



UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

Eliana Souza dos Santos

**O Panorama Obstétrico na Região Metropolitana da Baixada Santista:
Prevalência e Perfil das Parturientes**

Santos – SP

2024



UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

**O Panorama Obstétrico na Região Metropolitana da Baixada Santista:
Prevalência e Perfil das Parturientes**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Stricto Sensu de Saúde e Meio Ambiente da Universidade Metropolitana de Santos, para obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Paula Taboada Sobral

Coorientador: Prof. Edgar Maquigussa

Santos – SP

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

S231p SANTOS, Eliana Souza dos

O Panorama Obstétrico na Região Metropolitana da Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes. /Eliana, Souza dos Santos – Santos, 2024.

62 f.

Orientador: Ana Paula Taboada Sobral

Coorientador: Edgar Maquigussa

Dissertação (Mestrado Profissional), Universidade Metropolitana de Santos, Mestrado em Medicina: Saúde e Meio Ambiente, 2024.

1. Parto Cesáreo. 2. Parto Normal. 3. Epidemiologia.

I. O Panorama Obstétrico na Região Metropolitana da Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes

CDD:618.2

Vanessa Laurentina Maia

Crb8 71/97

Bibliotecária Unimes

Universidade Metropolitana de Santos

Mantida pelo Centro de Estudos Unificados Bandeirante

FUNDADORA

Prof.^a. Rosinha Garcia de Siqueira Viegas

MANTENEDOR

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas

REITORIA

Prof.^a. Renata Garcia de Siqueira Viegas

REITORA

Prof.^a. Elaine Marcílio Santos

Pró-Reitora Acadêmica

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas Júnior

Pró-Reitor Administrativo

Prof. Gustavo Duarte Mendes

Direção Acadêmica

Coordenador do Programa de Mestrado de Saúde e Meio Ambiente

PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DO PROJETO E PRODUTOS

Título da dissertação: “O Panorama Obstétrico da Região Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes”.

Linha de Pesquisa: Fatores de Risco à Saúde na Baixada Santista

Projeto de Pesquisa do Orientador: Profa. Dra. Ana Paula Taboada Sobral

Produtos desenvolvidos: Resumo publicado nos anais e trabalho apresentado no Encontro de Pesquisa e Iniciação Científica (EPIC) da UNIMES 2023; Capítulo publicado em e-book: Saúde e Meio Ambiente em Regiões Portuárias 2023 (Volume 3); Cartilha com orientações quanto aos cuidados adequados para garantir a saúde da gestante e do bebê que será apresentada e distribuída na Baixada Santista (Serviços de Saúde focados no atendimento a gestante); Palestra presencial para gestantes atendidas no Serviço de Atenção Integral à Saúde da Mulher (SAISM) em Cubatão: “Parto Normal: Deixe Essa Ideia Nascer em Você”, realizada nos dias 10, 12 e 15 de julho de 2024 ; Artigo científico a ser submetido em periódico internacional.

AGRADECIMENTOS

Nesses anos de mestrado, com muito estudo, esforço e dedicação, quero expressar a minha gratidão a algumas pessoas que estiveram comigo nessa jornada, jornada essa que envolveu renúncia e até mesmo privações da minha companhia e atenção, mas que mesmo assim, escolheram permanecer ao meu lado. Quero agradecer em primeiro lugar a Deus que me concedeu essa oportunidade, guiou meus passos e me deu forças para conquistar mais uma benção.

Quero agradecer aos meus pais, Claudete e Eronides que apesar de não estarem mais entre nós, foram pessoas inspiradoras e me impulsionam dia após dia a lutar pelos meus sonhos, não me esquecerei de seus ensinamentos e serei eternamente grata a Deus por ter tido pais sábios e fortes ao meu lado. Agradeço ao meu esposo Siomar, que permaneceu ao meu lado todo o tempo, sendo compreensivo e me apoiando nessa caminhada. Agradeço a minha irmã Erbene e ao meu cunhado Lucas que acreditaram, oraram pela minha vida e se alegraram por cada pequeno avanço. Sou grata a minha sobrinha Bruna, que foi minha grande ajudadora, sempre disposta e solícita para me auxiliar.

Quero fazer um agradecimento especial à minha orientadora Prof^ª. Dra. Ana Paula Taboada Sobral, que sempre se mostrou uma pessoa maravilhosa, me orientando e conduzindo com maestria. Muito obrigada por cada conselho, cada gesto de gentileza e por ser essa grande mulher, posso dizer que tive bem mais que uma orientadora, tive uma amiga.

Creio que as palavras se tornam insuficientes para descrever e retribuir tudo o que cada uma dessas pessoas representa para mim, mas creio que essa é apenas uma de muitas conquistas que virão, e a cada passo que eu der, lembrarei com orgulho de todos que fizeram parte dessa história. Hoje posso dizer que venci e que essa vitória é de todos nós.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai e a minha mãe, quanta saudade.

Exemplo de força, coragem e fé.

Meu eterno amor e minha gratidão infinita.

“ Eu quero gritar para todo mundo assim, eu quero alertar: o parto é da mulher “
(fala de Patricia Bellanda, extraída do documento *Violência obstétrica: a voz das brasileiras*)

RESUMO

O nascimento de um filho é um momento marcante na vida de uma parturiente e de sua família. Porém vale ressaltar que há vários questionamentos relacionados tanto ao tipo quanto a segurança do parto que a gestante será submetida. Cientificamente é comprovado que o parto normal pode trazer benefícios imunológicos e respiratórios ao bebê, além de apresentar o fator protetor para a mãe. Mesmo diante das evidências científicas positivas em relação ao parto normal, o número de cesarianas, ainda se apresenta predominante, principalmente nos países em desenvolvimento. Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar os dados dos partos realizados no Sistema Único de Saúde da Baixada Santista no período de 2019 a 2022; identificar o tipo de parto mais realizado e analisar o perfil socioeconômico e cultural das parturientes; o levantamento das informações foi realizado na base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC). Após a análise dos dados, verificou-se que o número de partos realizados no período de 2019 a 2022 foi de 86.198, sendo que 53% foram partos cesáreos e 47% partos vaginais, o que mostra que os parto cesáreo está bem acima dos 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em relação a idade da mãe, a faixa etária de 10 a 24 anos a predominância é do parto vaginal e que a partir dos 25 até os 54 anos a predominância é do parto cesário. Mulheres com 1 a 11 anos de instrução optaram pelo parto vaginal, mas, quando apresentam instrução de 12 anos e mais, o temos mais que o dobro de partos cesáreos em relação aos partos vaginais. Também foi verificado que na raça branca e amarela, o parto cesário é superior ao parto vaginal comparado as demais raças. Em relação ao estado civil, as mulheres solteiras optam pelo parto vaginal, já a mulheres casadas, viúvas, separadas judicialmente e vivendo em união consensual escolhem o parto cesário. A prevalência do número de partos cesárea na RMBS parece estar associada a idade da mãe, ao perfil socioeconômico, o número de consultas de pré-natal, a escolaridade e a segurança conjugal.

DESCRITORES: Parto Cesáreo; Parto Vaginal; Parto Normal, Nascido Vivo, Pré-Natal; Epidemiologia.

ABSTRACT

The birth of a child is a significant moment in the life of the mother and her family. However, it is worth noting that there are various questions related to both the type and safety of the delivery the pregnant woman will undergo. It is scientifically proven that normal delivery can bring immunological and respiratory benefits to the baby, as well as provide a protective factor for the mother. Despite the positive scientific evidence regarding normal delivery, the number of cesarean sections remains predominant, especially in developing countries. Therefore, this study aims to analyze the data of deliveries performed in the Região Metropolitana da Baixada Santista from 2019 to 2022; identify the most common type of delivery and analyze the socioeconomic and cultural profile of the mothers. The data was collected from the TABNET/DATASUS database in the Live Birth Information System (SISNAC). After analyzing the data, it was found that the number of deliveries performed from 2019 to 2022 was 86,198, with 53% being cesarean deliveries and 47% vaginal deliveries, indicating that cesarean deliveries are well above the 15% recommended by the World Health Organization (WHO). Regarding the mother's age, vaginal delivery is predominant in the age group of 10 to 24 years, while cesarean delivery is predominant from 25 to 54 years. Women with 1 to 11 years of education opted for vaginal delivery, but when they have 12 years or more of education, the number of cesarean deliveries is more than double that of vaginal deliveries. It was also found that in the white and yellow races, cesarean delivery is higher compared to other races. Regarding marital status, single women opt for vaginal delivery, while married, widowed, legally separated, and those living in consensual unions choose cesarean delivery. The prevalence of the number of cesarean deliveries in RMBS seems to be associated with the mother's age, socioeconomic profile, the number of prenatal consultations, education level, and marital security.

KEYWORDS: Cesarean Delivery; Vaginal Delivery; Normal Delivery, Live Birth, Prenatal; Epidemiology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 Região Metropolitana da Baixada Santista	17
2.1.1 Mulheres na RMS.....	17
2.1.2 Mulheres em idade Fértil na RMBS	18
2.2 Gestação e Pré-Natal.....	19
2.3 Pré-Natal e a Importância do Plano de Parto.....	20
2.4 Modelos Assistenciais ao Parto e Nascimento.....	23
2.5 Tipos de Parto.....	24
2.5.1 Parto Vaginal/ Parto Normal.....	24
2.5.2 Parto Cesário.....	26
2.6 Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC).....	27
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo Geral.....	29
3.2 Objetivos Específicos.....	29
4. METODOLOGIA.....	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1 Número de Partos.....	31
5.2 Tipos de Parto.....	32
5.3 Consultas Pré-Natais.....	33
5.4 Idade da Parturiente	34
5.5 Instrução da Parturiente.....	36
5.6 Raça da Parturiente.....	37
5.7 Estado Civil da Parturiente.....	38
6. DISCUSSÃO.....	40
7. CONCLUSÃO.....	44
8. REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	52
ANEXO I – Resumo EPIC 2023.....	52
ANEXO II – Certificado EPIC- 2023.....	53
ANEXO III – Capítulo Ebook - 2023.....	54

ANEXO IV – Cartilha da Gestante.....**55**
ANEXO V – Processo de Validação da Cartilha da Gestante.....**56**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de partos realizados durante o período de 2019 a 2021 distribuído pelos municípios da RMBS.....	32
Figura 2. Percentual de partos realizados durante o período de 2019 a 2022 distribuído pelos municípios da RMBS.....	33
Figura 3. Tipo de parto em relação ao número de consultas pré-natal durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.....	34
Figura 4. Tipo de parto realizados em relação a idade da mãe durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.....	35
Figura 5. Tipo de partos realizados em relação a instrução da mãe em anos durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.....	37
Figura 6. Tipo de parto realizado em relação a raça da parturiente no período de 2019 a 2022 na RMBS.....	38
Figura 7. Tipo de parto realizado em relação ao estado civil da parturiente no período de 2019 a 2022 na RMBS.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População Feminina na RMBS.....	18
Tabela 2. Mulheres em Idade Fértil na RMBS.....	19
Tabela 3. Dez Passos para Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica.....	21
Tabela 4. Número de partos realizados durante o período de 2019 a 2022 distribuídos pelos Municípios da RMBS.....	31
Tabela 5. Número de partos realizados durante o período de 2019 a 2021 em relação a idade da mãe e Municípios da RMBS.....	36

1. INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento marcante na vida de uma parturiente e de sua família. Porém vale ressaltar que, há vários questionamentos relacionados tanto ao tipo quanto a segurança do parto que a gestante será submetida¹. Cientificamente é comprovado que o parto normal pode trazer benefícios imunológicos e respiratórios ao bebê, além de apresentar o fator protetor para a mãe. Mesmo diante das evidências científicas positivas em relação ao parto normal, o número de cesarianas, ainda se apresenta predominante, principalmente nos países em desenvolvimento².

Pesquisas indicam que o parto normal não está associado a um risco maior de hemorragia pós-parto, nem à necessidade de internação da parturiente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estes são alguns dos benefícios do parto normal em comparação com a cesariana. Além disso, o parto normal apresenta menor probabilidade de ruptura uterina e problemas relacionados à implantação da placenta. Esses benefícios também se estendem ao recém-nascido, pois o parto normal está menos relacionado à necessidade de suporte ventilatório e a complicações para a saúde do bebê³.

