

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

TAXAS DE PARTO CESARIANA ENCONTRADAS PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE FAMÍLIA BAIRRO LOURDES DE UBERABA (MG)

FABIANA FERNANDES SILVA DE PAULA

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

FABIANA FERNANDES SILVA DE PAULA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

TAXAS DE PARTOS CESARIANA ENCONTRADAS PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE FAMÍLIA BAIRRO LOURDES DE UBERABA (MG)

Trabalho de conclusão de Curso apresentado  
ao curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Thaís Porlan de Oliveira

UBERABA/MINAS GERAIS

2011

FABIANA FERNANDES SILVA DE PAULA

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA:

TAXAS DE PARTO CESARIANA ENCONTRADAS PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA  
SAÚDE FAMÍLIA BAIRRO LOURDES DE UBERABA (MG)

Trabalho de conclusão de Curso apresentado  
ao curso de Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Thaís Porlan de Oliveira

Banca Examinadora

Prof. Victor Hugo de Melo UFMG  
Prof. Thaís Porlan de Oliveira UFMG

Aprovada em Belo Horizonte 29/09/2012

À equipe de Saúde da Família Bairro de Lourdes em especial aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) Fabíola Cristina Silveira e a comunidade da área adstrita, que compartilhou comigo na busca do conhecimento.

A meu esposo e filhos, que me incentivaram em todos os momentos, compreendendo que os vários momentos que estive ausente contribuiu para minha formação.

"Temos o direito a reivindicar a igualdade, sempre que a diferença nos inferioriza. E temos direito de reivindicar a diferença, sempre que a igualdade nos descaracteriza."

BOAVENTURA SOUZA SANTOS

## **Resumo**

A taxa de cesariana é um indicativo da qualidade de atenção ao parto, sendo recomendadas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), taxas populacionais entre 7% e 10% e que não ultrapassem 15%. No Brasil as taxas de cesáreas encontram-se elevadas principalmente nos serviços privados de saúde (Saúde Suplementar), onde cerca de 80% dos partos realizados são cesarianas, e dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) 48,4% dos realizados são cesáreas. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica, que descreve as taxas de partos cesarianos realizados no Brasil relacionando-os com dados encontrados em uma Equipe de Estratégia Saúde da Família no município de Uberaba estado de Minas Gerais, onde os dados foram coletados através das fichas de cadastro do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN – SISPRENATAL) e fichas de acompanhamento domiciliar.

Palavras-chave: cesárea, parto, taxa cesárea, modelo atenção saúde, revisão.

## **Abstract**

Rate cesarean is an indicator of the quality childbirth care, being recommended by the World Health Organization (who), population rates of 7% to 10% but not exceeding 15%. In Brazil Cesarean rates are increased especially, in the private health services ( health supplement), where about 80% of births are cesarean sections, and performed in the health care system is 48,4% of cesarean section performed. The objective of this study was to review literature that describes the rate of cesarean section performed in Brazil relating them with the data obtained in team of family health care strategy in the cite of Uberaba, Minas Gerais state, that data were collected through the registration forms of the monitoring system program to humanize prenatal and birth records and home monitoring.

Keywords: cesarean, rate cesarean, health care model, part, review.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	7
1.1. Conferências Mundiais sobre a Saúde da Mulher.....	8
1.2. Breve história e problemática relacionada às cesarianas .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
4. MÉTODO.....	14
5. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS.....	15
5.1. Partos realizados .....	15
5.2. Consultas puerperais .....	16
6. DISCUSSÃO.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19

## 1. INTRODUÇÃO

No século XX e no atual, grandes processos tecnológicos e científicos favoreceram o desenvolvimento científico e intelectual do ser humano, aumentando sua expectativa de vida e racionalizando o trabalho. Apesar desses avanços, a ênfase na atenção curativa e a especialização vinda destes processos contribuíram para desumanização do ser humano, com adoção de um modelo biologista, mecânico e intervencionista de atenção à saúde (Camargo, 2000).

Como consequência da medicalização na gestação, no parto e no nascimento, foi retirado da mulher o poder de conduzir o processo de nascimento, seus familiares foram afastados, sua autonomia diminuída, desapropriando seu direito de ser sujeito principal neste processo. Essa assistência reflete a hegemonia dos interesses corporativos sobre os interesses de saúde da população, bem como a falta de regulamentação das práticas (Diniz, 2009). A medicalização está relacionada com as consequências do uso excessivo de tecnologias no processo do parto, fez com que um evento fisiológico da função reprodutiva feminina passasse a ser concebida como potencialmente patológico. As ações no processo de nascimento foram padronizadas, normatizadas e iatrogenizadas, aumentando com isto o número de intervenções desnecessárias na gestação, no parto e no cuidado com os recém-nascidos, fazendo crescer as taxas de cesarianas e os custos hospitalares a partir da segunda metade do século XX (Pereira & Moura, 2008).

