



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TADAIANE SUELEM DE SOUSA SANTOS MARQUES

**PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS QUE FORÇARAM AS MULHERES
A TEREM PARTOS CESÁREOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Itaituba, PA

2019

TADAIANE SUELEM DE SOUSA SANTOS MARQUES

**PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS QUE FORÇARAM AS MULHERES
A TEREM PARTOS CESÁREOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profº Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

Itaituba, PA

2019

TADAIANE SUELEM DE SOUSA SANTOS MARQUES

**PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS QUE FORÇARAM AS MULHERES
A TEREM PARTOS CESÁREOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE
ITAITUBA, ESTADO DO PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Itaituba para obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Profº Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Profº Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Avaliador: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de ____ de 2019

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, porque Gratidão vai muito além de muito obrigado, ultrapassa gentileza e superior a qualquer interesse. Gratidão é virtude de quem reconhece em Deus e no outro, o que ele faz sem exigir nada em troca, quem sabe agradecer estar apto a crescer.

AGRADECIMENTOS

Bendito é o homem cuja sua confiança estar no Senhor e ele será como árvore plantada junto às águas e que estende suas raízes para o ribeiro e ela não temerá quando chegar o calor, porque suas folhas estão sempre verdes e não ficará ansiosa no ano da seca e nem deixara de dar frutos.

Eu o Senhor que sonda o coração e examina a mente, para recompensar a cada um de acordo com sua conduta de acordo com as suas obras Jeremias 17; 7-10.

A **Deus** toda gloria, honra e louvor, pois reconheço quem o Senhor é e sei de onde me tirou, eu sou grata por todo cuidado e toda provisão com minhas necessidades, pelo perdão e amor mesmo sem merecer. Agradeço por me ajudar a superar os meus limites, me fortalecendo e me ensinando e mostrando que sou totalmente dependente de ti. Obrigada por me aceitar como eu sou e por nunca desistir de mim e por me dar esperança de ser melhor do que fui ontem e ser melhor ainda amanhã, pois a tua graça me basta. Obrigada pela generosidade, pela família que é meu sustento aqui na terra, obrigado pelos amigos que colocou na minha caminhada, pelo ar respiro obrigado Jesus.

Meu esposo **João Paulo** a pessoa que escolhi para viver minha vida onde tive por muitas vezes a confirmação de Deus em nossa união e nessa jornada se fez presente e um verdadeiro mentor, Obrigada por toda paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas às renúncias... Valeu a pena esperar... Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho! Esta vitória é muito mais sua do que minha!!! Te amo e durante esta jornada de lutas e conquistas veio o melhor presente de Deus para nossas vidas nossa filha **Anna Isabela** que mesmo sem saber, é a pessoa que ilumina nossas vidas com sua presença e fortalece nossa caminhada pelo simples fato de existir Te Amo Filha.

Agradeço também a minha Mãe **Rosinete** que é muito importante na minha vida que já falhei muitas vezes como filha e sempre me perdoou e me cuidou e me sustentou literalmente, primeiro quero agradecer por voltar atrás e decidir ser minha mãe e nunca desistiu de mim, entendo toda sua preocupação por minha vida oro a Deus por sua vida és uma preciosidade para ele e para mim. Agradeço a meu Padrasto **Antonio Braz** que um dia fez a escolha de aceitar meu irmão e eu para fazer parte de sua vida, e sempre lutou e aconselhou buscar além do que queremos

ou desejamos, tomou para si a responsabilidade de pai e tenho certeza que deu conta do recado hoje glorifico a Deus por sua vida e agradeço por todo amor e cuidado conosco e por ser um avô mais cuidadoso e amoroso que já vir e junto quero agradecer há meu irmão **Hugo Felipe** que durante este tempo mostrou sua amizade que tenho certeza que nossa torcida um para outro e reciproco para conquistas e realizações obrigado por ser o tio mais coruja e irmão amável.

Venho agradecer aquela que dedicou uma parte de sua vida a cuidar de mim e hoje o que sou devo muito a senhora minha Avó **Valentina** que me criou que me deu muito amor e carinho e agradeço aos meus tios **Marta, Mario e Izaque** que intercederam muito por mim, tia **Carmem** e minha prima **Karina** que sempre me falava palavras de encorajamento nos anos de curso, obrigada pelo amor. Obrigada pelas orações.

Agradeço minha avó **Benedita** por ser tão dedicada amorosa e cuidar tão bem de minha filha nos seus primeiros dias de vida, obrigado vó por tudo que fez por mim e por ser tão amável, de um coração incomparável.

Agradeço aos meus Sogros **Ângela Maria** que me incentivou com carinho me oferecendo entusiasmo, obrigado pelas orações e palavras amiga, por fazer me sentir mais do que especial e Capaz, não deixando de agradecer meu sogro **Francisco Mario**, pelas caronas e pelo cuidado.

Agradeço minha cunhada **Anna Paula** e seu esposo **Darlling** e toda família **Nazaré e Dernas**, Enf **Carlee** que me acolhem e me fazem sentir muito especial existem pessoas que DEUS coloca em nossas vidas para somar e nunca dividir vocês são uma delas minha eterna gratidão.

Agradeço a um irmão de coração, que sempre foi muito prestativo e parceiro **Felipe Pedroso** que você possa colher em sua vida Benção que você tem plantado.

Agradeço a meus pastores **Euclides** e **Marli** que tenho certeza que nunca deixou de orar por nossa família e conquistas e que nesta jornada mostrou muita amizade sincera.

Agradeço aos amigos mais chegados que irmãos **Rafael** e **Debora** e suas filhas **Mel** e **Liz** que além de orarem por minha vida, foram de onde ouvir melhores conselhos de sabedoria, melhores companhia de se estar, oro para que os sonhos de Deus realize na sua família

Existiu nessa temporada minha segunda Casa onde passei a maior parte do meu tempo servindo, amando ate mesmo brigando, eu todavia escolho lembrar de

tudo que vivi de bom nestes cinco anos fazendo parte desta família **Gazin**, e dentro desta empresa conheci pessoas fora do normal a começar por um cara que aprendi admirar **Odelmar Martins** primeiro gerente que me apoiou bastante, me ensinando e mostrando como servir, outro **Josivaldo Amorim, Solimar Moraes, Aline Cristina, Samila Diana, Rodolfo Natan, Rosenilde Borges, Edna Gomes, Reinaldo, Alessandro Pereira, Jose Rodrigues, Jariel Dutra, Henrique Aguiar David Paulo, Wedson, Edrion, Thaise Tavares**, Obrigada por me amarem e me aconselharem nos momentos mais difíceis da minha vida, obrigada por cada risada a toa por cada dia que serviram de aprendizado agradeço a Deus por colocarem pessoas como vocês em meu caminho Amo cada um de maneira especial.

Não poderia Faltar a **Adriele Marques e Família** que me acolheram com muito carinho e cuidaram da minha filha quando mais precisei nesta etapa de faculdade.

Agradeço a **Milton e Vania** que foram muito amigos e conselheiros durante todas as etapas da minha vida

Agradecer meu Orientador Doutor **Jossehan Galúcio da Frota** por ser minha inspiração como profissional e pessoa; o ser humano escolhe modelos e exemplo para se espelhar e este tempo de estudo e dedicação pude colher muita sabedoria, obrigada por ser uma pessoa simples e humilde. Parabéns pelo trabalho que vem dedicando; e obrigado por nunca desistir de ser um educador.

Agradeço a Enf. **Cleidiane**, Enf. **Adriano**, Enf. **Bruna**, Nutricionista **Cristiane**, Enf. **Herickson Lee**, Enf. **Bernadete** obrigada por contribuírem para nosso aprendizado, Nunca vou esquecer do carinho e palavras amiga.

Nesta Caminhada começamos com duas turmas e com passar dos dias alguns iam desistindo por alguma circunstância da vida, queria lembrar de duas pessoas que vão ser sempre lembrados foram Dona **Cleoci** teve seu sonho anulado por motivo de doença uma neoplasia, outra pessoa que me fez emocionar bastante foi **Joab Melo** tem pessoas que não conseguimos entender os motivos que elas aparecem e chegam e exalam confiança e transbordam o verdadeiro sentido da amizade, não vou esquecer de cada palavra, de cada flau comprado e de quando foi um instrumento de Deus para me abençoar quando; precisei. Obrigada por lembrar de mim e oro a Deus por sua vida meu amigo e por sua família.

Não poderia deixar de agradecer a Meus amigos de sala que nunca se afastaram e sempre ajudava quando grávida, quando cansada e quando dormia em

sala de aula aqui vai minha Gratidão por você **Josilene, Ednaldo, Alisson, Elenilza** e não poderia faltar Dona **Darlene** que admiro sua força de vontade e que por muitas vezes sentia interceder por minha vida e família não tenho palavras para agradecer por não deixar desistir. Amo vocês.

Enfim a turma mais calma e amável que existe agradeço a todos e peço de perdão por alguma palavra impensada e se magoei sem perceber.

“Que a única dor da maternidade se restrinja à do parto”.

Eduardo de Paula Barreto.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Número de mulheres e sua faixa etária que realizaram parto cesariano no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	34
Gráfico 02 - Estado civil das mulheres que realizaram parto cesáreo no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	35
Gráfico 03 - Escolaridade das mulheres que realizaram parto cesáreo forçado no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	36
Gráfico 04 - Profissão e o número de mulheres que realizaram parto cesáreo forçado no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	37
Gráfico 05 - Número de partos cesarianos e os meses em que ocorreram do ano de 2018, no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	39
Gráfico 06 - Número de partos cesáreos forçados e suas intercorrências no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.....	41

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DUM – Data da Última Menstruação

HIV – Imunodeficiência Humana Adquirida

HMI – Hospital Municipal de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PN – Pré Natal

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SMS – Secretarias Municipais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFOPA – Universidade Federal do Oeste do Estado do Pará

VCE – Versão Cefálica Externa

RESUMO

A cesariana foi um grande avanço no tratamento ao processo obstétrico, quando indicada corretamente, beneficia tanto a mãe, quanto ao recém-nascido. Existem algumas disfunções fisiológicas específicas que contribuem para um parto cesariano que são: placenta previa total ou parcial, morte materna com feto vivo, desproporção cefalo-pélvica, prolapso de cordão umbilical, entre outras. Contudo observa-se o aumento exagerado nas tendências de cesariana em todos os países. Que fez com que muitos estudos se voltassem para análise dos benefícios e dos riscos, questionando as indicações de tal procedimento. O Município de Itaituba conta com poucos estudos científicos que descrevam o grande número de partos cesariano. Na região são poucos os estudos na rede de saúde que descrevam as principais complicações que evoluem para a cirurgia cesariana. Diante disto, o objetivo do estudo é conhecer as principais complicações que levaram as gestantes a passarem por um parto cesariano no Hospital Municipal de Itaituba. Além de descrever os dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, estado civil, entre outros) dessas mulheres e a quantidade de partos cesáreos mensal em 2018. A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de um levantamento de caráter exploratório, de natureza teórico-empírico, utilizando abordagem quantitativa e qualitativa de dados. Foram coletados dados de 360 mulheres dos prontuários do setor obstétrico do Hospital do Município de Itaituba. A faixa etária das mulheres variou de 13 a 43 anos, com predominância (40,8%) entre 21 e 28 anos. A maioria apresenta uma união estável, com pouca escolaridade e estavam desempregadas. A quantidade de partos cesáreos forçados variou de 15 a 45 por mês durante o ano de 2018, com maior incidência ocorrendo em setembro. As principais intercorrências registradas foram Iteratividade do útero, Desproporção Céfalopélvica, Sofrimento Fetal e Oligohidrânio. A equipe de enfermagem está entre os responsáveis por manter o bem estar e informar as mulheres sobre as prevenções da gravidez e as IST, como se deve proceder durante o pré-natal, e como se comportar no parto e pós-parto.