No parto normal, há uma alta produção de ocitocina, que facilita a lactação e promove a involução uterina, diminuindo as chances de hemorragias e hematomas, o que contribui para uma recuperação mais rápida da mulher. Esse processo também facilita o contato inicial com o bebê após o nascimento, fortalecendo o vínculo entre mãe e filho. Para o recém-nascido, os benefícios incluem melhor adaptação respiratória e estabilização cardíaca, além de menor propensão a alergias, como a asma, devido ao contato com a flora bacteriana vaginal da mãe, o que favorece a colonização desde o nascimento. Também ocorre uma menor chance de infecções para ambos. Portanto, é fundamental que as gestantes sejam informadas sobre as vantagens do parto normal durante o pré-natal, pois ele continua sendo a forma de parto mais segura, oferecendo benefícios significativos para a mãe e o bebê⁴.

Visando o fortalecimento e a qualidade da saúde da mulher o Ministério da saúde criou um conjunto de ações e diretrizes, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e implantado em 1984. Essa política de saúde veio para assegurar o direito a mulher ao parto seguro, e a suas necessidades,

emocional, social, familiar e de saúde reprodutiva. Capacitando os profissionais de saúde e as estruturas necessárias para o atendimento⁵.

Considerando o alto índice de cesarianas, o Ministério da Saúde tem implementado iniciativas para a humanização do cuidado durante o parto e o nascimento. Essas ações são embasadas em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nas desvantagens associadas à cesariana quando comparada ao parto vaginal, particularmente em relação à mortalidade perinatal e materna. Além disso, estudos recentes no campo da humanização da assistência médica têm destacado os benefícios do parto vaginal em comparação com a cesárea, tanto para a saúde materna quanto para a do recém-nascido. Estes estudos enfatizam a importância de conscientizar e desmistificar a crença generalizada de que o parto cesáreo é a melhor opção para o bebê⁶.

Devido a grande diversidade da população brasileira, ela não se enquadra em um único padrão social e educacional e como há uma grande diferença nos padrões cada região em relação ao atendimento em saúde, não é possível generalizar tipo de atendimento obstétrico prestado as várias instituições. Dependendo da região existem características diferentes ligadas aos aspectos demográficos, culturais, sociais-econômicos que determinam padrões específicos de comportamento da população feminina^{7,8}.

Dessa forma o presente estudo tem por objetivo analisar os dados dos partos realizados no Sistema Único de Saúde da Baixada Santista no período de 2019 a 2022; identificar o tipo de parto mais realizado e analisar o perfil socioeconômico e cultural das parturientes.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Região Metropolitana da Baixada Santista

A Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), instituída pela Lei Complementar Estadual no 815, de 1996, além da cidade de Santos, a RMBS é uma região constituída pelos seguintes municípios: Bertioga, Cubatão, Guarujá, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande e São Vicente⁹. Segundo o IBGE, os dados do censo populacional de 2022 das cidades que compõem a RMBS são: Santos com 418.608 habitantes; Bertioga com 64.188 habitantes; Cubatão com 112.476 habitantes, Guarujá com 287.634 habitantes; Itanhaém com 112.476 habitantes; Mongaguá com 61.951 habitantes; Peruíbe com 68.352 habitantes; Praia Grande com 349.935 habitantes; e São Vicente com 329.911 habitantes, num total de 1.805.531 habitantes¹⁰.

No censo de 2010, a população da RMBS era de 1.664.136, ou seja, houve um aumento de cerca de 8,5%. As cidades de Bertioga, Itanhaém, Mongaguá, Peruíbe e Praia Grande são as que apresentaram crescimento populacional na RMBS, segundo dados do Censo 2022. Já Santos, São Vicente, Cubatão e Guarujá perderam habitantes¹⁰.

2.1.1 Mulheres na RMBS

A cidade de Santos foi considerada no último Censo como a cidade mais feminina do País, com a maior proporção de mulheres entre os habitantes. Dos 418.908 moradores santistas, 228.8 mil são do sexo feminino. Enquanto a média nacional é de 51,5% de mulheres, em Santos, esse percentual sobe para 54,68%, o que representa 82,9 homens para cada 100 mulheres no Município¹⁰.

Os dados em relação a população feminina nos municípios da RMBS estão apresentados na Tabela 1, onde podemos observar que a RMBS apresenta uma predominância da população feminina com exceção do município de Mongaguá.

Tabela 1. População Feminina na RMBS

Município	Mulheres	Porcentagem Mulheres	Homens	Porcentagem Homens
Bertioga	32.251	50,24%	31.937	49,76%
Cubatão	58.481	51,99%	53.995	48,01%
Guarujá	149.505	51,98%	138.129	48,02%
Itanhaém	58.383	51,91%	54.092	48,09%
Mongaguá	30.439	49,13%	31.512	50,87%
Peruíbe	35.415	51,81%	32.937	48,19%
Praia Grande	183.937	52,56%	165.998	47,44%
Santos	228.881	54,68%	189.727	45,32%
São Vicente	171.175	51,89%	158.736	48,11%

Fonte: Censo 2022

2.1.2 Mulheres em idade Fértil na RMBS

O termo Mulheres em Idade Fértil (MIF), no Brasil, corresponde à faixa etária de 10 a 49 anos. É uma faixa abrangente que engloba mulheres adolescentes e adultas, que se encontram em diversas situações de vida e inseridas em contextos culturais, familiares e sociais em evolução constante^{11,12}. Segundo o último censo, o total de mulheres no Brasil representa 51,5% da população que equivale a 104.548.325 mulheres; já as MIF representam 60.945.468, que equivale a 58,3% do total de mulheres¹⁰.

A disposição das MIF na Baixada Santista de acordo com o Censo 2022¹⁰ está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Mulheres em Idade Fértil na RMBS

Municípios RMBS	Total de Mulheres	Total Mulheres idade Fértil (MIF)	MIF %
Bertioga	32.251	19.779	61,33%
Cubatão	58.481	34.622	59,20%
Guarujá	149.505	87.357	58,43%
Itanhaém	58.383	30.591	52,40%
Mongaguá	30.439	15.330	50,36%
Peruíbe	35.415	18.481	52,18%
Praia Grande	183.937	103.189	56,10%
Santos	228.881	113.023	49,38%
São Vicente	171.175	96.110	56,15%

Fonte: Censo 2022

2.2 Gestação e Pré-Natal

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. Apesar dessa realidade, há uma pequena parcela de gestantes que, devido à presença de patologias pré-existentes, estão sujeitas a um maior risco de complicações, resultando em desfechos adversos tanto para o feto quanto para a mãe¹³.

A assistência pré-natal é crucial para oferecer suporte à gestante durante esse período, envolvendo uma avaliação dinâmica dos potenciais riscos e uma prontidão para identificar expectativas e problemas, a fim de intervir de maneira a evitar resultados adversos. O objetivo do acompanhamento pré-natal é garantir o progresso saudável da gestação, visando o nascimento de um recém-nascido saudável, sem comprometer a saúde materna. Além disso, esse acompanhamento aborda aspectos psicossociais, bem como atividades educativas e preventivas. Esse acompanhamento é realizado principalmente na atenção básica, com ênfase nas Estratégias Saúde da Família (ESF), que têm o acolhimento como uma de suas principais diretrizes de cuidado. O acolhimento da gestante nesse serviço implica assumir a responsabilidade pela integralidade do cuidado, iniciando com uma recepção que inclui uma escuta

qualificada e avaliação da vulnerabilidade da usuária de acordo com seu contexto social, entre outros aspectos¹⁴.

2.3 Pré-Natal e a Importância do Plano de Parto

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde funcionando como o ponto de atenção estratégico para oferecer acolhimento adequado às necessidades individuais, promovendo um acompanhamento longitudinal e contínuo, especialmente durante a gestação, guiado pelo princípio da integralidade do cuidado. O início precoce do acompanhamento pré-natal é fundamental para proporcionar uma assistência adequada a gestante e ao bebê, embora o número ideal de consultas permaneça controverso. De acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número apropriado de consultas seria igual ou superior a seis. Pacientes de baixo risco podem não apresentar aumento de resultados perinatais adversos mesmo com um número reduzido de consultas, desde que seja dada maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas. É necessário dispensar atenção e cuidados especiais às gestantes com maior risco. As consultas devem ser realizadas mensalmente até a 28^a semana, quinzenalmente entre a 28^a e a 36^a semana e semanalmente no período final da gestação, não havendo, portanto, alta do pré-natal¹⁴.

A assistência pré-natal representa uma ação programática de grande importância, pois possibilita o acompanhamento da gestação da mulher e a identificação precoce de situações de risco tanto para a mãe quanto para o feto, permitindo intervenções corretivas quando necessário. Um cuidado adequado pode prevenir desfechos negativos significativos para o recém-nascido, tais como retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, o que contribui para a redução da taxa de mortalidade infantil¹⁵.

Sendo assim, foram definidos 10 passos para Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica¹⁴ que estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Dez Passos para Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1° PASSO	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
2° PASSO	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3° PASSO	Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4° PASSO	Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5° PASSO	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6° PASSO	É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7° PASSO	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8° PASSO	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9° PASSO	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10° PASSO	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Ao longo das últimas décadas, têm ocorrido transformações significativas no âmbito do parto e do nascimento. Um marco relevante dentro das políticas públicas e programas de saúde relacionados a esses temas é o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecido em 2000 com o objetivo de orientar as instituições de saúde na implementação de medidas destinadas a prevenir a morbimortalidade e promover a saúde materno-infantil¹⁶. Além disso, é digno de nota que, em 2005, foi promulgada a Lei nº 11.108/95, conhecida como lei do acompanhante, que garante à gestante o direito de escolher uma pessoa, independentemente do gênero ou relação de parentesco, para acompanhá-la durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Posteriormente, em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Programa Rede Cegonha (RC), por meio da Portaria nº 1459, com o intuito de promover alterações na assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento, visando à organização, estruturação e melhoria da qualidade da atenção à gestante e ao recém-nascido¹⁷.

Para garantir os direitos fundamentais da mulher, a RC destaca como prioridades a promoção de um pré-natal de qualidade, incluindo acolhimento, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidade, segurança durante o parto e nascimento, vinculação da gestante a uma unidade de referência próxima, atenção à saúde da criança desde o nascimento até os 24 meses de vida, e acesso a um planejamento familiar adequado. Essa estratégia é organizada em quatro componentes principais: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério, e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação¹⁷.

A RC tem contribuído significativamente para avançar na proteção integral do processo de gestação, parto, nascimento, puerpério e início da vida, tanto em termos de gestão do cuidado quanto do sistema de saúde. Além disso, essa política nacional de atenção integral à saúde visa organizar os serviços e as equipes de saúde de modo a respeitar os direitos reprodutivos, sempre priorizando o protagonismo da mulher, do recém-nascido e dos familiares¹⁸.

Nesse contexto, o enfermeiro é fundamental para assegurar uma assistência abrangente e de alto padrão para a gestante, fornecendo-lhe informações e orientações que a capacitem a assumir um papel central em todo o processo. Para garantir o sucesso da assistência pré-natal, é essencial não apenas realizar uma avaliação adequada dos riscos, mas também qualificar o profissional de saúde com ênfase no cuidado humanizado. O Ministério da Saúde, por sua vez, reconhece a humanização na assistência à gestante como um elemento fundamental para garantir um padrão de acesso e qualidade nos serviços de saúde¹⁹.

Também é papel do pré-natal, estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"(PP) também denominado de Plano Individual de Parto (PIP). É nessa etapa que a gestante receberá as informações e esclarecerá todas as suas dúvidas em relação as vias de parto¹⁴. O PP trata-se de um documento legal escrito pelas gestantes após o recebimento de informações sobre a gestação e o processo de parto, respeitando seus valores, desejos pessoais e expectativas criadas sobre o parto durante a gravidez. É utilizado para orientar a atenção de saúde prestada à gestante neste processo ^{19,20}.

A relevância do PP está intrinsecamente ligada ao princípio bioético da autonomia e empoderamento feminino, visto que é destacado como uma das práticas a serem promovidas durante a gestação pela OMS. O PP deve ser elaborado pela

gestante em colaboração com os enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e discutido com os profissionais responsáveis pelo atendimento hospitalar^{19,20}.

