

**O CENÁRIO DE PARTOS CESÁREAS EM UMA MATERNIDADE DO NORTE
CATARINENSE****THE SCENARIO OF CESAREAN BIRTH IN A MATERNITY IN NORTH
CATARINENSE**

Priscilla Becker Ribeiro da Silva¹
Poliana Ferreira Salzedas²
Luiz Roberto Eisenberg Pires³

RESUMO

Vem ocorrendo mundialmente uma crescente incidência de operações cesarianas, encontrando-se o Brasil em lugar de destaque nesse cenário. O objetivo deste estudo foi descrever as características socioeconômicas, demográficas, culturais e reprodutivas de puérperas e os determinantes da decisão por cesárea em uma maternidade do norte catarinense. Método descritivo e documental utilizando como fonte de dados prontuários das parturientes. Investigaram-se as variáveis: idade materna, estado civil, escolaridade, profissão, número de consultas pré-natal, indicadores para a cesárea segundo a Tabela da (CID). As gestantes que realizaram cesarianas, no decorrer do ano de 2021, tratam-se de mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos, com a idade ideal segundo a literatura para uma boa gestação; baixa escolaridade; solteiras, do lar e com baixa renda, aderindo em sua maioria a assistência pré-natal conforme orientações da FREBASGO. O total das cesáreas realizadas no ano de 2021 ultrapassou o preconizado pela OMS, no entanto justificável, por tratar-se de uma maternidade de alto risco, atendendo as gestantes das cidades do Planalto Norte catarinense, conforme as vagas de UTI disponíveis, garantindo assistência com qualidade, segurança e humanização aos seus pacientes. Esses dados corroboram com outros encontrados na literatura e os resultados podem favorecer a tomada de decisões por parte da saúde pública, fornecendo subsídios para aperfeiçoar o planejamento das políticas de saúde voltadas a este público específico e à população geral.

Palavras-Chave: via de parto; parto; parturiente.

¹Graduanda em Medicina pela Universidade do Contestado. Mafra, Santa Catarina. Brasil. E-mail: priscillabecker84@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-8098>.

²Graduanda em Medicina pela Universidade do Contestado. Mafra, Santa Catarina. Brasil. E-mail: Poliana.salzedas@aluno.unc.br ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3294-0355>

³Graduação em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (2005), Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital e Maternidade Santa Brígida (2009) e título de especialista de Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; FEBRASGO (2011). Atual supervisor da cadeira de Obstetrícia e Ginecologia da Universidade do Contestado, Mafra, Santa Catarina. Brasil. E-mail: lrepres@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1355-879X>

ABSTRACT

There has been a growing incidence of cesarean sections worldwide, with Brazil in a prominent position in this scenario. The objective of this study was to describe the socioeconomic, demographic, cultural and reproductive characteristics of puerperal women and the determinants of the decision for cesarean section in a maternity hospital in northern Santa Catarina. Descriptive and documentary method using the parturients' medical records as a source of data. The following variables were investigated: maternal age, marital status, education, profession, number of prenatal consultations, indicators for cesarean section according to the Table of (ICD). The pregnant women who underwent cesarean sections, during the year 2021, are women aged between 20 and 30 years, with the ideal age according to the literature for a good pregnancy; low education level; single, from home and with low income, mostly adhering to prenatal care according to FREBASGO guidelines. The total number of cesarean sections performed in 2021 exceeded the recommended by the WHO, however justifiable, as it is a high-risk maternity hospital, serving pregnant women in the cities of the northern plateau of Santa Catarina, according to the ICU vacancies available, guaranteeing assistance with quality, safety and humanization to its patients. These data corroborate others found in the literature and the results may favor public health decision-making, providing subsidies to improve the planning of health policies aimed at this specific public and the general population.

Keywords: cesarean operation; childbirth; parturient.

Artigo recebido em: 14/05/2023

Artigo aceito em: 24/03/2024

Artigo publicado em: 29/04/2025

Doi: <https://doi.org/10.24302/rmedunc.v4.4830>

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas possuíam um saber empírico, assistindo as mulheres nos respectivos domicílios, durante a gestação, parto e puerpério bom como nos cuidados com o recém-nascido. Despertavam total confiança das puérperas e eram consultadas sobre temas variados, como cuidados com o corpo e doenças venéreas sendo que na sua maioria pertenciam a setores menos favorecidos da sociedade¹.

Até o século XVII, o parto era considerado um assunto de mulheres, resolvido em casa, com a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente, sem cogitar a presença masculina no momento do parto. A medicina da época não detinha conhecimentos específicos em relação ao parto e a saúde da mulher, por isso as parteiras eram as responsáveis pelas informações e assistência ao parto².

A medicina, enquanto instituição, coligou a prática do parto, como uma das suas atribuições, intitulando-a “Arte Obstétrica” e denominou de parteiro ou médico-parteiro os profissionais por ela formados. Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa (nos séculos XVII e XVIII) se estendendo ao Brasil, (início século XIX) ao se inaugurar as escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. Foi inaugurada então, não só a experimentação clínica articulada com o discurso anatomopatológico, quanto produz um discurso a partir da entrada da figura masculina no saber e prática obstétrica¹.

A introdução da cesárea na prática obstétrica só teve início a partir do século XVIII. Tinha uma alta mortalidade fetal e materna e só era praticada em casos muito especiais. Langaard (1873) citado por Rezende³, em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular, dá-nos o seu testemunho: “*Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado*”. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira.