A partir da década de 1970, foi instituído pela Organização Mundial de Saúde (ONU) que entre 1975 a 1985 seria a década mundialmente conhecida como a **Década da Mulher**, fato que coincide com um período em que o Brasil convivia com altos índices de mortalidade infantil, decorrente principalmente de doenças previsíveis (Tyrrell & Carvalho, 1995). Desta forma, os esforços nacionais voltaram-se notadamente para esta parcela da população que poderia sofrer afligida por estas enfermidades.

Na década de 1980, com os movimentos reformistas, ocorre a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), que teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde de 19/09/1990, como base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, para substituir o modelo de atenção tradicional e hegemônico por um novo modelo. O novo modelo proposto pelo SUS priorizou a prevenção, promoção da saúde e a participação popular, e tendo como princípios ideológicos ou doutrinários: a Equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde); a Universalidade (“a saúde é um direito de todos”); a Integralidade (assistência conjunta de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos e prevenção de agravos), o SUS tem como princípios organizacionais a Descentralização (administração político administrativa nas três esferas do nacional,



estadual e municipal); a Hierarquização (divisão dos serviços de saúde divididos em níveis de complexidade) e a Regionalização (cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, responsável pela saúde de uma parte da população), (Brasil, 2009).

A década da mulher fortalecia debates e discussões no âmbito nacional e internacional a respeito nas necessidades e dificuldades enfrentadas pelas mulheres, tornando visíveis as questões de discriminação e o problema de saúde da mulher na esfera pública e privada. Assim, em 1984 o Ministério da Saúde criou o **Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, no qual se destacaram as ações para a atenção à saúde da mulher tais como: doenças cardiovasculares, câncer cervíco-uterino e mamário, acidentes e causas externas, problemas respiratórios e infecto-parasitológicos. Na perspectiva de uma assistência integral à saúde da mulher, o programa também apresentou inovações fundamentais ao contemplar a mulher como sujeito ativo, considerando todas as etapas do ciclo de vida, incluindo as ações na assistência clínico-ginecológica, as ações voltadas para concepção e contracepção, e as ações voltadas para pré-natal, parto e puerpério imediato, fundamentado na concepção de integralidade de todo o ciclo vital, não apenas o reprodutivo (Brasil, 1984). Também foi criado o **Programa de Assistência Integral a saúde da Criança (PAISC)**, com enfoque nas ações básicas de saúde de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, orientações do desmame, controle de doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e doenças preveníveis por imunização, desvinculando a atenção prestada à saúde da mulher a da criança (BRASIL, 1984).

### 1.1 .Conferências Mundiais sobre a Saúde da Mulher

Em 1985, ocorreu a **Conferencia Mundial do final da década da mulher, em Naiarob (Quênia)** com o tema Gênero e Desenvolvimento que adotou por unanimidade o documento que recomendou as Estratégias Encaminhadas para o Futuro do avanço da Mulher período compreendidas entre os anos de 1986 e 2000 (Fiuza, 1997). Outras conferências se seguiram sobre as questões das mulheres como a **IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim, 1995)**; a **Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio, 1992)**, que enfatizou a importância da participação da mulher nas decisões políticas, e como promover desenvolvimento sustentável; a **Conferência Mundial dos Direitos Humanos (Viena, 1993)**, declarando que os direitos das mulheres são direitos humanos e que deve-lhe ser assegurado acesso a vida civil, econômica, social e cultural e o combate a toda forma de discriminação; a **IV Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994)**, que chamou a atenção para o prejuízo de diferenciação na educação de meninos e meninas, salientando a necessidade da participação feminina no processo político e a capacitação da mulher para o trabalho. Todos os avanços mencionados foram consolidados na **IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher**

(Pequim, 1995) que teve como tema Igualdade, Desenvolvimento e Paz, suas três condições indispensáveis, Emprego, Saúde e Educação, não somente igualdade no sentido jurídico, mas de responsabilidade, oportunidade enquanto gente ativa do desenvolvimento (Pena,2010). Neste mesmo ano de 1995 em Fortaleza (Ceara) aconteceu a **Conferência Internacional: Tecnologia Adequada para o nascimento (OMS)**, que estabeleceu a parturição como um processo fisiológico, estimulou o direito à autonomia e ao direito ao acompanhante e propôs várias recomendações para uma assistência com menor grau de intervenções e de medicalização, ações que integraram, um ano depois, o **Programa Maternidade Segura (Rio de Janeiro, 1996)**.

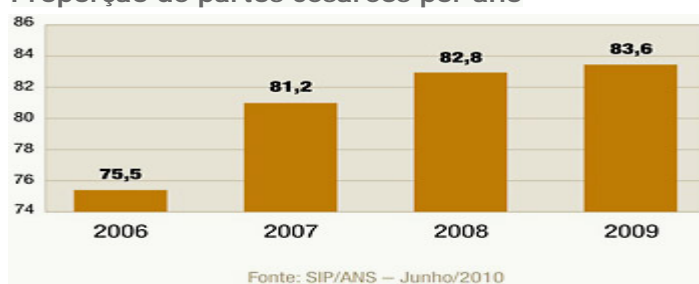
O programa (PMS) teve por objetivo reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil nos cinco continentes, onde há 15 anos os países filiados a OMS têm participado ativamente e consiste no cumprimento elementar de qualidade de assistência as gestantes e Recém-nascidos pelas instituições que prestam este atendimento. A humanização no atendimento ao parto e a grande tônica deste projeto e a valorização do indivíduo e o nascimento (Brasil, 2001).