O PIP deve ser entregue juntamente com a documentação quando a gestante der entrada na maternidade. É importante destacar que o objetivo é garantir o bem-estar da parturiente e seguir o plano de parto escolhido por ela. No entanto, isso só acontecerá se as condições clínicas da gestante forem favoráveis e não apresentarem patologias que possam interferir no parto. Caso seja identificada alguma condição que exija uma intervenção diferente, a equipe médica comunicará a gestante e seus acompanhantes²¹.

2.4 Modelos Assistenciais ao Parto e Nascimento

O parto é o processo que engloba uma série de fenômenos mecânicos ou fisiológicos que resultam na saída do feto e seus anexos do corpo da mãe. Este evento marca a chegada de uma nova vida, representando não apenas um acontecimento médico, mas também uma realização repleta de emoções e significados. Na história das civilizações antigas, os partos naturais eram comuns e muitas vezes cercados de rituais tribais carregados de simbolismos^{22,23}. O trabalho de parto é uma experiência profundamente marcante na vida da mulher. Considerando os aspectos fisiológicos envolvidos na evolução do trabalho de parto e a influência da cultura, este momento pode ser acompanhado por sentimentos de ansiedade e dor²⁴.

A humanização do parto envolve, principalmente, a adoção de atitudes acolhedoras, delicadas e afetuosas por parte dos profissionais de saúde em relação à parturiente e ao seu bebê. A enfermagem obstétrica desempenha um papel fundamental ao oferecer cuidados humanizados, que promovem a fisiologia do parto e integram tecnologias para proporcionar conforto e cuidado à mulher, incorporando habilidades e competências profissionais em seu atendimento^{25,26}. O parto humanizado abrange a ideia de que a atuação do enfermeiro começa no pré-natal, orientando a gestante e seu acompanhante. Dessa forma, a enfermagem estabelece contato com as mulheres desde o período do puerpério e pós-parto, assegurando um parto com atenção humanizada, individualizada e adequada às situações de complexidade. Ao fornecer informações úteis e transmitir total segurança, utiliza técnicas de relaxamento e alívio da dor, reduzindo os medos e ansiedades das parturientes^{27,28}.

Conforme definido pela OMS, o parto vaginal, também conhecido como parto normal, ocorre quando o feto é expelido através do trato genital feminino após a gestação atingir sua viabilidade. Nesse processo, o bebê passa pelo canal vaginal durante o trabalho de parto, sem a necessidade de intervenções cirúrgicas, como a cesárea. O parto vaginal inicia-se de forma espontânea, sem procedimentos cirúrgicos ou complicações, e deve priorizar o bem-estar e os direitos tanto da parturiente quanto do bebê ²⁹.

Os avanços no conhecimento científico e tecnológicos despertou preocupações em relação às taxas de mortalidade materna e perinatal. Esse cenário impulsionou a institucionalização do parto, resultando em um aumento significativo das cesáreas como método de intervenção cirúrgica. É crucial garantir que a realização da cesárea seja estritamente baseada em razões médicas e justificativas clínicas, considerando sua relevância para o avanço tecnológico na área da saúde e a redução de riscos para a mãe e o bebê. No entanto, à medida que a segurança da intervenção cirúrgica evoluiu, observou-se um aumento na preferência médica pela cesárea, muitas vezes limitando as opções disponíveis para as parturientes ^{30,31}.

2.5 Tipos de Parto

2.5.1 Parto Vaginal/ Parto Normal

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal vieram nortear as boas práticas na assistência, preconizando o mínimo de intervenção. É fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que a protagonista do parto é a mulher, e que o respeito, o conforto emocional nesta hora, gerar um ambiente favorável e uma percepção totalmente positiva do parto³².

O parto normal é aquele que ocorre de maneira espontânea, sendo um processo natural. Por isso, é igualmente referido como parto natural. Para que um parto seja classificado como normal, ele deve ocorrer sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante o trabalho de parto, no momento do parto e no pós-parto. É essencial garantir a segurança e o respeito aos direitos da mãe e do bebê, visando sempre ao bem-estar de ambos ³³.

O parto normal é o método natural de nascimento e conta com a proteção das forças naturais. Quando a mãe é deixada a seguir seu curso natural, em mais de 92%

dos casos, ela dará à luz sem complicações. A recuperação é rápida, permitindo que a mãe se levante e cuide do bebê logo após o nascimento. As complicações associadas ao parto normal são menos graves se comparadas às do parto cesariano. A amamentação tende a ser mais fácil e saudável para o recém-nascido, e as infecções hospitalares são menos frequentes no parto normal. No entanto, a espera pelo parto pode gerar ansiedade na futura mãe, agravada pela preocupação com as dores do parto ^{34,35}.

A dor durante o trabalho de parto pode ser descrita como aguda, passageira, complexa, subjetiva e multidimensional, sendo parte integral do processo fisiológico do parto e resultante dos estímulos sensoriais causados, principalmente, pelas contrações uterinas. Contudo, a dor também é percebida como uma experiência subjetiva e complexa, influenciada por fatores psicológicos que variam significativamente entre as pessoas, bem como por fatores culturais, étnicos, sociais e ambientais³⁶.

Entender como as puérperas percebem a dor durante o trabalho de parto é essencial, pois a dor é uma parte intrínseca do processo fisiológico do parto e nascimento, influenciada por vários fatores, como medo, ansiedade e a qualidade da assistência recebida. Além disso, experiências anteriores de parto também podem impactar essa percepção. Incentivar a participação ativa das mulheres durante o trabalho de parto pode trazer resultados positivos, melhorando a assistência prestada e resgatando o caráter fisiológico natural do processo de dar à luz³⁷.

Assim como qualquer procedimento, o parto normal apresenta vantagens e desvantagens tanto para as mães quanto para os bebês, sendo essencial uma explicação detalhada durante a assistência à saúde³⁸.

Muitas puérperas relatam uma recuperação mais rápida no pós-parto como o principal benefício do parto normal. O parto normal permite uma recuperação mais acelerada e bem tolerada pelas mulheres, proporcionando independência para atividades como caminhar, realizar cuidados de higiene pessoal, atividades domésticas e cuidar do bebê, além de recuperar mais rapidamente o próprio corpo ³⁹⁻⁴². Outros benefícios incluem o aumento do contato entre mãe e bebê durante o parto, o que ajuda a manter a criança aquecida e a economizar energia, contribui para a estabilidade cardíaca e respiratória do bebê, reduzindo os riscos de taquipneia transitória e síndrome respiratória, além de diminuir o estresse, fortalecendo o vínculo

entre mãe e filho e promovendo uma melhor qualidade de vida para ambos ³⁹. O parto natural também reduz o risco de infecções para a mulher e o bebê, devido aos processos fisiológicos facilitados durante o parto ⁴³.

No que diz respeito às desvantagens do parto vaginal, é notável que a maioria dos estudos destaca a experiência de dor. Essa dor pode ser intensificada por sentimentos como medo, ansiedade e solidão, mas tende a diminuir após o parto ⁴⁴. A dor do parto também pode ser uma consequência significativa, denominada "iatrogenia", resultante de práticas desnecessárias durante a assistência, como o uso excessivo de ocitocina sintética, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a subsequente episiorrafia⁴⁰. Além disso, preocupações com a duração do trabalho de parto e a possibilidade de complicações também são desvantagens frequentemente associadas ao processo de parto⁴¹.

Portanto, é claro que enfrentar o processo de parto normal representa um desafio significativo para a mulher. Por isso, é crucial fornecer informações sobre as vantagens e desvantagens para esclarecer as dúvidas relacionadas ao período de parto. Uma decisão mais segura sobre a escolha da via de parto ocorrerá quando a gestante estiver completamente informada sobre todo o processo, permitindo-lhe assumir um papel ativo e optar pelo parto normal. Isso não apenas facilitará o estabelecimento precoce do vínculo mãe-bebê, mas também trará benefícios substanciais para ambos³⁸.

2.5.2 Parto Cesáreo

A cesárea é uma via cirúrgica, cujo objetivo é a retirada do feto do útero da mãe. Apesar de se tornar um procedimento rotineiro, a OMS preconiza que a cesárea deve ser realizada em casos que haja risco para a saúde da mãe ou bebê, no entanto, estudos apontam que a Cesárea vem aumentando ao longo dos anos em países em desenvolvimento, entre eles está o Brasil que lidera o ranking mundial. É importante ressaltar que o pré-natal é uma peça fundamental para definir qual parto será realizado, é nesse momento que a equipe médica avaliará a necessidade de uma intervenção⁴⁵.

A presente via é sem dúvida um avanço da medicina, uma vez que, diante de uma circunstância crítica, ela busca salvar tanto a gestante como o feto. No entanto, a operação cesárea no ano 700 a.C. só era praticada após a morte da parturiente, isso porque em Roma havia uma lei que proibia o funeral de mulheres grávidas sem antes retirar o feto, sendo estes denominados de cesões ou cesáres quando nasciam com vida. Contudo, em 1500 um homem, habituado com a castração de porcas, mudou a história quando fez um parto cirúrgico em sua mulher, depois de chamar treze parteiras e por motivo desconhecido a criança não nascia, pediu autorização às autoridades civis da cidade para ele mesmo realizar, após um corte preciso, a criança nasceu, sua esposa se recuperou e esse feito ficou marcado⁴⁶.

Com isso, pode-se refletir que é possível ter um parto que caiba na realidade vivida naquele momento, ou seja, a cesárea veio para aquelas mães que tem complicações que a impedem de ter o parto normal, como por exemplo: Infecções com alto risco de transmissão para o bebê; inserção placentária anormal; vitalidade do bebê comprometida; malformações que impedem a passagem do bebê pelo canal vaginal e etc. o projeto de Lei nº 768 em seu artigo 1º §1º assegura a gestante a partir da 39ª semana de gestação o direito ao parto cesárea, devendo a mesma ser previamente esclarecida acerca dos benefícios do parto normal, e advertida sobre os riscos da cesariana. Alguns dos principais riscos acarretados ao bebê, se dá quando a cirurgia é feita antes de completar o termo (37 semanas) e geralmente fora do trabalho de parto, podendo causar problemas respiratórios e disfunções do aparelho digestório, entre outros. Quando não recomendado, a presente modalidade traz mais malefícios do que benéficos, visto que, o próprio corpo da mulher e seu bebê trabalham de forma conjunta e sem a necessidade de intervenção de terceiros⁴⁶.

2.6. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Considerando a importância do conhecimento das características do recém-nascido, da mãe, da gravidez e do parto para o monitoramento das ações de saúde e a formulação de políticas públicas, o Ministério da Saúde implantou, em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esse sistema tem como base a Declaração de Nascido Vivo (DNV), um documento cuja emissão é obrigatória nos serviços de saúde onde ocorreu o parto. Ao contrário do sistema de nascimentos do Registro Civil, cujo principal objetivo é a contagem do número de registros de

nascimentos, o SINASC tem como propósito caracterizar as condições da gestação, do parto e do nascimento⁴⁷.

O SINASC está implantado em todos os estados brasileiros, e as informações são divulgadas pelo site do DATASUS – Ministério da Saúde, disponíveis publicamente por município, sem necessidade de autorização prévia para seu uso. Esse sistema representa uma fonte de dados de valor inestimável para orientar as políticas de atenção à gestante e ao recém-nascido nos níveis municipal, estadual e nacional^{48,49}.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Este trabalho tem como objetivo principal analisar os dados dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios que compõem a RMBS no período de 2019 a 2022.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o tipo de parto mais realizado;
- Identificar a idade da parturiente e o tipo de parto realizado
- Analisar o perfil socioeconômico das parturientes;
- Analisar o perfil cultural das parturientes.

4. METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como um estudo epidemiológico descritivo, transversal, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários temporais que foram coletados da base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC), seguindo os passos: Acesso à informação>> Informações de saúde (TABNET)>> Estatísticas vitais>> Nascidos vivos>> São Paulo>>. Foi selecionada a Macrorregião em Saúde da Baixada Santista composta pelos municípios: Bertioga, Guarujá, Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe), os nascimentos por residência da mãe, e o período de 2019 a 2022 (que é o último ano com dados disponíveis).