Palavras-chave: Cesariana. Complicações. Partos.

ABSTRACT

The cesarean section was a major advance in the obstetric process, when correctly indicated, benefits both the mother and the newborn. There are some specific physiological factors that contribute to a cesarean birth that are: total or partial placenta previa, maternal death with a live fetus, cephalopelvic disproportion, umbilical cord prolapse, among others. However, there is an exaggerated increase in cesarean trends in all countries. That caused many studies to turn to analysis of benefits and risks, questioning the indications of such procedure. The Municipality of Itaituba has few scientific studies that describe the large number of cesarean deliveries. In the region, few studies in the health network describe the main complications that progress to cesarean surgery. In view of this, the objective of the study is to know the main complications that led the pregnant women to undergo a cesarean birth in the Municipal Hospital of Itaituba. In addition to describing the socio-demographic data (age, schooling, marital status, among others) of these women and the number of monthly cesarean deliveries in 2018. The present research was developed through a survey. of exploratory nature, of theoretical-empirical nature, using quantitative and qualitative data approach. Data were collected from 360 women from the records of the obstetrical sector of the Hospitals of the Municipality of Itaituba. The age range of women ranged from 13 to 43 years, with predominance (40.8%) between 21 and 28 years. Most have a stable union with little schooling and were unemployed. The number of forced cesarean deliveries ranged from 15 to 45 per month during the year 2018, with a higher incidence occurring in September. The main intercurrents were uterine lacerations, Cephalopelvic Disproportion, Fetal Suffocation and Oligohydramnios. The nursing team is among those responsible for maintaining well-being and informing women about pregnancy prevention and STIs, how to proceed during prenatal care, and how to behave during childbirth and postpartum

Key words: Cesarean section. Complications. Births.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....	16
2.1	HISTORICO SOBRE PARTO NO MUNDO.....	16
2.2	PRÉ-NATAL.....	20
2.3	PARTO CESARIANO NA ATUALIDADE.....	21
2.4	PARTO CESARIANO NA REDE PÚBLICA E PRIVADA.....	22
2.5	CARACTERISTICAS QUE INFLUENCIAM PARA O PARTO CESARIANO.....	23
2.6	PARTOS CESÁREOS E MORBIMORTALIDADE MATERNA E PERINATAL.....	25
2.7	DADSO SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLOGICOS SOBRE CESARIANA.....	26
2.8	ENFERMAGEM E O PROCEDIMENTO DE CESARIANA.....	28
3	METODOLOGIA.....	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
3.2	LOCAL DE ESTUDO E COLETA AMOSTRAL.....	31
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	32
3.4	ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.5	ANÁLISES DOS BENEFÍCIOS E RISCOS.....	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
5	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

O parto é a etapa final da gestação, o nascimento do ser que pode se desenvolver durante nove meses, vindo ao mundo exterior por via vaginal ou retirada do bebê por via transabdominal, na operação cesariana (WILLIAMS, 2005). Esse último também chamado de operatório ou laparotomiotomia (REZENDE; MONTENEGRO, 1991).

Na década de 60, as cesarianas eram realizadas apenas quando a mãe estava quase morrendo para dar à luz um bebê viável, ou para salvar a vida da mãe quando o trabalho de parto estava obstruído. Atualmente, hospitais e clínicas relatam um índice de cesarianas de 12% a 25%. Como era de se esperar, a mortalidade diminuiu com o aumento das cirurgias; entretanto, há um risco três ou quatro vezes maior de mortalidade materna com cesariana do que com parto normal (8 a 10 mortes por 10.000 em partos vaginais) (STEPHENSON; O'CONNOR, 2004).

O pré-natal é meio mais utilizado para acompanhamento das gestantes, onde se tem a oportunidade de sanar dúvidas, levar conhecimento a essas mulheres, e descobrir precocemente problemas na gestação (BRASIL, 2016), como desproporção fetopélvica, apresentação anômala, pré-eclâmpsia grave, formas graves de diabetes, câncer genital, primíparas idosas, entre outras (REZENDE; MONTENEGRO, 1991).

A cesariana constitui um grande avanço no processo obstétrico, e quando indicada corretamente, beneficia a mãe e o recém-nascido, porém, os dados indicam que há um aumento alarmante de cesarianas realizadas em todo o mundo, e o Brasil lidera com o maior número (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011). Por isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ajustou a taxa de percentual para cirurgia cesariana de 15% para 25% a 30% (BRASIL, 2010), e organizou protocolos e diretrizes para diminuir a taxa de cesariana e os riscos de morbimortalidade fetal e das mães (BRASIL, 2016).

A OMS (2005) ressalta a importância dos procedimentos na assistência ao parto que são importantes, no entanto existem várias intervenções desnecessárias que causam danos e prejuízos irreversíveis. Existem alguns fatores fisiológicos específicos que contribuem para um parto cesariano que são: desproporção cefalopélvica, placenta previa total ou parcial, morte materna com feto vivo, prolapso de cordão umbilical, situação fetal transversa, cicatriz uterina decorrente de cirurgia

anterior, herpes genital, gestante portadora do vírus HIV, cérvix desfavorável à indução do parto normal, feto não reativo, entre outros.

Segundo Brasil (2017), na sua última publicação houve a estagnação neste crescimento, devido a várias campanhas de incentivo e normas estabelecidas para o agendamento precoce de cirurgia cesariana, e os problemas patológicos que influenciam para evolução de uma cesariana. Diante dos observados acima, o presente estudo visa averiguar algumas problemáticas em torno do assunto, como: quais são dados sócio-demográficos das gestantes que realizaram um parto cesariana forçado no Hospital Municipal de Itaituba? Quantos partos cesáreos foram realizados por mês no ano de 2018? Quais as principais complicações que levaram essas mulheres a passarem pelo parto cesáreo forçado?

O presente estudo tem por objetivo conhecer as principais complicações que levaram as gestantes a passarem por um parto cesariano no Hospital Municipal de Itaituba. Além de descrever os dados sócio-demográficos dessas mulheres e a quantidade de partos cesáreos mensal em 2018.

Todos os procedimentos devem ser realizados respeitando a vontade da gestante, independentemente das consequências esperadas, relata que ainda existem muitas intervenções do profissional de saúde na decisão da via de parto (TEDESCO, 2004). O grande aumento de cesariana fez com que muitos estudos se voltassem para análise dos benefícios e dos riscos, questionando as indicações de tal procedimento. O Município de Itaituba conta com poucos estudos científicos que descreva o grande número de partos cesariano (OLIVEIRA; ROCHA; FROTA, 2016), porém, ainda não existem estudos que descrevam as complicações que evoluam para um parto cesáreo e nem os dados sócio-demográficos das respectivas gestantes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 HISTÓRICO SOBRE O PARTO CESÁREO

O aumento da espécie humana se dá através da reprodução, portanto, torna o nascimento um fenômeno fisiológico vivenciado pela humanidade. No entanto, a gestação e o parto estão além de fatores fisiológicos privativos a mulher, existem ainda fatores, ambientais e sociais, e é regido principalmente pelo fator cultural (MORAIS, 2010).

Existe uma grande dúvida de como se iniciou a assistência à mulher no trabalho de parto, no entanto acredita-se que elas tinham seus filhos em ambiente isolado (ACKER *et al.*, 2006).

O termo Cesárea pode ter surgido do verbo em latim *caedere*, seu significado é cortar. No século VIII a. C, caso alguma mulher morresse no trabalho de parto, a Lei de Cesar (Lexcesar) regulamentava que se deveria fazer uma incisão abdominal para retirar o bebê (BADER, 2007).

A cesariana ganhou essa denominação entre o ano 715 a 673 a. C., e as crianças eram consideradas “não nascidas”, já que não vieram por um parto normal sem o procedimento da época indicado como o que era necessário para o ser humano já vir ao mundo pelo sofrimento (MONTENEGRO; PEREIRA; REZENDE-FILHO, 2013).

Conforme se passaram os anos, o processo de nascer foi sendo inovado, devido ao grande avanço tecnológico e científico. Há controvérsia de que no princípio a mulher paria em um ambiente isolado, uma vez que a gravidez e a e sua capacidade reprodutora não eram de interesse da sociedade (ACKER *et al.*, 2006).

No início do século XVII a parteira vai perdendo seu espaço, pois através das dificuldades em partos, foi criado o fórceps que era um instrumento que ajudava na retirada da criança, isso fazia com que fosse evitado óbitos tanto da mãe quanto do bebê ou até mesmo de ambos, portanto o cirurgião foi ganhando espaço em partos e depois por opção e assim as parteiras começariam a ser extintas (MALDONADO; MOTT, 2002).

Ainda em meados do século XVII o parir era um assunto voltado somente para as mulheres que tomavam conta de todos os cuidados, mas que sempre era necessária uma parteira com experiência para realização do mesmo e a mãe da grávida se fazia presente para auxiliar a filha de como agir (MALDONADO; MOTT, 2002). No caso de partos realizados na realeza eram convocadas várias pessoas

importantes para assistir o momento como seguia a tradição. Isso ocorria, pois naquela época a medicina não estava aprofundada em obstetrícia, e essas mulheres eram responsáveis da realização desse procedimento que aprendiam através de gerações passadas (STORTI; PEPÉTUO, 2004).

O início das técnicas cesarianas na obstetrícia foi no século XVIII. Com uma grande taxa de mortalidade materna e fetal, era praticada somente em casos especiais. Os médicos obstetras optavam pelo uso do fórceps ou da embriotomia que eram procedimentos invasivos para realização dos partos. Só a partir do início do século XX a cesariana tornou-se realmente um procedimento rotineiro nas práticas obstétricas (REZENDE, 2009).

No século XX, houve um grande avanço na medicina tornando a cesariana uma prática segura, requerida quando há algum tipo de risco para a mãe e para feto. Porém na década de 1970, as indicações de cesariana aumentaram indiscriminadamente, em vários países. Este aumento cresce os riscos de morbimortalidade materna e perinatal (DIAS, 2006).

A mulher passa pela gravidez e parto com um momento marcante em sua vida, mesmo que ela seja a peça principal para a reprodução, e com as passagens ao longo dos anos essa tradição, passou por modificações e em cada cultura ela é realizada com princípios e cuidados diferenciados (MALDONADO; MOTT, 2002).

Mesmo com os cuidados e seguimentos diferentes diante do mundo e suas culturas, existe um prosseguimento na realização de partos, que sempre foram compostos por outras mulheres especializadas no procedimento sendo a parteira naquela época, e assim acompanhamento de mulheres da família durante o nascimento da criança. Com a evolução da medicina, essa responsabilidade é passada às clínicas que são compostas por obstetras com graduação médica, e posteriores com enfermeiros e técnicos de enfermagem (HELMAN, 2003).