## 1.2 . Breve história e problemática relacionada às cesarianas

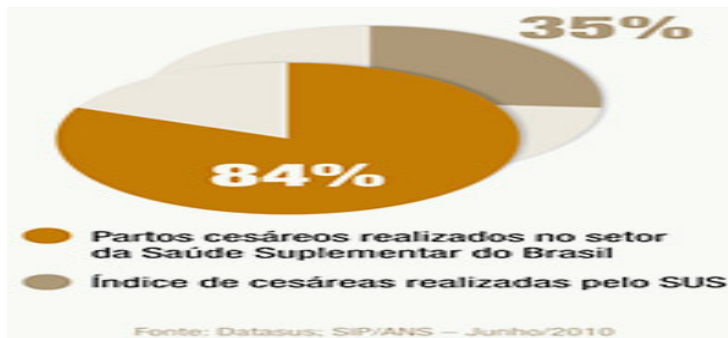
Com as grandes conquistas e lutas femininas desde a segunda metade do século XX, ocorreram transformações profundas na maneira de parir, ocorrendo uma verdadeira epidemia de partos por cesárea que vêm aumentando de forma sistemática tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. O aumento dessas taxas são maiores em países menos desenvolvidos e se faz necessário avaliar a evolução destes indicadores da atenção obstétrica. Uma série de estudos tem sido realizados a este respeito deste aspecto destacando, por exemplo, que na Europa as proporções de partos por cesárea se situam em torno de 10% a 12% do total, nos EUA em torno de 25% e no México de 33%, aproximadamente (Barros, 1991; Rattner, 1996).

No Brasil houve um aumento das cesáreas realizadas de 15% em 1970 para 31% em 1980. Este número atingiu 38% em 2000 (DATASUS, 2000), em cerca de três milhões de nascimentos por ano no Brasil, 46,6% e via cesárea, no Sistema Público em 2007 a taxa de cesárea foi de 35%, dados de 2008 48,4% dos partos realizados no SUS foram por cesárea e na Saúde Suplementar 80% dos partos foram cesáreas (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINSC, 2007; DATASUS, 2008), em 2009 a taxa de cesárea se manteve em torno de 35%, como podemos verificar nos gráficos abaixo (DATASUS, 2010).

Proporção de partos cesáreos por ano



### Proporção de partos cesáreos na saúde suplementar e no SUS



Os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) para partos cesáreos são: 40% nas unidades hospitalares de risco e até 25% nas unidades de risco habitual. Em 2009 a Portaria GM nº466 de 14/06/00, retificada em 30/06/00, propôs o pacto pela redução das taxas de cesáreas a ser firmada pelos gestores estaduais e do Governo Federal estabelecendo taxas de 25% como desejável para todos os Estados, até 2007 (Brasil, 2009).

A taxa de cesariana é um indicativo da qualidade da atenção ao parto, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), taxas populacionais entre 7% e 10% e que não ultrapassem 15% (OMS, 1999). Os dados mostram que as taxas apresentadas no Brasil há vários anos sugerem que muitos procedimentos são realizados sem indicação clínica, materna ou fetal, comprometendo a qualidade de atenção ao parto. Segundo a OMS, o objetivo da assistência ao parto é manter mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, garantindo a segurança de ambos. Os fatores determinantes para realização da cesárea foram descritos de forma precisa nos livros de obstetrícia e devem estar relacionados às condições patológicas de saúde materna e fetal que não diferem nas diversas regiões do mundo. “A extração do feto por via abdominal com valor histórico importante como procedimento para salvar vidas deve ser realizada em determinadas e precisas indicações” (Lane & Gellert, 1984; Duarte, 1988). Boisselier (1987), por exemplo, classifica as indicações para cesáreas em três grupos:

**Indicações absolutas:** desproporção cefalo-pélvica, placenta previa ou obstáculos prévios e apresentações distócicas tais como; transversa, frente e ombros, fatores que impossibilitam o parto por via baixa;

**Indicações de prudência:** apresentação pélvica, cicatriz uterina e sofrimento fetal o parto via baixa é possível, porém pode indicar risco materno-fetal aumentado;

**Indicações de necessidade:** distócias dinâmicas, toxemia gravídica e patologias maternas.

O grau de intervenção realizado sobre o processo do trabalho de parto e o parto, está intimamente ligado com o modelo de assistência a saúde. Segundo Wagner (2001) existe atualmente três modelos de assistência: 1. O altamente medicalizado, baseado no uso de alta tecnologia, com pouca participação das obstetrias, encontrado EUA, Brasil, Rússia, França, República Tcheca, Irlanda; 2. o humanizado, com maior participação de obstetrias e menor proporções de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; 3. os mistos, encontrados em países como Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália (Patah & Malik, 2011).