Para pesquisa foram consideradas as seguintes variáveis: tipo de parto; idade, escolaridade e raça da parturiente. Todas as informações coletadas não possuem identificação do participante da pesquisa. Por utilizar dados públicos, a pesquisa foi dispensada de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Após a coleta dos dados, estes foram submetidos a uma análise estatística descritiva simples, cujos resultados foram exibidos por meio de gráficos e tabelas.

5 RESULTADOS

Os dados coletados foram correlacionados e estão apresentados em forma de tabelas e gráficos que expressam a distribuição absoluta e/ou percentual das variáveis analisadas.

5.1 Número de Partos

Durante o período pesquisado (2019 a 2022), foram realizados 86.198 partos pelo SUS em toda RMBS, na Tabela 4 podemos observar a distribuição dos partos por ano e município.

Tabela 4. Número de partos realizados durante o período de 2019 a 2022 distribuídos pelos Municípios da RMBS.

Município	2019	2020	2021	2022	Total/Período Município
Bertioga	963	955	980	954	3852
Cubatão	1489	1600	1399	1341	5829
Guarujá	4139	3975	3804	3667	15585
Itanhaém	1340	1403	1285	1328	5356
Mongaguá	720	750	747	703	2920
Peruíbe	941	947	897	905	3690
Praia Grande	4245	4371	4215	4214	17045
Santos	4364	4084	3884	3754	16086
São Vicente	4298	4160	3880	3497	15835
Total	22499	22245	21091	20363	86198

Fonte: Tabnet/Datasus

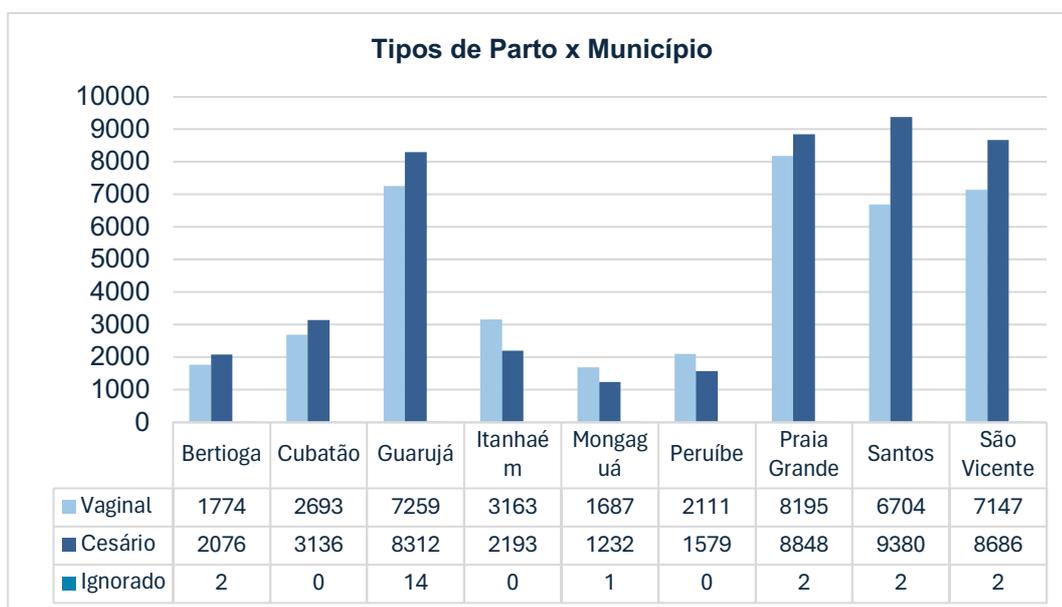
Em 2019, o município com maior número de parto foi o de Santos com 4.364 partos, já em 2020 a 2022 temos a cidade de Praia Grande com 4.371, 4.215 e 4.214 partos respectivamente. O ano de 2019 também foi o ano com maior número de partos do período analisado 22.499.

O município de Praia Grande apresentou o maior número de partos no período de 2019 a 2022, 17.045 mesmo sendo o quinto município em relação a porcentagem de Mulheres em Idade Fértil (MIF) de acordo com a Tabela 2.

5.2 Tipos de Partos

Na Figura 1 podemos observar a distribuição dos tipos de partos por município onde verificamos que dos 86.198 partos realizados na RMBS no período avaliado, 53% foram partos cesáreos e 47% partos vaginais, o que mostra que os parto cesáreo está bem acima dos 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵⁰.

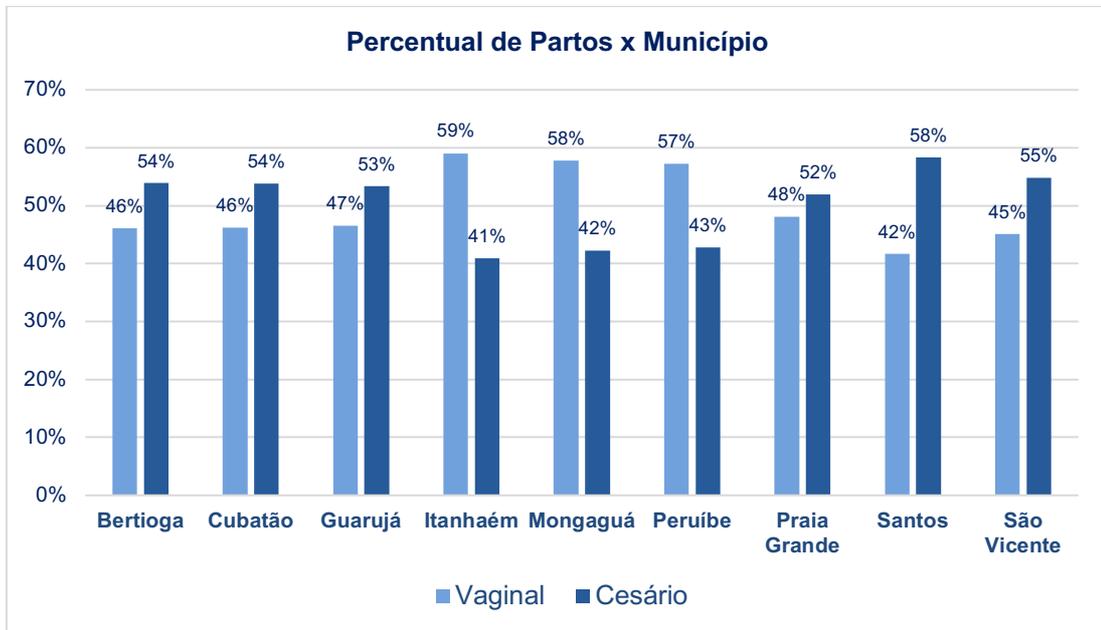
Figura 1. Tipo de partos realizados durante o período de 2019 a 2022 distribuído pelos Municípios da RMBS.



Fonte: Tabnet/Datasus

Observamos na Figura 2 o percentual referente aos tipos de parto, quando analisamos o tipo de parto realizado em cada município durante o período de 2019 a 2022, verificamos no município de Santos 58% dos partos realizados são cesáreas, seguido pelos municípios de São Vicente (55%), Bertioga, Cubatão (54%), Guarujá (53%) e Praia Grande (52%). Em relação ao parto vaginal os dados evidenciaram que os municípios de Itanhaém (59%), Mongaguá (58%) e Peruíbe (57%) apresentaram o maior número.

Figura 2. Percentual de partos realizados durante o período de 2019 a 2022 distribuído pelos Municípios da RMBS.

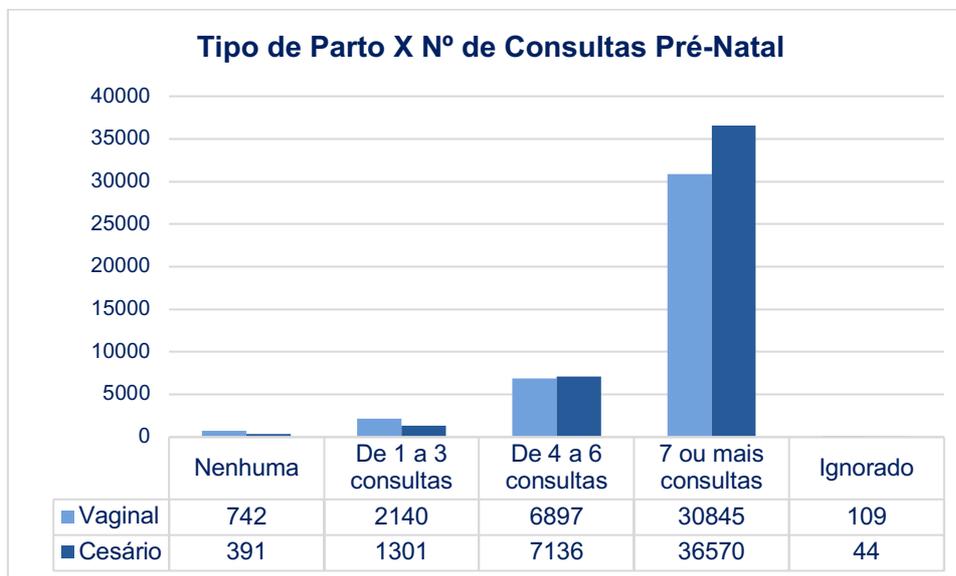


Fonte: Tabnet/Datasus

5.3 Consultas Pré-Natais

Verificamos na Figura 3 que maioria das mulheres compareceram a mais de seis consultas pré-natais, conforme preconiza o Ministério da Saúde. As mulheres que optaram pelo parto cesariana, o acompanhamento pré-natal foi mais adequado em comparação às mulheres que tiveram parto vaginal, sendo que 54% das primeiras compareceram em 7 ou mais consultas.

Figura 3. Tipo de parto em relação ao número de consultas pré-natal durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.

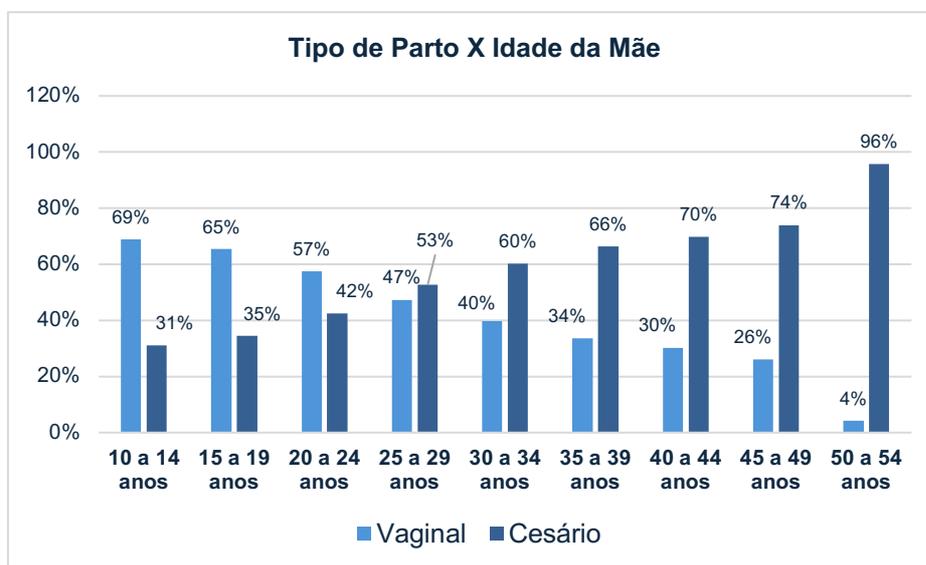


Fonte: Tabnet/Datasus

5.4 Idade da Parturiente

Na Figura 4 podemos observar o tipo de parto em relação a idade da mãe e verificamos que na faixa etária de 10 a 24 anos a predominância é do parto vaginal e que a partir dos 25 até os 54 anos a predominância é do parto cesário. Sendo que a maior porcentagem de parto normal está na faixa etária de 10 a 19 anos e de parto cesário de 50 a 54 anos.

Figura 4. Tipo de parto realizados em relação a idade da mãe durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.