Influenciado pelo capitalismo industrial vigente no século XX, o incremento das intervenções no processo de parto alcança cada vez mais destaque, impulsionando sua comercialização, especialmente das cesarianas, pois estas se adequaram facilmente à ótica capitalista, uma vez que podem ser realizadas com maior agilidade e quantidade⁴. Importante destacar que o avanço de tais situações, conduzido em grande parte por médicos, sustentou-se na propagação da cesariana como um tipo de parto que não traz complicações à mulher, implicando em um processo de naturalização social dessa forma de nascer⁵.

Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que as taxas de cesáreas representem, no máximo, 15% dos partos totais, índice tolerável e adequado para a realização do procedimento quando mãe e bebê não estão em condições físicas e de saúde para um parto normal, embora comunidades internacionais apontem para a necessidade de reavaliar essa recomendação⁶⁻⁸, visto que, as taxas mundiais ultrapassam largamente essa proposta. A proporção de cesáreas é de cerca de 17% nos países nórdicos^{9,10}, 25% na América do Norte, 30% na América Central, mais de 30% em países europeus e 40% em países latino-americanos, atingindo no Brasil um valor de 56%, com diferenças entre os setores público e privado^{6,10}.

No Brasil, atualmente a cesárea é o modo mais comum de nascimento, representando um alto índice, o qual contribuiu para a criação de protocolos com diretrizes para cesáreas, que tem por objetivo reduzir esses números, uma vez que a indicação inadequada pode favorecer a morbimortalidade materna e infantil. Estudo de base nacional intitulado “Nascer no Brasil”

apontou taxa de 51,9% de cesáreas, e destas, 45,5% ocorreram em gestações de baixo risco, 80% foram indicadas devido ao primeiro parto ter sido cesárea e, 88% das mulheres sequer entraram em trabalho de parto¹¹.

Destarte, diante da problemática das altas taxas de cesáreas no Brasil, surge o questionamento do estudo: “Qual o cenário de cesáreas em uma maternidade no Planalto Norte catarinense?” Sendo assim, objetivou-se estudar e compilar a frequência de partos cesáreos realizados em uma maternidade do norte catarinense, visto que, a cesariana, quando clinicamente indicada, salva mães e bebês, entretanto, seu uso indiscriminado pode aumentar o risco de complicações para ambos.

Outrossim, as complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico, porém, a realidade de altos índices de cesárea no Brasil, justifica a importância e relevância do tema, em averiguar características, preferências, indicações de mulheres submetidas à cesárea, com vistas a elucidar a temática possibilitando reconhecer o cenário epidemiológico atual de partos cesáreos numa maternidade do norte catarinense e se a mesma, ajusta-se no preconizado pela OMS¹².

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório/descritivo, tendo por base informações registradas em prontuários de pacientes internadas no período de janeiro de 2021 à dezembro de 2021, em uma maternidade do Planalto Norte catarinense que atende gestantes da região de sua localidade, como também as gestantes de baixo risco de cidades próximas, além das com alto risco, de todas as cidades do Planalto Norte catarinense, conforme as vagas de UTI disponíveis, garantindo assistência com qualidade, segurança e humanização aos seus pacientes.

Foram coletados dados dos prontuários das pacientes internadas, no período de 1º janeiro de 2021 a 31 de dezembro 2021, com o objetivo de averiguar a frequência de partos/partos normais e cesáreas, realizados na maternidade investigada.

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de dados de identificação do perfil demográfico e dados sobre o período pré-natal. Considerou-se idade, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de consultas pré-natais e indicação de parto cesárea, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID).

Investigando o estado civil, foi repassado para a planilha do Excel se: solteira, união estável divorciada, viúva ou casada.

Já o nível de escolaridade foi transcrito nas seguintes opções: fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior completo e superior incompleto. Os restantes dos dados são aqueles que não possuem opções padronizadas: idade, profissão, quantidade de consultas pré-natais e Classificação Internacional de Doenças (CID).

Para a compilação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel, analisados e interpretados conjuntamente com estatística descritiva, pelo programa computacional utilizado na instituição de estudo, *Micromed*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado (UNC), sob o número 58330622000000117.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O parto realizado em hospitais e acompanhado por equipe médica se afirmou a partir das três últimas décadas do século XX¹³. Tal modelo contribuiu significativamente para a redução da mortalidade materna e perinatal¹⁴⁻¹⁶, no entanto, trouxe consigo críticas e incertezas, na maior parte das vezes relacionadas ao processo de standardização de procedimentos caracterizados como intervenções no processo fisiológico do parto. Ainda nos anos 1950 surgiram as primeiras críticas ao modelo medicalizado¹⁷, mas, seria na década de 1980 que as reivindicações por mudanças na assistência ao parto, se intensificariam, em um movimento que no Brasil foi denominado de humanização do parto.

Desde os anos 2000 foi proposta e instituída uma série de programas e políticas em saúde, entre os quais: o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, o qual, além de resgatar o parto e o nascimento como eventos fisiológicos e naturais, também busca empoderar as mulheres, retomando os poderes e saberes femininos que teriam sido eliminados; a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS; a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; entre outros¹⁸. Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha (Portaria n. 1.459/2011), buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, com objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até os 24 meses de vida, assim como reduzir a mortalidade materna e infantil¹⁹.