Recentemente, tem aumentado a visão sobre os problemas que atingem a população feminina e crianças em nosso país, a cerca de um momento de grande vulnerabilidade, o do nascimento que corresponde ao parto. O Brasil é um dos líderes de cesáreas com taxas médias de 30% (Faundes & Cecatti, 1991), desde a década de 1980. As repercussões deste fato são muito sérias uma vez que as cesarianas acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, retardo do início da amamentação (apenas 5,8% das parturientes que realizam cesáreas iniciam amamentação na primeira hora), e elevação dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS), (Diniz, 2009).

Os principais fatores encontrados na literatura para justificar o número cada vez mais frequente de cesariana são fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna e relacionados ao modelo assistencial desenvolvido, que envolvem aspectos do trabalho médico, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo.

Em um estudo realizado, com funcionárias do Banco Estatal no Rio de Janeiro em 1994, apenas 37% das cesarianas puderam ser classificadas como indicações clínicas, 11% sofrimento fetal, 13% posição fetal, 8% indicação por doença materna, 4% emergência com complicações, 1% parto gemelar. Os 63% foram consideradas alegações vagas que incluem, falta de passagem, trabalho longo, passou da data, idade, médico achou melhor, medo da dor, não queria cortar o períneo (Chor ET al, 1999).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985), o limite aceitável de partos que precisam terminar por via abdominal e de 10% a 15%, sendo que Pinotti (1989) e Lane & Gellert (1984) encontraram variações em alguns hospitais brasileiros da ordem de 15% a 25%, contrastando com estes níveis, os referidos aumento de partos cirúrgicos no país chamam a atenção, sendo que o aumento da proporção de cesarianas não se faz acompanhar do decréscimo nas taxas de mortalidade perinatal e materna, desmistificando o argumento tradicionalmente evocado, reafirmando a indicação a respeito das proporções de sua incidência.

Segundo a literatura descrita até o momento, pode-se concluir que muitos são os fatores que influenciam estas altas taxas no Brasil: a localização geográfica da mãe; condição sócio econômica da clientela; fontes de financiamento dos serviços de saúde e o modelo de atenção médica. O modelo de atenção ao parto no Brasil é de um evento médico, no qual a gestante é tratada como paciente, os nascimentos em sua maioria é hospitalares e o médico é o profissional responsável pela sua execução, a maior parte da população é atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e não tem chance de escolher o médico que irá assisti-la e não terão o poder de negociar o tipo de parto de sua preferência. O parto é assistido por profissional diferente daquele que acompanhou o pré-natal e esta desvinculação do serviço público entre pré-natal e o parto pode ser considerado um fator contribuinte para aumento das taxas de cesáreas que chegam em média a 35% no serviço público. Os partos são realizados por plantonistas, sem vínculo com as parturientes e remuneração que independe da qualidade e do tipo de parto. As hipóteses são de que as taxas de cesáreas nas maternidades públicas são mais altas do que o esperado porque as indicações cirúrgicas estão ligadas à formação médica e as tendências culturais da assistência, tema de grande complexidade na prática obstétrica ( Patah & Malik, 2011).

Estes indicativos descritos acima são de fundamental importância para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde nas esferas nacionais, estaduais e municipais. Somado a isso, o conhecimento sobre a qualidade do acesso ao pré-natal e ao parto é elemento importante para definir ações para grupos populacionais. Estudos mostram que de 70% a 80% das mulheres desejam parto vaginal no início da gestação, a desistência do parto por cesareana ocorre na maioria das vezes pouco antes da admissão para realização do parto. Neste contexto assume papel de destaque o profissional de saúde, que influencia negativamente para a escolha. (Faudes, 2004) et al

Em estudos realizados com hospitais do setor suplementar, dentre as indicações de cesariana com justificativas a análise dos prontuários evidenciou que 91,8% foram inadequadas, principalmente pelo fato de não ter havido prova de trabalho de parto para as cesáreas sem indicações absolutas (Cecatti, Haddad, 2001).

Entre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para redução de cesáreas desnecessárias no Brasil destacam-se: monitoramento das taxas pelos gestores responsáveis; qualificação profissional para atenção humanizada do parto normal; qualificação da Enfermagem Obstétrica para atenção aos partos sem distócias; cumprimento da lei nº11. 108/2005 - lei do acompanhante, - direito da presença do acompanhante durante o trabalho de parto; - qualificação da assistência pré-natal pelas equipes de saúde da família; - encaminhamento oportuno das gestantes de risco para os serviços especializados; -

melhoria da qualidade dos sistemas de informações, campanhas de sensibilização para redução de cesariana em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), (Brasil, 2010).