Fonte: Tabnet/Datasus

Na Tabela 5 podemos observar o número de partos de acordo com a faixa etária em cada município da RMBS e verificamos que o município do Guarujá apresenta o maior número de partos na faixa etária de 10 a 14 anos (80); São Vicente nas faixas etárias de 15-19 anos (1.772) e 20 a 24 anos (4101); Praia Grande na faixa etária de 25 a 29 anos (4.205) e a cidade de Santos apresenta o maior número de partos na faixa etária de 30 a 54 anos. E o maior número de partos se concentra na faixa etária que vai dos 20 a 34 anos que representa 69% dos partos realizado no período

Tabela 5. Número de partos realizados durante o período de 2019 a 2021 em relação a idade da mãe e Municípios da RMBS.

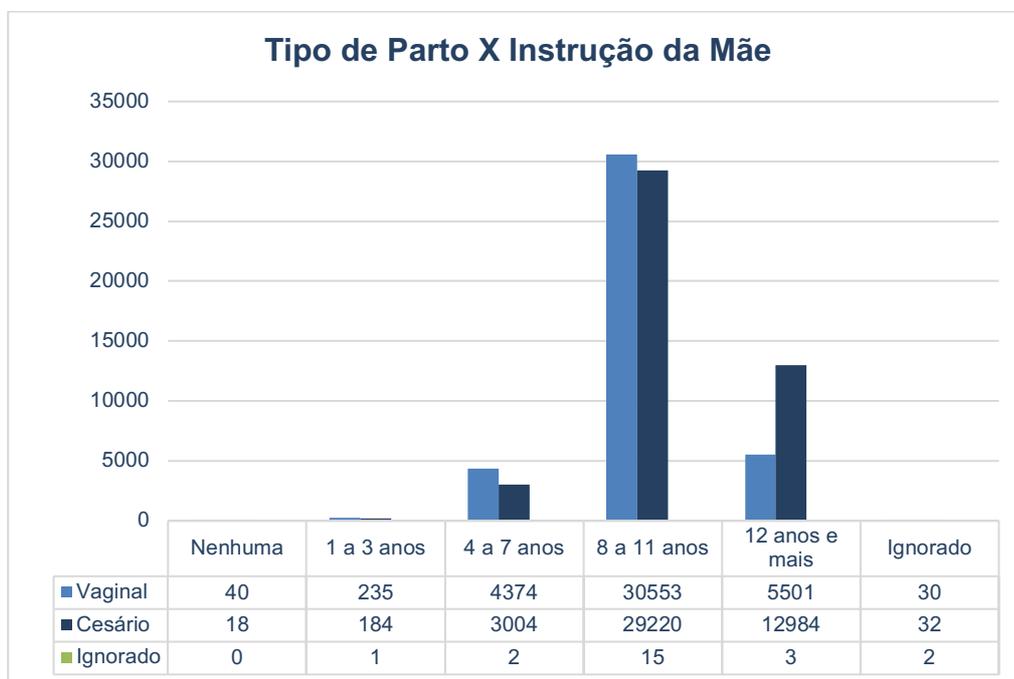
Município	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos
Bertioga	19	528	1059	925	703	462	150	5	1
Cubatão	22	656	1438	1466	1267	756	214	8	2
Guarujá	80	1732	3978	3997	3190	1978	602	25	3
Itanhaém	33	637	1399	1215	1089	723	246	14	-
Mongaguá	14	377	756	648	592	400	124	9	-
Peruíbe	10	474	934	924	704	488	150	6	-
Praia Grande	49	1607	3955	4205	3835	2582	768	43	1
Santos	49	1209	3016	3535	3917	3264	1018	65	13
São Vicente	71	1772	4101	3892	3129	2152	674	40	4
Total	347	8992	20636	20807	18426	12805	3946	215	24

Fonte: Tabnet/Datasus

5.5 Instrução da Parturiente

Também foi avaliado no estudo a instrução da mãe (em anos) com relação ao tipo de parto Figura 5. Podemos verificar que de 1 a 11 anos de instrução temos um número maior de partos vaginais comparados aos cesários, mas, quando as mães apresentam instrução de 12 anos e mais, o temos mais que o dobro de partos cesários em relação aos partos vaginais. O que nos leva a refletir que quanto maior a instrução da mãe maior é a escolha pelo parto cesáreo.

Figura 5. Tipo de partos realizados em relação a instrução da mãe em anos durante o período de 2019 a 2022 na RMBS.

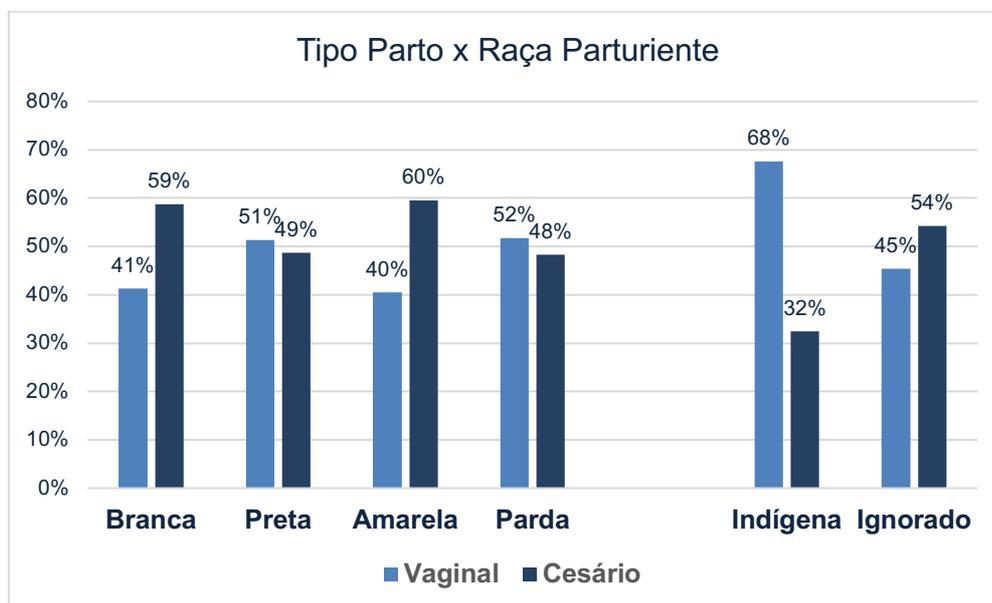


Fonte: Tabnet/Datasus

5.6 Raça da Parturiente

Com base nos dados da Figura 6 verificamos que na raça amarela (60%) e na raça branca (59%) o parto cesáreo é superior ao parto vaginal comparado as demais raças. Verificando-se na presente pesquisa que mulheres negras, pardas e indígenas realizaram a maioria dos partos de forma vaginal, o que pode sugerir uma menor propensão à prática intervencionista.

Figura 6. Tipo de parto realizado em relação a raça da parturiente no período de 2019 a 2022 na RMBS

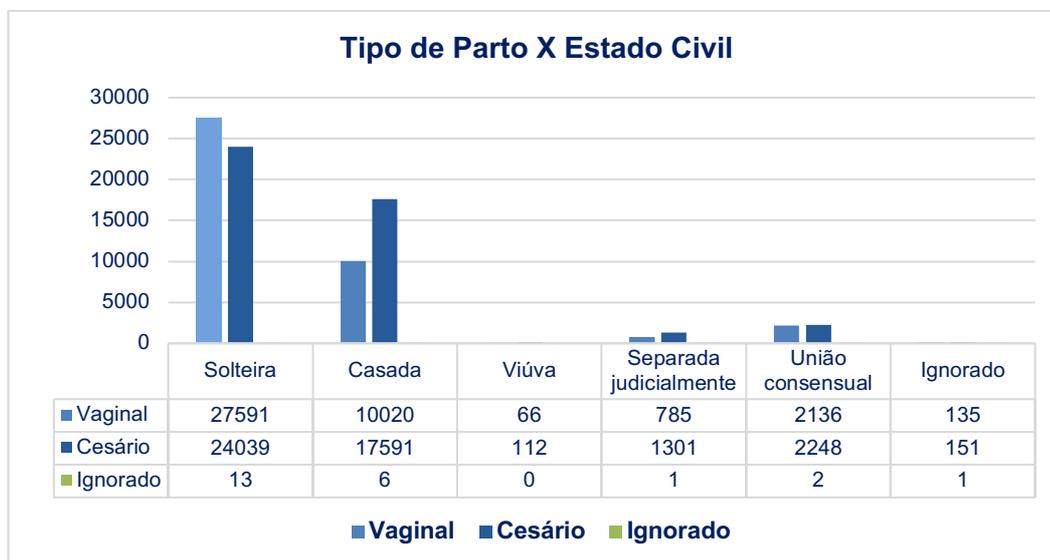


Fonte: Tabnet/Datasus

5.7 Estado Civil da Parturiente

Verificamos na Figura 7 que mulheres com o estado civil solteira optam pelo parto vaginal, já a mulheres casadas, viúvas, separadas judicialmente e vivendo em união consensual escolher o parto cesário.

Figura 7. Tipo de parto realizado em relação ao Estado Civil da Parturiente no período de 2019 a 2022 na RMBS.



Fonte: Tabnet/Datasus

6 DISCUSSÃO

Este estudo analisou os dados do Tabnet/Datasus e constatou que, no período de 2019 a 2022, foram realizados 86.198 partos na RMBS. O município de Praia Grande apresentou o maior número de partos no nesse período, 17.045. No geral o número de partos reduziu em todos os municípios da RMBS no período analisado, o que está de acordo com os dados das Estatísticas do Registro Civil do IBGE⁵¹ onde no ano de 2022 o Brasil registrou o menor número de nascimentos desde 1977, sendo o quarto recuo consecutivo no total de nascimentos do país.

Dos 86.198 partos realizados na RMBS no período avaliado, 53% foram partos cesáreos e 47% partos vaginais, o que mostra que o número de partos cesáreos está bem acima dos 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵⁰. Quando analisamos a distribuição de partos por município nesse período, verificamos no município de Santos que 58% dos partos realizados foram cesáreas e no Município de Itanhaém, 59% foram parto vaginal.

De acordo com o estudo de Betran et al. (2021), o Brasil está entre os cinco países com as maiores taxas de cesáreas no mundo, ocupando a segunda posição com 56%. O país é acompanhado pela República Dominicana (58%), Chipre (55%), Egito (52%) e Turquia (51%)⁵². Devido à elevada incidência de cesarianas no Brasil, diversos órgãos responsáveis pela área de saúde materna e neonatal implementaram medidas e elaboraram documentos com o objetivo de promover cesarianas apenas quando clinicamente necessárias e de desencorajar aquelas realizadas por opção. Um exemplo desses documentos é as "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana", aprovadas pelo Ministério da Saúde (MS) em 2016. O principal propósito destas diretrizes foi estabelecer parâmetros para a realização de cesarianas⁵³.

Não se pode negligenciar o impacto da integração das mulheres no mercado de trabalho, que impõe crescentes demandas, como um fator que contribui para a prevalência crescente da cesariana. Embora a cesariana seja um procedimento menos demorado, oferecendo à mãe e ao médico a flexibilidade na escolha da data e horário da cirurgia, os benefícios apresentados são predominantemente não clínicos. Os autores revelam que desvantagens como a prolongada recuperação pós-parto, atrasos na lactação, a ausência de participação ativa no processo de parto, e os riscos gerais associados a um procedimento cirúrgico frequentemente são negligenciados⁵⁴.

Em decorrência da transição de partos vaginais para cesarianas, pesquisas

científicas que abordam índices de morbidade e mortalidade, tanto perinatais quanto maternas, associadas ao método de parto, assim como temas relativos à humanização da saúde e à desmistificação cultural do parto cesáreo, têm sido objeto de discussão em âmbito global⁵⁵.

De acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴, o número apropriado de consultas de pré-natal seria igual ou superior a seis; e foi o que observamos nos dados levantados na RMBS. Sendo que 54% das mulheres que optaram pelo parto cesariana compareceram em 7 ou mais consultas. Mas, esse acompanhamento não acontece da mesma maneira em todo país, em 2019 no Brasil, houve 339.379 mil nascidos cujo as gestantes tiveram de 4 a 6 consultas de pré-natal, 113.696 mil em toda região Nordeste e 15.858 mil no estado de Pernambuco, já o número de nascidos das gestantes que não fizeram nenhum acompanhamento foi de 25.064, 9.284 e 1.150, respectivamente⁵⁶.

