



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

CARACTERÍSTICAS DOS PARTOS OCORRIDOS EM ITAPETINGA- BAHIA NO PERÍODO DE 2009 A 2013

Zoraide Vieira Cruz*
(UESB)

Rita Maria Radl**
(UESB)

RESUMO

O estudo objetivou traçar o perfil dos partos realizados em Itapetinga, no período de 2009 a 2013 através de variáveis como, tipo de partos, faixa etária, escolaridade, realização de pré-natal. Estudo descritivo do tipo retrospectivo. Trabalhou-se com dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos referente aos anos do estudo. Os resultados apontaram que o município de Itapetinga apresenta os maiores índices de parto cirúrgico em sua microrregião de saúde; constatou-se que a partir dos 25 anos, há uma elevação gradual no número de cesáreas. A adesão ao pré natal é alta, 97,3%, independente do tipo de parto; com relação a escolaridade observou-se que a mulher que possui maior escolarização prefere parto cirúrgico. Apesar das campanhas do Governo para incentivo ao parto vaginal, isso não é evidenciado na prática no município do estudo no qual prevalecem os partos cesáreos com significativo aumento.

PALAVRAS CHAVE:Parto Cirúrgico; Parto Vaginal; Índices

INTRODUÇÃO

Conforme Odent (1981) para mudar o mundo é preciso antes mudar a forma de nasce, pois o nascimento é primeira grande experiência perceptivo –

*Enfermeira Sanitarista, mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, discente do curso de pós graduação stricto sensu em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Doutora em Filosofia e Ciências das Educações. Professora colaboradora do Curso de Pós Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



emotiva -sensorial do bebê e a maneira como ele será recebido poderá influenciar na sua compreensão do mundo, bem como para mãe e familiares o parto pode ser uma experiência transformadora, profunda e rica vivência ou, uma trágica e mal fadada experiência.

Graças aos avanços científicos e tecnológicos da assistência ao parto, muitos benefícios foram e vêm sendo observados nos partos considerados de alto risco, resultando na diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Num parto de alto risco, existem fatores que colocam a mãe e o bebê numa situação complicada que pode gerar agravos sérios e conseqüentemente morte do bebê ou da mãe ou até de ambos. Para este tipo de problema, os avanços tecnológicos desempenham papel preponderante na manutenção da harmonia que se deseja, a família tão esperada e planejada poderá acontecer sem maiores dificuldades.

Parir faz parte da natureza feminina, toda fêmea apresenta a fisioanatomia que a possibilita, de forma natural, parir seus filhotes. Sendo assim, o parto vaginal ou como se conhece, parto normal é algo comum na vida das fêmeas. O uso de tecnologias avançadas sem que haja uma real indicação, representa uma invasão num espaço feminino, na vida desta mulher e do bebê. Esta invasão no nascimento mecaniza e fragmentação o ato de nascer, desumanizando o mesmo, além de promover na mulher sentimentos desconfortáveis como medo, insegurança e ansiedade, os quais, segundo Tedesco (2004) e Crizótomo (2007) repercutem dificultando a evolução do trabalho de parto.

Um parto cirúrgico ou cesariano, possui indicações específicas, como: falha na indução, feto não reativo, apresentação pélvica, cesárea prévia, desproporção cefalopélvica, descolamento prematuro de placenta, gestação gemelar, placenta prévia, situação transversa, entre outras (WILLIAMS, 2005). Mesmo tendo estes indicativos como pré requisitos para um parto cesáreo, o manual de Rotinas Obstétricas de 2006 alargam as indicações para cesarianas para além das já consideradas indicações reais, visando como isso ampliar a segurança no parto,

com conseqüente diminuição da morbimortalidade perinatal. Entretanto, a mesma literatura deixa claro que o risco de morbidade materna é maior e mais grave para mulher que se submete a parto cesáreo do que após o parto vaginal, que é mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (1996) considera epidêmica a elevação das taxas de cesárea no Brasil; pode-se claramente verificar que os valores superam, em muito, os 15% preconizados. Os Indicadores e Dados Básicos para a Saúde do Brasil fornecem, em seus índices de cobertura, a proporção de partos cesáreos, cujos valores alcançaram o patamar de 52,34%, no ano de 2010.

Ao observar os dados do Sistema de Informação da Saúde, DATASUS, pôde-se perceber que os índices de cesariana vêm aumentando consideravelmente nos últimos 15 anos, não só na Bahia como também em diversas regiões do país, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Proporção (%) de partos cesáreos, por ano, segundo Região do Brasil, 1994-2011