No Sistema Único de Saúde (SUS), onde são atendidas cerca de 80% dos partos realizados no país, a taxa de cesárea em 2006 foi de 30%, o dobro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Como proposto para a diminuição destas taxas o Ministério da Saúde implementou a Campanha Nacional de Incentivo ao parto Normal e Redução Cesárea Desnecessária entre 2006 e 2008, por meio da Portaria MS/GM nº 466/2000 e Portaria MS/GM nº325/2008, com o pacto pela redução das taxas de cesarianas até 2008, que deveria no cair de 30 para 25%. Das cinco regiões brasileiras, Norte, Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste que realizaram o pacto para redução nas taxas de cesáreas, somente oito Estados alcançaram a meta estabelecida. Na região Norte dos sete Estados apenas três, alcançaram a meta de redução de cesárea os Estados do Acre (29,4% meta alcançada), Amazonas (25,5% meta alcançada) e Tocantins (30,1% meta alcançada), sendo que o estado do Pará não pactuou metas; na região Sudeste dos quatro Estados somente o Espírito Santo alcançou a meta (40,2% meta alcançada), sendo que o Estado de Minas Gerais não pactuou; na região nordeste dos nove Estados apenas dois alcançaram a meta os Estados do Pernambuco (31,6% meta alcançada) e Maranhão (20,9% meta alcançada), o Estado do Sergipe não pactuou; na região Sul Dos três Estados nenhum alcançou as metas estabelecida e o Rio Grande dos Sul não pactuou; na região Centro-Oeste os Estados de Goiás (33% meta alcançada) e Mato Grosso do Sul (41,8% meta alcançada) atingiram meta pactuado e Mato Grosso e Distrito federal (37,7% meta alcançada) não alcançaram a meta estabelecida no pacto para redução das taxas de cesárea.

Nenhuma explicação ou fator isolado justifica a complexa rede que interferem na decisão pelo parto cesarea, sendo que os fatores com maior influência para esta tendência, está centrada no médico e no tipo de hospital (Dias, 2008).

## 2. JUSTIFICATIVA

Estratégia de Saúde da Família equipe Bairro de Lourdes município de Uberaba, no estado de Minas Gerais foi implantada em janeiro de 2000, com objetivo de realizar atenção primária à saúde em uma área adstrita, que compreende os bairros Jardim Califórnia, Princesa do Sertão e Bairro de Lourdes, com aproximadamente 3.820 habitantes, onde a população feminina em idade fértil (compreendida dos 12 aos 49 anos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde) é de 869 mulheres aproximadamente. O presente estudo é uma revisão bibliográfica que objetiva descrever as taxas de cesáreas nacionais e observação das taxas de parto cesárea, ocorridos no período de Janeiro de 2009 a Agosto de 2011 nas gestantes acompanhadas pela equipe de saúde e cadastradas no programa SISPRENATAL (Programa e Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN), instituído pelo

Ministério da Saúde em 2000, através das portarias: GM 569, 570, 571 e 572 e têm como objetivo, assegurar acesso e a qualidade do acompanhamento Pré-Natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal.

Buscando fazer uma análise da situação nacional, o país não apresenta resultados significativos na diminuição das taxas de cesárea devendo persistir ações para a mobilização e implantação de medidas que objetivem a redução das taxas em todos os Estados brasileiros.

### 3. OBJETIVOS

O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica para descrever as taxas de partos cesarianos realizados no Brasil relacionando-os com dados encontrados em uma Equipe de Estratégia Saúde da Família no município de Uberaba estado de Minas Gerais. Os dados foram coletados através das fichas de cadastro do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN – SISPRENATAL) e fichas de acompanhamento domiciliar. Além disso, tem por objetivo específico procurar levantar a discussão a respeito do preenchimento adequado do “cartão da gestante” pelos serviços de saúde responsáveis pela realização do parto ao referenciar as puerperais para unidade de Atenção Primária a Saúde, a cerca das intervenções realizadas durante o trabalho de parto e o parto que justifique a escolha do parto cesariana e como equipe local pode contribuir para redução destas taxas, pautando nos princípios de promoção à saúde e prevenção de agravos.

### 4. MÉTODO

Para o desenvolvimento do trabalho, foi realizado levantamento bibliográfico da literatura nacional e internacional nas bases de dados da SIELO, BIREME, GOOGLE acadêmico e pesquisa em livros, publicações do Ministério da Saúde selecionando as publicações relacionadas ao assunto no período de 1990 a 2011, utilizando como estratégia de busca os descritores: cesárea; modelos assistências; sistema de saúde; parto; taxas de cesáreas; fatores determinantes. No total foram encontrados 40 artigos dos quais 15 foram selecionados e 10 publicações do Ministério da Saúde das quais 6 foram selecionadas. A seleção dos textos foi feito pela pesquisadora, tendo sido escolhidos aqueles que abordaram especificamente o tema de interesse. Foram incluídos também alguns trabalhos anteriores ao período definido por ter sido considerado relevante para fundamentar a base conceitual.