Portanto diante do exposto acima verifica-se que o acompanhamento a mulher sempre foi realizado com responsabilidade e principalmente cuidados que garantissem a plena segurança da vida tanto da mulher como de sua criança, que diversas vezes passava por problemas e complicações (REZENDE, 2009).

Os médicos no início se faziam presentes em partos somente quando tinha algum risco, sempre sobre auxílio das parteiras, pois elas que eram aptas a realizarem os procedimentos. Como não era um serviço voltado para eles foram se adequando sob orientações de parteiras (HELMAN, 2003).

É relevante afirmar que esse instrumento fórceps diminuiu os fatores que levavam a mãe ou o bebê a óbito, pois facilitaria no momento do procedimento realizado por médicos cirurgiões em hospitais e clínicas recém-adaptado para receber essas mulheres (DINIZ, 2001).

A anestesia vem surgir com um medicamento que ajudasse a conter a dor na hora do parto cesariano, ao passar dos anos esse parto já não demonstrava risco a mulheres e suas crianças e assim se torna uma eficácia no país. O que vem tornar um caos com o fim das parteiras tem relacionamento com um período chamado de caça as bruxas, que segundo os chefes esse procedimento fazia com que a mulher não sentisse a dor do parto e assim não sofreria pelo pecado cometido (SPINK, 2013).

De acordo com Diniz (2001) com os partos sendo feitos em hospitais e clínicas, é hora de novas condições e uma delas seria o afastamento dos parentes de assistirem os partos, pois, os locais não eram adequados estruturalmente para acolher essas pessoas, somente para atender as necessidades dos médicos e o corpo hospitalar envolvido no procedimento. Um dos pontos negativos dessa mudança era que as grávidas ficam todas em quartos coletivos, tendo acompanhamento do corpo clínico, mas não de uma pessoa da família e de confiança para ampará-la na hora da espera, portanto a privacidade não existia entre elas, o que causava nervosismo e muita agitação por parte de todas (BRUGGEMANN *et al.*, 2005).

As mudanças ocorridas diante de uma nova adaptação chegam de forma brusca, onde o acompanhamento é restringido, sendo uma forma de a família não vê os procedimentos realizados que diante dos médicos seria desnecessário esse acompanhamento. As novas adequações com medicações que regulassem a dor e a anestesia que ajudava a menos dor durante o parto necessário são melhorias com a visão de menos óbito de crianças e as grávidas.

Segundo Tornquist (2002) afirma que o processo de mudança dos partos para clínicas e hospitais, mexe com o que envolve a privacidade e os cuidados especiais que eram realizados em partos ocorridos em suas residências, onde se encontravam somente pessoas de confiança, e já no parto hospitalizado já não era permitido acompanhamento e assim o medo tornava-se um aliado do desespero e angustia da mulher.

Especificamente em partos normais as mudanças são maiores, pois quando esse procedimento era realizado em casa, a mulher decidia qual a melhor posição em que deveria ficar para o momento do parto, já com a hospitalização era necessário que elas ficassem na posição litotomia que era mais viável para aquele que iria realizar o procedimento e para a utilização dos instrumentos necessários (CORDEIRO; SALBATINO, 2002).

No século XX, a mulher se torna cada vez mais independente diante de partos, pois com as hospitalizações no procedimento de partos, foram mudadas regras que antes eram necessárias de apoio para a grávida. Como é o caso do acompanhamento e cuidados realizados pelas mães das mesmas, sendo que a restrição de presença da sabedoria adquirida de médicos e ajuda de enfermeiros e técnicos (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Já nos anos 60, é idealizada o invento do procedimento que ajudaria a grávida no controle da dor, no entanto, isso ocorreria pela introdução de facilidade da anestesia peridural. Isso vem tornar cada vez mais o distanciamento de partos realizados em lugares harmoniosos e aconchegantes em casa, na tranquilidade e no momento da mulher, pois com a chegada da tecnologia cada vez mais o distanciamento era concreto. Sendo um momento que trazia estresse por elas estarem longe da família, tornando a perda do ligamento familiar em um momento delicado e principalmente especial da vida da mesma (RAMALHO, 2009).

Nessa época com a utilização de medicação, um novo passo para a segurança e tranquilidade da mulher é autorizado, pois, o pai do bebê pode acompanhar o parto, somente ele tinha o direito, excluindo a mãe da grávida que antes permitia sua presença (SZEJER; STEWART, 2002).

No século XX, houve um grande avanço na medicina tornando a cesariana em uma prática segura, requerida quando há algum tipo de risco para a mãe e para feto. Porém na década de 1970, as indicações de cesariana aumentaram indiscriminadamente, em vários países. Este aumento cresce os ricos de morbimortalidade materna e perinatal (DIAS, 2006).

Portanto é verificado que em toda a época do passado até atualmente o procedimento de parto vem ganhar prioridades que pudessem fazer com que a mulher estivessem amparo, esse realizado diante de um momento delicado. Pois no passado as mulheres tinham seus filhos em casa com toda uma tranquilidade e segurança do colo familiar, e que diante das mudanças buscaram adaptar novas

formas que agilizasse o parto e trazer segurança para a mãe, uma vez que a garantia do bem estar dos dois sempre é a prioridade de qualquer médico e o corpo clínico (REZENDE, 2009).

2.2 PRÉ-NATAL

A expectativa de ser mãe, de saber da existência de uma vida dentro de si e de conviver diariamente com um ser que ainda não conhece, mas que desde a concepção já faz parte de sua vida e de todos a sua volta, geram sentimentos de prazer, felicidade e satisfação para a futura genitora. No entanto, ao mesmo tempo, ela convive com a ansiedade, improbabilidade e incerteza que vão desde o começo da gravidez até o pós-parto, passando por um momento único e de grande importância por gerar intensas mudanças e geralmente as mães não se encontram preparadas para vivenciá-las (ALVES *et al.*, 2007).

Na década de 1980 o Ministério da Saúde implementa o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) objetivando a inclusão da assistência a mulher adolescente até a mulher da terceira idade, tendo como maior compromisso garantir o direito das mulheres de exercerem ou não a maternidade, buscando alcançar todo o seu ciclo vital (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No período de sua gestação, a mulher passa por uma reestruturação e reajustamento em diferentes calibres, de início, ocorre à modificação de identidade e uma nova aceção de papéis onde a mulher passa a ser vista de forma desigual, no caso da primigesta, que antes era vista apenas como filha e mulher, passa a ser conhecida como mãe (MOTA *et al.*, 2011).

Lopes *et al.* (2005), lembram da importância de treinar uma mulher para a maternidade, reforçando as atividades do pré-natal, fazendo um levantamento da vida obstétrica, pois os medos mais frequentes da gestação têm ligação próxima com a fase final da gravidez onde a ansiedade pode aumentar e com ela surgir o medo da morte ou da dor, isso pode estar relacionado à alguma experiência negativa no pré-natal ou parto anteriores.

De acordo com Rios e Vieira (2007), a carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo.

2.3 PARTO CESARIANO NA ATUALIDADE

O aumento dos nascimentos por cesárea é um fenômeno em escala mundial, alguns fatores contribuíram para este fato, tais como a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e consequente remuneração, além da demanda das pacientes (FREITAS, 2001). Não existem dúvidas que a cirurgia cesariana é de grande valia para salvar vidas e prevenir sequelas neonatais outrora comuns, geralmente de partos distócicos (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

Segundo Rezende (2013), para uma indicação de cesariana só existem dois tipos, as absolutas e as relativas. Absolutas quando não há possibilidade de se obter conceito vivo por vias naturais, são totalizadas em quatro, placenta previa total e parcial, malformação de genitais, tumorações prévias, Desproporção cefálio-pélvica com feto vivo, as demais são consideradas relativas.

No Brasil existe uma grande diferença para as indicações de cesariana. Segundo Montenegro *et al.* (2013) e Brasil (2010), dentro dos partos cesáreos ainda existem conceituações para diferenciar cada um, como:

- cesariana eletiva que é um parto decidido pela mulher sem opinião de médicos e enfermeiros; em casos que a mulher já passou por um parto vaginal e teve traumas e por seguinte decide à cesárea; quando tiver mais cicatrizes de cirurgias anteriores, quando tiver completado 39 semanas de acordo com primeiro ultrassom feito no primeiro trimestre de gestação ou pela data da última menstruação (DUM);

- cesariana forçada é realizada quando a mulher se recusa a passar pelo parto cesáreo, mas, existem indicativos que mostrem riscos pra ela ou bebê em um parto normal, tendo os médicos permissão para realizar;

- cesariana não planejada é aquela quando ocorre algum imprevisto ou emergência e precisa se antecipar, realizada e quando a família não espera por isso também possui um acompanhamento para as novas adaptações.

- cesariana programada é realizada com toda uma programação indicada pelos médicos, tendo ligação a fatores como doenças sexualmente transmissíveis, HIV, ou algo que impeça o parto vaginal levando a criança a contrair algo da mãe;

A cesariana sendo planejada ou não, em muitas mulheres existe aquele momento da perda de experiência de um parto realizado normal, sendo um fator

negativo. Portanto, os responsáveis por esse procedimento tendem a manter o foco no nascimento, em um momento em que seja o mais natural possível, sem muita cobrança na parte operatória (PIOTROWSKI, 2012).

O objetivo da cesariana é preservar a vida ou a saúde da mulher e de seu feto. Desde o advento dos métodos e cuidados cirúrgicos modernos e do uso de antibióticos, a morbidade e mortalidade materna e fetal tem reduzido. Além disso, as incisões são geralmente feitas no segmento uterino inferior, em vez de no corpo muscular do útero, promovendo assim cicatrização mais rápida, portanto mesmo com esses avanços, a cesariana impõe ameaças à saúde da mãe e do bebê (PIOTROWSKI, 2012).

Mesmo com toda a evolução tecnológica dado ao parto, ainda é notória a dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade por parte das usuárias. Percebe-se altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, na maior parte das vezes sem real recomendação, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras (PEREIRA *et al.*, 2010).

2.4 PARTO CESARIANO NA REDE PÚBLICA E PRIVADA

O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza atendimento alternado entre médicos e enfermeiros para que a mulher seja estimulada a não ter o parto cesáreo, dessa forma, assegurando que as dúvidas e fatores que influenciam a cesárea sejam sanadas (REZENDE, 2013).

É visível o crescimento que se nota diante do setor privado, realizados em pré-natais a questão relacionada a estimular a mulher a ter o parto normal, portanto isso leva a mesma tomar decisões que estejam ligadas ao parto cesáreo, já que esse atendimento tem tomado outro rumo por ser um acompanhamento somente com médicos (BADER, 2007).

Quando o acompanhamento é realizado no setor privado através de uma pré-natal particular, os mesmos interferem na decisão de cesárea por ser um procedimento que irá ser marcado com data e tempo estipulado, sem que seja necessário um plantão para realizar o nascimento do bebê (TEDESCO, 2004).