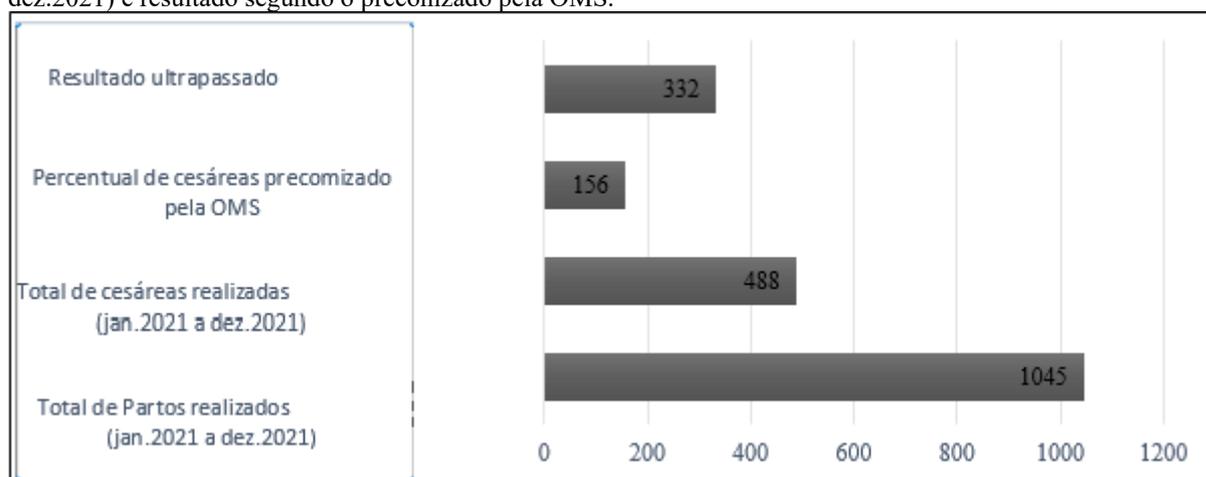
Ainda, no final do século XX, também despontou o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que busca basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos¹⁹⁻²¹. Segundo as avaliações científicas e conforme já declarado pela OMS²², o parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo quando levado em conta os desfechos de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência^{20,23}.

Fato é que, atualmente, o Brasil é o país que alcança o primeiro lugar nas taxas de cesariana em todo o mundo, chegando a um valor aproximado de 88% nos setores privados e 52% nos setores públicos, tornando essa situação um problema de saúde pública. Tal conclusão foi da pesquisa Nascer no Brasil, coordenada pela Fiocruz, em parceria com diversas instituições científicas do país. O maior estudo já realizado sobre parto e nascimento no Brasil²⁴.

No entanto, apesar da recomendação da OMS de que somente 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico, o uso de cesariana continua crescendo mundialmente, respondendo agora por mais de um em cada cinco partos. Este número deve continuar aumentando na próxima década, com quase um terço de todos os partos provavelmente ocorrendo por cesariana até 2030⁶.

Nesse sentido, o Gráfico 1 a seguir, revela o total dos partos e cesáreas realizadas no ano de 2021, na maternidade objeto de estudo e o resultado comparativo ao percentual de cesáreas preconizado pela OMS.

Gráfico 1 – Total de partos e cesáreas realizadas na maternidade do Planalto Norte catarinense (jan.2021-dez.2021) e resultado segundo o preconizado pela OMS.



Considerando-se que o total de partos realizados na maternidade de estudo, no ano de 2021, os dados do Gráfico 1 mostram que 488 partos foram cesáreas ou seja, 46,69% do total.

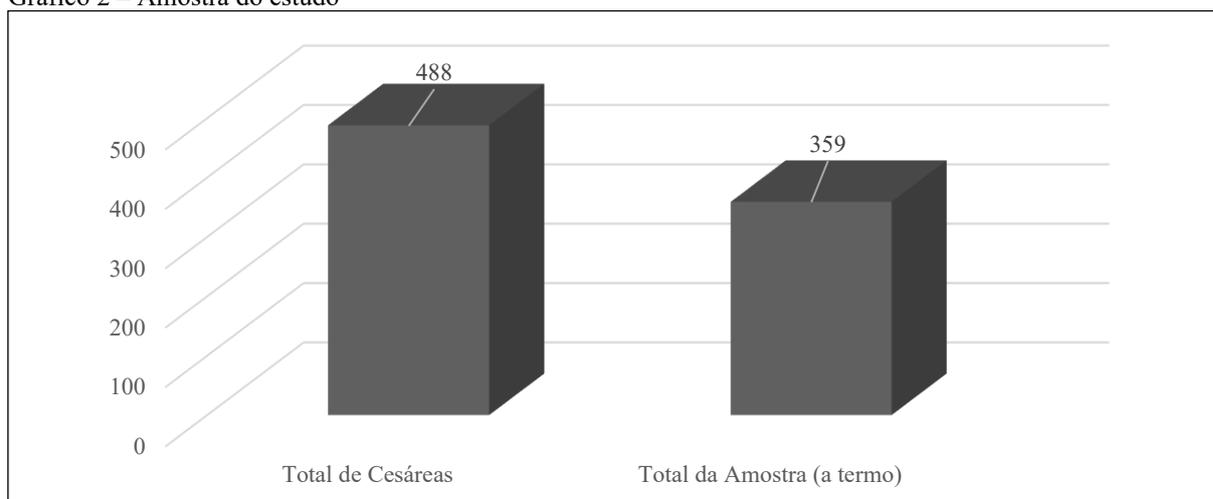
Isso demonstra que a quantidade recomendada de cesáreas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 15% (156), restou ultrapassada em 31,7% (332).