Região	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Brasil	37,80	40,23	40,74	40,22	38,42	37,22	38,02	38,30	38,77	40,08	41,84	43,29	45,11	46,56	48,45	50,10	52,34	53,88
Região Norte	27,13	29,13	29,44	29,95	27,97	27,04	27,52	27,41	28,15	29,29	30,71	32,41	33,86	35,37	37,65	39,64	41,82	42,77
Região Nordeste	24,47	24,57	25,38	24,51	24,53	24,56	25,62	26,48	27,01	28,60	30,54	32,05	34,70	36,49	39,06	41,27	44,36	46,28
Região Sudeste	46,57	49,45	49,97	49,84	47,21	45,82	46,76	47,23	47,72	48,91	50,28	51,71	53,18	54,27	55,74	56,76	58,26	59,49
Região Sul	41,33	42,83	43,72	43,83	42,28	40,61	42,18	43,26	44,14	46,00	48,16	49,80	51,30	52,85	54,55	56,00	58,14	60,11
Região Centro-Oeste	49,27	49,77	50,77	49,57	45,75	42,79	43,51	44,17	44,31	45,83	47,44	49,39	50,78	53,04	54,23	55,83	57,43	58,94

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

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



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

programado, sem a identificação médica de nenhum risco definido, cuja escolha é freqüentemente atribuída à gestante (FAISAL-CURY,2006).

O estudo tem como objetivo geral traçar o perfil dos partos realizados em Itapetinga, no período de 2009 a 2013; e como objetivos específicos: apresentar a taxa de natalidade em Itapetinga no período de 2009 a 2013; Identificar o total de partos vaginal e cesáreas; Verificar a escolaridade das parturientes em relação ao tipo de parto e ao número de consultas pré natal; todos estes objetivos referindo-se a Itapetinga no período de 2009 a 2013. Acredita-se que tal perfil poderá servir como subsídios à reflexão quanto à contribuição dos tipos de parto frente a uma política de humanização do nascimento, estabelecido pelo Ministério da Saúde - MS.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo utilizando-se de fontes secundárias de dados, tendo como população-alvo os partos realizados no município de Itapetinga, Bahia, no período de 2009 a 2013. As fontes secundárias utilizadas são as informações registradas na base de dados do Sistema Nacional de Informação em Saúde – DATASUS, especificamente o Sistema Nacional de Nascidos Vivos – SINACS, observando dentre os anos que se pretende estudar os que se encontram com dados alimentados e disponíveis para consulta pública, buscou-se também alguns documentos publicados pela Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, e artigos publicados entre os anos de 2010 a 2013 os quais apresentam dados além dos disponíveis no Sistema de Informação oficial do DATASUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Município de Itapetinga localiza-se na Região Sudoeste da Bahia, é considerada enquanto pólo de Micro Região de Saúde, encontra-se há 480 km de



distância da capital do Estado da Bahia. Responde como sede de pólo de saúde sendo referência para outros 12 municípios circunvizinhos. De acordo com o Censo de Demográfico de 2014, a cidade possui 70 mil habitantes.

A Microrregião de Saúde de Itapetinga abrange os municípios de Caatiba, Firmino Alves, Ibicui, Itambé, Itororó, Nova Canaã, Iguai, Itarantin, Macarani, Maiquinique, Potiraguá e Itapetinga. Isso quer dizer que Itapetinga é o município pólo de região para o qual são direcionados diversos pacientes ou clientes que apresentam agravos à saúde que necessitam de equipamentos físicos e sociais que só dispõe no município sede de micro.

Em relação ao sistema de saúde, a tabela 2, abaixo, apresenta a rede assistencial do Município, cadastrada no Código Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES em 2013

Tabela 2- Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento. Dez/2013

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/12/2014

Tipo de estabelecimento	Público	Filantropico	Privado	Total
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	-	-	1
Posto de Atendimento do HEMOBA	1	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial	1	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas	1	-	-	1
Centro de Apoio a Saúde da Família	1	-	-	1
Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde	12	-	-	12
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	1	1	19	21
Consultório Isolado	-	-	40	40
Prog Farmácia Popular	1	-	-	1
Hospital Especializado	-	1	-	1
Hospital Geral	-	1	-	1
Policlínica	-	-	4	4
Posto de Saúde	1	-	-	1
Unidade de Terapia Intensiva	-	1	-	1
Secretaria de Saúde	1	-	-	1
Unidade de Pronto Atendimento 24 h – UPA 24	1	-	-	1
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	-	7	8
Unidade de Vigilância em Saúde	1	-	-	1
Unidade Móvel Urgencia e Emerg. – SAMU 192	2	-	-	2
Total	26	4	70	100



O município de Itapetinga conta com 100 Estabelecimentos de Saúde cadastrados no CNES até dezembro de 2013. Esclarecemos que, conforme informação verbal da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de Rede Cegonha já se encontra em andamento e, em breve será implantado a Casa de Parto em Itapetinga, sendo referência para os demais municípios da regional.

Na tabela 3, verifica-se oscilação na taxa de natalidade em Itapetinga entre 18,8 à 16,6 nos anos em estudo. Esta redução, provavelmente, foi influenciada pela redução de fecundidade e pela mudança no perfil etário das mães. Para tanto, observa-se que mudanças no perfil sócio-econômico da sociedade com o advento dos contraceptivos, emancipação feminina mediante inserção no mercado de trabalho, autonomia financeira e maior escolaridade corroboram para a mudança no padrão de nascimento no Estado e no País.