2.5 CARACTERÍSTICAS QUE INFLUENCIAM E FATORES DE RISCO PARA O PARTO CESÁRIO

O Brasil tem um vasto território, com muita cultura, fatores socioeconômicos, e diferenças de acesso a saúde. Estes fatores podem contribuir para elevadas taxas de cesáreas. Além, das diferenças de regiões, modelos de práticas obstétricas, etnia, escolaridade e renda, morar em interior, urbana e metropolitana (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009) podem interferir nos fatores identificados.

A via de parto escolhida pelas gestantes está relacionada à maior discussão gerada na hora do parto, onde muitas vezes a vontade da parturiente não é levada em consideração, essa decisão fica por parte da equipe clínica. A gestante é peça mais importante desse processo, respeitar e considerar vontade e decisão na via de parto, conscientizando de risco (TEDESCO, 2004).

O bloqueio peridural, largamente utilizado em obstetrícia, tem como vantagens a conservação da consciência materna, participação no andamento do nascimento e preservação dos reflexos protetores das vias aéreas superiores. A agregação dos anestésicos locais, as opiniões acomodam anestesia adequada para o procedimento cirúrgico e maior comodidade materna no pós-operatório. Também permite deambulação precoce reduzindo o risco de complicações pós-operatórias, como tromboembolismo, íleo paralítico e dificuldades respiratórias (BRAGA, 2009).

Cesariana, entretanto, apesar de ser método mais rápido e conveniente em certos casos, apresenta riscos maternos e fetais. A mortalidade é mais elevada nas mulheres sujeitas à cesárea do que ao parto normal. O mesmo ocorre com a mortalidade neonatal (LOPES *et al.*, 2005).

De acordo com Rezende (2013), existem fatores que influenciam as altas taxas de Cesáreas, como: fatores culturais em que há crença popular e infundada de que partos vaginais apresentam mais riscos do que cirurgias cesarianas (LOPES *et al.*, 2005).

Deste modo, muitos autores consideram essa problemática, e concordam que o modo como se ensina, estuda e exercita a assistência obstétrica, no Brasil, colabora para esta situação. A assistência durante a gestação não apronta a mulher emocionalmente para o momento do nascimento e os receios e inseguranças que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prever, no contexto social, cultural e econômico em que ela passa sua gravidez (REZENDE, 2013).

Dias (2006) identifica que países como o Brasil, sofrem muito mais com as culminantes taxas de intervenções obstétricas e cirurgias cesarianas do que países como os EUA. O choque da alta incidência de cesarianas recai mais fortemente sobre os insuficientes recursos financeiros, sociais e humanos de países em desenvolvimento, acarreta consequências mais sérias, com o aumento na diferença da assistência à saúde.

Bader (2007) adverte que complicações infecciosas, hemorrágicas e anestésicas provenientes do abuso da cesárea no Brasil, ocasionam um espantoso impacto adicional sobre as contas do setor público e até mesmo privado de saúde.

Outro fator que provoca um aumento de custo relativo à assistência à saúde é a prematuridade iatrogênica. Uma cesárea agendada pode originar o nascimento de um bebê prematuro que solicita uma assistência neonatal intensiva e incondicional, por determinado tempo, o que poderá também aumentara demanda dos serviços de saúde durante a primeira infância (MORAIS, 2010).

Segundo Lopes *et al.* (2005), enfatizam que existe uma serie de riscos da cesárea para o recém-nascido. Um deles é o risco de descontinuar prematuramente a gravidez, ao calcular erroneamente a idade gestacional, no caso de cesáreas que são agendadas para ocorrerem antes do início do trabalho de parto.

Outro risco provável e alto é o de agonia respiratória para os recém-nascidos de parto cesárea, em comparação com os de parto vaginal. A pressão da cavidade torácica do bebê, ao atravessar pelo canal vaginal da mãe, faz com que ele elimine líquido amniótico do pulmão e estimule o mesmo, além disso, uma mulher só ingressa em trabalho de parto quando os pulmões do bebê estão maduros. Segundo os autores, os dados disponíveis advertem que o risco de prematuridade não é apenas uma hipótese, mas um risco real para a cesariana eletiva sem recomendação médico (BADER, 2007).

Os autores asseguram que os riscos de mortalidade e morbidade de mulheres submetidas à cesárea estão incluídos às infecções puerperais, que são mais banais após cesárea do que parto vaginal (DOMINGUES, 2005).

Acidentes e complicações catalogados a anestésias a pretensão de vômito são outros fatores que oferecem uma serie de risco mais elevado de morbimortalidade materna durante uma cesárea. Desta forma, quando recomendada e realizada adequadamente, esta intercessão pode salvar a vida da mãe e da

criança, porém, torna-se uma ameaça para um ou os dois, quando utilizada somente por conveniência ou negligência (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

2.6 PARTOS CESÁREOS E A MORBIMORTALIDADE MATERNA E PERINATAL

Com a finalidade de reduzir as morbimortalidades na hora do parto, aumenta as quantidades de partos cesarianos desnecessários, uma decisão que deve ser escolhida de forma criteriosa (BRASIL, 2012).

A mortalidade materna e fetal está mais relacionada a parto cesariano do que parto normal. É conveniente e mais rápido um parto cesariano, no entanto apresenta mais risco do que um parto de via vaginal (MARTINS-COSTA; RAMOS; SALAZAR, 2011).

Segundo Montenegro *et al.* (2013) a cesariana é realizada para beneficiar a vida da criança, mas também ocorre de acontecer riscos fetais e neonatais associados ao procedimento. Os riscos fetais já foram discutidos neste capítulo e incluem a prematuridade iatrogênica, especialmente associada à cesariana eletiva, e as lesões do feto que ocorrem em uma quantidade mínima das cirurgias.

Nos partos cesáreos o que possui maior morbidade está nas de emergências do que nas eletivas, pois diante da emergência existem diversos fatores que determinam riscos. Mas ainda de acordo com o autor é apontado que a morbidade em partos cesáreos eletivos era o mesmo de um parto vaginal, assim é evidenciado que nesses procedimentos ocorrem as taxas igualitárias (MONTENEGRO *et al.* 2013).

Na tentativa de reduzir as morbimortalidades durante a Cúpula do milênio, promovida de pela Organização das Nações Unidas em setembro de 2000, O nosso país assumiu a cumprir a meta de reduzir em 3/4 a mortalidade materna até 2015, que faz parte do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2012).

A Atenção à mulher não pode ser só no parto e também no pós-parto, para identificar possíveis patologias ou problemas no período antes da gestação, durante e após. As justificativas das morbimortalidades, na sua grande maioria são resultantes da gestação. Sendo que se constata a relação entre cesariana é morte por hipertensão e infecção (HERCULANO *et al.*, 2012).

Para Montenegro (2013) a morbidade e mortalidade maternas encontram-se aumentadas na cesárea em relação ao parto transpélvico, as principais causas da morbidade relacionada à cesariana são a infecção, tromboembolismo venoso,

hemorragias, e a infecção puerperal, além de complicações anestésicas, que oferecem riscos com a comparação a partos normais.

A morbidade de recém-nascidos de partos cesáreos está associada a fatores ligados a alterações respiratórias, esse risco é significativo quando a cesárea é eletiva, pois alterações hormonais e fisiológicas promovidas pelo trabalho de parto são essenciais para a maturação pulmonar da criança (MONTENEGRO, 2013).

Diante do exposto é verificado que muitos são os fatores que evidenciam para que seja levado a morbidade a mãe ou do bebê, que estão ligados a alterações, complicações, que a equipe médica procura meios que seja realizado um parto com o esforço para conseguir evitar a morte de ambos, mas em muitos deles as complicações são extremamente sem retorno.

2.7 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLOGICOS SOBRE CESARIANA

Segundo Salazar; Ramos e Baldin (2011) as estimativas globais indicam grande variação no índice de cesarianas, partindo de 3,5% na África e chegando a 29,2%, na América Latina e Caribe. Os levantamentos nos Estados Unidos, reino Unido e China registraram índices entre 20 e 25%.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, índices superiores a 15,0% seriam difíceis de justificar do ponto de vista médico. O Brasil exibe uma das maiores taxas de cesáreas do mundo e tem sido citado como um exemplo de possível abuso deste procedimento. Segundo o Datasus, em série histórica de 1994 até 2006, verifica-se que, no Brasil, mais de 95,0% dos partos são atendidos em hospitais, sendo verificada uma notável elevação dos índices, pois, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%, no ano de 2006 registra proporção de 45,0% dos nascidos vivos (MAGALHAES, 2011).

A afirmação de que as mulheres com maior escolaridade e provável melhor condição socioeconômica preferem cesáreas pode não ter base consistente. Em um estudo prospectivo que avaliou a preferência de 717 pacientes atendidas em instituições públicas e 419 em hospitais privados com médicos particulares, foi verificado que entre aquelas que tiveram cesáreas, mais de 83% delas tinham preferência prévia pelo parto vaginal. Ainda assim, mais de 60% delas manifestaram satisfação com o tipo de parto que tiveram, apoiando a suposição que as mulheres confiam nas informações oferecidas e acreditam que as indicações resultaram em maior segurança (FREITAS, 2001).

A partir dos dados disponíveis no Sistema de Informações dos Nascidos Vivos (Sinasc) relativos à assistência ao parto no município de São Paulo, no Sistema Único de Saúde (SUS), onde cerca de 80% dos partos são atendidos, ocorrem taxas médias de cesáreas de 28,6%, enquanto que, no setor de saúde complementar, estes índices ultrapassam 80%. De forma paradoxal, instituições com ampla disponibilidade de recursos técnicos e consequente segurança na assistência exibem os maiores números (MAGALHAES, 2011).

Segundo Sakae; Freitas e D'orsi (2009) a atual organização da atenção obstétrica exerce um papel importante nesta questão, uma vez que a assistência privada ainda é personalizada e centrada no médico. Este aspecto pode justificar a preferência por cesáreas à conveniência de uma intervenção programada, a incerteza frente à possibilidade de asfixia ou trauma fetal, o temor de problemas jurídicos e a falta de preparo da mulher para o parto.

Ainda segundo esse estudo, apesar da semelhança da percepção da pacientes sobre seu parto, ocorreu evidente disparidade entre os altos índices registrados na assistência privada. Tal fenômeno pode ter três justificativas. Em primeiro lugar, muitos obstetras acreditam realmente que a cesárea é mais segura para o bebê e mais confortável para a mãe. Em segundo lugar, podem não ter treinamento satisfatório para a assistência ao parto e assumem que a cesárea pode eliminar situações difíceis de contornar. Em terceiro lugar, as cesáreas agendadas seriam mais convenientes e poupariam tempo (MAGALHAES, 2011).

O conceito de praticidade guarda relação com o contexto em que vivemos. Há cerca de 50 anos, para a maioria das mulheres era muito prático ter seus bebês na própria casa. Nos dias de hoje, isso pode ser interpretado como uma escolha e provavelmente mais arriscada. Na atualidade, o tempo constitui variável fundamental, ou seja, ninguém tem tempo para mais nada. Assim, a imprevisibilidade do desencadear do parto e o tempo necessário para o seu desenvolvimento podem ser insuportáveis (FREITAS, 2001).