Para análise dos dados foram utilizados os dados das fichas de cadastro e acompanhamento do SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e nas fichas de cadastro domiciliar, calculando a taxa de cesárea por total de partos ocorridos no referido período. De acordo com a Portaria GM/MS nº569/GM que regulamenta o

PHPN é necessário a realização dos seguintes procedimentos para o cadastramento e acompanhamento no SISPRENATAL: realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação; realizar no mínimo 6 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, 1(uma) no primeiro trimestre, 2 (duas) no segundo, e 3 (três) no terceiro trimestre de gestação; realizar 1(uma) consulta de puerpério, até 42 dias após o parto; realizar os seguintes exames laboratoriais: ABO-RH, VDRL na 1ª consulta e um na 30ª semana da gestação, urina rotina na 1ª consulta e um na 30ª semana da gestação, glicemia de jejum, HB/HT, na primeira consulta, oferta de teste de anti-HIV; aplicação vacina antitetânica dose imunizante (segundo esquema recomendado); realização de atividades educativas; classificação de risco gestacional a ser realizada em todas as consultas; garantir gestantes classificadas com risco, atendimento em unidade de referência para acompanhamento ambulatorial e ou hospitalar.

## 5. ANALISE DOS DADOS E RESULTADOS

A equipe de saúde da família Bairro de Lourdes tem cerca de 869 mulheres em idade fértil 12 a 49 anos (conforme preconizado pelo MS), a estimativa de gestante por ano e feita através **nº de gestantes do ano anterior (nº de nascidos vivos) + 10%** (parâmetro de calculo preconizado pelo MS), de acordo com estes parâmetros no ano de 2009 a estimativa é de 88 gestantes e para o ano de 2010 de 69 gestantes, com uma estimativa que 85% das gestantes será de risco habitual ou de risco que pode ser acompanhada nas Unidades Atenção Primaria de Saúde (UAPS) e 15% de alto risco que devem ser encaminhadas ao serviço de referência dos municípios. Do total das gestantes da área adstrita, 90,5% foram acompanhadas pelo SUS, na própria Unidade de Saúde, no Centro de Atenção a Saúde da Mulher (CAISM) e no Hospital Escola (UFTM) que é o serviço de referência do município para gestação de alto risco. Os 9,5% restantes foram atendidas na Saúde Suplementar, sendo que no total de gestantes 91,7% foram acompanhadas pela ESF, por meio de visitas domiciliares, consultas e grupos educativos.

### 5.1. Partos realizados

A análise dos dados mostrou que no ano de 2009 foram acompanhadas pela ESF Bairro de Lourdes 66 gestantes e, desta 69,6% foram cadastradas no SISPRENATAL restando 30,30% sem cadastro no programa, todas capitadas após o 4ª mês de gestação. A maioria das gestantes 84,8% teve acompanhamento pré-natal e parto realizados pelo SUS, 15,15% foram acompanhadas pela Saúde Suplementar onde 100% dos partos realizados na saúde suplementar foram cesáreas, das 84,8% acompanhadas pelo SUS 1,5% aborto, 51,78% parto normal, 46,42% parto cesárea, perfazendo um total de 54,54% dos partos das gestantes acompanhadas pela ESF foram cesarianas.



No ano de 2010 foram acompanhadas 81 gestantes pela ESF, 61,72% cadastradas no SISPRENATAL e 38,27% sem cadastro, capitadas após o 4<sup>a</sup> mês de gestação. 86,4% das gestantes com acompanhamento pré-natal pelo SUS e 13,58% acompanhadas pela Saúde Suplementar onde 100% dos partos realizados foram cesáreas, das gestantes acompanhadas pelo SUS 4,2% aborto, 42,85% partos normais, 35,71% cesárea e 17,13% das gestantes com acompanhamento pré-natal no SUS realizaram cesárea com pacote para parto na rede suplementar, somando um total de 59,25% dos partos ocorridos em 2010 foram cesarianas.

**Tabela1: Acompanhamento Gestante ESF Bairro Lourdes**

ANO	Nº Gestante	% Acompanhamento pré-natal SUS	% Acompanhamento pré- natal saúde Suplementar
		<b>ESF Bairro Lourdes</b>	<b>ESF Bairro Lourdes</b>
<b>2009</b>	66	84,8%	15,15%
<b>2010</b>	81	86,4%	13,58%

Fonte: A Autora

**Tabela2: Taxas Partos cesáreos e normais ESF Bairro Lourdes**

ANO	%Parto SUS		%Parto Suplementar	
	<b>ESF Bairro Lourdes</b>		<b>ESF Bairro Lourdes</b>	
	<b>Normal</b>	<b>Cesárea</b>	<b>Normal</b>	<b>Cesárea</b>
<b>2009</b>	51,78%	54,54%	-	100%
<b>2010</b>	42,85%	59,25%	-	100%

Fonte: A Autora

## 5.2. Consultas puerperais

A consulta de enfermagem para realização das ações do 5º dia após o nascimento inclui verificar o estado geral e a presença de sinais de perigo; preenchimento do cartão da

criança; coleta de material para triagem neonatal (Teste do pezinho); orientações sobre o aleitamento materno; cuidados coto umbilical; higiene; verificar estado geral da puerpera e completar seu esquema vacinal, caso seja necessário. Para os dados analisados, 67,34% dos cartões não continham nenhuma informação sobre intervenções realizadas no parto; 6,8% traziam informações incompletas constando apenas dados do recém-nascido (RN) e 11,56% traziam informações sobre a conduta no parto e as realizadas com o recém-nascido, incluindo os exames realizados no parto e nascimento contidos estes dados na Caderneta de Vacinação da Criança.