Tabela 3- Nascimentos ocorridos em Itapetinga, taxa de natalidade e percentual de partos por tipo no período de 2009 - 2013 em Itapetinga, Bahia.

Condições	2009	2010	2011	2012	2013
Número de nascidos vivos					
	1189	1289	1209	1313	1245
Taxa Bruta de Natalidade					
	17,8	18,8	17,50	18,8	16,6
% parto por tipo					
- partos Vaginais	61,9	60,3	47,5	47,8	44,73
- partos Cesáreos	38,0	39,6	52,3	52,2	55,1

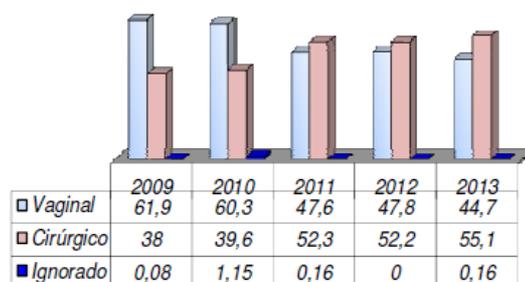
Fonte: DATASUS/ acessado em maio de 2015

Chamamos a atenção para percentual de partos cesáreos, o qual apresenta uma ascensão constante, conforme tabela acima, entre os anos de 2009 a 2013, sendo que, no ano de 2013, este tipo de parto responde por 55,1% dos partos ocorrido no município neste ano. Conforme Rortveit (2006), os partos cirúrgicos (cesáreos), além dos riscos relacionados à anestesia, infecção puerperal com seps e episódios tromboembólicos, ainda expõe mulheres que possuem uma cesárea prévia a um risco maior de ruptura uterina, placenta prévia, descolamento

prematureo de placenta e gestação ectópica. Os dados do MS (2010) demonstram que os índices de cesariana vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos em todo país.

O Gráfico 1, apresenta o total de parto Vaginais e Cirúrgicos ocorridos em Itapetinga, no período de 2009 a 2013, onde pode-se verificar que durante os anos, vem existindo um aumento no percentual de parto cirúrgicos no município em

Gráfico 1: Percentual (%) dos tipos de partos ocorridos no município de Itapetinga, Bahia, no período de 2009 a 2013.



Fonte: DATASUS/acessado em maio de 2015

estudo.

Na microrregião de Itapetinga, tabela 4, abaixo, verifica-se uma informação que, apesar de ser uma realidade sempre observada por todos nós profissionais de saúde, é muito triste e até estarrecedora de se constatar. Apresenta de forma vertiginosa a redução no percentual de partos vaginais a cada ano e, em cada um dos municípios que compõem o pólo de saúde principalmente no município sede da pólo que é Itapetinga, vale ressaltar encontra-se autorizado e aguardando providências para ser implementado a rede cegonha em todos estes municípios.

Tabela 4- Partos vaginais, em percentual, ocorridos nos municípios da Micro de Itapetinga, nos anos de 2009 a 2013. Itapetinga, 2015.

Municípios da Microrregião de Itapetinga	Ano	2009	2010	2011	2012	2013
Caatiba		75,5	74,3	51,7	50	50,5
Firmino Alves		76	85	70,9	73,6	68,3
Ibicuí		83,2	77,3	75,0	79,0	71
Iguaí		77,3	80,7	74,6	68,7	74
Itambé		80,0	80,3	77,1	77,9	79,3
Itapetinga		61,9	60,3	47,5	47,8	44,7
Itarantim		75,1	66,9	65,9	63,4	67,5
Itororó		76,4	80,3	71,6	65,0	72,2
Macarani		78,9	75,3	68,7	66,7	64,0
Maiquinique		78,2	72,5	64,9	57,8	61,8
Nova Canaã		82,6	75,7	83,1	83,3	72,2
Potiraguá		76	71,8	81,1	70,9	72,3

Fonte: SINASC, 2015

De acordo com Faúndes e Cecatti (1991) o aumento da frequência de parto cirúrgico não apresenta relação com o aumento dos benefícios para a mãe e recém-nascido. Diversos estudos nacionais e internacionais revelaram maior morbimortalidade materna, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas, entre mulheres submetidas a parto cesárea.

Ao observar a tabela 4, pode-se afirmar que, conforme Tanaka (1995), essa queda, de forma vertiginosa e discrepante nos índices de partos vaginais com conseqüente elevação nos partos casarios impossibilitam uma análise mais rigorosa das reais indicações das cesáreas. Acredita-se que, dentre as variáveis que influenciam nas altas taxas de cesárea, podemos listar os fatores socioculturais, institucionais e legais, como explicação da preferência pela cesariana, tanto entre as mulheres como entre os médicos.