Em relação ao tipo de parto e a idade da mãe e verificamos que na faixa etária de 10 a 24 anos a predominância é do parto vaginal e que a partir dos 25 até os 54 anos a predominância é do parto cesário, o que está em concordância com os resultados encontrados na literatura. O estudo realizado por Santos et al.(2009),verificou que à medida que idade materna aumenta, diminui o número de partos normais⁵⁶. Ximenes e Oliveira (2004) também constataram um maior número de partos normais nas adolescentes entre 10 e 19 anos (70,2%) e nas parturientes acima de 35 anos, uma porcentagem ligeiramente superior (51,4%) nos partos cirúrgicos⁵⁷. No estudo de Nomura et al.(2004) foi verificado também que as pacientes com idade superior ou igual a 35 anos apresentaram maior proporção de partos cesárea⁵⁸.

Quando analisamos o grau de instrução da mãe em relação ao tipo de parto, verificamos que quando as mães apresentam de 1 a 11 anos de instrução temos um número maior de partos vaginais comparados aos cesários, mas, quando apresentam instrução de 12 anos e mais, temos mais que o dobro de partos cesários em relação aos partos vaginais. Esse dado está de acordo com a literatura, onde no estudo de Mauadié et al.(2024), a variável escolaridade, na categoria maior ou igual a 12 anos corresponde a 77% dos partos cesárea e apenas 23% de partos por via vaginal ⁵⁹. O que nos leva a refletir que quanto maior a instrução da mãe maior é a escolha pelo parto cesáreo. Isso demonstra que o nível de escolaridade, a inserção no mercado de

trabalho e as crescentes demandas enfrentadas pelas mulheres na sociedade contemporânea são fatores que podem intensificar a preferência pelo parto cesáreo. Isso se deve à capacidade de escolher datas, locais e horários, permitindo maior controle por parte da mulher ou do médico sobre o processo de nascimento⁶.

A escolaridade é uma variável relevante na área da saúde e impacta diversos aspectos da vida humana. Há uma relação direta entre o nível educacional e o tipo de parto: mulheres com maior nível de escolaridade apresentam menor probabilidade de ter um parto vaginal⁶⁰. O grau de instrução está fortemente associado ao tipo de parto, pois mães com maior nível educacional têm até seis vezes mais chances de optarem por um parto cesáreo. Esse fenômeno pode ser explicado tanto pela conveniência materna quanto por motivos médicos, além do maior custo econômico associado a cesarianas. Mulheres com maior escolaridade, geralmente, possuem melhores condições financeiras para arcar com esses custos no setor privado⁶¹. Isso reforça que a escolha do tipo de parto está ligada não apenas a fatores clínicos, mas também ao acesso aos recursos disponíveis para cada mulher.

Quando analisamos os dados referentes ao tipo de parto realizado em relação a raça da parturiente, verificamos que na raça amarela (60%) e na raça branca (59%) o parto cesáreo é superior ao parto vaginal comparado as demais raças. Os estudos de Santos et al. (2022) e Schiller (2015) observaram no que se refere à variável cor/raça, que as mulheres de etnia clara, autodeclaradas como brancas ou amarelas, tiveram uma maior incidência de partos cesáreos em comparação aos partos vaginais. Esse comportamento se diferencia do grupo de mulheres de etnias de cor escura, como as pardas, negras e indígenas, o que está em concordância com os achados do presente estudo^{60,62}. Esses resultados são altamente significativos, pois sugerem que o acesso à cesariana não se limita apenas a fatores financeiros, mas também envolve questões raciais, tornando o procedimento menos acessível para minorias.

Em relação ao estado civil da parturiente e a escolha da via de parto, verificamos que mulheres com o estado civil solteira optam pelo parto vaginal, já as mulheres casadas, viúvas, separadas judicialmente e vivendo em união consensual escolher o parto cesáreo. Schiller (2015) analisou o perfil das parturientes e as vias de parto no Brasil e constatou que os maiores percentuais de cesarianas se encontram entre as parturientes casadas e separadas nas cinco macrorregiões. Porém, é nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste que os percentuais de partos cesáreos superam

os percentuais de partos vaginais em todos os estados civis das parturientes⁶². Santos et al. (2022) investigou a relação entre estado civil e tipo de parto, constatando que mulheres solteiras apresentaram maior prevalência de partos vaginais. Em contrapartida, entre as mulheres casadas, a taxa de cesarianas foi significativamente superior, confirmando os resultados do nosso estudo⁶⁰. O estado civil se mostra um fator relevante, pois a presença de uma figura paterna pode proporcionar maior estabilidade econômica à família, influenciando a escolha pelo parto cesáreo devido às melhores condições financeiras para arcar com o procedimento. Já mães solteiras, em geral, enfrentam limitações econômicas que dificultam essa opção⁶³.

O elevado número de cesarianas no Brasil, observado também na RMBS, parece estar relacionado não apenas a fatores biológicos, mas principalmente a aspectos sociais e culturais. Esse contexto, embora desafiador por se tratar de uma construção sociocultural complexa, pode ser modificado por meio de ações educativas. É fundamental fornecer informações às gestantes sobre as diferentes vias de parto, os procedimentos envolvidos e as consequências para a saúde da mãe e do bebê. Essas orientações podem ser oferecidas durante o pré-natal, por meio de palestras e materiais informativos, como cartilhas e folhetos. Além disso, a realização de estudos mais abrangentes sobre o tema é crucial, não apenas para ampliar o conhecimento da sociedade, mas também para sensibilizar as autoridades públicas, incentivando a adoção de medidas que reduzam a ocorrência de cesarianas desnecessárias no país.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a prevalência do número de partos cesárea na RMBS parece estar associada a idade da mãe, ao perfil socioeconômico, o número de consultas de pré-natal, a escolaridade e a segurança conjugal. Assim como em diversas regiões do Brasil, na RMBS há urgência em expandir e aprimorar as informações fornecidas às mulheres acerca dos reais riscos associados aos métodos de parto, ampliando a compreensão sobre a naturalidade do nascimento, bem como promovendo a humanização desse processo para que os números de partos cesáreas diminua gradualmente e possa chegar a taxa ideal preconizada pela OMS seria entre 10% e 15% de todos os partos realizados.

8 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
2. Viana LVM, Ferreira KM, Mesquita MASB. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. *Revista Saúde em Foco*.2014; 1(2): 134-148.
3. de Souza Pereira AC, Sakman R, Voltarelli A, da Silva Vasconcelos AM, Nunes S, Ferreira ICC. Benefícios do parto normal. *Glob Clin Res J*. 2022;2(1): e18.
4. Araújo, BCN; Filgueiras, EV; Weber, F; Carrijo, MF; Doering, AMLR; Monteiro, ACF; Oliveira, CL; Machado, RR. Benefícios do Parto Normal. *Revista Saúde Multidisciplinar*, 2022 jun, 12(2): 36-36.
5. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, v.27, n. 6, p.1053-1064. (2011).
6. Guimarães NM, de Souza Freitas VC, de Senzi CG, Frias DFR, Gil GT, Lima LDDSC. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(2):11942-11958.
7. de Andrade SG, de Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano ARG, Terceiro AJDM, da Silva TB, Oliveira, MAS. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*. 2018;4.
8. Ribeiro Da Silva EA, Garcia Da Silva G, Carniel F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos em um município da Amazônia Legal. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*. 2019;29(2).
9. São Paulo (Estado) Lei Complementar Estadual nº 815, de 1996. Disponível em <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1996/lei.complementar-815-30.07.1996.html>
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

11. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2019. Acesso em: 18 de abril de 2024. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>
12. De Souza AMG, de Andrade FB. Qual o cenário da mortalidade de mulheres em idade reprodutiva no Brasil. O Mundo da Saúde. 2020;44:421-432.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual técnico [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 Acesso em: 18 de abril de 2024. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Acesso em: 18 de abril de 2024 . Disponível em: Brasília: Ministério da Saúde, 2012. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
15. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2011; 27:787-796.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e nascimento. Secretaria Executiva - Brasília: 2002. Acesso em: 18 de abril de 2024. Disponível em: <https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - A Rede Cegonha. 2011. Acesso em: 18 de abril de 2024. Disponível em: https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm

18. Guerra HS, Hirayama AB, da Silva AKC, Oliveira BDCS, de Jesus Oliveira JF. Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. *Iniciação Científica CESUMAR*. 2016;18(1):73-80.
19. Barros APZD, Lipinski JM, Sehnem GD, Rodrigues AN, Zambiasi EDS. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. *Rev. enferm. UFSM*. 2017;69-79.
20. Pereira CCC, Buttow LJR, Cremonese L, Rampelloto GF, Wilhelm LA, Barreto CN. Contribuições do plano de parto e estratégias para inserção no pré-natal: revisão narrativa. *Disciplinarum Scientia| Saúde*. 2020;21(2):59-71.
21. Trigueiro TH, Pardo HN, de Assis Berteloni GM, Franco CS, Wall ML, Souza SRRK. O uso do plano de parto por gestantes no pré-natal: uma revisão de escopo. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*. 2021;25(1).
22. Porto AAS, Costa LP, Velloso NA. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Rev Ciência e Tecnologia, Rio Grande do Sul*. 2015;1(1).
23. Maffioletti Cavalier C, Castro A, Figueiredo RC, Araújo TN. Representações Sociais do Parto para Mulheres que foram parturientes. *Rev Psicologia*. 2018;12(41):977–990.
24. Lacerda GMO de, Mariano VC, Passos SG de. Violência obstétrica e os direitos das gestantes: o que as mulheres sabem? *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*. 2022;5(10).
25. Silva IAD, Silva P1 DSFD, Andrade EWO, Moraes FFD, Silva RSDS, Oliveira LS. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. *Rev Uningá*. 2017;53(2).
26. Almeida MM, Silva FWTD, Lobo LMG, Santos TSD, Pessoa RM da C. A enfermagem na perspectiva do parto humanizado: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Ciência & Saberes-UniFacema*. 2016;2(2).
27. Souza TG de, Gaíva MAM, Modes PSS dos A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev Gaúcha Enfermagem*. 2011;32(3).
28. da Silva AC, dos Santos KA, de Passos SG. Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária. *Rev JRG de Estudos Acadêmicos*. 2022;5(10):113-123.

29. OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde. OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. 15 fev. 2018. Acesso em: 18 de Abril de 2024. Disponível em; <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e>.
30. Silva AB et al. Percepção da Mulher acerca da assistência ao parto pela enfermeira obstetra. Rev Enfermagem em Foco – Cofen. 2018;9(4). Acesso em: 18 de Abril de 2024. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1068/473>.
31. Vale L de S, Araújo AHIM de. A escolha do tipo de parto e as vantagens do parto vaginal à parturiente. Revista JRG [Internet]. 23º de novembro de 2023 [citado 19º de abril de 2024];6(13):2001-15. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/806>
32. Ministério da Saúde. Diretriz Assistência ao parto Normal. Brasília, 2017. Acesso em: 18 de abril de 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
33. COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? Revista Enfermagem. Ano 10. nº 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf, acessado em 09/07/2024.
34. Ferreira KM, Viana LV, Mesquita MA. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. Rev Saúde em Foco. 2014;1(2):134-48.
35. Vicente AC, Lima AK, Lima CB. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. Temas em saúde. 2017;17(4):24-35.
36. FIOCRUZ. A dor no parto: significados e manejo. [S. L.]: Portal de Boas Práticas 2020. 32 slides, color. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29833/2/a%20dor%20no%20parto_significados%20e%20manejo.pdf. acessado em: 09/07/2024.
37. Passos AMB, Melo FS, Almeida TV, Rocha LS . Percepção sobre a dor no trabalho de parto: sensações e significados vivenciados entre puérperas. 2022. TCC

