasceram bebês entre 3500 a 3999g.

O peso igual ou acima de 4000g foram presentes em bebês nascidos em 24.915 partos vaginais e 40.196 partos cesários.

Os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) que nascem com peso entre 500 e 1.500 gramas estão sujeitos a apresentar diversas doenças entre elas: a asfixia perinatal, síndrome do desconforto respiratório (SDR), hemorragia intra/periventricular, infecções, enterocolite necrosante, entre outras. Estas doenças comprometem o tempo de hospitalização, pois se torna prolongado e muitas vezes os recém-nascidos evoluem com complicações, como doença pulmonar crônica, retinopatia da prematuridade, distúrbios do crescimento e seqüelas neurológicas³³.

No Brasil, a prevalência do RNBP é de 9,2%, podendo variar de acordo com cada região, porém mostrando situação mais grave nos Estados do Norte (12,2%) e Nordeste (12,0%), ocasionado pela má alimentação materna e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde. As estimativas regionais apontam maior incidência de BPN nas áreas rurais (11,2%) do que nas áreas urbanas (8,6%)⁴⁰.

Pesquisa abordando a mortalidade infantil evitável evidenciou que houve um aumento de 28,3% das mortes relacionadas à inadequada atenção à mulher na gestação, havendo também crescimento de 28,2% do coeficiente de mortalidade dos transtornos relacionados à gestação de curta duração e baixo peso ao nascer⁴¹.

A possibilidade de melhorar os cuidados aos RNBP envolve o conhecimento da equipe que assiste a mãe durante o parto, da assistência oferecida a esses bebês e dos fatores que podem levar ao risco de mortalidade e do tipo de população atendida^{41,42}.

Os estudos sobre custos hospitalares mostram que, os RNBP por permanecerem hospitalizados por permanecerem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, aumentam o custo do tratamento. Sendo assim é importante realizar programas preventivos, baseados em

estudos epidemiológicos para diminuir o nascimento de neonatos de baixo peso e conseqüentemente, influenciar na redução de taxas de mortalidade infantil³⁸.

Tabela 4 – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo APGAR de primeiro minuto.

Ano	APGAR									TOTAL
	0 a 3			4 a 7			8 a 10			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	2.958	1.920	0.65	9.932	11.905	1.20	76.712	71.053	0.93	174.48
2004	2.879	1.738	0.60	10.089	11.724	1.16	75.822	72.536	0.96	174.788
2005	2.618	1.674	0.64	9.864	11.963	1.21	71.505	73.551	1.03	171.175
2006	2.402	1.511	0.63	9.231	11.010	1.19	68.583	73.956	1.08	166.693
2007	2.237	1.524	0.68	8.840	10.854	1.23	67.677	73.796	1.09	164.928
2008	2.180	1.487	0.68	9.158	10.344	1.13	67.769	75.977	1.12	166.915
2009	2.006	1.417	0.71	8.731	10.044	1.15	67.985	77.080	1.13	167.263
2010	2.019	1.248	0.62	8.037	9.560	1.19	67.869	78.660	1.16	167.393
2011	1.985	1.291	0.65	7.701	9.061	1.18	68.964	80.266	1.16	169.268
2012	1.890	1.099	0.58	7.446	9.208	1.24	69.061	80.145	1.16	168.849
Total	23.174	14.909	0.64	89.029	105.673	1.18	701.947	757.020	1.07	
			$\mu = 0.64$			$\mu = 1.19$			$\mu = 1.10$	
			$\chi = 0.64$			$\chi = 1.18$			$\chi = 1.08$	1.691.752*

*884 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal
H calculado = 23,98 p<0,0001*
APGAR de 0a 3 apresentaram menor número de cesáreas do que os demais.

O estudo demonstra na tabela 4, evidências da relação entre parto cesáreo e vaginal ocorridos entre 2003 a 2012, conforme o APGAR de primeiro minuto, os resultados revelaram que, o APGAR de 0 a 3 (Grave) esteve presente em 23.174 partos vaginais e 14.909 partos cesáreos, predominando assim, conforme os dados levantados o APGAR grave em partos vaginais.

Os dados também demonstram que, o APGAR de 4 a 7 pontos foram obtidos em 89.029 partos vaginais e 105.673 partos cesáreos, e o APGAR de 8 a 10 pontos estiveram presentes em 701.947 partos vaginais e 757.020 partos cesários.

O índice de APGAR varia de 0 a 10, possibilita avaliar as condições de vitalidade da criança após o nascimento, sendo que, a classificação é da seguinte forma: de 0 a 3 - APGAR baixo; de 4 a 7 – APGAR moderado, e de 8 a 10 adequado, quanto maiores os seus valores, melhores são as condições de vitalidade do neonato e menores são os riscos de intercorrências ao nascimento⁴³.

No caso da asfixia perinatal que é considerada uma das causas mais frequentes de óbito neonatal no mundo, ocasionada pela falta de oxigênio (hipóxia) e/ou falta de perfusão (isquemia) em vários órgãos, com alterações bioquímicas e funcionais, esta pode estar associada a um índice de Apgar de 0 a 3 por mais de 5 minutos com sequelas neurológicas neonatais graves do tipo convulsão, coma, hipotonia ou falência múltipla de órgãos⁴⁴.

Estudo sobre a associação entre realização de pré-natal e morbidade pré-natal, mostrou dados positivos em que, 66% dos recém-nascidos apresentaram APGAR maior ou igual a 8 no primeiro minuto de vida, e 90% obtiveram Apgar considerado adequado no quinto minuto⁴⁵.

Dados da Organização Mundial de Saúde, revelam que, apesar da mortalidade infantil mostrar uma tendência a diminuir nos últimos anos, as taxas ainda estão elevadas, e das causas perinatais, estão às são decorrentes de problemas durante a gestação, parto e nascimento, destacam-se as infecções neonatais, hipóxia/anóxia neonatal, malformações congênitas, prematuridade e doenças sindrômicas. A probabilidade de óbito neonatal diminui significativamente à medida que aumenta a frequência do número de consultas pré-natais⁴⁶.

Nessa ótica, a morbimortalidade materna e perinatal estão relacionadas com a inadequação da assistência preconizada pela Política de Humanização Parto e Nascimento⁴⁷.

Tabela 5 - Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo escolaridade da mãe.

ANO	ESCOLARIDADE															TOTAL N
	Nenhuma			1 a 3 anos			4 a 7 anos			8 a 11 anos			12 anos e +			
	Vaginal	Cesáreo	C/V													
2003	993	435	0.44	5.998	2.888	0.48	31.784	16.830	0.53	40.044	37.973	0.95	8.141	23.966	2.94	169.052
2004	937	456	0.49	5.226	2.700	0.52	29.673	16.057	0.54	42.452	39.293	0.93	8.258	25.050	3.03	170.102
2005	893	444	0.50	4.434	2.571	0.58	26.185	14.554	0.56	41.749	41.889	1.00	8.076	25.414	3.15	166.209
2006	713	362	0.51	4.083	2.167	0.53	22.644	13.036	0.58	43.983	43.981	1.00	7.761	26.052	3.36	164.782
2007	567	301	0.53	3.512	2.671	0.76	21.111	11.812	0.56	44.929	43.766	0.97	8.058	26.963	3.35	163.69
2008	371	214	0.58	2.456	1.349	0.55	19.256	11.150	0.58	48.189	45.491	0.94	8.485	29.266	3.45	166.227
2009	321	174	0.54	2.178	1.261	0.58	18.258	10.577	0.58	50.155	46.456	0.93	7.852	29.942	3.81	167.174
2010	267	138	0.52	1.963	1.161	0.59	16.706	9.696	0.58	51.359	46.498	0.91	7.730	31.924	4.13	167.442
2011	238	143	0.60	1.785	1.019	0.57	16.695	9.371	0.56	52.365	46.243	0.88	7.698	33.800	4.39	169.357
2012	206	107	0.52	1.343	820	0.61	14.435	7.322	0.51	54.379	47.857	0.88	8.040	34.229	4.26	987.918
TOTAL	5.506	2.774	0.50	32.978	18.607	0.56	216.747	120.405	0.55	469.604	439.447	0.93	80.099	286.606	3.57	
	$\mu = 0.52$			$\mu = 0.57$			$\mu = 0.56$			$\mu = 0.93$			$\mu = 3.40$			
	$\chi = 0.52$			$\chi = 0.57$			$\chi = 0.55$			$\chi = 0.93$			$\chi = 3.58$			1672.778*