Viável ressaltar-se o enunciado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (**IESS**) de que a proporção de partos via cesárea na saúde pública no Brasil é muito alta, e na saúde suplementar é ainda mais alta. A via cesariana salva vidas nas complicações do parto, que costumam ocorrer com frequências entre 10% e 15%. Por isso, a consideração da OMS da taxa ideal ou aceitável de partos cesáreos. Mas, quando realizado sem indicação, os mais altos riscos da via cesariana superam os benefícios, e essa não deveria ser a via escolhida. É preciso disseminar a informação dos riscos e adotar políticas que sempre estimulem a via normal de parto na ausência de complicações²⁵.

Nesse contexto, segundo a pesquisa identificaram-se vários estudos descrevendo motivos para o aumento do número de cesarianas, os quais apontam questões relacionadas à fonte de pagamento, medo da dor do parto natural, na maioria dos casos em primíparas e, processos realizados com finalidade de laqueadura tubária, nas múltiparas (40% setor público e 80% setor privado), história pessoal ou de pessoas próximas de parto vaginal com desfechos negativos, falta de conhecimento sobre os mecanismos de alívio da dor no trabalho de parto; preocupação com sofrimento fetal, bem como, por decisão dos médicos. Estes, considerando suas agendas e conveniências, acabam decidindo pela cesárea apesar da vontade das mulheres, especialmente no setor privado^{20,26,27}.

Em relação a quantidade de amostra do estudo, foram utilizadas e examinadas para caracterização 73,56% (359) da quantidade total de cesáreas, referente ao quesito de inclusão correlacionando-se à idade gestacional, ou seja, as que se enquadravam entre 37 a 42 semanas de gestação, pacientes que são classificadas à termo. Os restantes de 26,4% não fizeram parte da amostra por não participarem do critério de inclusão ou por falta de tempo hábil para o encerramento do estudo, conforme se pode observar no Gráfico 2:

Gráfico 2 – Amostra do estudo



Compreendem as variáveis coletadas da amostra de estudo: idade, estado civil, escolaridade, profissão, quantidade de consultas pré-natais e indicação de parto cesárea, por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID).

A seguir, a Tabela 1 demonstra a indicação de cesáreas de acordo com a CID.

Tabela 1 – Indicação Principal de Cesárea em cada Caso

(Continua...)

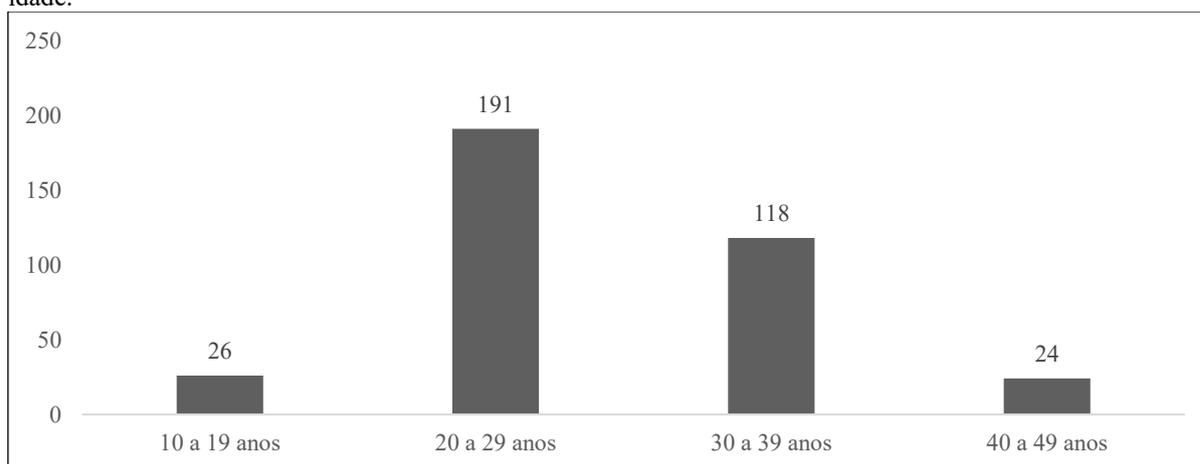
DEFINIÇÃO	QTDE	%
Hipertensão pré-existente complicando a gravidez, parto e o puerpério.	5	1,39%
Hipertensão gestacional induzida pela gravidez, sem proteinúria significativa	23	6,4%
Hipertensão gestacional induzida pela gravidez, com proteinúria significativa	9	2,5%
Hipertensão materna não especificada	9	2,5%
Gravidez prolongada	23	6,4%
Eclampsia	1	0,27%
Diabetes Mielitus na gravidez	16	4,45%
Gestação múltipla	1	0,27%
Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeita do feto.	32	8,91%
Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita	14	3,89%
Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos.	32	8,91%
Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitas	3	0,83%
Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitos.	27	7,52%
Outros transtornos das membranas e do líquido amniótico	13	3,62%
Ruptura prematura de membranas	13	3,62%
Falha na indução do trabalho de parto	19	5,29%
Anormalidades da contração uterina	1	0,27%
Trabalho de parto prolongado	2	0,55%
Obstrução do trabalho de parto devido à má-posição ou má apresentação do feto	4	1,11%
Obstrução do trabalho de parto devido a anormalidade pélvica da mãe	10	2,78%
Outras formas de obstrução do trabalho de parto	6	1,67%
Trabalho de parto e parto complicado por sofrimento fetal	10	2,78%
Trabalho de parto e parto complicado por anormalidade do cordão umbilical	1	0,27%