Outra possível explicação para o fenômeno de Itapetinga está liderando o ranking do menor número percentual de partos vaginais de sua microrregião pode ser justamente devido ao fato deste município contar com apenas duas unidade de saúde que fazem partos, e ser referência para toda microrregião; o médico obstetra

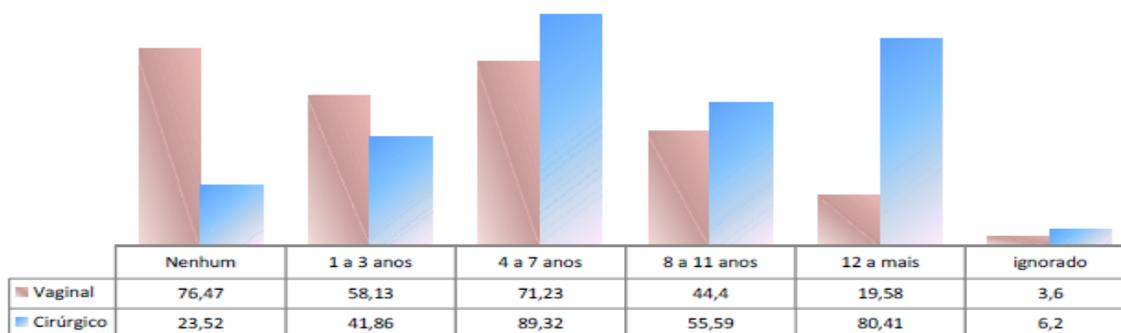


em decorrência de atividades concomitantes que desempenha na prática médica se sinta compelido a reduzir seu tempo de acompanhamento do trabalho de parto; outro fator que poderíamos chamar a atenção seria o fato do número insuficiente de enfermeiros obstetras no município; a desinformação da mulher em relação ao parto vaginal; a falta de conhecimento sobre a indicação da cesárea anterior; o despreparo do médico, formado para intervir; a realização da laqueadura tubária durante a cesariana e questões relacionadas ao pagamento de procedimentos médicos e da analgesia no parto (FAÚNDES; CECATTI 1991).

Com relação ao perfil de escolaridade das mulheres que pariram neste período de 2009 a 2013 no município de Itapetinga, observa-se, no gráfico 2, que o percentual de mulheres sem nenhuma escolarização é pequeno quando comparado com o da Bahia em 2010 que era de 1,8% (BAHIA, 2013). Denotando melhorias nas condições de vida desta população.

Dentre as mulheres que compõem a amostra deste estudo as que tiveram parto vaginal seu número maior encontra-se entre as que estudaram de 4 a 7 anos com 23,62% (1476 mulheres) sendo seguidos por mulheres que estudaram de 8 a 11 anos, ou seja, concluíram o ensino médio, com 21,75% (1358 mulheres); em relação as mulheres submetidas a parto cirúrgico verificou-se que 27,22% (1700 mulheres) destas mulheres estudaram entre 8 a 11 anos.

Gráfico 2- Escolaridade das puérperas que pariram de parto vaginal e de parto cirúrgico em Itapetinga, no período de 2009 a 2013.



Fonte: Sesab/Suvisa/DIS-SINASC, 2015

Ao coletar os dados de escolarização das mulheres, foi observado que em números absolutos e percentuais, as mulheres que optaram por parto cesariano apresentam maior tempo de escolarização. Pode-se inferir que este estudo apresenta esta contradição em relação ao que o MS (2005) o qual considera a baixa escolarização das mulheres, ou seja, menos de 4 anos de estudo, como um fator de risco para gravidez, e por conseguinte para adesão ao parto vaginal, pois também pode ser um empecilho para o desenvolvimento das atividades educativas, promovidas pelos serviços de saúde, devido à dificuldade para compreensão, geradas pela falta de estudo. Entretanto, no estudo observa-se que dentre as mulheres que pariram normal (vaginal) o maior percentual foi de mulheres que referiam que tinham tempo de estudo que não permitiam concluir o ensino fundamental I.

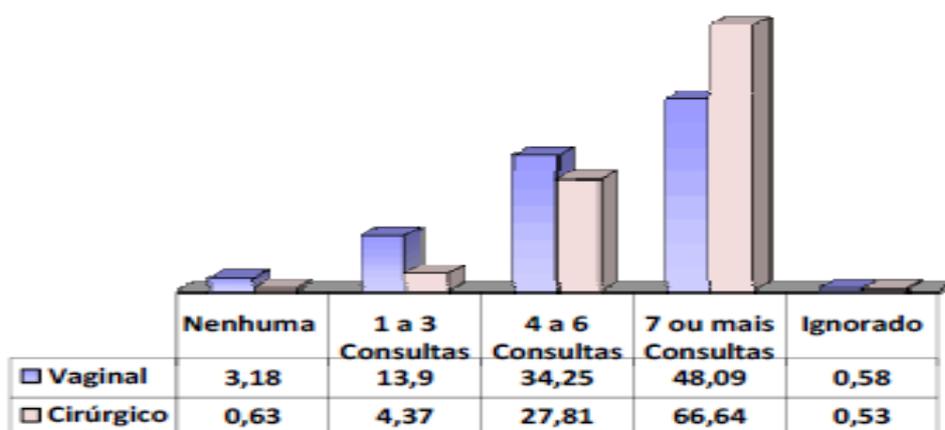
Quanto ao pré-natal, sabe-se que, como parte da política de Humanização do Nascimento, em 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), através de um conjunto de Normas e Portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos, objetivando garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e qualidade do atendimento no momento do parto,

vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério ampliando o acesso das mulheres e consolidando a atenção obstétrica integral, associada à afirmação dos direitos da mulher (MS/GM 569,570, 571, 572, de 01 de junho de 2000).