*19.863 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal
H calculado = 39,60 p<0,0001*

A tabela 5 discute a relação da escolaridade com a escolha do tipo de parto pelas gestantes. Nestes resultados pôde se observar que, entre os anos de 2003 a 2012 o numero de partos vaginais foram 5.5.06 em mulheres sem nenhum grau de escolaridade contra 2.774 partos cesários em mulheres com as mesma características escolares, em mulheres com 1 a 3 anos de escolaridade foram realizados 32.978 partos vaginais contra 18.607 partos cesários, nas mulheres que apresentavam de 4 a 7 anos de escolaridade foram realizados 216.405 partos vaginais , enquanto os partos cesários foram 120.405.

Nas gestantes com escolaridade entre 8 a 11 anos foram feitos 469.604 partos vaginais e 439.447 partos cesários, e nas mulheres que tinham entre 12 ou mais anos de escolaridade os partos vaginais estiveram em 80.099 e nos cesários 286.606. O que pode se observar diante destes resultados é que, as mulheres com maior escolaridade, ou seja de 12 ou mais anos realizaram maior número de partos cesários no período de estudo.

A Federação Internacional das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que abrange todos os toco-ginecologistas brasileiros, por intermédio da Associação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), por meio de seu Comitê de Aspectos Éticos da Reprodução Humana, comenta que não é ética a prática de cesariana sem uma indicação médica formal evidente e que as taxas crescentes de cesarianas sem indicação médica, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, têm motivado diversas pesquisas e debates sobre a legalidade do procedimento cirúrgico sem uma necessidade médica identificada ⁴⁸.

Em estudo realizado em determinada região brasileira, discutem que, os médicos são muitas vezes apontados como promotores dessa cultura intervencionista da cesariana e apontam que os médicos alegam que as gestantes preferem este tipo de parto, principalmente as de classe social mais favorecida, para preservar a anatomia da genitália externa, também para não sentir dor na hora do parto ou para definir na ocasião do parto a cesário ser esterilizada cirurgicamente, realizando a laqueadura ⁴⁹.

Outra pesquisa sobre escolaridade materna e correlação com indicadores obstétricos, revelou que a escolaridade materna estava fortemente associada ao tipo de parto, pois as mães com maior grau de instrução apresentavam uma chance seis vezes maior de terem seus filhos de parto cesáreo. Isso para os autores é decorrente tanto de opção da mãe, como também da parte médica, pois, como o parto cesáreo costuma ter um custo financeiro maior, as mães com maior escolaridade, costumam ter mais condições econômicas, podendo optar por este tipo de parto ⁵⁰.

Gestantes com maior nível de escolaridade manifestaram preferência pelo parto cesariano e como justificativa desta escolha, elas relatam que, para quem exerce atividade extradomiciliar, a opção pelo parto cesariano significa ter autonomia para determinar a data e hora de sua realização, e não interferem ou comprometem as atividades profissionais¹⁷.

Em estudo comparativo entre duas maternidades : pública e privada obteve como resultado que, o principal motivo para a preferência pelo parto vaginal pelas gestantes foi o fato de a recuperação ser mais rápida; e as mulheres que manifestaram preferência pelo parto cesáreo, o motivo revelado foi o medo de sentir dor⁴⁹.

O uso de medicamentos, os procedimentos que envolvem o momento do parto, transformou o parto normal em um parto passível de intervenções, ou seja, de risco. A tecnologia médica se tornou necessária para que não se ocorra estes riscos, legitimando o parto cesário como um parto seguro , sem dor, moderno, e ideal para qualquer mulher, para assim poupar a “dor e sofrimento da mulher”⁴⁸.

O avanço do respeito à autonomia das pacientes e o novo papel da mulher na família e na sociedade contribuíram para a progressiva participação feminina na escolha da via de parto, presumindo-se que a inclusão de suas preferências na decisão estaria influenciando o aumento do número de cesáreas em todo o mundo⁵¹.

A mulher pode optar pelo tipo de parto que deseja, porém a liberdade de escolha da mulher gestante, muitas vezes não é respeitada, a mesma não é devidamente esclarecida dos riscos que pode correr num parto cesário e assim sem informações faz opção por este tipo de intervenção achando ser o mais seguro⁴⁹.

È provável que, as parturientes em suas preferências nem são correspondidas, e fatores não clínicos, como nível sócio-econômico, informações inadequadas, e conveniência do médico, possam influenciar significativamente na escolha da via de parto¹⁵.

A melhora assistencial para a gestante vai depender da humanização do relacionamento entre gestante, equipe de saúde e a inclusão de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade das pacientes em relação principalmente a dor na hora do parto. E os autores acima consideram que, serão necessários mais empenhos para o entendimento da multidimensionalidade de fatores que influenciam a escolha tanto do parto natural como do cesariano, conforme evidenciado neste estudo¹⁷.

Tabela 6 - Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo idade da mãe.

ANO	IDADE															TOTAL N
	< 15 anos			15-19 anos			20-29 anos			30-39 anos			40 e mais			
	Vaginal	Cesáreo	C/V													
2003	600	205	0.34	18.113	7.646	0.42	49.949	42.303	0.85	19.443	31.968	1.64	1.464	2.686	1.83	174.377
2004	585	200	0.34	17.861	7.211	0.40	49.242	41.992	0.85	18.392	33.381	1.81	1.662	3.183	1.92	173.709
2005	504	213	0.42	17.059	7.423	0.44	46.325	42.210	0.91	18.539	34.023	1.84	1.519	3.261	2.15	171.076
2006	589	186	0.32	16.427	7.257	0.44	43.851	40.957	0.93	17.868	34.684	1.94	1.504	3.393	2.26	166.716
2007	560	204	0.36	16.010	6.906	0.43	42.846	40.559	0.95	17.946	35.051	1.95	1.434	3.454	2.41	164.97
2008	646	239	0.37	15.406	6.687	0.43	43.140	40.442	0.94	18.470	36.803	1.99	1.542	3.637	2.36	167.012
2009	615	232	0.38	15.332	6.514	0.42	42.943	40.508	0.94	18.441	37.471	2.03	1.543	3.818	2.47	167.417
2010	626	208	0.33	14.932	6.217	0.42	42.214	40.004	0.95	18.683	39.155	2.10	1.624	3.889	2.39	167.552
2011	576	187	0.32	15.454	6.511	0.42	42.074	39.121	0.93	19.173	40.835	2.13	1.569	3.964	2.53	169.464
2012	619	216	0.35	15.479	6.572	0.42	40.877	38.282	0.94	19.967	41.182	2.06	1.662	4.205	2.53	169.061
TOTAL	5.920	2.090	0.35	162.073	68.944	0.42	443.461	406.378	0.91	186.922	364.553	1.95	15.523	35.490	2.28	
	$\mu = 1.54$			$\mu = 0.42$			$\mu = 0.93$			$\mu = 1.97$			$\mu = 2.37$			
	$\chi = 1.55$			$\chi = 0.42$			$\chi = 0.91$			$\chi = 1.94$			$\chi = 2.28$			1691.354*

*282 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal
H calculado = 45,71 p<0,0001*
30 a 39 anos e 40 e mais maior número de cesáreas que demais idades.