38. Gazineu RC, de Almeida Amorim KR, da Paz CT, Gramacho RDC. Benefícios do parto normal para a qualidade de vida do binômio mãe-filho. *Textura*. 2018;12(20):121-9.
39. Carneiro LM, Paixão GP, Sena CD, et al. Parto natural x parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. *R Enferm Cent O Min*. 2015;5(2):1574-85.
40. Pimenta LF, et al. Acultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *J res: fundam care*. online. 2014;6(3):987-97.
41. Melo JK, Davim RM, Silva RA. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *J res: fundam care*. online. 2015;7(4):3197-205.
42. Velho MB, Santos EK, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):282-9.
43. GW, Sousa MN, Lima TN. Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. *Rev Enferm UFPE Online*. 2016;10(10):3860-7.
44. Freire HS, Campos FC, Castro RC, et al. Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017;11(6):2357-67.
45. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and € maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2016;123: 745-53.
46. Rezende JMD. A primeira operação cesariana em parturiente viva. Rezende JM. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Unifesp, 2009; 171-2. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0019>. Acessado em: 09/07/2024.
47. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2016;25:e3570014.
48. Szwarcwald CL, Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Almeida WDSD, Frias PGD, Damacena GN, et al. Avaliação das informações do Sistema de Informações

- sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. Cad Saúde Pública. 2019;35:e00214918.
49. Theme Filha MM, Gama SGN, Cunha CB, Leal MC. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. Cad Saúde Pública. 2004;20 Suppl 1:S83-91.
50. WHO. World Health Organization. WHO statement on Caesarean section rates; 2015. [acesso em 11nov 2023]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
51. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
52. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. 2021 Jun;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671. PMID: 34130991; PMCID: PMC8208001.
53. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
54. Melo JKF, Davim RMB, Silva RRA. Vantagens e desvantagens do parto transpélvico e cesariano: opinião das puérperas. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2015;7(4):3197-3205.
55. Vicente AC, Lima AKBS, Lima CB. Parto Cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. Temas em Saúde. 2017;17(4):24-35.
56. da Silva Nascimento D, da Silva Nascimento D, de Araujo Silva VF, Belarmino CMV. Assistência de enfermagem ao pré-natal na atenção básica: uma revisão integrativa. Rev Artigos Com. 2021;27:e7219-e7219.
57. Ximenes FMA, Oliveira MCR. A influência da idade materna sobre as condições perinatais. Revista Brasileira em Promoções da Saúde, 2004;17(1) . Disponível em: http://www.unifor.br/hp/revista_saude/v17-2/artigo2.pdf.
58. Nomura RMY. et al. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública, 2004; 38(1):9-15.

59. Mauadié, A. C. A., Bastos, C. L. A. T., Borges, L. A., de Almeida, L. P. D., dos Santos Campos, M., & Ribeiro, M. G. A. S. (2024). Parto cesáreo versus vaginal: uma descrição epidemiológica entre 2016 e 2021. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e71504-e71504.
60. Santos, Jéssica Diodino da Silva et al. Análise epidemiológica das vias de parto no Brasil. 2022
61. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4):1025- 1029, jul-ago, 2001.
62. Schiller EF (2015). A relação entre perfis de parturientes e vias de parto no Brasil.
63. Souza E L et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. *Rev Med (São Paulo)*. 2022 set.-out.;101(5):e-172947.

ANEXOS

ANEXO I - Resumo EPIC 2023

Cenário Obstétrico na Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes

Eliana Souza dos Santos¹, Edgar Maquigussa¹, Marcela Leticia Leal Gonçalves^{1,2}, Juliana Maria Altavista Sagretti Gallo³, Gustavo Duarte Mendes¹, Elaine Marcilio Santos^{1,2}, Sandra Kalil Bussadori^{1,4}, Ana Paula Taboada Sobral^{1,2}

¹Mestrado em Medicina: Saúde e Meio Ambiente, Universidade Metropolitana de Santos, SP, Brasil

²Faculdade de Odontologia, Universidade Metropolitana de Santos, SP, Brasil;

³Mestrado em Medicina Veterinária no Meio Ambiente Litorâneo, Universidade Metropolitana de Santos, SP, Brasil;

⁴Pós-Graduação em Biofotônica Aplicada às Ciências da Saúde, Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil.

Autor Correspondente:

Ana Paula Taboada Sobral

e-mail: anapaula@taboada.com.br

Resumo

Introdução: O nascimento de um filho é um momento marcante na vida de uma parturiente e de sua família. Porém vale ressaltar que há vários questionamentos relacionados tanto ao tipo quanto a segurança do parto que a gestante será submetida. Cientificamente é comprovado que o parto normal pode trazer benefícios imunológicos e respiratórios ao bebê, além de apresentar o fator protetor para a mãe. Mesmo diante das evidências científicas positivas em relação ao parto normal, o número de cesarianas, ainda se apresenta predominante, principalmente nos países em desenvolvimento. Devido ao grande número de cesarianas, o Ministério da Saúde promove ações para humanização da assistência aos partos e aos nascimentos baseando-se em normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nas desvantagens que a cesárea possui quando comparada ao parto vaginal em relação a mortalidade perinatal e materna. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo analisar os dados dos partos realizados no Sistema Único de Saúde da Baixada Santista no período de 2011 a 2021; identificar o tipo de parto mais realizado e analisar o perfil socioeconômico e cultural das parturientes. **Métodos:** O presente trabalho se caracteriza como um estudo epidemiológico descritivo, transversal, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários temporais que serão coletados da base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC), seguindo os passos: Acesso à informação>> Informações de saúde (TABNET)>> Estatísticas vitais>> Nascidos vivos>> São Paulo>>. Será selecionada a Macrorregião em Saúde da Baixada Santista composta pelos municípios: Bertioga, Guarujá, Santos, São Vicente, Cubatão, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe), os nascimentos por residência da mãe, e o período de 2011 a 2021 (que é o último ano com dados disponíveis). Para pesquisa serão consideradas as seguintes variáveis: tipo e local de parto; idade, escolaridade, estado civil e raça da parturiente. Todas as informações coletadas não possuem identificação do participante da pesquisa. Por utilizar dados públicos, a pesquisa foi dispensada de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após coleta dos dados, os mesmos passarão por uma análise estatística descritiva simples e os resultados serão apresentados em formato de gráficos e tabelas.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Obstetrícia; Parto normal; Cesária; Nascido Vivo

ANEXO II - Certificado EPIC 2023

UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS
“Prêmio Dr. Rubens Viegas”



Certificamos para fins acadêmicos que o trabalho **“Cenário Obstétrico na Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes”**, Eliana Souza dos Santos, Edgar Maquigussa, Marcela Leticia Leal Gonçalves, Juliana Maria Altavista Sagretti Gallo, Gustavo Duarte Mendes, Elaine Marcilio Santos, Sandra Kalil Bussadori e Ana Paula Taboada Sobral, foi apresentado na categoria Poster, no VI ENCONTRO DE PESQUISA E INICIAÇÃO CIENTÍFICA da UNIMES – Santos/SP.

Santos, 31 de outubro de 2023.

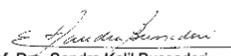
Azedo


Prof. Dra. Juliana Maria Altavista Sagretti

Presidente – VI EPIC UNIMES


Prof. Dr. Milton Ricardo

Presidente Científico – VI EPIC UNIMES


Prof. Dr. Sandra Kalil Bussadori
Coordenadora Geral da Pós-Graduação

ANEXO III – Capítulo E-book 2023

CAPÍTULO 7 - CENÁRIO OBSTÉTRICO NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA: PREVALÊNCIA E PERFIL DAS PARTURIENTES

Eliana Souza dos Santos, Maria Carolina Martins Mynssen Miranda de Freitas, Elaine Marcilio Santos, Gustavo Duarte Mendes, Marcela Leticia Leal Gonçalves, Edgar Maquigussa, Ana Paula Taboada Sobral

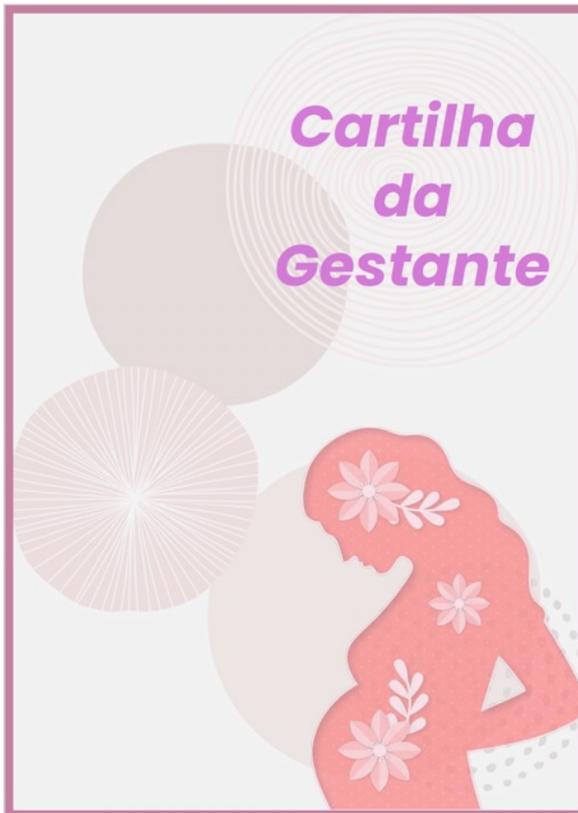
INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho é um momento marcante na vida de uma parturiente e de sua família. Porém vale ressaltar que, há vários questionamentos relacionados tanto ao tipo quanto a segurança do parto que a gestante será submetida¹. Cientificamente é comprovado que o parto normal pode trazer benefícios imunológicos e respiratórios ao bebê, além de apresentar o fator protetor para a mãe. Mesmo diante das evidências científicas positivas em relação ao parto normal, o número de cesarianas, ainda se apresenta predominante, principalmente nos países em desenvolvimento².

Visando o fortalecimento e a qualidade da saúde da mulher o Ministério da saúde criou um conjunto de ações e diretrizes, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 e implantado em 1984. Essa política de saúde veio para assegurar o direito a mulher ao parto seguro, e a suas necessidades, emocional, social, familiar e de saúde reprodutiva. Capacitando os profissionais de saúde e as estruturas necessárias para o atendimento³.

Considerando o alto índice de cesarianas, o Ministério da Saúde tem implementado iniciativas para a humanização do cuidado durante o parto e o nascimento. Essas ações são embasadas em diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nas desvantagens associadas à cesariana quando

ANEXO IV – Cartilha da Gestante



ANEXO V – Processo de Validação da Cartilha da Gestante

A Cartilha da Gestante – Parto Normal: Deixe essa Ideia Nascer em Você (ISBN: 978-65-01-10721-9) é um produto oriundo da Dissertação da aluna Eliana Souza dos Santos; cujo título é: O Panorama Obstétrico na Região Metropolitana da Baixada Santista: Prevalência e Perfil das Parturientes. A Cartilha foi desenvolvida com o objetivo de fornecer orientações sobre os cuidados adequados para garantir a saúde e da gestante e do bebê.

Após o término da elaboração da cartilha a mesma foi encaminhada para um grupo de especialistas no tema abordado, 28 profissionais da área de obstetrícia (médicos e enfermeiros) para que avaliassem o conteúdo e a utilidade da cartilha na transmissão da informação proposta de forma eficaz para fornecer orientações adequadas para as gestantes. Esses grupos foi chamado de juízes especialistas (JE).

A avaliação foi realizada pelo método de Escala de Likert¹, por meio de questionário composto por 10 asserções (Tabela 1).

Tabela 1. Questionário para validação da cartilha da Gestante- Juízes Especialistas (JE)

Asserções	Considerações comuns a todas as asserções
1.A Cartilha é coerente do ponto de vista do que pretende orientar.	1. Discordo totalmente 2. Discordo parcialmente 3. Indiferente 4. Concordo parcialmente 5. Concordo totalmente
2.A Cartilha é coerente do ponto de vista do processo de educação em saúde.	
3.A Cartilha pode ser apresentada durante as consultas de pré-natal.	
4.As informações da cartilha estão bem estruturadas e são de fácil e rápida leitura.	
5.As informações apresentadas na cartilha estão cientificamente corretas.	
6.Há sequência lógica no conteúdo abordado.	
7.As informações da cartilha abordam os tópicos principais em relação as vias de parto.	
8.As informações da cartilha abordam os tópicos principais em relação aos direitos das gestantes.	
9.As informações da cartilha esclarecem dúvidas das gestantes.	
10. A cartilha está adequada para ser utilizada como material de consulta e apoio para gestantes.	