Ainda para Salazar; Ramos e Baldin (2011) diversos são os fatores que influenciam no crescimento de índices cesarianos, que inclui aperfeiçoamento das técnicas anestésicas, a redução dos riscos e as complicações pós-operatórias, os fatores nutricionais e demográficos, a percepção de segurança do procedimento de saúde, a prática obstétrica defensiva as mudanças nos sistemas de saúde e as demandas de pacientes.

De acordo com demonstrações do Ministério da Saúde, o índice de cesarianas é maior nas regiões Sudeste (47,5%), Centro-Oeste (44,3%) e Sul (44,1%), bem maior do que no Norte (28,1%) e Nordeste (26,9%) isso de acordo com levantamento realizado em 2002, onde o Brasil tinha um índice de 38,6% de cesarianas (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011).

2.8 ENFERMAGEM E O PROCEDIMENTO DE CESARIANA

A participação da enfermeira obstetra no acompanhamento pode contribuir para a alteração no tipo de assistência obstétrica, no entanto se faz mais do que necessário o bom senso médico para minimizar as intervenções cirúrgicas desnecessárias, dando uma melhor qualidade de vida ao recém-nascido e a mãe (DIAS, 2006).

Considerando o pré-natal e o nascimento como um momento único e especial para a mulher, o enfermeiro como educador deve assumir a postura de orientar, compartilhar saberes e buscar devolver à mulher a autoconfiança para vivenciar a gestação, o parto e o puerpério. É durante as consultas de pré-natal que ocorre a preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um processo de intenso aprendizado, oportunizando ao enfermeiro desenvolver a educação em saúde como dimensão do processo de cuidar (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011).

O enfermeiro é incorporado oficialmente ao arcabouço legal do SUS, como um profissional de saúde que busca incentivar o parto normal, promover a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado, integrando o companheiro e a família, estimulando a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando suas crenças, seus direitos humanos e reprodutivos (PEREIRA *et al.*, 2010).

Os óbitos maternos se dão em grande parte por causas resultantes da gestação, mas podemos constatar uma relação entre a cesariana e a morte por síndrome hipertensiva e infecção, demonstrando a real necessidade na atenção com a mulher após o parto, para a identificação de sinais e sintomas de piora no estado de saúde da mulher (HERCULANO *et al.*, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, a assistência ao pré-natal é marcada por um período de mudanças físicas e emocionais, objetivando o acolhimento à mulher, além do oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas,

angústias, fantasias ou, simplesmente, a curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

Frente às mudanças do paradigma do cuidado no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem possui papel decisivo na tomada de decisão, já que estes são os profissionais que se encontram mais próximos da parturiente (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011).

O enfermeiro como cuidador, pode vir a orientar a cliente para que realize técnicas de relaxamento sistemático do organismo, já que as contrações, evento normal do processo de parir, se tornam menos intensas quando a paciente deambula ou recebe massagens juntamente com a preparação emocional (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

Durante as consultas de pré-natal, o enfermeiro é responsável por realizar ações educativas para a gestante e sua família, acompanhar gestações de baixo risco, solicitar exames de rotina e orientar tratamento de acordo com o protocolo da instituição, e também coletar exame citopatológico. Foi conferido também ao enfermeiro, declarar os nascidos vivos dos partos realizados em instituições de saúde e domicílios, desde que estejam devidamente cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) como profissionais responsáveis por estes atendimentos (REZENDE, 2013).

O enfermeiro nas equipes de Programa Saúde da Família (PSF) é de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial. No que diz respeito à assistência de pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento gestacional desde as primeiras semanas de confirmação da gravidez tendo como foco a prevenção, a promoção e o tratamento de distúrbios durante e após a gravidez, assim como informá-la dos serviços que estão a sua disposição (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

Profissionais que se encontram executando tarefas incumbidas ao enfermeiro, devido carência de recursos humanos de nível médio nessa área e que não possuam formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo COFEN, exercer atividades elementares em instituições de saúde públicas, privadas e em programas de saúde, somente sob orientação e supervisão do enfermeiro (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011).

Conforme a Lei Federal de nº 7.498/86 e do Decreto-lei 94.406/87 (BRASIL, 1986), que decreta o livre exercício da enfermagem em todo território nacional, é

encarregado ao enfermeiro “prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; compartilhar dos programas e das atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, individualmente daqueles prioritários e de alto risco; acompanhar a evolução e o trabalho de parto; executar e assistir a gestante em situação de emergência e executar o parto sem distorcia”.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE ESTUDO

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de um levantamento de caráter exploratório, de natureza teórico-empírico, utilizando abordagem quantitativo e qualitativo de dados,

A pesquisa de levantamento trata-se de um estudo cuja única fonte de informação é a população de um determinado município ou localidade específica (FONSECA, 2002).

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, na qual tem a finalidade de descrever o objeto em estudo, apontando suas características e os problemas relacionados a ele com máxima exatidão (GIL, 2007).

Segundo Lakatos e Marconi (2003) a pesquisa empírica refere-se a uma pesquisa de campo, com entendimento da necessidade de comprovar prática de alguma coisa, relacionado a experimentações ou observações de algo para assim coletar informações em campo.

Em relação à abordagem, a pesquisa é predominantemente quantitativa. Segundo Almeida (2014), a pesquisa quantitativa demonstra através de números resultados que evidenciem algum fato de interesse público, para que assim demonstre precisão e que evite erros ou distorções na interpretação de dados. Já, a pesquisa qualitativa demonstra também que é possível demonstrar resultados sem o uso de estatísticas (ALMEIDA, 2014).

3.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA AMOSTRAL

O estudo foi realizado no Município de Itaituba, Estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Sudoeste Paraense, cortado pela Transamazônica (BR-230), é considerada de médio porte, ocupando a posição de décimo quinto município mais populoso do estado, com aproximadamente 101.097 habitantes (IBGE, 2018).

Foram coletados dados de 360 mulheres dos prontuários do setor obstétrico do Hospital Municipal de Itaituba. Os dados (idade, escolaridade, estado civil, profissão, quantidade de filhos, número de partos cesáreos, patologia que levou ao procedimento cirúrgico de cesariana no ano de 2018, mês em que ocorreu o parto cesáreo) (Apêndice) foram retirados das mulheres que foram submetidas ao parto cesáreo forçado, autorizado na SEMSA.

Todos os prontuários foram analisados entre o mês de setembro a dezembro de 2018.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foram selecionadas todas as mulheres de qualquer idade que tiveram parto cesariano forçado, devido uma intercorrência no trabalho de parto.

Foram excluídas da amostra as mulheres que tiveram o parto normal ou optaram livremente pelo parto cesariano.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quanto à identidade dos participantes, foi mantido total e absoluto sigilo. Seus nomes e as informações que indiquem as suas participações estão protegidos. A participação no estudo não acarretará custos ou qualquer tipo de compensação financeira adicional. Diante da prática de estudos, é necessário ter valor representado através de um compromisso fortalecido, para que diante de sua política mantenha em sigilo e bem estar das pessoas envolvidas nas entrevistas, e assim não expô-las, estará realizando a assistência ética (BARBETTA, 2012).

Para análise foi tabulado e elaborado diversos gráficos com auxílio do programa Excel (Microsoft para o Windows - 2007).

3.5 ANÁLISES DOS BENEFÍCIOS E RISCOS

O pesquisador responsável suspenderá a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou danos ao participante da pesquisa e o pesquisador assume a responsabilidade de assistência integral as complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. As análises de risco a resolução 466/96 em seu artigo V diz que toda pesquisa deve ter análise das possibilidades de danos imediatos ou posteriores, no plano individual ou coleta (BRASIL, 2012). Sendo assim este estudo não trará nenhum custo para os participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária das mulheres variou de 13 a 43 anos. Do total 38,3% (n = 138) entre 13 e 20 anos; 40,8% (n=147) das mulheres estão na faixa etária entre 21 e 28 anos; 17,8% (n = 64) entre de 29 e 36 anos; e 3,1% (n = 11) entre 37 e 43 anos (Gráfico 01).

Montardo (2004) realizou um acompanhamento com 125 Gestantes na Cidade de Ijuí (RS), onde 60,0% das mulheres tinham entre 14 e 18 anos; 15,0% entre 20 e 30 anos; 15,0% de 31 a 39 anos; e 10,0% acima de 40 anos.

De acordo com Velho *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com 26 mulheres na Cidade de Pontas de Canas em Florianópolis (SC), observaram entre mulheres 23 e 46 anos, a predominante foi a faixa etária entre 30 a 39 anos.

Silva *et al.* (2014) pesquisa realizada na Cidade de Juazeira na Bahia, entre Março e Junho de 2012, com 12 mulheres em trabalho de parto naquele momento, as mesmas estavam entre 19 à 34 anos, com predominância em 23 anos.

Copelli *et al.* (2015) com uma pesquisa com 160 puérperas na Cidade de Campinas - SP, 58,0% tinham entre 30 a 39 anos, 27,0% estavam entre 18 a 21 anos e 15,0% entre 40 a 45 anos.

Moura (2015) na Cidade do Rio de Janeiro realizou um estudo com 58 mulheres em trabalho de parto, observando que a idade predominante delas variou entre 18 a 29 anos, predominante aos 23 anos.

No presente estudo a faixa etária predominante foi entre 13 e 28 anos. Muitas mulheres crianças ou adolescentes (n = 138) estão tornando-se mães precocemente. Em um estudo realizado na Cidade de Curitiba (PR) com 20 adolescentes entre 13 a 18 anos, com classes sociais diferentes, foi detectado que 60,0% dessas adolescentes não tinham informações ou conversas com os pais que pudessem elevar o conhecimento de um contraceptivo (TABORDA *et al.*, 2014).

A gravidez é um processo que cada vez mais tem sido discutido pelos estudiosos a entenderem qual melhor época e idade para se realizar esse processo; quais acontecimentos elevam os índices de gravidez na adolescência; o que faz com que as adolescentes cheguem a uma gravidez indesejada ou não planejada; o que ocorre para que as mesmas não obtenham informações e esclarecimentos que ajudem na prevenção em relações sexuais (REZENDE, 2009).

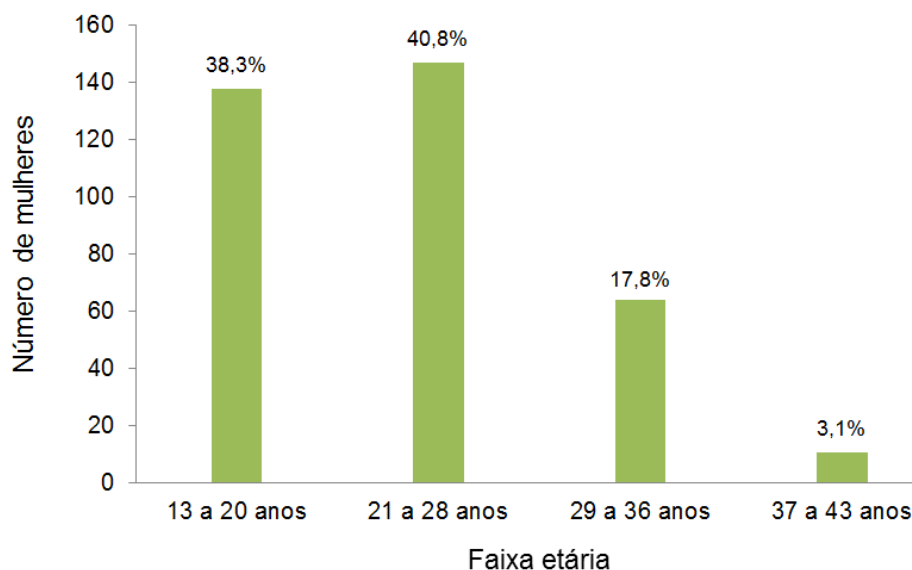


Gráfico 01 – Número de mulheres e sua faixa etária que realizaram parto cesariano no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

Em relação ao estado civil, a união estável foi predominante com 54,0% ($n = 196$); solteira com 33,3% ($n = 120$); casadas com 11,7% ($n = 42$); e divorciadas com 1,0% ($n = 2$) (Gráfico 02).