A tabela 6 revela os dados colhidos da relação entre os partos cesários e vaginais ocorridos entre 2003 a 2012 segundo a idade da mãe. Os resultados do estudo mostram que, gestantes menores de 15 anos, realizaram 5.920 partos vaginais contra 2.090 partos cesários, enquanto as gestantes que tinham entre 15 a 19 anos realizaram 162.073 partos vaginais e 68.944 partos cesários, nas mães de idades entre 20 a 29 anos os partos vaginais ainda predominam em maior número, sendo que, os vaginais ficaram em 443.461 e os cesários 406.378 partos.

Nota-se através dos achados que, mulheres na faixa etária entre 30 a 39 anos realizaram 186.922 partos vaginais e 364.553 partos cesários e nas mulheres com idade de 40 anos ou mais os partos vaginais forma 15.523 e 35.490 cesários.

O que fica evidente é que, mulheres com faixa etárias de 30 ou mais anos realizaram em maior número o parto cesário.

As condições de nascimento são determinantes para a saúde da criança, sendo assim , podem ser fortemente influenciadas pela idade materna⁵².

Um estudo sobre a influência da idade materna sobre as condições perinatais, os partos vaginais em adolescentes ficou em torno de 70 % em relação as parturientes acima de 35 anos, neste estudo as mulheres com idade mais avançada apresentaram uma quantidade ligeiramente superior de cesarianas⁵³.

As mulheres com idades maiores que 35 anos que optaram por realizarem o parto cesário, tem a explicação de alguns autores que, as mulheres com idades materna mais avançadas, despontam maior ansiedade no médico com relação a saúde e bem estar fetal, o que pode influenciar na escolha do parto cesário pela mãe em conjunto com o seu médico⁵⁴.

A prevalência de cesariana entre gestantes adolescentes em estudos realizados nas décadas de 1980 e 1990 mostraram resultados que sugeriam um risco aumentado de parto cirúrgico nesse grupo, em especial nas idades mais precoces, atribuído, possivelmente, aos aspectos relacionados à imaturidade ginecológica, problemas anatômicos relacionados ao mecanismo de parto, determinando maior ocorrência de desproporção céfalo-pélvica⁵⁴.

Estudos mais recentes parecem, no entanto, discordar desses resultados, considerando que alguns resultados mostram menor prevalência de cesarianas entre adolescentes, justificando esses resultados pela maior taxa de nascimentos com baixo peso²⁰.

Tabela 7 – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo tipo de gravidez.

Ano	TIPO DE GRAVIDEZ									TOTAL
	ÚNICA			DUPLA			TRIPLA E MAIS			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	88.890	81.795	0.92	671	2.847	4.24	15	215	14.33	174.568
2004	88.002	82.708	0.94	708	3.044	4.30	24	209	8.71	174.911
2005	83.307	83.750	1.01	646	3.267	5.06	19	161	8.47	171.321
2006	79.591	83.111	1.04	594	3.148	5.30	9	174	19.33	167.518
2007	78.160	82.749	1.06	580	3.228	5.57	20	146	7.30	165.063
2008	78.615	84.257	1.07	573	3.373	5.89	7	172	24.57	167.69
2009	78.350	84.644	1.08	521	3.655	7.02	2	244	122.00	167.614
2010	77.532	85.806	1.11	534	3.511	6.57	13	156	12.00	167.669
2011	78.251	86.865	1.11	588	3.602	6.13	4	151	37.75	169.857
2012	78.039	86.559	1.11	544	3.748	6.89	8	143	17.88	169.833
Total	808.737	842.244	1.04	5.959	33.423	5.60	121	1.771	14.60	
			$\mu = 1.06$			$\mu = 5.73$			$\mu = 16.10$	
			$\chi = 1.04$			$\chi = 5.69$			$\chi = 27.23$	1.696.044*

*381 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal

H calculado = 25,83 $p < 0,0001^*$

Gravidez tripla e mais maior número de cesárea do que as demais.

Gravidez dupla e mais maior número de cesárea que a gravidez única.

Os resultados demonstrados na tabela 7 focam os tipos de parto de acordo com o tipo de gravidez: se única, se dupla, se tripla ou mais. Assim, a tabela evidencia que, as mulheres que tiveram gravidez única entre 2003 a 2012, realizaram o parto vaginal em 808.737 e as mulheres que, realizaram o parto cesário foram 842, 244, predominando o parto cesário. A gravidez dupla obteve como resultados 5.959 vaginais e 33.423 partos cesários, com maior número em partos cesários e na gravidez tripla ou mais observou-se de acordo com os resultados que os partos cesários foram maiores em 1.771 partos, enquanto os vaginais em apenas 121 partos.

As gestações múltiplas estão relacionadas com diversas complicações perinatais tanto para as mães como para seus filhos, pois a taxa de mortalidade perinatal, nesse tipo de gestação, é maior do que em gestações únicas e aumenta com o número de fetos. A taxa de mortalidade perinatal é quatro vezes mais alta para gêmeos e seis vezes mais elevada para triplos do que para gestações únicas. Em média, gêmeos pesam 1/3 menos e triplos a metade do peso de únicos⁵⁵.

No Brasil, não existem campanhas que expliquem os riscos da gravidez múltipla. Há mulheres que preferem ter gêmeos por fertilização só pelo desejo de ter dois filhos ao mesmo tempo ou por querer engravidar uma única vez. Muitas destas gestações não vão até o fim e podem originar bebês prematuros⁵⁶.

O parto de gravidez múltipla dependerá da posição do feto e das considerações clínicas, mas na maioria dos casos se realiza o parto Cesário e das condições de saúde materna e fetal e dos tipos de partos prévios que esta gestante já teve. Nas gestações múltiplas o tipo mais indicado é a cesariana, mas é possível também realizar o parto normal, sendo que isso vai depender principalmente da posição que os bebês se encontram. A via vaginal é possível, mas não pode haver complicações, pois os fetos são menores e mais delicados⁵⁷.

Alguns pesquisadores têm associado o pior prognóstico do segundo gemelar ao parto vaginal, particularmente quando a apresentação é não-cefálica e o intervalo entre os nascimentos é maior que 20 minutos⁵⁸.

Em alguns casos, em que a opção é o parto normal, o primeiro bebê consegue nascer através do canal vaginal, porém, em raras situações em que há dificuldade para o nascimento do segundo gemelar. A cesariana será indicada para o segundo bebê, por motivos de segurança. A ginecologista alerta que, mesmo quando o primeiro bebê está na posição ideal e o segundo não, ainda assim é possível fazer o parto normal⁵⁵.

Tabela 8 – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo número de consultas Pré-Natal.