A imensa maioria das mulheres (97,4%) havia realizado o pré-natal, demonstrando a penetração desta política de atendimento e a valorização de suas ações junto à clientela. Conforme Enning (2000), para a OMS a humanização do parto tem início no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, respeitando as individualidades e desejos da mulher. As consultas pré natal devem, conforme recomendação do MS (2010), iniciarem no primeiro trimestre da gravidez.

No gráfico 3, abaixo, observa-se predominância de mulheres que realizaram 7 consultas de pré natal ou mais, sendo que, entre as mulheres que tiveram parto cirúrgico, este percentual foi de 66,64% (1966 mulheres) , superior ao de mulheres que tiveram parto vaginal o qual foi de 44,09% (1574 mulheres).

Gráfico 3- Percentual de Mulheres por número de consultas pré-natal, no período de 2009 a 2013 no Município de Itapetinga, Bahia.

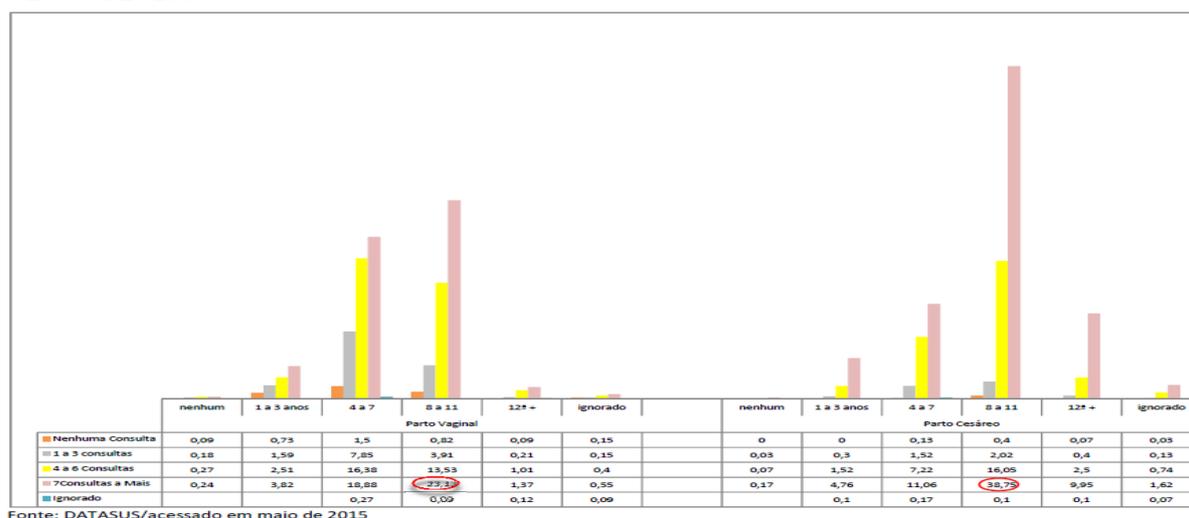


Fonte: DATASUS/ acessado em maio de 2015

Ainda falando com relação ao número de consultas pré natal, Sancovski apud Carvalho, (1998) considera inócuo estabelecer relação entre número de consultas pré natal e a saúde da gestante ou do feto. Para Maldonado (1991), o principal objetivo do pré natal é a humanização do parto. Ou seja, para estes autores, o pré-natal realmente bom não é aquele que tem um maior número de consultas e sim aquele que oferece além de tudo um maior número de orientações sobre métodos de apoio físico e psicológico, para que a parturiente tenha maior segurança e tranqüilidade quando iniciar o trabalho de parto.

Conforme o MS (2010), marcadores sociais como escolaridade estão associados ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, que é diretamente proporcional à escolaridade materna, nesta perspectiva, foi construído um gráfico 3 comparativo entre os tipos de parto, numero de consultas pré natal e escolarização da mulher.

Gráfico 4- Comparação entre tipos de parto – Vaginal e Cirúrgico- em relação ao número de consulta pré natal e a escolarização de mulheres grávidas em Itapetinga, no período de 2009 a 2013.



No gráfico 4 observamos que, dentre as mulheres que tiveram parto vaginal, 0,09% (1 mulher) das que se encontram na categoria **Sem Escolarização**



(analfabetas) não fizeram nenhuma consulta pré natal; ainda nesta categoria, o maior número de mulheres que pariram normal, 0,27% (9 mulheres) fizeram entre 4 a 6 consultas pré – natal.