Diante desses dados pode-se observar a falta de informação ou a má qualidade das mesmas, que indiquem a necessidade de cesáreas ocorridas, não constando informações ou referências a respeito da escolha do parto cesárea no espaço destinado no cartão de pré-natal para esta finalidade, ou mesmo nos encaminhamentos dados às parturientes para a consulta puerperal, que vem de encontro com as informações encontradas na literatura.

## 6. DISCUSSÃO

Os dados deste estudo tem o intuito de contribuir para identificar a importância da qualidade e do vínculo entre a assistência pré-natal e o local do parto, constatando uma grande demanda por informações e escuta clínica por parte das gestantes, que nem sempre são capazes de assimilar por si só as informações disponíveis, fazendo-se necessário uma maior conscientização sobre os benefícios do parto normal e esclarecendo os riscos potenciais de um parto cirúrgico para a mãe e o recém-nascido.

O estudo identificou que aproximadamente 85% das gestantes acompanhadas pela equipe de saúde da família Bairro de Lourdes têm seus partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e as taxas de partos cesarianas realizadas ficou em torno de 45% dos partos, o que condiz com dados do Ministério da Saúde, onde o Sistema Único de saúde (SUS) atende 80% dos partos realizados no país e de acordo com dados do DATASUS 2008 48,4% destes por cesariana, que demonstra estar muito acima do limite preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nas última três décadas, o setor de saúde que mais tem colaborado com estes crescentes valores é o setor de Serviço Suplementar (ANS), onde as particularidades tem influência negativa na redução de cesáreas desnecessárias. Nenhuma explicação ou fator isolado é capaz de justificar as complexidades que interferem na decisão pelo parto cesariano, porém o médico e o tipo de hospital fatores associados. (Cecatti, Haddad, 2011). O Ministério da Saúde (MS), com Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN),

vem propondo mudança com a adoção de práticas humanizada e baseada em evidências científica que garanta equidade, universalidade e integralidade na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, com proposta de construir uma rede de vigilância para tratamento adequado e a tempo das complicações associadas a gestação, parto é puerperio, porém seus resultados dependem de persistência e constância. Em estudo realizado com hospitais do setor suplementar, entre as indicações de cesárea com justificativa a análise evidenciou que, 91,8% delas foram inadequadas pela ausência de uso de práticas benéficas e práticas consideradas prejudiciais pela OMS, o sistema de educação que valoriza a medicalização da saúde, colabora para falta de preparo dos médicos e profissionais da saúde na condução do parto normal, a gestação é uma condição fisiológica que pode ser agravada por varias complicações própria ou associada á ela, mesmo quando não são utilizados procedimentos ou intervenções desnecessárias. (Ceccatti,Haddad,2011)

O estudo apresenta limitações por falta de dados, por não ter sido realizado pesquisa aferindo todas as questões relativas aos fatores associados à escolha do parto cesáreo, o trabalho tem o intuito de demonstra que as taxas de cesáreas encontradas na Equipe de Estratégia de Saúde da Família Bairro de Lourdes onde foi realizado o estudo, estão comparativamente relacionadas aos encontrados no Brasil, mesmo com estas limitações traz uma importante questão para debate a cerca da falta de dados relativos às intervenções realizadas no momento do parto que justifiquem o excesso de cesáreas ocorridas nos serviços de saúde, a fim de se elaborar propostas na forma de atuação da assistência ao parto e nascimento que valorize os aspectos psicossociais positivos desse momento, avaliando os resultados maternos e perinatais, pois um bom parto deve ser aquele que assegure bem estar a mãe e ao recém-nato seja ele vaginal ou cesáreo.