Copelli *et al.* (2015) em uma pesquisa com 160 puérperas na Cidade de Campinas (SP), observaram que 60,0% estavam em um relacionamento de união estável; 25,0% eram solteiras e 15,0% casadas.

Velho *et al.* (2014) diante do estudo realizado com 26 mulheres na Cidade de Pontas de Canas em Florianópolis (SC), detectaram que 50,0% das entrevistadas tinham uma união estável; 25,0% eram casadas; 20,0% eram solteiras; e 5,0% tinha se divorciado.

Silva *et al.* (2014) após realizar um estudo na Cidade de Juazeiro da Bahia, com 12 mulheres. As participantes da entrevista mantêm o mesmo companheiro sendo que 75,0% delas estão em uma união estável e 25,0% são casadas.

Os dados se assemelham com os estudos citados acima, pois, a maioria das entrevistadas possui uma união estável. Na atualidade as pessoas optam por o relacionamento de união estável, pois ele é um meio mais rápido de um casal constituir uma família ou em casos de a mulher engravidar o casal decide assim morarem juntos, sem que haja uma oficialização em cartório e religioso, onde não existem empecilhos para esse tipo de relacionamento (DINIZ, 2001).

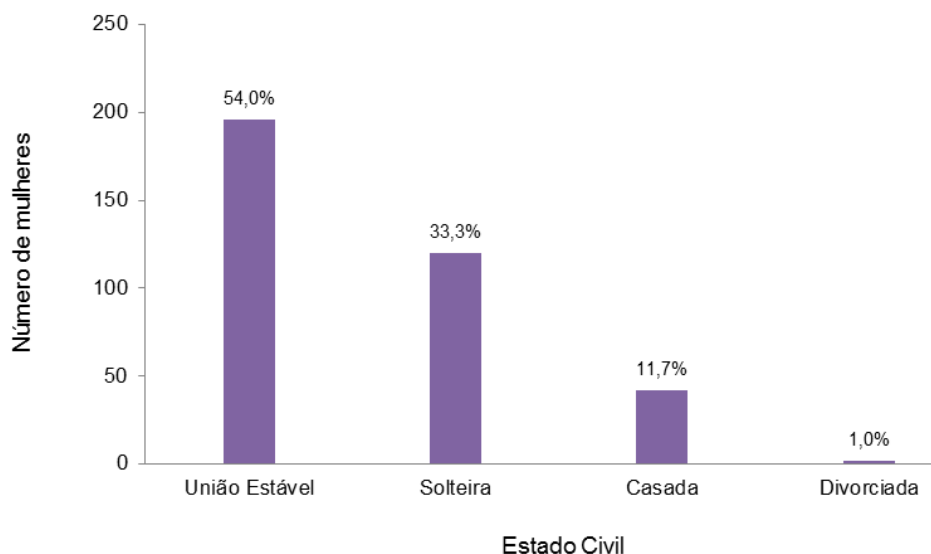


Gráfico 02 – Estado civil das mulheres que realizaram parto cesáreo no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

Quanto à escolaridade, 0,6% ($n = 2$) se intitularam analfabetos; 45,0% ($n = 162$) possuem ensino fundamental incompleto; 2,5% ($n = 9$) ensino fundamental completo; 33,0% ($n = 117$) não concluíram o ensino médio; 11,1% ($n = 40$) concluíram o ensino médio; com 3,9% ($n = 14$) com o ensino superior completo e 3,9% ($n = 14$) incompleto; e 0,6% ($n = 2$) não informaram escolaridade (Gráfico 03).

Velho *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com 26 mulheres na Cidade de Pontas de Canas em Florianópolis (SC), detectaram que 60,0% não concluíram o ensino fundamental; 25,0% eram concluintes do ensino médio; e 15,0% eram finalistas do ensino superior.

Silva *et al.* (2014) em um estudo na Cidade de Juazeiro na Bahia com 12 mulheres, observaram que 30,0% não concluíram o ensino fundamental; 15,0% concluíram o fundamental; 25,0% concluíram o ensino médio; 17,0% concluíram o ensino superior; e 3,0% são analfabetas.

Copelli *et al.* (2015) entrevistaram 160 puérperas na Cidade de Campinas (SP), e notaram que 50,0% não concluíram o ensino fundamental; 18,0% concluíram o ensino Médio; 7,0% não concluíram o médio; 4,0% não concluíram o ensino superior; e 21,0% terminaram o curso de graduação.

O presente estudo foi semelhante com todos os estudos citados acima, no qual a maioria apresenta ensino fundamental incompleto. O índice de analfabetismo ou até mesmo de mulheres que não seguem com os estudos pelo fato de engravidarem no período escolar é alto, e o governo procura cada vez mais

metodologias que intensifiquem a gravidez principalmente na adolescência. Esse é um dos maiores fatores de influência de abandono à sala de aula (LOCH, 2009).

A escolaridade tem sido um fator de relevância para o ser humano, sendo que ele influencia diretamente com qualidades melhores de vida, onde interfere em sua continuação escolar, até mesmo em uma função de trabalho com ganho de acordo com o grau escolar adquirido (LOCH, 2009).

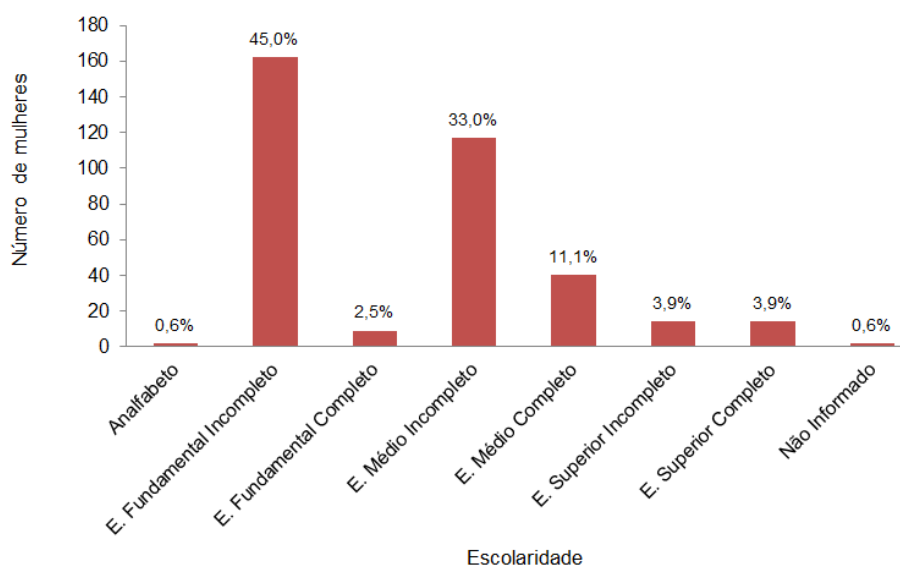


Gráfico 03 – Escolaridade das mulheres que realizaram parto cesáreo forçado no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

Para profissão, 91,4% dessas mulheres estavam desempregadas e apenas 8,6% tinham emprego na época. Das que estavam sem emprego, 69,5% (n = 251) intitularam-se do lar; e 21,9% (n = 78) estudantes. Das mulheres empregadas, 1,4% (n = 5) autônomas; 1,4% (n = 5) professoras; 1,1% (n = 4) agricultoras; 0,8% (n = 3) cozinheiras; 0,6% (n = 2) serviços gerais; e 3,3% (n = 12) totalizaram em conjunto outras profissões, como: supervisora de vendas, facilitadora música, bombeira, auxiliar contábil, auxiliar administrativo, acs, assistente social, cabelereira, caixa, manicure, e atendente de farmácia (Gráfico 04).

Montardo (2004) realizou um acompanhamento com 125 gestantes na Cidade de Ijuí (RS), onde 76,0% das mulheres entrevistadas estavam empregadas e 24,0% do lar.

Velho *et al.* (2014) em um estudo envolvendo 26 mulheres realizado na Cidade de Pontas de Canas Florianópolis (SC), detectaram que 80,0% das mulheres

estavam desempenhando prestezas remuneradas, 10,0% encontravam-se desempregadas e 10,0% somente senhoras do lar.

Silva *et al.* (2014) na análise realizada na Cidade de Juazeiro na Bahia, com 12 mulheres mostraram que 50,0% estavam com atividades empregatícias, 25,0% desempregas e 25,0% do lar.

Copelli *et al.* (2015) com uma pesquisa com 160 puérperas na Cidade de Campinas (SP), notaram que 60,0% das mulheres estariam empregadas, exercendo diversas funções como: Professoras, Merendeiras, Cabelereiras, Vendedoras, Serviços Gerais, Enfermeira, Atendente de Farmácia, Bancárias); 25,0% somente do lar e 15,0% desempregadas.

O presente estudo realizado em Itaituba-PA, não se assemelha com nenhum dos outros estudos em pesquisa. Ainda existem muitas mulheres do lar, que somente tomam conta da casa e dos filhos, essas as mulheres tem buscado uma profissão para ter uma melhoria de vida (REZENDE, 2009).

A mulher no contexto atual tem avançado no seu posicionamento diante do mercado de trabalho, onde tem evidenciado cada vez mais a conquista por uma vaga. Diante disso verifica-se que nos estados que possuem mais desenvolvimento são mais encontradas mulheres no mercado, influenciando assim na renda familiar. Nos lugares como interiores, os índices de mulheres que se intitulam do lar, são maiores, podendo essa situação vir de gerações passadas (DINIZ, 2001).