Quando comparados os tipos de parto, constatou-se que, na categoria **Analfabetas**, dentre as mulheres que pariram de parto cirúrgico nenhuma delas ficou sem fazer consultas pré- natal, o menor índice de consultas pré natal entre as cesariadas foi 0,03% (1 mulher) que fez de 1 a 3 consultas no seu período gestacional. Observou-se ainda que nesta categoria **Analfabetas**, dentre as mulheres que foram submetidas a parto cesáreo 0,17% (5 mulheres) fizeram de 7 a mais consultas pré natal.

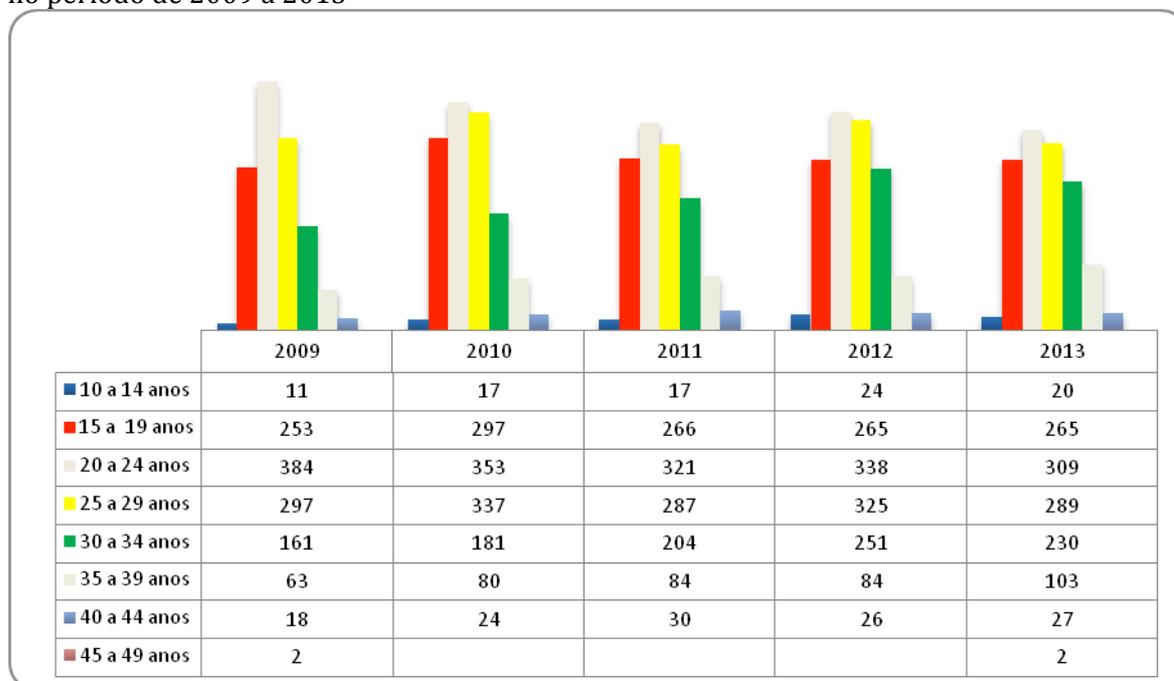
Outra questão que vale a pena ressaltar é que, dentre as mulheres que não realizaram nenhum tipo de consulta pré natal, total de 123 mulheres, 85% (104 mulheres) destas, pariram de parto vaginal enquanto que 15% (19 mulheres) de parto cirúrgico. Tal questão suscita algumas inferências de que estas mulheres podem ter chegado no hospital em período expulsivo e a evolução do trabalho de parto foi rápida ou quanto a qualidade do pré natal, dentre outras. Entretanto tal confirmação não pôde ser constatado frente às limitações das fontes de pesquisa utilizadas.

Ainda analisando o gráfico 4, acima, é impossível não perceber que, em ambos os tipos de parto, quanto maior a escolarização, maior foi o número de consultas pré natal realizados, neste caso as mulheres que possuíam entre 8 a 11 anos de escolarização foram as que mais realizaram consultas pré natal (de 7 a mais consultas), este dado se encontra em consonância com as informações do MS (2010).

Quando comparamos os tipos de parto e escolarização, pôde-se verificar que dentre as mulheres que pariram de parto cirúrgico e com escolarização entre 8 a 11 anos, 38,8% destas fizeram entre 7 consultas de pré natal ou mais; enquanto que com esta mesma escolarização, as mulheres que pariram de parto vaginal foi de 23,13%.

Pode-se verificar na gráfico abaixo que o índice de maior ocorrência de partos está na faixa etária de 20 a 29 anos, seguido pelas adolescentes entre 15 a 19 anos, depois as mulheres de 30 a 39 anos mulheres acima de 40 anos e finalmente as pré adolescentes de 10 a 14 anos.