(Conclusão...)		
Outras complicações do trabalho de parto e do parto não classificadas em outra parte	2	0,55%
Parto único espontâneo	4	1,11%
Parto único por cesariana (eletiva)	36	10,02%
Doenças infecciosas e parasitárias maternas ...que compliquem a gravidez	1	0,27%
Outras doenças da mãe . . . que compliquem a gravidez	3	0,83%
Infecção pelo vírus da Herpes simples	29	8,07%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada	1	0,27%
Sem dado	9	2,5%
TOTAL	359	99,82

Segundo a classificação da tabela CID, entre as gestantes estudadas foram observadas 36 (10,02%) com a indicação de parto único por cesariana (eletiva); 32 (8,91%) por assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeita, dos órgãos pélvicos maternos e, respectivamente 32 (8,91%) pela Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, que não tiveram grande expressão significativa em parto cesárea eletiva, pelo fato da maternidade pesquisada ser de alto risco.

Ademais, por meio da tabela 1 consegue-se inferir que 38,62% das gestantes faziam parte de gestação de alto risco pela classificação do CID. Logo, o Gráfico 3 a seguir, revela a identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à idade.

Gráfico 3 – Identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à idade.

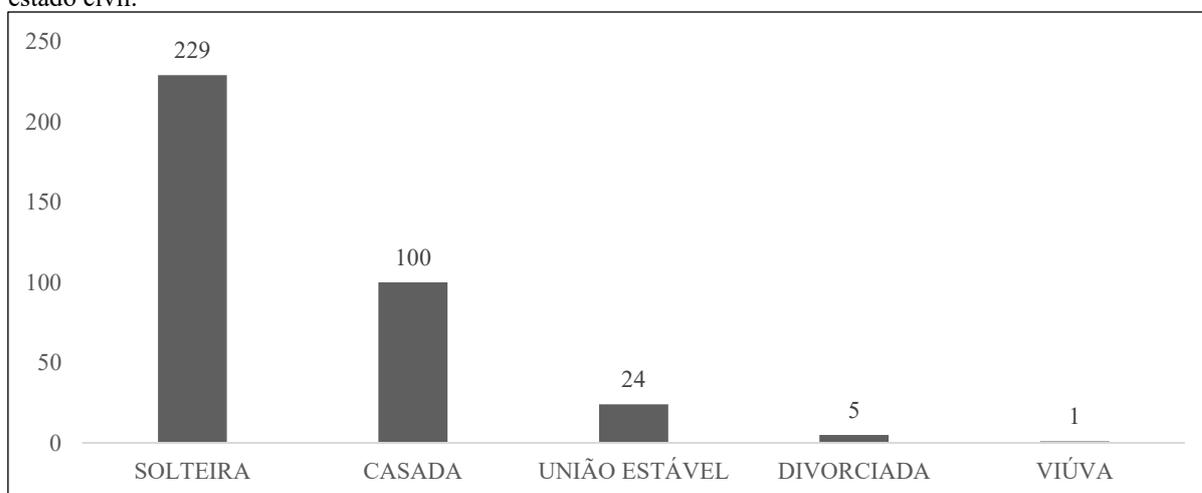


Pode-se observar no Gráfico 3 a faixa etária mais frequente entre 20 a 29 anos com percentual de 53,2% (191), seguida de 32,8% (118) entre 30 a 39 anos. Como menos frequente, encontraram-se os adolescentes 7,2% (26) e o restante, 6,6% (24) para a idade que compreende entre 40 a 49 anos.

Do ponto de vista médico, o período dos 20 aos 30 anos é considerado o ideal para a gravidez, vindo de acordo com o resultado obtido na pesquisa realizada. Afinal, segundo Leonardi⁽²⁸⁾, é nessa fase que a fertilidade da mulher está em alta, que o corpo apresenta um risco menor de ter problemas durante a gestação e de o bebê apresentar falhas genéticas, pois os óvulos são mais novos.

Outra característica levantada sobre as gestantes, foi sobre o estado civil, observe-se o Gráfico 4:

Gráfico 4 – Identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente ao estado civil.