O Link do questionário e a cartilha foram enviados via WhatsApp aos JE e os dados coletados foram inseridos e analisados em um banco de dados na planilha eletrônica Microsoft Excel. Foi utilizado para análise dos dados o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção ou porcentagem de juízes (avaliadores) que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este índice foi calculado para cada item de uma escala (I-IVC), bem como para a escala geral (S-IVC/AVE)^{2,3,4}. O I-IVC corresponde a avaliação individual por item, assim o cálculo do I-IVC é dado pelo ao número de avaliações do item que sejam 4 e 5 dividido pelo número total de juízes. O S-IVC/Ave correspondeu a soma dos valores de todos os I-IVC, calculados separadamente, dividido pelo número de itens considerados na avaliação (Tabela 2). Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0.78 (78%) para I-IVC e 0.80(80%) para S-IVC e preferencialmente, maior que 0.90(90%)⁵.

Tabela 2. Julgamento dos Juízes Especialistas, sobre itens da cartilha da Gestante

Asserções	Concordo Parcialmente % Nota 4	Concordo Totalmente % Nota 5	Nº de JE com notas 4 e 5	Concordância entre os JE	I-IVC	S-IVC/AVE
1.A Cartilha é coerente do ponto de vista do que pretende orientar.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	100%
2.A Cartilha é coerente do ponto de vista do processo de educação em saúde.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
3.A Cartilha pode ser apresentada durante as consultas de pré-natal.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
4.As informações da cartilha estão bem estruturadas e são de fácil e rápida leitura.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
5.As informações apresentadas na cartilha estão cientificamente corretas.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
6.Há sequência lógica no conteúdo abordado.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
7.As informações da cartilha abordam os tópicos principais em relação as vias de parto.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
8.As informações da cartilha abordam os tópicos principais em relação aos direitos das gestantes.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
9.As informações da cartilha esclarecem dúvidas das gestantes.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	
10. A cartilha está adequada para ser utilizada como material de consulta e apoio para gestantes.	3 (10,7%)	25 (89,3%)	28	100%	100%	

Legenda: JE= Juiz Especialista. I-IVC= Índice de validade de cada item. S-IVC/AVE = escala geral.

Todos as asserções julgadas pelos juízes especialistas obtiveram a validade de conteúdo (I-IVC) e validade total da escala via S-IVC/AVE mostraram resultados

excelente, pois, atingiram o valor de 100%; o que possibilitou demonstrar a confiabilidade desse instrumento de orientação para gestantes. Diante disso, não houve sugestões de mudanças na cartilha de orientações, sendo assim, foi definida a versão final da cartilha.

Após a validação da cartilha pelos JE, a cartilha foi apresentada por meio de uma palestra para gestantes com o Título: Parto Normal: deixe essa ideia nascer em você: no Serviço de Atenção Integral à Saúde da Mulher - SAISM de Cubatão nos dias 10 e 15 de julho de 2024, que foi realizada pela aluna e enfermeira obstetra, Eliana Souza dos Santos.

Figura 1 . Ofício da Palestra

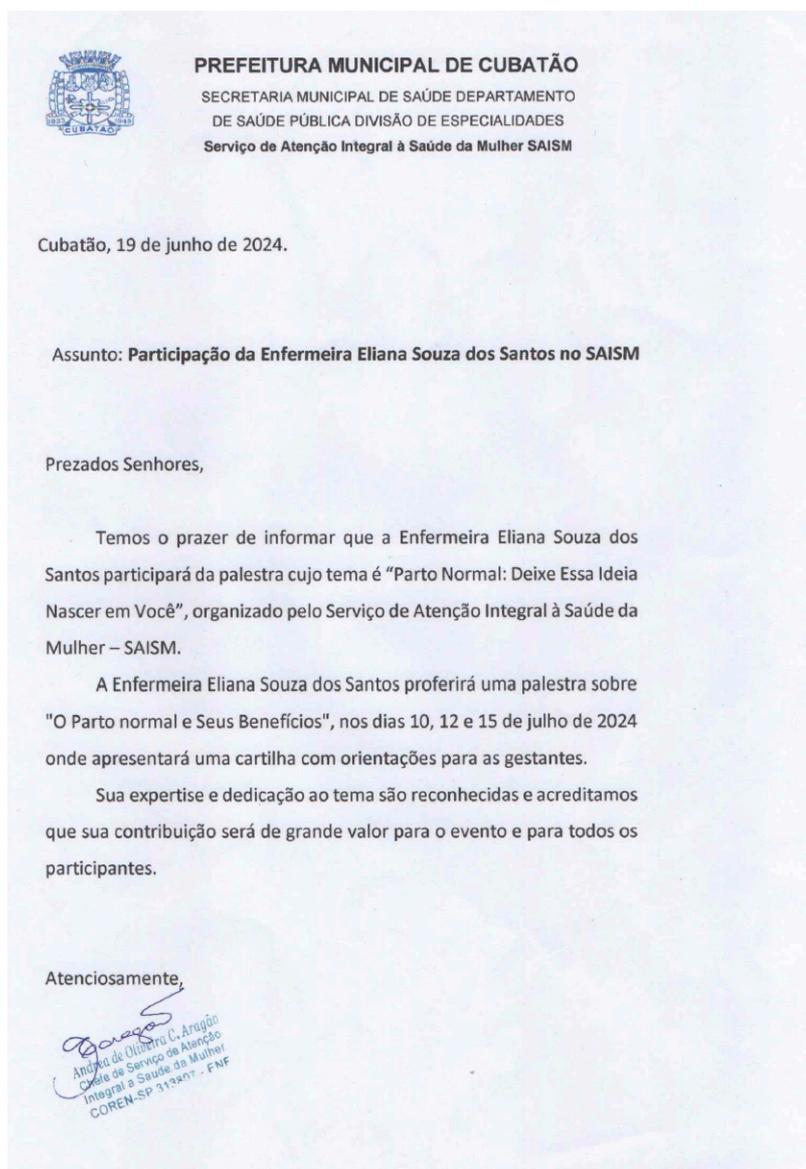


Figura 2. Lista de Presença da Palestra

LISTA DE PRESENÇA

Título Palestra: "Parto Normal: Deixe essa Idela Nascer em Você"

Palestrante: Ellana Souza dos Santos Data: 10, 09, 2024

#	Nome completo	CPF	Assinatura
1	Ellana Santos	4114567.7906	Ellana Santos
2	Ana Cecília Alves	361.85139847	Ana Cecília Alves
3	Maria Letícia de Freitas	546.375.228-55	Maria Letícia de Freitas
4	Sandra Maria de Sales	615.167.733-14	Sandra Maria de Sales
5	Gláucia de Souza Nunes Rocha	303.456.898-36	Gláucia de Souza Nunes Rocha
6	Luiza Aparecida da Silva	298.843.458-13	Luiza Aparecida da Silva
7	Elaine Cristina dos Santos	338.762.228/77	Elaine Cristina dos Santos
8	André Moraes	333.893.888-06	André Moraes
9	Anderson dos Santos	162.349.188-67	Anderson dos Santos
10	Carolina dos Santos	385.033.628-5	Carolina dos Santos
11	Vanessa Regina da Silva	386.779.428-25	Vanessa Regina da Silva
12	Letícia Kathum da Paixão	058.637.778-3	Letícia Kathum da Paixão
13	Idelcia de Almeida Ferreira	942.458-785	Idelcia de Almeida Ferreira
14			
15			
16			
17			

LISTA DE PRESENÇA

Título Palestra: "Parto Normal: Deixe essa Idela Nascer em Você"

Palestrante: Ellana Souza dos Santos Data: 15, 09, 2024

#	Nome completo	CPF	Assinatura
1	Gláucia de Souza Nunes Rocha	303.456.898-36	Gláucia de Souza Nunes Rocha
2	Letícia Kathum da Paixão	058.637.778-3	Letícia Kathum da Paixão
3	Vanessa Regina da Silva	386.779.428-25	Vanessa Regina da Silva
4	Carolina dos Santos	385.033.628-5	Carolina dos Santos
5	Anderson dos Santos	162.349.188-67	Anderson dos Santos
6	Elaine Cristina dos Santos	338.762.228/77	Elaine Cristina dos Santos
7	MONIQUE RODRIGUES DOS SANTOS	575495498	MONIQUE RODRIGUES DOS SANTOS
8	Caroline dos Santos	058.247.026-59	Caroline dos Santos
9	Vanessa Regina da Silva	386.779.428-25	Vanessa Regina da Silva
10	Luiza Aparecida da Silva	298.843.458-13	Luiza Aparecida da Silva
11	Gláucia de Souza Nunes Rocha	303.456.898-36	Gláucia de Souza Nunes Rocha
12	Maria Inês de Almeida Gomes	489.853.748-00	Maria Inês de Almeida Gomes
13	Ranê Haic de Siqueira Sobrinho	169.592.628-50	Ranê Haic de Siqueira Sobrinho
14	Mirella Aparecida de Paiva	501.647.318-81	Mirella Aparecida de Paiva
15	Shayrene Almeida	412.158.448-16	Shayrene Almeida
16			
17			
18			

Figura 3. Fotos da Palestra

Após a palestras as participantes foram convidadas a responder um questionário para que pudéssemos fazer a validação da cartilha agora com as gestantes, que foram chamadas de juízes não especialistas (JNE). O questionário foi elaborado com questões que têm como opção de resposta o grau de entendimento, sendo essas repostas graduadas em escala Likert de “1” a “4”, correspondendo a “não”, “pouco”, “bastante” e “totalmente”, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Questionário para validação da cartilha da Gestante- Juízes Não Especialistas (JNE)

Questões	Considerações comuns a todas as questões
1.Você gostou das orientações apresentadas na cartilha?	1. Não 2. Pouco 3. Bastante 4. Totalmente
2.Você gostou da ordem em que os textos são apresentados?	
3.Você conseguiu entender o conteúdo escrito?	
4.A cartilha foi escrita com palavras simples?	
5.A capa atraiu sua atenção para leitura da cartilha?	
6.Os desenhos representam bem a ideia do texto?	
7.A impressão da cartilha é legível?	
8.O tamanho da letra está adequado?	
9.Você acha que a cartilha abordou os assuntos necessários?	
10. A cartilha te ajudou a aprender mais sobre os assuntos apresentados?	

As 28 gestantes (JNE) responderam o questionário e os dados foram analisados da mesma forma que a utilizada para os JE, utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Tabela 4.

Tabela 4. Julgamento dos Juízes Não Especialistas, sobre itens da cartilha da Gestante

Questões	Bastante % Nota 3	Totalmente % Nota 4	Nº de JNE com notas 3 e 4	Concordância entre os juizes	I-IVC	S-IVC/ AVE
1.Você gostou das orientações apresentadas na cartilha?	0	28 (100%)	28	100%	100%	100%
2.Você gostou da ordem em que os textos são apresentados?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
3.Você conseguiu entender o conteúdo escrito?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
4.A cartilha foi escrita com palavras simples?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
5.A capa atraiu sua atenção para leitura da cartilha?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
6.Os desenhos representam bem a ideia do texto?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
7.A impressão da cartilha é legível?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
8.O tamanho da letra está adequado?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
9.Você acha que a cartilha abordou os assuntos necessários?	0	28 (100%)	28	100%	100%	
10. A cartilha te ajudou a aprender mais sobre os assuntos apresentados?	0	28 (100%)	28	100%	100%	

Legenda: JE= Juiz Especialista. I-IVC= Índice de validade de cada item. S-IVC/AVE = escala geral.

No que se refere ao processo de validação realizado pelos juízes não especialistas, as dez questões obtiveram 100% de concordância.

A cartilha da Gestante – Parto Normal: Deixe essa Ideia Nascer em Você, obteve excelentes pontuações e nível de concordância de 100% na avaliação dos juízes especialistas e não especialistas. Os juízes avaliaram de forma positiva todos os critérios estabelecidos, garantindo a validação da cartilha.

Referências

1. Likert, Rensis (1932), A Technique for the Measurement of Attitudes, Archives of Psychology, 140: pp. 1-55.
2. Alexandre NM, Coluci MZ. ,Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061-8.
3. Polit, DE, Beck CT. Essentials of Nursing Research. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
4. Coluci MZ, Alexandre NM, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(3):925-36.
5. Yusoff, MSB (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. Resource, 11(2), 49-54.