Gráfico 5- Frequência, em número absoluto de partos ocorridos por idade em Itapetinga, no período de 2009 a 2013



Fonte: DATASUS/ acessado em maio de 2015

Além dos dados referentes ao tipo de parto, na análise deste estudo, observou-se ainda uma elevação pequena porém constante no número de gravidez na adolescência, tais resultados devem ser monitorados para evitar problemas relativos aos riscos de gravidez na adolescência, riscos maternofetais, abandono do parceiro, ou família, perda de unicidade com o grupo de iguais, descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida, gerando alterações biopsicossociais interrelacionados.

Apesar do grupo etário dos 10 aos 14 anos não se apresentar grande em número absoluto e relativo no Município de Itapetinga, também pode-se verificar



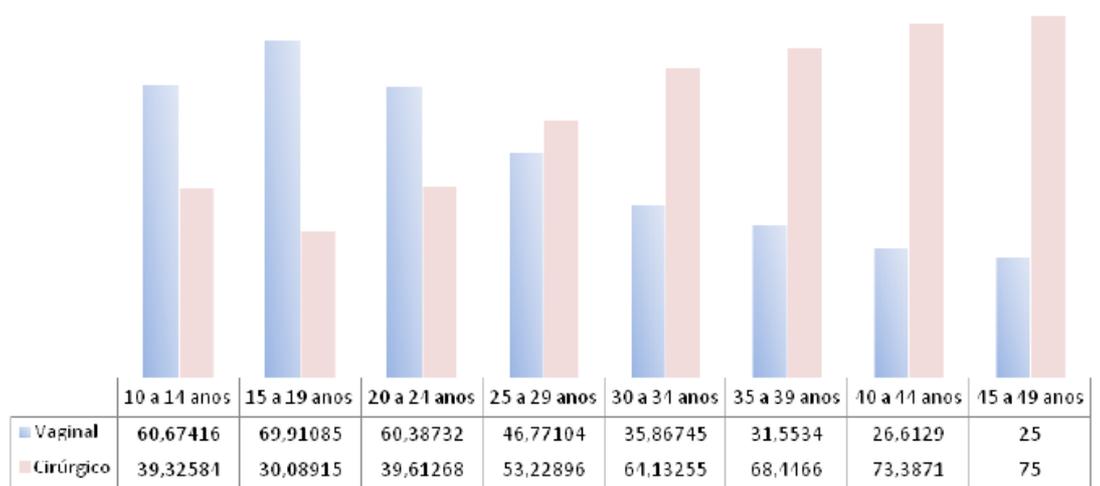
que este índice vem crescendo. A faixa de meninas de 10 a 14 anos, ainda não pertencente ao foco das políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, deve ser estudada para uma possível inserção nestes programas, com projetos desenhados de acordo com as necessidades e as especificidades deste grupo etário.

Notou-se também um aumento crescente no número de gestantes com idade entre 30 a 39 anos. Isso pode ser comprovado por estudos que afirmam que atualmente as mulheres estão buscando a maternidade por volta dos 35 anos, priorizando inicialmente a busca pela estabilidade profissional e emocional antes da gestação (ZLOTNIK, 2007). No entanto, após os 35 anos, faixa considerada pelos médicos como tardia para o início da gestação, devem ser considerados riscos significativos para o bom andamento da gravidez, os quais se destacam a hipertensão, a diabetes gestacional, a maior probabilidade de abortos espontâneos, partos prematuros, entre outros.

Para Gomes et al (2008), as mulheres mais velhas tornam-se mais propensas a complicações perinatais que são associadas às complicações características do envelhecimento. Mulheres com faixa etária de 35 anos ou mais, apresentam um risco aumentado de anomalias cromossômicas, algumas destas podendo ser diagnosticados no pré-natal. Já, idade superior a 40 anos é um fator de risco independente para placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, parto cirúrgico e mortalidade perinatal.

Gestantes na idade adulta as que têm entre 20 a 29 anos, são as que apresentam o maior índice de partos realizados, apresentando escores de até 51,9% dos nascimentos. Ao compararmos idade e tipo de parto, pode-se verificar que a idade em que ocorreram menor índices de parto cirúrgicos foi entre 15 a 19 anos, porém mesmo sendo este o menor índice encontrado (30,08%) em Itapetinga, ele supera em muito o recomendado pela OMS que é no máximo de 15% dos partos.

Outro fato que chamamos a atenção é que se observa uma elevação nos números de parto cirúrgicos a partir do 25 anos de idade. Conforme Câmara et al (2000), entre os fatores que influenciam a alta incidência de parto cesáreo estão: acesso a informação e serviços de saúde, fatores culturais, variáveis socioeconômicas, escolaridade, raça, dentre outros, como a alusão ao afastamento da dor e do sofrimento.



Fonte: DATASUS/ acessado em maio de 2015

Neste sentido, é relevante que os profissionais da área da saúde estejam comprometidos em campanhas esclarecendo as vantagens e desvantagens dos variados tipos de partos. Ainda, é importante identificar as necessidades de cada gestante, para contribuir na escolha consciente do tipo de parto mais adequado a cada uma delas, e assim proporcionar conforto, qualidade no atendimento, bem como informações e esclarecimentos adequados.