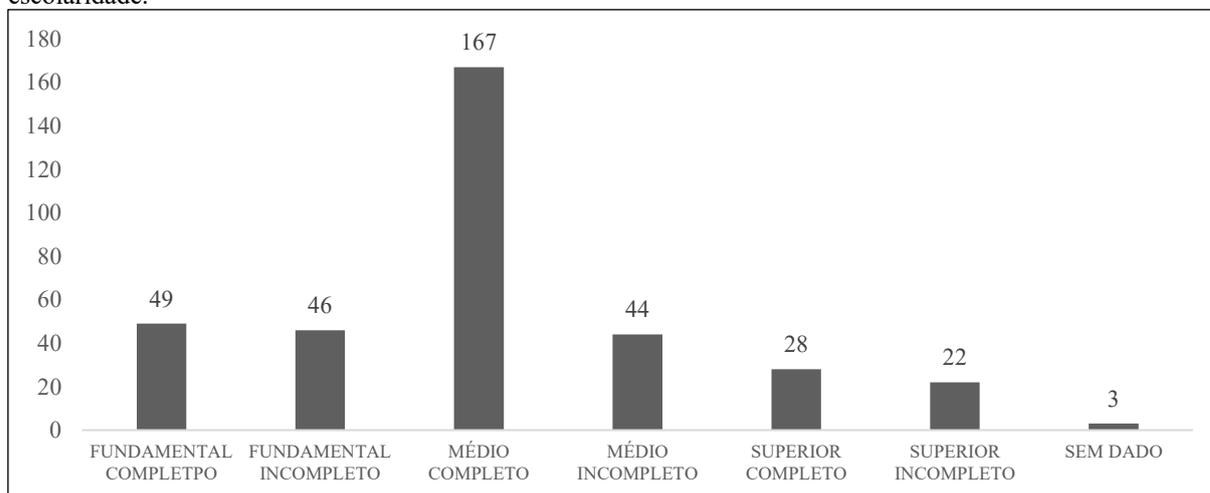
Quanto ao estado civil o gráfico acima demonstra que em sua maioria 63,7% (229) eram solteiras no momento do parto, seguidamente estão as casadas representando 27,85% (100), logo em união estável 6,6% (24); divorciadas 1% (5) e apenas uma gestante viúva.

Os resultados neste quesito pesquisado apresenta-se contrário ao ideal preconizado pela literatura de forma unânime, visto que é considerado característica presente na grande maioria dos estudos cuja importância de se analisar é necessária, visto que, “*a relação do casal tem mostrado grande ação sobre a autoestima da mulher, logo, o olhar do homem/companheiro pode amenizar tal desconforto ou a incerteza dela em relação a sua própria imagem*”²⁹.

Aquelas que não possuíam acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato apresentaram, aumento considerável para a chance de terem seus filhos por via de nascimento cesariana, quando comparadas com as gestantes que possuíam acompanhante²⁰. No estudo realizado pelos autores ficou considerado que, para aliviar a dor, obteve escore de satisfação inferior àquelas quanto à presença de acompanhantes.

No Gráfico 5 o demonstrativo da escolaridade de cada paciente submetida à cesariana, segundo o prontuário atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, veja-se:

Gráfico 5 – Identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à escolaridade.



Ao analisar os dados referentes a escolaridade das gestantes tem-se que 13,6% (49) possuem ensino fundamental completo; 12,8% (46) fundamental incompleto; 46,5% (167) médio completo; 12,2% (44) médio incompleto; 7,7% superior completo e, 6,1% (22) superior incompleto. Constatado que apenas em 3 prontuários esses dados não foram lançados.

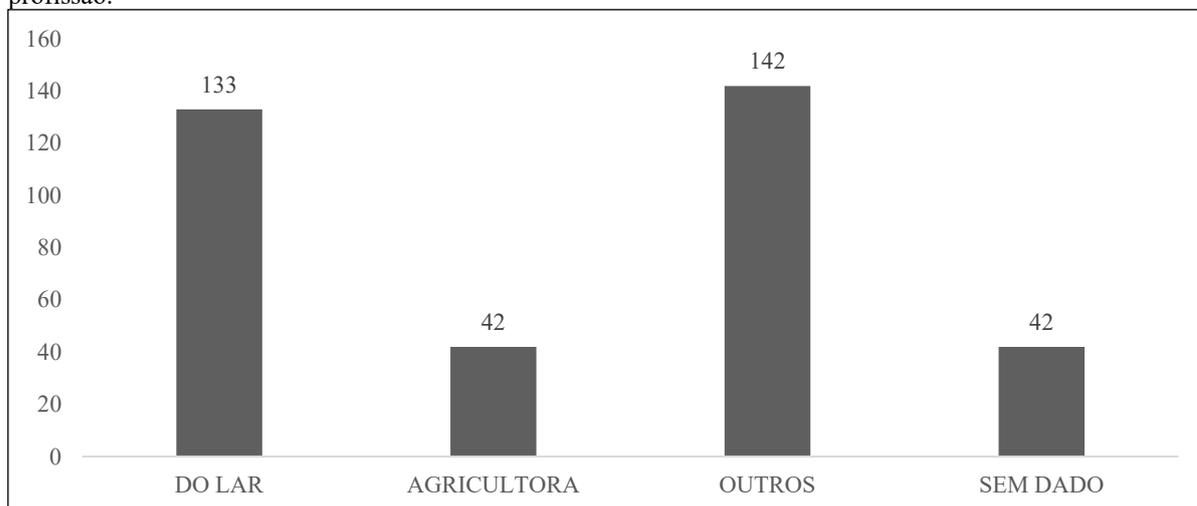
Os resultados descritos nesse gráfico evidenciam que a maioria (46,9%) das mulheres gestantes possuem o ensino médio completo e em sua minoria (6,1%) o superior incompleto.

Diante dos resultados explícitos no Gráfico 5, nos estudos de Costa et al.³⁰ observou-se que, apesar de a preferência não ser definida apenas em função desses fatores, os índices de cesariana estão mais perceptíveis quando a escolaridade é maior e quando a mulher é casada ou vive com o companheiro, observação que foi de encontro ao resultado do gráfico acima, provavelmente por a maternidade do Planalto Norte catarinense ser referência em gestantes de alto risco. Explicam os autores que quando a informação chega até as gestantes, leva conhecimentos científicos para dar embasamento para sua escolha na hora do parto, de acordo com sua situação de saúde, cultura e questões sociais.