Ano	NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL												Total de Partos N
	Nenhuma			1 a 3 consultas			4 a 6 consultas			7 consultas e mais			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	2.483	554	0.22	7.599	2.372	0.31	34.092	16.217	0.48	42.646	62.037	1.45	168.000
2004	2.205	553	0.25	6.915	2.405	0.34	29.253	14.029	0.48	48.388	65.895	1.36	169.643
2005	1.924	495	0.26	5.865	2.117	0.36	24.901	12.800	0.51	49.402	70.136	1.42	167.640
2006	1.812	465	0.26	5.604	2.083	0.37	23.698	12.553	0.53	47.271	70.124	1.48	163.610
2007	1.734	505	0.29	5.413	2.011	0.37	21.632	11.897	0.55	48.361	70.453	1.46	162.006
2008	1.694	495	0.29	5.066	1.830	0.36	21.820	12.183	0.56	49.794	72.613	1.46	165.495
2009	1.832	490	0.27	5.393	1.855	0.34	21.118	12.687	0.60	50.431	73.425	1.46	167.231
2010	1.711	447	0.26	4.929	1.804	0.36	18.089	11.140	0.62	53.287	76.010	1.43	167.417
2011	1.582	547	0.35	5.134	1.889	0.36	17.121	11.773	0.69	54.870	76.240	1.39	169.156
2012	1.549	529	0.34	5.600	2.553	0.45	18.234	13.960	0.77	52.846	73.237	1.39	168.508
TOTAL	18.526	5.080	0.27	57.518	20.919	0.36	229.958	129.239	0.56	497.296	710.170	1.42	
			$\mu = 0.26$			$\mu = 0.36$			$\mu = 0.55$			$\mu = 1.44$	
			$\chi = 0.27$			$\chi = 0.36$			$\chi = 0.57$			$\chi = 1.42$	1668.706*

*23.930 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/VaginalH calculado = 36,04 p<0,0001* 7 consultas e mais maior número de cesáreas que as demais.

A tabela 8 está demonstrando em seus resultados o número de consultas pré-natal de acordo com o tipo de parto cesáreo ou vaginal entre 2003 a 2012. Os achados revelam que os partos vaginais ficaram entre 18.526 e os cesários em 5.080 em mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré natal, já o número de mulheres que passaram por 1 a 3 consultas de Pré - natal, fizeram 57.518 partos vaginais e 20.919 partos cesários.

O número de partos vaginais em mulheres que passaram de 4 a 6 consultas pré-natal, foram 229.958 e os partos cesários foram 129.239.

Os partos vaginais foram 497.296 e os cesários foram 710.170 em mulheres que realizaram entre 7 e mais consultas de pré-natal no período do estudo.

Os resultados demonstram que, nas mulheres que passaram por menores números de consultas pré-natal, ou seja, entre nenhuma consulta e até 6 consultas realizaram um total de partos vaginais em maior número do que os cesários, e notou-se que, as mulheres que realizaram mais consultas realizaram maior número de partos cesários.

O enfermeiro voltado para o pré-natal deve possuir elementos como sensibilidade, capacidade para ouvir, confiança, entre outros, pois estes elementos são fundamentais durante a atuação dos profissionais no momento da criação do vínculo profissional-gestante, orientar as mulheres sobre a importância de realização do parto vaginal quando este é possível⁵⁹.

Os profissionais que acompanham a mulher nesta fase devem estar atentos ao fato de que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. A carência de informações, ou informações inadequadas sobre o tipo de parto, o medo do desconhecido faz com a gestante opte por um tipo de parto na sua concepção seja mais tranquilo e menos doloroso³⁰.

Segundo parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para garantir um pré-natal de qualidade a gestante deve realizar no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação¹⁸.

O aumento no número de consultas com a chegada do final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e materno identificando o mais rápido possível situações de risco, para prevenir complicações mais frequentes como o trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva na gestação e a diabetes gestacional⁴⁵.

Nesta fase da gestação a mulher ao optar pelo tipo de parto juntamente com o seu companheiro e médico, deve ser conscientizada quanto a melhor opção para seu conforto e qualidade na assistência na hora do nascimento do bebê⁵⁹.

Tabela 9 – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo idade gestacional.

ANO	IDADE GESTACIONAL															TOTAL N
	<22 semanas			22 – 27 semanas			28 - 36 semanas			37 – 41 semanas			42 semanas			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	23	2	0.09	517	284	0.55	6.216	7.578	1.22	81.179	75.838	0.93	655	671	1.02	173.368
2004	21	1	0.05	551	299	0.54	6.295	7.879	1.25	80.408	76.758	0.95	645	608	0.94	173.753
2005	36	2	0.06	491	308	0.63	5.888	8.024	1.36	76.237	77.837	1.02	654	638	0.98	170.637
2006	63	31	0.49	541	286	0.53	5.769	7.840	1.36	72.689	77.562	1.07	589	512	0.87	166.728
2007	56	18	0.32	519	338	0.65	5.488	7.811	1.42	71.795	77.422	1.08	492	385	0.78	164.99
2008	55	13	0.24	533	339	0.64	5.771	8.236	1.43	72.085	78.747	1.09	454	365	0.80	167.21
2009	56	7	0.13	520	370	0.71	5.761	8.701	1.51	72.056	79.065	1.10	425	373	0.88	168.531
2010	57	4	0.07	485	411	0.85	5.705	8.694	1.52	71.420	80.038	1.12	379	310	0.82	168.412
2011	56	4	0.07	476	391	0.82	5.776	8.830	1.53	71.502	80.538	1.13	949	740	0.78	170.162
2012	65	14	0.22	536	379	0.71	8.360	11.510	1.38	67.072	76.245	1.14	2.093	1.611	0.77	168.596
TOTAL	488	96	0.19	5.169	3.405	0.65	61.029	85.103	1.39	736.443	780.050	1.05	7.335	6.213	0.84	
			$\mu = 0.11$			$\mu = 0.64$			$\mu = 1.40$			$\mu = 1.08$			$\mu = 0.84$	
			$\chi = 0.17$			$\chi = 0.66$			$\chi = 1.39$			$\chi = 1.06$			$\chi = 0.86$	1687.995*

*7.305 dados ignorados do total de partos 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal
H calculado = 45,63 p<0,0001*
28-36 semanas e 37-41 semanas maior número de cesáreas que as demais.

A tabela 9 demonstra nos resultados encontrados, a relação dos partos cesários e vaginais ocorridos entre os anos de 2003 a 2012 segundo a idade gestacional. O que está evidente nos achados é que, nas gestações com menos de 22 semanas a ocorrência de partos foi maior do tipo vaginal com 488 partos, enquanto os cesários foram 96 partos.

Nas gestações entre 22 semanas e 27 semanas os vaginais predominaram com 5.169 partos em relação aos partos cesáreos que estiveram em 3.405.

Entre 28 e 36 semanas os partos vaginais foram 61.029 e os cesários foram 85.103. Entre 37 e 41 semanas os partos vaginais foram 736.443, enquanto os partos cesários foram 780.050. Nas 42 semanas de gestação os partos vaginais foram 7.335 e os cesários foram 6.213.

O que ficou claro neste estudo, é que as mulheres gestantes com menos de 22 semanas, também entre 22 e 27 semanas e com 42 semanas realizaram mais partos por via vaginal.

Os partos cesários foram feitos em maior número nas idades gestacionais entre 28 e 41 semanas.

Vários autores apontam a atual organização da atenção obstétrica como tendo um importante papel nas elevadas taxas de cesárea. As principais justificativas levantadas pelos obstetras são: a conveniência de uma intervenção programada para o obstetra, a incerteza quanto à possibilidade de hipóxia ou trauma fetal e a falta de preparo da mulher para o parto⁶⁰.

Deve-se considerar que, ao se questionar às mulheres sobre qual idade gestacional elas consideram segura para o parto, mais de 50% acreditam que seria entre 34 e 36 semanas de gestação pelo conforto e pela ansiedade que se manifesta nesta fase da gravidez⁶¹.

Quanto à realização da cesariana eletiva com 37 ou 38 semanas de idade gestacional, o Comitê de ginecologia refere que, apesar de freqüente na prática médica, não encontra apoio na literatura médica, o que é escolha para o comitê é que a cesárea eletiva seja realizada após a 39ª semana de gravidez⁶².