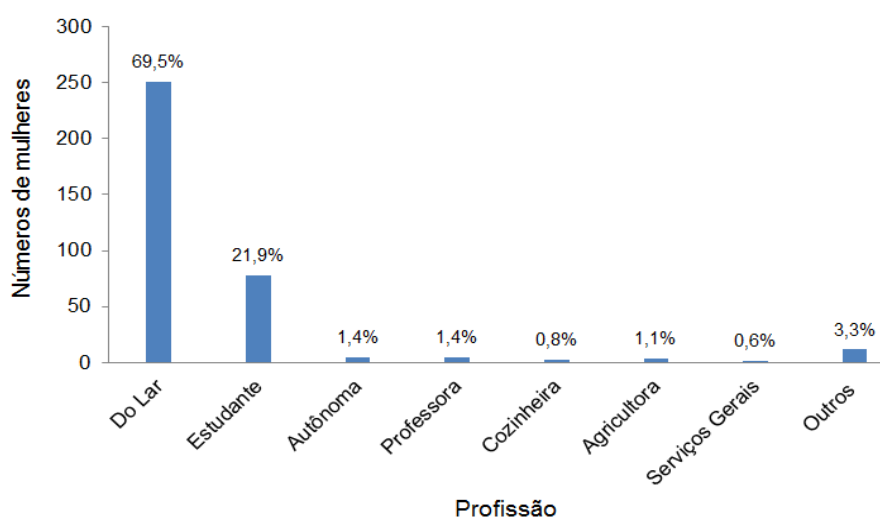


Gráfico 04 – Profissão e o número de mulheres que realizaram parto cesáreo forçado no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

A quantidade de partos cesáreos forçados ou não planejados variou de 15 a 45 por mês durante o ano de 2018. Dos 360 partos, 12,5% (n = 45) ocorreu no mês

de setembro, apresentando a maior incidência; seguido do mês de maio e outubro, cada um com 11,1% (n = 40); junho com 10,8% (n = 39); janeiro com 9,2% (n = 34); abril 8,9% (32); novembro com 8,6% (n = 31); fevereiro com 6,9% (n = 25); agosto com 5,8% (n = 21); dezembro com 5,6 (n = 20); julho 5,3% (n = 19); e março com 4,2% (n = 15) (Gráfico 05).

Na Cidade de Ijuí (RS) um estudo foi realizado com 125 gestantes e foi detectado que 39,0% engravidaram na época da Festa de Rodeio no mês de agosto, após se relacionarem com visitantes de outras regiões (MONTARDO, 2004).

Silva *et al.* (2014) realizaram na Cidade de Juazeiro na Bahia um estudo e notaram que o mês com alto índice de gravidez (42,0%) está relacionado com o carnaval. Momento em que a cidade recebe um grande número de pessoas de outros lugares do país.

Moura (2015) em uma pesquisa realizada na Cidade do Rio de Janeiro com 58 mulheres em trabalho de parto observou que o maior índice de gravidez acontecia em Fevereiro, na época de carnaval, com os bebês nascendo em novembro, chegando a 32,0%. O segundo no mês com maior incidência foi outubro, com o evento do Rock Rio, tendo um índice de 15,0%, o restante se equilibra entre os meses.

No presente estudo, altos índices foram detectados após alguns eventos na cidade de Itaituba. Em fevereiro e março, como carnaval; e no mês de julho com o período das férias escolares, das festas juninas e da festa de Santana. Esses eventos podem influenciar no aumento do número de gravidez indesejada.

Existem fatores que influenciam nos meses com maiores índices de gravidez. Normalmente os números são maiores em lugares onde existem festas tradicionais, com o número expressivo de pessoas de diferentes lugares. Nesses lugares o Governo Federal está intensificando suas intervenções com o intuito de diminuir os índices de gravidez, com a distribuição de preservativos e meios contraceptivos que evitem a gestação e até mesmo a proliferação de IST (BRASIL, 2010).

Em uma gravidez planejada é evidenciada que a contagem da gestação, no dia do parto não ocorra em um período de férias realizado nos meses de Julho e Dezembro, onde também ocorrem datas festivas, sendo um período que as mulheres querem estar acompanhando seus familiares em eventos (DINIZ, 2001).

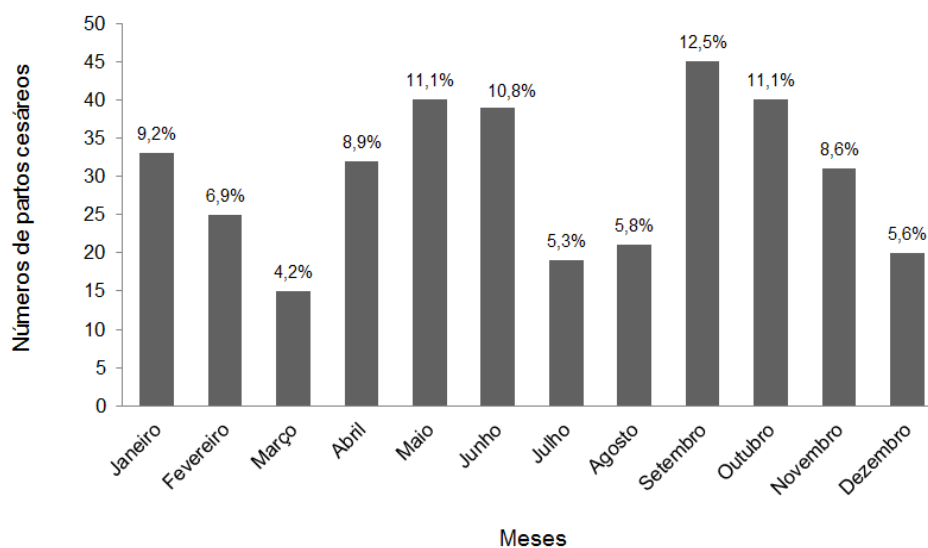


Gráfico 05 – Número de partos cesarianos e os meses em que ocorreram do ano de 2018, no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

Em relação às complicações ocorridas durante o trabalho de parto, as principais intercorrências registradas foram: 25,3% (n = 91) com Iteratividade do útero; 16,7% (n = 60) Desproporção Cefalopélvico; 11,4% (n = 41) Sofrimento Fetal; 11,1% (n = 40) Oligohidrâmnio; 10,0% (n = 36) Bradicardia; 2,8% (n = 10) Macrossomia; 2,2% (n = 08) Placenta Prévia; 1,7% (n = 06) Pré-eclâmpsia; 1,1% (n = 4) Sofrimento Fetal/Parada de Progressão; 1,1% (n = 4) Perda de Líquido/Feto Morto; e 1,1% (n = 4) Gemelar (Gráfico 06).

Outras intercorrências também proporcionaram um parto cesariano forçado, mas, ficaram de fora do gráfico porque tiveram uma porcentagem muito pequena, com 0,8% (n = 3), como: Traquicardia Fetal, Morte Fetal, Iteratividade/VDRL, Diabetes Gestacional, Circular de Cordão, VDRL Reator, Sofrimento Fetal/VDRL, Sofrimento Fetal/Macrossomia, Sofrimento Fetal/Iteratividade, Rotura Precoce de Membrana/Iteratividade, Portadora de HIV, Sífilis, VDRL+, Pélvico com circular de cordão, Parto Prematuro/Apresentação Descolamento da Placenta, Não Colabora com Trabalho de Parto, Metrocistoceles/iteratividade, Macrossomia Fetal/Apresentação Pélvica, Eclampsia, Descolamento de Placenta, Assinclismo, Prematuridade, Portadora de HIV, B24, Trab. De Parto Prematuro/Bebê Faleceu na UCI, Taquicardia/Arrelemia Fetal, Placenta Prévia/Óbito Fetal, Parada Progressão/Menor Idade, Parada de Progressão, Obesidade Morbida/Macrosomia, Mais de 42 Semanas gestacional, Hipertensão/Oscilação BCF, Gestação Gemelar/2ª Cesariana, Distorcia de Colo/Hipertensão (Gráfico 06).

No Hospital Santa Maria na Cidade de Lagoinhas (PE) um estudo foi realizado sobre o que faz a mulher ser diagnosticada com parto cirúrgico. Como resultado as maiores causas detectadas estão associadas a Iteratividade do útero (62,0%), seguido desproporção cefálica (23,0%) e Sofrimento Fetal (15,0%) (CORDEIRO; SALBATINO, 2002).

No Hospital Universitário em Campinas (SP) uma pesquisa sobre as causas que levam as cesarianas, foi identificada como principal causa placenta prévia (32,0%), seguida de desproporção céfalo-pélvica (31,0%), descolamento prematuro da placenta (22,0%), e eclampsia (15,0%) (CAMPANA; MELO; NOVAES, 2007).

Oliveira *et al.* (2016) em um estudo com 920 mulheres realizada em Maringá (PR) sobre o que levava as mulheres ao procedimento cirúrgico de cesariana, observaram que 42,0% tinham hipertensão; 13,0% diabetes; 12,0% parada de progressão; 10,0% Sofrimento Fetal; 9,0% Iteratividade do útero, entre outros.

No presente estudo, as principais complicações registradas foram Iteratividade do Útero, seguido de Desproporção Céfalopelvica, Sofrimento Fetal e Oligohidrânio. Um estudo semelhante a esse foi o Cordeiro e Salbatino (2002) realizado em Pernambuco.

A Iteratividade do Útero significa que já houve duas ou três cesarianas, e assim será encaminhada novamente para o processo cirúrgico (MONTENEGRO *et al.*, 2013); a Desproporção Céfalopelvica é considerada um acontecimento raro onde a cabeça da criança é maior que a bacia da mãe e assim não tem passagem para o mesmo, sendo necessário realizar o parto cirúrgico (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011); o Sofrimento Fetal possui diagnostico através da alteração da frequência cardíaca do bebê, devido a falta de oxigênio, por parar de se mexer, a influência através do peso da mãe, entre outros (MONTENEGRO *et al.*, 2013); a Oligohidrânio é uma anormalidade na gestação onde a produção de líquido é baixa e assim impossibilita a mulher de passar pelo parto natural (SALAZAR; RAMOS; BALDIN, 2011).

Muitos obstetras são a favor das mulheres passem pelo procedimento cirúrgico com a alegação sobre o bem estar da mulher quando se passa pelo parto normal (NAKANO, 2017). De acordo com a OMS (2005) é intitulado que o país realize apenas 15,0% dos partos cesarianos. No entanto esse número possui um número maior de 52,0% no País e através da rede pública, e esse número chega a 88,0% dos nascimentos na rede privada hospitalar.

Amorim *et al.* (2010) em um estudo de revisão sobre os diagnósticos que levam as mulheres aos procedimentos cirúrgicos de cesariana, descreveram que existem alguns procedimentos que podem reverter esse quadro e levar a mulher ao parto vaginal, e tudo depende apenas da equipe de enfermagem. Eles destacam que quando o diagnóstico é de distorcia de progressão é necessário realizar uma correção de contratilidade uterina e assim poderá ocorrer o parto normal, e em casos de apresentação pélvica poderá haver uma correção com VCE a termo, nesse processo é necessário discutir com a gestante que se houver falha ou não realização será encaminhada ao procedimento cirúrgico. Os autores concluem que esses métodos diminuem as taxas de cesarianas existentes no país e no mundo.

Muitos são os fatores que determinam um parto, a mulher passa por um acompanhamento desde a gravidez, no entanto, há algumas que necessitam de um olhar emergencial e de mais cuidado levando em consideração a vida do bebê e da mãe, para que não se chegue a condições mais graves (óbito); a cesariana pode ser de extrema importância para excluir possíveis complicações irreversíveis, como morte ou morbidade (RAMALHO, 2009).