O parto cirúrgico necessita de um tempo de recuperação maior em comparação ao vaginal, expondo a gestante a processos infecciosos ou hemorrágicos (GOMES et AL 2008) entre outras complicações. Em contrapartida, o parto vaginal proporciona tanto para a mãe como para o recém nascido inúmeros



benefícios, como rápida recuperação, diminuição dos riscos de processos infecciosos, além de proporcionar grande vínculo entre mãe e filho (CÂMARA et AL 2000).

Acredita-se que o fenômeno aqui materializado permite que se exponha questões que deverão ser investigadas: existe uma adesão excelente ao pré-natal em Itapetinga mas vale questionar, como está a qualidade deste atendimento, as práticas educativas ocorridas no pré-natal estão realmente ampliando o conhecimento das gestantes quanto às suas opções de parto, seus direitos sexuais e reprodutivos fornecendo-lhe instrumentos para assumir uma postura mais ativa e autônoma? O que acontece em Itapetinga, a mulher está optando pelo parto cesariano ou esta escolha está sendo feita apenas pelo médico, levando em consideração seu tempo disponível para acompanhamento ao trabalho de parto?

CONCLUSÕES

Das 6.248 mulheres que pariram durante os anos de 2009 a 2013, 48,97% (3.058 mulheres) estudaram de 8 a 11 anos, sendo que, destas, 27,22% (1.700 mulheres) pariram de parto cirúrgico. Observou-se também que 97,4% destas mulheres aderiram às consultas pré-natal sendo que os maiores números, 48,08% das que tiveram parto vaginal e 66,64% das que pariram cesarianas, fizeram de 7 consultas pré-natal a mais. Outro fator verificado é que quanto maior a escolarização maior o número de consultas pré-natal realizadas.

Num momento em que o país assume clara direção em prol de políticas comprometidas com a melhoria das condições de vida da população, as políticas de saúde devem contribuir, realizando sua tarefa primária de produção de saúde e de sujeitos, de modo sintonizado com os princípios éticos no trato com a vida humana. A proposta do parto humanizado, conforme as políticas estabelecidas, sofre influência direta do modelo organizacional, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de



saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades.

Durante a elaboração deste estudo, algumas dificuldades e limitações foram sentidas, principalmente devido ao tempo disponível para coletar mais dados, não sendo possível trabalhar com outras variáveis que se encontram no sistema de informação. Desta forma, sugere-se a realização de novas pesquisas para que se faça possível englobar as variáveis não trabalhadas neste estudo, a fim de possibilitar o delineamento preciso do perfil dos partos no município de Itapetinga, contribuir de forma efetiva na elaboração de ações em saúde.

Apesar das limitações aqui expostas, é possível constatar que, apesar das campanhas do Governo Federal e Estadual direcionadas ao incentivo do parto vaginal, em consonância com o que preconiza a OMS, isso não é evidenciado na prática conforme dados obtidos no SINASC, no qual prevalecem os partos cesáreos com significativo aumento.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria de Saúde da Bahia. Centro de Informação de Saúde. **Anuário Estatístico**. Informações de Saúde. Salvador, 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Indicadores e dados básicos do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual Técnico. Brasília (DF); 2005
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal**. Manual técnico. Brasília, DF, 2000.
- CAMARA MFB, MEDEIROS M, BARBOSA MA. Fatores socioculturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2000; 2(1). Disponível em:



ISSN: 2175-5493

XI COLÓQUIO DO MUSEU PEDAGÓGICO

14 a 16 de outubro de 2015

<http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 22 abr. 2015.

CARVALHO, Geraldo M. **Gravidez na adolescência**: subsídios para a assistência e prevenção. 1998. Dissertação (Mestrado) –Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

CRIZÓSTOMO, CD; NERY, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc. Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. 2007 Mar; 11(1). p. 98-104.

ENNING, C. **O parto na água**: Um guia para pais e parteiros. Co-autoria e tradução: Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.

FAISAL-CURY A, Menezes PR. **Fatores associados à preferência por cesariana**. Rev Saúde Pública 2006; 40:226-32

FAÚNDES, A; CECATTI, JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública** 1991 abril/junho; 7(2):150-73.

GOMES AG, DONELLI TMS, PICCININI CA, LOPES RCS. Maternidade em Idade Avançada: Aspectos Teóricos e Empíricos. **Interação psicol**. 2008; 12(1):99106.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico**: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.

RORTVEIT G, et al. Norwegian Epincontstudy. **Rotinas em Obstetrícia**, 5nd edition, 2006.

TANAKA, ACA. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo (SP): Hucitec; 1995

TEDESCO, RP; MAIA FILHO, NL; BENEZ, Mathias L, CASTRO; BOURROUL, AL; et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2004Nov-Dez; 26(10):791-8.

WILLIAMS E.N. **Obstetrics**. 22 ed. New York: Appleton-Century, 2005.

ZLOTNIK E. Índice de massa corpórea prégestacional, ganho ponderal e peso do recém nascido de gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Einstein (São Paulo). 2007; 5(3):231238.