A preocupação com a realização de cesarianas eletivas no termo após 37 semanas e antes de 39 semanas tem sido mundial. Alguns países têm investido no esclarecimento à população médica e de gestantes para evitar que estes procedimentos sejam realizados expondo desnecessariamente os recém-nascidos as complicações e a riscos de seqüelas à longo prazo, e o quanto poderá ser iatrogênico a escolha da cesária nesta fase da gestação⁶³.

Tabela 10 – Relação partos Cesáreos/Vaginal (C/V) ocorridos nos anos de 2003 a 2012 segundo GESTÃO HOSPITALAR (Pública, Privada ou Escola).

Ano	GESTÃO HOSPITALAR									TOTAL
	PÚBLICA			PRIVADA			ESCOLA			
	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	Vaginal	Cesáreo	C/V	
2003	58.872	24.207	0.41	15.891	50.872	3.20	11.998	6.373	0.53	168.213
2004	59.811	24.957	0.42	15.869	52.705	3.32	11.730	6.420	0.55	171.312
2005	14.283	54.239	3.80	25.189	57.305	2.28	10.885	6.098	0.56	167.794
2006	13.861	54.474	3.93	24.924	54.788	2.20	10.673	6.046	0.57	164.766
2007	54.619	24.435	0.45	13.568	55.773	4.11	10.041	5.832	0.58	164.268
2008	54.771	25.221	0.46	13.530	56.825	4.20	10.339	5.719	0.55	166.405
2009	54.648	25.651	0.47	13.079	56.995	4.36	10.479	5.827	0.56	166.679
2010	51.437	24.436	0.48	15.112	59.177	3.92	10.838	5.849	0.54	166.849
2011	54.135	25.031	0.46	12.153	59.060	4.86	11.781	6.526	0.55	168.686
2012	52.557	25.187	0.48	13.054	58.222	4.46	12.177	7.047	0.58	168.244
Total	468.944	307.838	0.65	162.369	561.722	3.45	110.941	61.737	0.55	1.673.216*
			$\mu = 0.46$			$\mu = 4.01$			$\mu = 0.55$	
			$\chi = 1.13$			$\chi = 3.69$			$\chi = 0.55$	

* 690 dados ignorados do total de partos de 2003-2012.

Análise de Variância de Kruskal-Wallis da Relação Cesárea/Vaginal
H calculado = 17,71 $p < 0,0001^*$
Gestão Privada maior número de cesáreas que as demais.

A tabela 10 demonstra os resultados entre os anos de 2003 e 2012 sobre os tipos de parto conforme a gestão hospitalar. Os resultados do estudo mostram que, na rede pública foram realizados 468.944 partos vaginais e 307.838 partos cesários. Na rede privada realizou-se 162.369 partos vaginais e 561.722 partos cesários e nos hospitais escola foram realizados 110.941 partos vaginais e 61.737 partos cesários.

Portanto, a rede privada realizou maior número de partos cesários no período de estudo em relação aos hospitais públicos e hospitais escola. Os partos vaginais predominaram na rede pública e hospitais escola no período da pesquisa.

O Ministério da Saúde vê o alto índice de partos cesários com preocupação, pois esses ultrapassam os 15% considerados adequados pela Organização Mundial de Saúde. A concentração maior se dá na rede privada, que atualmente faz 80% dos partos por cesariana. Enquanto na rede pública, os partos por cirurgia estão em torno de 40% nas estatísticas⁶⁴.

Para os pesquisadores sobre o assunto, há uma epidemia de cesarianas no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, existe um misto de comodismo e questões de mercado por parte dos médicos, que acabam evitando o parto normal⁶⁵.

Na rede pública, a impossibilidade da garantia da vaga no estabelecimento de saúde onde a gestante realizou o pré-natal ocasiona o processo de peregrinação das gestantes entre as maternidades em busca de atendimento. No setor privado verifica-se uma tendência inversa, a mulher é acompanhada durante a gestação pelo médico que realizará o seu parto, tendo a oportunidade de estabelecer uma relação prévia de confiança, o que, entretanto, não garante uma condução mais adequada do parto⁶⁶.

Em relação às mulheres que realizam partos cesáreos, observa-se que é mais comum entre as mulheres de nível socioeconômico elevado, de cor branca, com maior escolaridade, entre outros fatores. O parto cesário através dos tempos passou a ser visto então como um “fenômeno médico” pautado nas intervenções cirúrgicas⁴⁷.

Dados estatísticos mostram que, o Brasil está em segundo lugar entre os países com mais cesarianas em relação ao total de nascimentos. De 2000 a 2010, foram informados 43,8% de partos por cesariana, perdendo apenas do Chipre, que realizou 50,9% de partos cesários⁴⁷.

Como qualquer procedimento cirúrgico, o parto cesário envolve potenciais complicações e aumenta os riscos para a mãe e a criança, podendo apresentar mortalidade cinco vezes maior que a do parto normal⁶⁶.

Os achados do presente estudo permitiram discutir no seu desenvolvimento vários fatores importantes em relação ao parto cesáreo e vaginal.

O que fica em evidência e que foi discutido por vários autores é que o parto cesáreo independente de fatores relacionados com a gestante de forma direta ou indireta, levam a realização em maior proporção por este tipo de parto.

O procedimento do parto foi o mais freqüente entre as internações hospitalares do SUS, no período de 1999 a 2006, e representou 19,4% do total de internações realizadas e 13% do gasto total com hospitalização no país, segundo dados do Departamento de Informática do SUS ⁶⁷.

As cesáreas segundo estudos acarretam aumento da morbimortalidade materna e neonatal, destacando-se a infecção puerperal e a prematuridade, além de estarem associadas com um retardo na recuperação puerperal, maior tempo de internação, maior tempo de assistência por profissionais de saúde, durante a internação mais prolongada, maior uso de medicamentos, início tardio da amamentação e a elevação de gastos para o sistema de saúde ¹⁴.

Além de questões médicas, as cesárias são influenciadas por diversos outros fatores relacionados à gestante, como as desigualdades sócio-econômicas, a situação geográfica, a faixa etária e a etnia ¹⁴.

Um estudo sobre a "cultura da cesariana no Brasil" revelou que, o parto operatório passou a significar para a parturiente e sua família um atendimento médico diferenciado por apresentar-se como "parto sem dor", "ausência de asfixia ao nascimento", "sexualidade preservada", e para o obstetra, maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho ⁶⁸.

É interessante notar que a preocupação com danos ao períneo ou efeitos negativos na vida sexual, sugerida pelos profissionais como razão para as mulheres desejarem o parto cesáreo, não são razões dadas pelas mulheres em seus muitos estudos analisados²⁸.

Entre as mulheres que realizaram tanto o parto vaginais como partos cesarios, a dor foi citada dez vezes mais freqüentemente como motivo para preferir a via vaginal. No entanto, grande parte das cesarianas realizadas na maternidade privada é eletiva, ou seja, com data e hora marcadas, sem haver trabalho de parto, sendo assim eliminado o componente álgico do pré-parto, contribuiu para a escolha desta via de parto ⁶⁸.

O princípio do direito da mulher, o poder e controle sobre o próprio corpo, foi apropriado pelos médicos para justificar a prática de cesáreas desnecessárias. Nesse

processo, tais intervenções são denominadas como “cesárea a pedido” ou “cesárea eletiva”, insinuando que a “cultura da cesárea” reflete um desejo feminino²⁴.

Um estudo realizado em 4 cidades brasileiras, encontrou 72% de cesáreas na rede privada e 31% na rede pública. Os autores complementam revelando que as prevalências de cesariana encontradas foram de 61,3% na instituição pública e de 100% na instituição privada, taxas muito elevadas em relação aos 15% recomendados pela OMS¹¹.