Há concordância na Literatura que o problema e complexo, a mudança das praticas vigentes e tarefa certamente muito difícil para a redução do numero de cesáreas desnecessárias, diversas estratégias esbarram no modelo de atenção voltado para o profissional médico no uso rotineiro de intervenções. A grande mudança dependerá de transformações profundas no modelo de atenção à gestação e ao parto, com novas propostas assistências, incluindo medidas junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar responsável pela regulamentação dos planos e seguros de saúde, envolvendo ainda ginecologistas, obstetras e a incorporação de outros profissionais na assistência a gestação parto e nascimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária-Executiva. Departamento de Apoio a Gestão Descentralizadas. **Pactuação Unificada de Indicadores: avaliação 2008**/Ministério da Saúde, Secretária-Executiva, Departamento de Apoio a Gestão Descentralizadas. 5Brasília:Editora do Ministério da Saúde,2010. 248p.:Il.-(Serie G.Estatística e informação em saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais. Centro de Documentação. **Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases programáticas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº569-570-571/GM, de 01 de junho de 2000**. Institui Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, DF; Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área técnica social da Mulher. **Parto, aborto, puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: MS, 2001.199p: Il.
- BARROS.F.C.; Vaughan,J.P; Victora,C.G & Huttly, S, 1991. **Epidemic of Caesarean sections in Brazil**;Lancet.338:167-169.
- BOISSELIER, P.; MAGHIORACOS,P.;MARPEAU,L.;HAJALI,B.; BARRAT, J. 1987.**Changes in indications foil cesarean section from 1997**.
- CARVALHO, M. Violência e saúde: Ampliando políticas publicas. **J Redesaude**. 2000 nov.(22):6-16.
- CHOR, D.; FONSECA, MJ.; DUCHIADE, M.P.; ANDRADE, CR.;BELTRÃO, K.I. **Condições saúde de funcionarias do Banco Estatal: aspectos ligados à reprodução**. Questões de saúde reprodutiva Rio Janeiro: Editora Fio Cruz, 1999. p. 397-417.
- DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. 2009. Ago.; 19(2): 313-26.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 991. **A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação**. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:150-173.
- HADDAD,T.Maerrawi El Samira; CECATTI Guilherme José. **Estratégias dirigidas aos profissionais para redução das cesáreas desnecessárias no Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2011; 33(5)252-62.
- Lane, E & Gelbert, R, 1984. **Cesárea. Qual a incidência aceitável?** Jornal Brasileiro de Ginecologia, 94:437-439.

**Mulher e Ambientalismo.** <http://bibliotecavirtual.clacso.org.br/FiuzaALC>. Mulher e Ambientalismo. Outubro 1997: 178-189. Acessado em 06 de agosto 2011.

BRASIL. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN.** <http://Sisprenatal.datasus.gov.br/Sisprenatal/index.php> acesso em 17 jul.2011.

ONU. Organização das Nações Unidas. **IV Conferência Nacional sobre a Mulher.** Beijem, China-1995. Rio de Janeiro: Fio cruz; 1996.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos assistenciais ao parto e taxas de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública** [on line]. 2011,vol 45,n.1,PP 185-194.ISSN00345-8910. Acessado em 12 de setembro de 2011.

PEREIRA, A.L.; MOURA, M.A. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto.**Rev.Enfermagem UERJ.** 2008. jan - mar; 16 (1): 119-24.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto Normal está no meu plano.2010. Disponível em: <  
[http://www.ans.gov.br/portal/site/\\_hotsite\\_parto\\_2/dados\\_estatisticas.asp#1](http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_parto_2/dados_estatisticas.asp#1)>.  
Acessado em 17 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento.** [Portal.saude.gov.br/sispacto/instrutivo\\_indicadores\\_2009.pdf](http://Portal.saude.gov.br/sispacto/instrutivo_indicadores_2009.pdf). Acessado em 05 de Nov de 2011.

PROENF. **Saúde Materna e Neonatal.** Programa de Atualização em Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros **Obstetras** coordenadora geral:Isilia Aparecida Silva;diretoras acadêmicas: Kleyde ventura de Souza,Ívis Emília de Oliveira Souza.-Porto Alegre: Artmed / Panamericana,2009.168p.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Brasil). **Objetivos de desenvolvimento do milênio.** [home Page na Internet]. Brasília, DF: PNUD; 2004[acesso em 16/07/11]. Disponível em:<http://www.pnud.org.br/odm/#>. Acessado em 06 de agosto de 2011.

Micro010. [ensp.fiocruz.br/~ensp/nascernobrasil/index.php?optio=com\\_content&view=article&id=82&Itemid=166](http://ensp.fiocruz.br/~ensp/nascernobrasil/index.php?optio=com_content&view=article&id=82&Itemid=166). Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. 2008. Acessado em 10 de outubro de 2011.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Tecnologia apropriada para partos e nascimento: recomendações da Organização Mundial de Saúde.** Saúde Foco. Rio de Janeiro. 1996 novembro; S(14).

TYRRELL MA, CARVALHO V. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: Impacto-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro: Escola Enfermagem Anna Nery da URFJ, 1995.

TANAKA O.U; TANAKA A.C; MAURICCI P; CARVALHO C.A. C; LOCATELLI C; RIBEIRO EL, et. al. **Projeto de Avaliação Nacional do Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN).** São Paulo: Ministério da Saúde/UNESCO; 2004.

PENA, Tânia Mara Guimarães. **Desigualdade social Questão de Gênero**. Disponível em: <http://www.revista.fandir.ufu.br/RFDUFU-2010-196pdf>. Acessado em 03 de outubro de 2011.

World Health Organization. **Appropriate Technology for birth**. Lancet. 1985;2(8452):436-7.