Ainda, relacionado ao resultado acima descrito, segundo Ferreira Junior et al.³¹, o acesso aos estudos oportunizam gestantes a procurarem os serviços de saúde e aderirem ao pré-natal precocemente, conseqüentemente essas mulheres tem mais chances de se prevenir ou tratar distúrbios que poderiam ocasionar complicações gestacionais como a prematuridade.

Como resultados da pesquisa sobre a profissão das gestantes que realizaram cesáreas o Gráfico 6 a seguir revela:

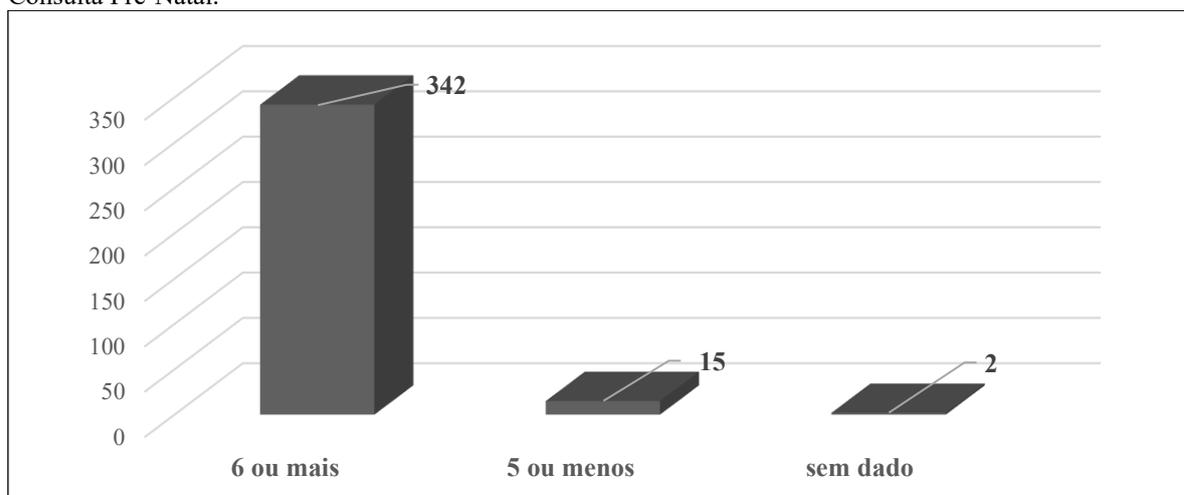
Gráfico 6 – Identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à profissão.



Considerando as profissões das gestantes submetidas ao parto cesárea, os dados demonstraram que a atividade profissional sem remuneração, definida como Do Lar é a mais evidente e se refere a 37% (133); logo na profissão como agricultoras obteve-se 11,6% (42) e, 39,55% (142) mulheres que exerciam diversas profissões como estagiária, operadora de máquina, vendedora, costureira, empregada doméstica, diarista, militar, serviços gerais, advogada, entre outras. Ressalta-se aqui que entre os prontuários pesquisados 42 (11,6%) não haviam dados lançados sobre a profissão. Nesse contexto, o Gráfico 6, revela considerável número de mulheres sem trabalho remunerado, sendo agricultoras, vivendo do que produzem no campo.

A situação socioeconômica pode ser considerada fator de risco que resulte em realização de parto cesárea, visto que podem influenciar no número de consultas de pré-natal, número de gestação e tipo de parto. Considerando-se um indicador de importância a ser verificado diante do aumento excessivo de cesárias, trata-se da Consulta Pré-Natal, cujos resultados obtidos na pesquisa estão registrados no Gráfico 7, adiante:

Gráfico 7 – Identificação das pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à Consulta Pré-Natal.



Avaliada no estudo foi a quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes, as quais, fizeram 6 ou mais consultas 95,2% (342) e 5 ou menos consultas 4,1% (15), sendo que em 2 prontuários não encontrou-se registros sobre consulta pré-natal realizada.

Nota-se no Gráfico 7, um elevado número de pacientes que seguem a orientação da FREBASGO de no mínimo 6 consultas durante a gestação, tanto nos resultados obtidos na pesquisa realizada nos prontuários, como diante da literatura pesquisada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada nos faz considerar a faixa etária das parturientes como adequada para a gestação, visto que 53,2% vem ao encontro da literatura quando esta afirma ser a idade ideal para a mulher engravidar entre os 20 a 30 anos, fase que a fertilidade da mulher está em alta, probabilidade de menor risco de problemas na gestação e de o bebê apresentar falhas genéticas.

Referente à escolaridade as gestantes apresentam baixo índice, sendo que apenas 7,7% das mesmas possuíam curso superior completo e, 6,1% superior incompleto, ponto negativo, visto que pouca informação ou mesmo a falta de conhecimento sobre a importância da adesão ao pré-natal interfere na prevenção à possíveis complicações na gestação, entretanto o atual estudo se mostrou diferente, pois mesmo as parturientes possuindo baixo índice de escolaridade a quantidade de consultas pré-natais foram satisfatórias. Bem como, considera-se grau de satisfação inferior ao aspirado, o fato da grande maioria, 64% das parturientes serem solteiras, sendo que, a literatura revela que há um aumento considerável para a chance das mesmas terem

seus filhos por via de nascimento cesariana, pois, a presença de um companheiro pode implicar positivamente no pré-parto, parto e puerpério.