São poucos os trabalhos que abordam, especificamente, a questão da preferência das gestantes pela cesariana. A verdadeira dimensão do problema não é claramente conhecida. Admite-se que pequeno número de mulheres opte por parto cirúrgico, mas os números estatísticos relacionados com esta preferência variam segundo os vários autores de diferentes países onde os estudos são realizados¹⁴.

Há a busca intensa por razões que justifiquem aumento nas taxas de cesárea, uma vez que é necessário que soluções possam ser pensadas e vários fatores possam ser associados ao parto cesáreo e assim têm sido investigados, dividindo-os em características demográficas, obstétricas e provedoras que podem levar as razões de aumento desses números⁶⁹.

Para mudar o cenário atual em relação às estatísticas alarmantes frente ao número de partos cesários, a noção de humanização vem sendo utilizada, em especial na área da saúde, no campo da assistência ao parto. As discussões sobre a humanização trazem demandas antigas propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco²⁶.

É preciso recuperar o parto como evento familiar e natural e unir aos benefícios das modernas evidências científicas. A humanização no parto independe da via de parto: ser “normal” ou “cesariano”. Os autores referem que, a humanização é mais pensada sob o enfoque do parto vaginal, mas esta deve ser tratada também para partos cesarianos em todas as suas especificidades, em sua indicação e em sua realização, compreendendo o nascimento como um momento inerente à mulher¹⁸.

Para tanto, o Ministério da saúde enfatiza o respeito ao direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que o apoio familiar durante a parturição, transforma o nascimento num momento único e especial²⁶.

O processo de humanização envolve o diálogo e participação dos profissionais de saúde, sobre a violência institucional, que ainda permeia a maioria das maternidades públicas do Brasil e chamar a atenção sobre as práticas abusivas e sem evidência científica, que são aplicadas durante o processo de parto à mulher, sem a devida participação da mesma, colocando em risco não só a integridade física da gestante, mas trazendo muitas vezes, danos irreversíveis à sua condição emocional ⁷⁰.

Desde 1998, o Ministério da Saúde, vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS. Na legislação profissional de enfermagem, os não médicos que podem realizar o parto normal são as enfermeiras e a obstetrix/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959 ⁷¹.

A enfermeira tem sido então reconhecida pelo Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente nas maternidades ²⁶.

Porém, é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo²⁶.

Na prática humanizada, há a permissão para que a mulher tenha um acompanhante de sua escolha durante o parto, há a estimulação da movimentação da gestante durante o trabalho de parto e há oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor, como por exemplo: massagens, utilização de água morna em um banheira ou chuveiro, entre outros recursos, ações essas consideradas humanizadoras no atendimento à parturiente⁷².

E lei que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a *Lei n. 11.108*, de 7 de abril de 2005 ⁷².

Os efeitos do suporte à parturiente baseados nas ações de humanização associou os resultados positivos a experiência materna, destacando-se a redução da taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto,

analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento ⁷³.

As mudanças no contexto assistencial também requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte humanizado durante o trabalho de parto sejam conhecidas e debatidas nas instituições de saúde e nos foros profissionais, de maneira a viabilizar e disseminar a boa prática e seus benefícios, para que efetivamente se alcance esse aspecto voltado a humanização durante o nascimento ⁷⁴.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa procurou atingir seu objetivo à medida que buscou evidenciar vários aspectos relacionados à mulher e a fase de gestação e principalmente os tipos de parto, vaginal ou cesáreo ocorridos entre os anos de 2003 a 2012 em maternidades do Município de São Paulo.

Entre os aspectos estudados e relacionados estão: o gênero da criança, neste aspecto ficou identificado que houve predominância dos partos cesários, com 453,500 comparados aos partos normais que foram 412.948, com nascimentos do gênero feminino, com desvio padrão de 1,09 casos, enquanto nos nascimentos masculinos também esta predominante nos partos cesarianas com 423.982 casos, em relação a 401.977 de partos normais, com desvio padrão de 1,05 casos.

Quanto à presença de anomalias, o estudo revela que, os partos sem presença de bebês com anomalias foram um total de 771.119 casos para partos normais e 826, 559 casos para partos cesáreos, com desvio padrão de 1,07 casos. Nestes resultados ficou claro que, independente da presença de anomalias ou não, os partos cesários predominam em números maiores em relação aos vaginais.

Em relação ao peso da criança ao nascer, o estudo revela que os bebês de peso entre 1500 a 2499g nasceram em um total de 58.946 por partos vaginais e 76.965 por partos cesários. As crianças que nasceram entre 2500 a 3499g estiveram inseridas no total de 567.926 partos vaginais e 567.033 partos cesários, enquanto em 152,242 partos normais e 178.590 partos cesários, nasceram bebês entre 3500 a 3999g. O peso igual ou acima de 4000g foram presentes em bebês nascidos em 24.915 partos vaginais e 40.196 partos cesários. No que se refere ao APGAR de primeiro minuto, o estudo mostra que, as evidências da relação entre parto cesáreo e vaginal ocorridos entre 2003 a 2012, conforme o APGAR de primeiro minuto, os resultados revelaram que, o APGAR de 0 a 3 (Grave) esteve presente em 23.174 partos vaginais e 14.909 partos cesáreos, predominando assim, conforme os dados levantados o APGAR grave em partos vaginais.

Os dados também demonstram que, o APGAR de 4 a 7 pontos foram obtidos em 89.029 partos vaginais e 105.673 partos cesáreos, e o APGAR de 8 a 10 pontos estiveram presentes em 701.947 partos vaginais e 757.020 partos cesários.

No que se trata sobre a relação da escolaridade com a escolha do tipo de parto pelas gestantes, os resultados pôde mostrar que, entre os anos de 2003 a 2012 o numero de partos vaginais foram 5.5.06 em mulheres sem nenhum grau de escolaridade contra 2.774 partos cesários em mulheres com as mesma características escolares, em mulheres com 1 a 3 anos de escolaridade foram realizados 32.978 partos vaginais contra 18.607 partos cesários, nas mulheres que apresentavam de 4 a 7 anos de escolaridade foram realizados 216.405 partos vaginais , enquanto os partos cesários foram 120.405.

Nas gestantes com escolaridade entre 8 a 11 anos foram feitos 469.604 partos vaginais e 439.447 partos cesários, e nas mulheres que tinham entre 12 ou mais anos de escolaridade os partos vaginais estiveram em 80.099 e nos cesários 286.606.

O que pode se observar diante dos resultados é que, as mulheres com maior escolaridade, ou seja de 12 ou mais anos realizaram maior número de partos cesários no período de estudo escolaridade da mãe, idade da mãe, o tipo de gestão hospitalar e a relação de todas essas variáveis com o número de partos vaginais e cesários, procurando assim, discutir e entender as altas taxas de realização de partos cesários neste período de estudo.

Os resultados do estudo mostram que, gestantes menores de 15 anos, realizaram 5.920 partos vaginais contra 2.090 partos cesários, enquanto as gestantes que tinham entre 15 a 19 anos realizaram 162.073 partos vaginais e 68.944 partos cesários, nas mães de idades entre 20 a 29 anos os partos vaginais ainda predominam em maior número, sendo que, os vaginais ficaram em 443.461 e os cesários 406.378 partos.

Nota-se através dos achados que, mulheres na faixa etária entre 30 a 39 anos realizaram 186.922 partos vaginais e 364.553 partos cesários e nas mulheres com idade de 40 anos ou mais os partos vaginais forma 15.523 e 35.490 cesários.

O que fica evidente é que, mulheres com faixa etárias de 30 ou mais anos realizaram em maior número o parto cesário.

Os resultados quanto aos tipos de parto de acordo com o tipo de gravidez: se única, se dupla, se tripla ou mais, evidencia que, as mulheres que tiveram gravidez única entre 2003 a 2012, realizaram o parto vaginal em 808.737 e as mulheres que, realizaram o parto cesário foram 842, 244, predominando o parto cesário. A gravidez dupla obteve como resultados 5.959 vaginais e 33.423 partos cesários, com maior número em partos cesários e na gravidez tripla ou mais, observou-se de acordo com os resultados que os

partos cesários foram maiores em 1.771 partos, enquanto os vaginais em apenas 121 partos.

Quanto ao número de consultas pré-natal de acordo com o tipo de parto cesário ou vaginal entre 2003 a 2012, os achados revelam que os partos vaginais ficaram entre 18.526 e os cesários em 5.080 em mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal, já o número de mulheres que passaram por 1 a 3 consultas de Pré-natal, fizeram 57.518 partos vaginais e 20.919 partos cesários.

O número de partos vaginais em mulheres que passaram de 4 a 6 consultas pré-natal, foram 229.958 e os partos cesários foram 129.239.

Os partos vaginais foram 497.296 e os cesários foram 710.170 em mulheres que realizaram entre 7 e mais consultas de pré-natal no período do estudo.

Os resultados demonstram que, nas mulheres que passaram por menores números de consultas pré-natal, ou seja, entre nenhuma consulta e até 6 consultas realizaram um total de partos vaginais em maior número do que os cesários.

A relação dos partos cesários e vaginais ocorridos entre os anos de 2003 a 2012 segundo a idade gestacional, mostra que, nas gestações com menos de 22 semanas a ocorrência de partos foi maior do tipo vaginal com 488 partos, enquanto os cesários foram 96 partos.

Nas gestações entre 22 semanas e 27 semanas os vaginais predominaram com 5.169 partos em relação aos partos cesáreos que estiveram em 3.405.

Entre 28 e 36 semanas os partos vaginais foram 61.029 e os cesários foram 85.103. Entre 37 e 41 semanas os partos vaginais foram 736.443, enquanto os partos cesários foram 780.050. Nas 42 semanas de gestação os partos vaginais foram 7.335 e os cesários foram 6.213. O que ficou claro neste estudo, é que as mulheres gestantes com menos de 22 semanas, também entre 22 e 27 semanas e com 42 semanas realizaram mais partos por via vaginal. Os partos cesários foram feitos em maior número nas idades gestacionais entre 28 e 41 semanas.

Os resultados do estudo mostram que, segundo a gestão hospitalar, a rede pública foram realizados 468.944 partos vaginais e 307.838 partos cesários. Na rede privada realizou-se 162.369 partos vaginais e 561.722 partos cesários e nos hospitais escola foram realizados 110.941 partos vaginais e 61.737 partos cesários.

Portanto, a rede privada realizou maior número de partos cesários no período de estudo em relação aos hospitais públicos e hospitais escola. Os partos vaginais predominaram na rede pública e hospitais escola no período da pesquisa.

Entendeu-se que no Mundo e em especial no Brasil, no que se relaciona aos serviços públicos e privados, o número de partos cesários ainda é predominante, os achados do presente estudo conferem à importância do tema e apontam claramente para a necessidade da realização de estudos sobre o assunto, que permitam um conhecimento mais amplo da nossa realidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo discutiu os aspectos que se relacionam com a escolha entre o parto cesáreo e vaginal, e neste contexto levantou-se que a cesariana é o tipo de parto predominando independente do aspecto abordado, falou-se também da importância de humanizar cada vez mais o procedimento do parto, tendo como foco mais assistência a mãe durante a gestação e durante o parto.

Ficou claro que o trabalho contínuo de conscientização e capacitação dos profissionais de saúde, principalmente nas instituições públicas devem ser efetivas, para que a mulher possa receber o tratamento adequado, humano, minimizando complicações e mortes decorrentes de intercorrências durante a gestação e o momento do parto.

A Organização Mundial de Saúde preconiza que a mulher tenha sua assistência pré-natal e até o momento do parto, se estendendo além dele, guiada e fundamentada em dignidade e qualidade nesta assistência.

Os partos cesários podem e devem ser realizados quando há indicação clara para isso, onde a vida da mulher e de seu bebê deverão ser preservadas nos casos de riscos inerentes, porém as cesárias realizadas sem estes requisitos podem ser prejudiciais a saúde materna e do bebê.

As circunstâncias que cercam a assistência nos momentos do pré parto/parto, devem incluir um acompanhante, devem ter em sua rotina técnicas de alívio da dor e promoção do conforto, para que a mulher possa se sentir segura ao dar a luz.

Assim, a pesquisa mostrou que, o número de partos cesários são alarmantes, porém o parto centrado na humanização poderá colaborar para que a mulher reconheça que a melhor escolha pode ser o parto vaginal.

O trabalho de conscientização focado no parto humanizado em instituições privadas e públicas deve se estender a todas as maternidades do país, evidenciando resultados positivos e a valorização da mulher em uma das fases mais especiais de sua vida: “a hora do parto”.

8 REFERENCIAS

1. Lepargneur, H. O novo quadro mundial da mulher, in: *O mundo da saúde*. Edição título: A Condição Feminina. São Paulo. 1999, Ano 23, (2), p. 69 a 78.
2. Reis, S.L.S. Parto normal X Parto cesáreo: análise Epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2009,53(1), p.7-10.
3. Silva, G.F. (2008). Gravidez: regressão e movimentos representacionais na perspectiva de Freud e Winnicott. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
4. Simas, F.B, Souza, L.V, Comin, F.S. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 2013, 15(1), p. 19-34. São Paulo.
5. Dornelles, L. M. N. ; Lopes, R. C. S. Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida. *Estudos de Psicologia*, 2011, 28(4), p.489-499.
6. Victoria, C. Corpo e representações: as imagens do corpo e do aparelho reprodutor feminino. **Cadernos de Antropologia**, 1992, 6, p.:33-54.
7. Paum, H.H.S. A Primeira Gravidez e a Maternidade em Grupos Populares. Trabalho apresentado para ingresso no mestrado de Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
8. Wolff, L. R.; Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** 2008,17(3), p.138-151.
9. Moraes, J. F.; Godoi, C. V. C.; Fonseca, M. R. C. C. (2006). Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. **Saúde Rev.** 2006, 8(19), p.13-19.
10. Odent, M. **A cesariana**. Florianópolis: Saint Germain, 2004, p.149.
11. Potter, J.E. et al. Unwanted cesarean sections among private patients in Brazil: prospective study. **British Medical Journal**, 2001, 323(17), p. 1155-1158.
12. Cecatti, J.G. et al. Factors associated with vaginal birth after previous cesarean section in Brazilian women. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2005,18,(2), p.107-113.
13. Pang, M.W. et al. Sociodemographic factors and pregnancy events associated with women who declined vaginal birth after cesarean section. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**. 2009,143, p. 24-28.
14. Faisal-Cury A, Menezes P.R. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, 2006, 40,p .226-32.