Considerando as profissões das gestantes submetidas ao parto cesárea, a atividade profissional sem remuneração, definida como do lar foi a mais evidente (37%), mulheres economicamente mais carentes, com necessidades básicas, que interferem na sua saúde e seu bem-estar. Portanto, menores condições econômicas, maior restrição de acesso aos serviços de saúde e recursos de prevenção, influenciando no planejamento da gestação. Significativo também os 11,6%, considerável número de mulheres sem trabalho remunerado, sendo agricultoras, vivendo do que produzem no campo, muitas na própria cidade do estudo.

Identificando-se as pacientes atendidas na maternidade do Planalto Norte catarinense, referente à Consulta Pré-Natal, considera-se um escore satisfatório diante do elevado percentual (95,2%) obtido, pois a assistência pré-natal é papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, propiciando um desenvolvimento saudável tanto à mãe como ao filho.

Portanto, as gestantes que realizaram cesarianas na maternidade objeto de estudo, no decorrer do ano de 2021, tratam-se de mulheres na faixa etária de 20 a 30 anos consideradas com a idade ideal segundo a literatura para uma boa gestação; baixa escolaridade; solteiras, do lar e com baixa renda, aderindo em sua maioria a assistência pré-natal seguindo as orientações da FREBASGO.

Enfim, o percentual de cesarianas realizadas na instituição pesquisada supera o preconizado pela OMS, visto tratar-se de uma maternidade de alto risco a qual atende muita referência do Planalto Norte catarinense, englobando outras cidades com toda referência de alto risco. Bem como, pela referência de UTI neonatal pode-se prever um número maior de cesarianas.

REFERÊNCIAS

- 1 Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1991 Apr; 7(2):135–49. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>
- 2 Storti JP. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. [master's thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004. 118f.

- 3 Rezende J M. A primeira operação cesariana em parturiente viva. In: Rezende J M. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* [online]. São Paulo: Editora Unifesp; 2009, p. 171-172. Available from: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0019>
- 4 Oliveira PS, Couto TM, Gomes NP et al. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 Mar; 72(2):455–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>
- 5 Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis* [Internet]. 2017 Jul; 27(3):415–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>
- 6 Organização Mundial de Saúde. Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS [Internet]. Genebra: OPAS; 2021 [cited 2022 jun. 15]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuum-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>.
- 7 Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* [Internet]. 2016 Apr; 123(5):667-70. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.
- 8 Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML et al. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 Jun; 129(3):236-239. Available from: 10.1016/j.ijgo.2014.11.026. PMID: 25704253.
- 9 Pyykonen A, Gissler M, Lokkegaard E, et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2017 May;96(5):607-616. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13108>.
- 10 Silva TPR da, Dumont-Pena E, Moreira AD, et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020;73(suppl 4):e20180996. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>
- 11 Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S17–32. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- 12 Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD, et al. The study of the mother-child binomium: description and general results. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2015 Apr;18(2):398–412. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020009>
- 13 Mott ML. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj História* [Internet]. 2002;25: 197-219. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588>
- 14 Martins APV. A ciência obstétrica. In: Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 63-106. Available from: <https://books.scielo.org/id/jnzhd>

- 15 Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 Jul; 10 (3):651–657. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021>
- 16 Nicida LR de A, Teixeira LA da S, Rodrigues AP, et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 Nov; 25 (11):4531–46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
- 17 Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2005 Jul; 10 (3):627–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS. volume. 4: Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília, DF: UECE; MS; 2014 [cited 2022 may 15]. Available from: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
- 19 Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHRD, et al. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc* [Internet]. 2017;29:e155043. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
- 20 Diniz CSG, Chacham AS. O corte por cima e o corte por baixo: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo [Internet]. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006 ; 1(1): 80-91 [cited 2022 may 08]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sao_Paulo
- 21 Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009;13(suppl 1):595–602. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>
- 22 World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group [Internet]. Geneva: WHO; 1996. [cited 2022 may 08]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
- 23 Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS. volume. 4: humanização do parto e nascimento. Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde; 2014. p. 19-46 [cited 2022 may 08]. Available from: <https://redehumanizaus.net/acervo/cadernos-humanizaus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>.
- 24 Fiocruz. Agência Fiocruz de Notícias. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas [Internet]; 2014 [cited 2022 mar 15]. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>.
- 25 Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Taxa de cesáreas tem redução de 1,8% na Saúde Suplementar. *Saúde Suplementar* [Internet]; 2022 [cited 2022 may 15]. Available from: <https://medicinas.com.br/taxa-de-cesareas>.

- 26 Queiroz TC, Fófano GA, Farnetano BS, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. *Rev Cien Fagoc Saúde* [Internet]. 2017; 2: 70-77. Available from: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/195>.
- 27 Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1991 Apr; 7 (2):150–73. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>
- 28 Leonardi C. As diferenças de engravidar aos 20, 30 ou 40 anos de idade. *Rev. Abril* [Internet]; 2017 set. 20. Available from: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/as-diferencas-de-engravidar-aos-20-30-ou-40-anos-de-idade>.
- 29 Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Rev Pre Infec e Saúde* [Internet]. 2018;4:7283. Available from: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>
- 30 Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Jun.;12(3). Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4282>
- 31 Ferreira Junior AR, Albuquerque RAS, Aragão SR, et al. Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. *Rev Enf Contemp* [Internet]. 2018;7(1):6-12. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1159>