15. Faúndes, A; Cecatti, J.G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública**, 1991,7(150), p.73.
16. Domingues, R.M.S.M; Santos, E.M, Leal, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**.2004, 20 (1), p.52-62.
17. Tedesco, R.P; Filho, N.L.M; Mathias L, Benez, A.L; Castro, V.C.L, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev. bras. ginecol. obstet.** 2004, 26 (9), p.791-8.
18. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, Série A. n° 32. Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica- Brasília – DF –2012.
19. Dourado, V.G; Peloso, S.M. Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma Gestação. **Acta Paul Enferm**, 2007,20 (1), p.69-74.
- 20.Nadal, A, et al. The estrogen trinity: membrane, cytosolic and nuclear effects. **News Physiol Sci**. 2001,16, p. 251-255.
- 21.Melo, W.A; Zurita, R.C.M; Uchimura, T.T; Marcon,S.S. Anomalias congênitas: fatores associados à idade materna em município sul brasileiro, 2000 a 2007. **Rev. Eletr. Enf.** 2010, 12(1), p.73-82.
22. Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Editorial presença; 1996.
- 23.Tanaka, A.C.A. Maternidade: Dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
24. Mold J. & Stein H.F. The cascade effect in the clinical care of patients. **NEJM**3,1986,14(8), p.512-514.
25. Madi, B.C; Sandall, J, Bennett, R, Macleod, C. Effects of female relative support in labor: a randomized controlled trial. **Obstet Gynecol**,1999, 54,p. 627-8.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas públicas de Saúde. Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2003.
27. Davis-Floyd, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**, 2001,75, (5), p. 23.
28. Barbosa, et al., Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003, 19,(6), p.1611-1620.
29. Barros, F; Victora, C et al.The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, 2005, 365, p. 847-854.

30. Berquó, E. & Cavenaghi, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003,19 (Supl. 2), p.441-453.
31. Diniz, S. G.; DUARTE, A. C. Parto normal ou cesárea ? O que toda mulher deve saber (e todo homem também) Editora UNESP, 2004. 179p.
32. Siegel,S.; Castellan, N.J.Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2008.
33. Dias, M.A.B; Deslandes,S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**. 2006, 22 (12), p.2.647-55.
34. McNiven, P; Williams, J.I; Hodnett, E; Kaufman, K; Hannah, M.E. An early labour assessment program: a randomized, controlled trial. **Birth**, 1998, 25(1), p.5-10.
35. Villar J;Valladares E; Wojdyla D; Zavaleta N; Carroli G; Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**.2006,.367(9), p.1819-29.
36. Arruda, T.A.M; Amorin, M.M.R; Souza,A.S.R. Mortalidade determinada por anomalias congênitas em Pernambuco, Brasil, de 1993 a 2003. **Rev. Ass. Med. Bras**. 2008, 54 (2), p.122-26.
- 37.Santos, R.S, DIAS, I.M.V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Rev Bras Enferm**. 2005, 58(5), p.592-96.
- 38.Souto, S. S.; Santos, F.D.D.;Coca Leventhal, L.. Nascimento de recém-nascidos de baixo peso em instituição filantrópica terciária do Município de Piracicaba.**Enferm. glob**. 2011,10(23), pp. 61-75, 2011.
39. Bezerra M.G.A; Arcanjo C.A; Oliveira MIV. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em fortaleza – Ceará. Esc Anna Nery R Enferm, 2007 set; 11 (3): 445 - 51.
40. Guerra, F.A.R. Avaliação das informações sobre defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro [thesis]. Rio de Janeiro: Instituto Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 2006, p. 126.
- 41.Pinto, C.O; Nascimento, L.F.C.. Estudo de prevalência de defeitos congênitos no Vale do Paraíba Paulista. **Rev. paul. pediatr**. 2007,25(3), pp. 233-239.
42. Malta, DC; Duarte, EC; Escalante, JCC; Almeida, MF; Sardinha, LMV; Macário, EM, et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**. 2010, 26 (3), p.481-491.

43. Nogueira, F.A.E; Queiroz, M.V.O; Jorge, M.S.B. The silence in severe perinatal asphyxia in term infants: mothers and health professionals discourse. **Cienc Cuid Saude**; 2009,8(1), p.71-78.
44. Martins, E.F. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, em Belo Horizonte, Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010.
45. Basso, C.G; Neves, E.T; Silveira, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Contexto - Enferm.** 2012, 21,(2) Florianópolis Apr./June.
46. Organização Mundial de Saude, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde (BR). Curso de capacitação: AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Brasília (DF): MS; 2003.
47. Cruz, A.C.S ; Ceccon, M.E. **Prevalência de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos.** **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum**, 2010, 20,(2), pp. 302-316.
48. Penna L; Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons. **Int J Gynaecol Obstet.** 2003, 82, p.399-409.
49. Mandarino, N.R, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2009, 25(7), p. 1587-1596.
50. Haidar, F.H;Oliveira,U.F; Nascimento, L.F.C .Escaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública.**2001, 17(4), pp. 1025-1029.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Pré Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. Brasília – DF, 2006.
52. Santana, ^{EG}; Santos, FS; Feitosa, MO; Farias, B.B; Santos, FCS; Neto, MS; santos, LH. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO. **Rev Pesq Saúde**, 2010, 11(3), p. 35-40.
53. Ximenes, F.M.A; Oliveira, M.C.R. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. **Revista Brasileira em Promoções da Saúde**,2004, 17(1), 2004.
54. Martins, M.G,;Santos, G.H.N; Sousa, M.S; Costa,J.E.F.B;Simões,V.M.F. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet**,2011,33(11), p.354-360.
55. Geraldo, C.F ; Garcias, G.L.; Roth, M.G.M. Prevalência de nascimentos gemelares em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater.Infant.** 2008,8(4), Recife.
56. Arildo, C.T; Hamilton, J.S.M; Linei,A; Broilini D.U: “Gemelidade imperfeita – avaliação pelos métodos de imagem”; **Rev. Radiol Bras**, 2003.

57. Benson, R. C. - Handbook of Obstetrics & Gynecology, 8-th edition ed. Lange 1983.
58. Costa, H.L.F.F. et al. É pior o prognóstico do segundo gemelar ?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online], 2008, 20, (5), pp. 261-264.
59. Brito, A.O.; Maia, F.F.; Alvarenga, M.L.C. ; Aguiar, R.G. Diagnóstico situacional da assistência pré-natal pelo Programa Saúde da Família no município de Corinto, Minas Gerais. *Rev. Bras. Med. Fam e Com.* Rio de Janeiro, 2008,4 (14).
60. Bailit, J; Love T; Mercer B. Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol.*,2009,191(3), p.800-3.
61. Campos, T.P; Carvalho, M.S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cad Saude Publica*, 2000. v.16, n.2, p.411-20, 2000.
62. COG - Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol.* 2009,110, p.1501, 2009.
63. Francisco, R.P.V; Zugaib, M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2013,59 (2), pp. 93-94.
64. Goldenberg, R.L; McClure; E.M; Bhattacharya. A; Groat, T.D; Stahl P.J. Women's perceptions regarding the safety of births at various gestational ages. *Obstet Gynecol.* 2009,1, (14), p.1254-8.
65. Dias, M.A.B; Deslandes, S.F. Cesarianas: percepção do risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*, 2004, 20, (1), p. 109-16.
66. Erini, E; Magalhaes, S.M.S.;Noronha,V. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. *Rev. Saúde Pública*,2005,39(3), pp. 358-365.
67. Tamim, H. et al. Cesarean Delivery Among Nulliparous Women in Beirut: Assessing Predictors in Nine Hospitals. *Birth*, 2007,34(1), p. 14-20.
68. Perpétuo,I.H.O.P; Bessa,G.H; Fonseca, M.C. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1998. p. 95-119.
69. Freitas, P.F; Drachler; M,L; Leite, J.C.C; GrassI, P.R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:761-7.
70. Diniz, C.S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005,10 (3), p.627-37.

71. Riesco, M.L.G; Fonseca, R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto. **Cad Saúde pública**, 2002,18(3), p.685-98.

72. Brasil. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 2005; 8 abr.

73. Storti, J.P.L. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

74. Brüggemann, O.M; Parpinelli, M.A; Osis , M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005,21(5), p.:1316-1327.

9 ANEXOS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NA LITERATURA

TITULO DO ESTUDO

AUTOR

ANO DE PUBLICAÇÃO

NOME DO PERIODICO