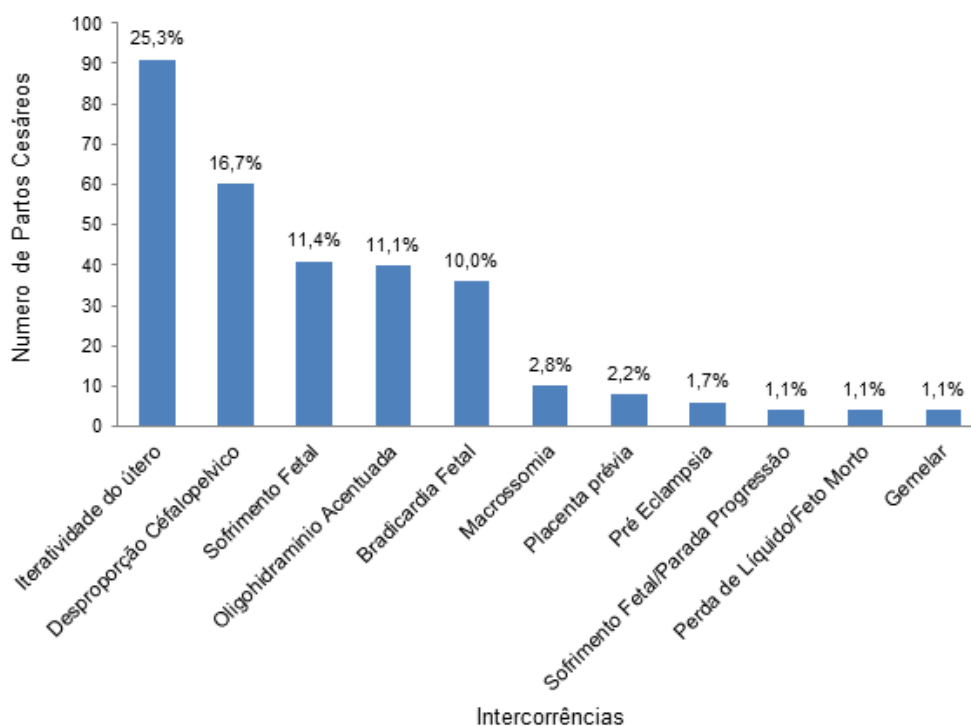


Gráfico 06 – Número de partos cesáreos forçados e suas intercorrências no Hospital Municipal de Itaituba, Pará.

5 CONCLUSÃO

No presente estudo a faixa etária predominante das mulheres foi de 13 a 28 anos, apresentando a união estável como estado civil da maioria. Observa-se que um número expressivo de adolescentes grávidas, e geralmente seus corpos ainda não estão preparados por completo para uma gravidez, impedindo o parto normal.

Elas apresentam baixa escolaridade como o ensino fundamental incompleto, distanciando-se ainda mais do meio escolar quando engravidam, e para a profissão se intitularam do lar, sendo comum permanecerem em casa para cuidarem dos filhos, distanciando-as do mercado de trabalho.

Foram 360 mulheres que tiveram o parto do tipo cesariana forçada e/ou não planejado, variando esse número por mês de 15 a 45 partos; com os meses de fevereiro e março (carnaval), e julho (férias e festa junina) os mais prováveis para ocorrer uma gravidez. As principais intercorrências registradas foram a litíeratividade do útero, seguida de Desproporção céfalo-pélvica, sofrimento fetal, entre outras.

É importante que qualquer mulher, mesmo que não seja sua primeira gravidez, tenha um acompanhamento no pré-natal com o intuito de serem realizados processos que possam diagnosticar algum risco à sua saúde e do feto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2005 uma cartilha com a demonstração necessária para que os obstetras e quadro clínico realizem os devidos procedimentos às grávidas, amparando de forma humanizada. Essa atualização também deve ser estendida periodicamente às equipes de enfermagem, para que estejam sempre atualizados de forma a salvar vidas.

O enfermeiro pode ainda realizar palestras ou tirar dúvidas em eventos nas escolas, hospitais, postos de saúde, nas praças públicas e nas residências, passando segurança para aquelas mulheres que estão ou terão uma gravidez precoce, não planejada ou de risco, sobre uma possível gravidez relacionada à falta do uso de preservativo ou de qualquer outro método de contraceptivo, podendo gerar até mesmo uma IST.

A equipe de enfermagem é uma das responsáveis por manter o bem estar, acompanhar e informar as mulheres desde a gravidez até o momento do pós-parto. É importante que as mulheres tenham informações sobre prevenção de gravidez e contra IST, o que fazer durante o pré-natal, como se comportar no parto e ter o devidos cuidados no pós-parto consigo e como recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ACKER, J. I. B. V; ANNONI F; CARRENO I; HAHN G. V; MEDEIROS C. R. G. As parteiras e o cuidado com o nascimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 42-58, 2006.

ALMEIDA, J. F. **A Investigação nas Ciências Sociais**. 5ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2014.

ALVES, A. M.; GONÇALVES, C. S. F; MARTINS, M. A.; SILVA, S. T.; AUWETER, V. C.; ZAGONEL, I. P. S. A Enfermagem e Puérperas Primigestas: Desvendando o Processo de Transição ao Papel Materno. **Cogitare Enfermagem**, Campina Grande do Sul, v. 12, n. 4, p. 416-27, 2007.

AMORIM, T. M. Fatores associados a taxa de cesária em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2010.

BADER, T. J. **Segredos em Ginecologia e Obstetrícia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 5. ed. rev. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2012.

BRAGA, A. F. A. **Anestesia peridural para cesariana**. Estudo comparativo entre Bupivacaína Racêmica (S50-R50) e Bupivacaína com excesso enantiomérico de 50% (S75-R25) a 0,5% associadas ao Sufentanil. Artemed: Porto Alegre, 2009.

BRASIL. 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, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. **Departamento de Atenção Básica**. Caderno nº 32. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal. **Normas e Manuais Técnicos**. 3ªed. Saúde da Mulher. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saudegov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. [S1] Portal Saúde. 2017 Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. **Saúde da Mulher**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/23000-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D.; CECATTI, J. G.; CARVALHINHO, A. S. C. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. **Reprod Health**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 1-7, 2005.

CAMPANA, R. R.; MELO, C. M.; NOVAES, E. S. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas públicos e privado de atenção à saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5p. 733-740, 2016.

COPELLI, F. H. S.; ROCHA, L.; ZAMPIERI, M. F. M. Z.; GREGÓRIO, V. R. P. G.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Fatores Determinantes para a Preferência da MULHER pela Cesariana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 29, n. 132, 2015.

CORDEIRO, N. R.; SALBATINO M. B. C. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública**, São Luis, v. 25, n. 7, p. 26, 2002.

DIAS, M. A. B; **Humanização da assistência ao parto**: conceitos lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Instituto Fernandes Figueira-FIOCRUZ. Departamento de Ensino e Pós Graduação em Saúde da mulher e da criança. 2006. Disponível em: <<http://www.bvsam.iciet.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>>. Acesso em: 28 nov 2017.

DINIZ, S. G. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2001.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREITAS, P. M. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 10-25, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2007.

HELMAR, W. G. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad Saúde Coletiva**, Paraná, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2003.

HERCULANO, M. M. S; VELOSO. L. S; TELES. L. M. R; ORIÁ. M. O. B; ALMEIDA. P. C; DAMASCENO. A. K. C.; Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Ec. Enferm**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População no ultimo censo. Município de Itaituba**, 2018. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/itaituba/panorama>>. Acesso em: 05 nov 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3ª. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOCH, J. M. P. **EJA: Planejamento, metodologias e avaliação**. Porto Alegre: Mediação, 2009.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA. C. M.; PICCININI. C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MAGALHÃES, A. S. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 25, n. 11, p. 8, 2011.

MALDONADO, M. W., MOTT, M. J. N. C, **Cesariana. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

MARTINS-COSTA, S. H; RAMOS, J. G. L; SALAZAR, C. C. Cesariana. In: FREITAS. F. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 390-410.

MONTARDO, L. J. Gravidez em Adolescentes. **Contexto e Educação** – Editora UNIJUÍ, v.1, n. 71/72, p. 93 – 109, 2004.

MONTENEGRO, C. A. B.; PEREIRA, M. N.; REZENDE-FILHO, J. **Operação Cesariana** – Obstetrícia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as praticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FTD, 2010.

MOTA, E. M; FONTENELE, M. O; FONSECA, V; PINHEIRO, J. B; PINHEIRO, A. K; Sentimentos e Expectativas Vivenciadas pelas Primigestas Adolescentes com Relação ao Parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 692-698, 2011.

MOURA, R. J. A. **A Cesariana e a Mulher**: Ligações antes e após o parto. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atlas, 2015.

NAGAHAMA, I. E. E; SANTIAGO, M. S. Institucionalização medica por parto no Brasil. **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAKANO L. C. **Fatores associados à preferência por cesariana em uma amostra representativa de primíparas** na Região Sul do Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz-FIOCRUZ, 2017.

OLIVEIRA, C. A.; LINS, C. P.; SÁ, R.A.M.; CHAVES-NETTO, H.; BORNIA, R. G.; SILVA, N.R. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-98, 2016.

OLIVEIRA, C. V.; ROCHA, J. A. M. FROTA, J. G. Partos em maternidades do Município de Itaituba, Pará: o desejo pelo parto normal. **Revista Multidisciplinar da Faculdade de Itaituba**, Itaituba, v. 1, n. 1, p. 237-251, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem**. Genebra, 2005. p. 82–166. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2005/chap5-pr.pdf>>. Acessado em: 27 nov 2017.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem Identificados em Gestantes Durante o Pré-Natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-664, 2010.

PIOTROWSKI M. R. C., Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 52-79, 2012.

RAMALHO, R. P. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev Bras Anesthesiol.**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 28-43, 2009.

REZENDE, J. M. A Primeira operação cesariana em parturiente viva. In: CHAGAS, T. A. **À sombra do Plátano: crônica de história da medicina**. São Paulo: Editora UNIFESP, 2009. p. 172.

REZENDE, J. Obstetrícia. In: **Parto Cesariano**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.103-115, 2007.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 43, n. 3 p. 472-480, 2009.

SALAZAR, R. R.; RAMOS, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 89, 2011.

SILVA, J. C.; AMARAL, A. R.; FERREIRA, B. S.; PETRY, J. F.; SILVA, M. R.; KRELLING, P. C. Obesidade durante a gravidez: resultados adversos da gestação e do parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Ceará, v.36, n. 1 p. 9-13, 2014.

STEPHENSON, R. G., O'CONNOR, L. J. **Atuação Fisioterapêutica no Puerpério**. 2ª ed. Barueri, Editora Manole, 2004..

STORTI, J. E.; PERPÉTUO, I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. **Birth.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 33-40, 2004.

SPINK, J. E. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **Br. Med. J.**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 138, 2013.

SZEJER, L. C.; STERWATT, K. Giving birth: perceptions of finnish childbearing women. **MCN Am J Matern Child Nurs**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 28-32, 2002.

TABORDA, J. A.; SILVA, F. C.; ULBRICHT, L.; NEVES, E. B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 16-24, 2014.

TEDESCO, R. P. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n.10, p. 791-798, 2004.

TORNQUIST, A. C. P. **Programa de educação preventiva: uma proposta para serviços de estimulação e intervenção precoce na gravidez**. São Paulo, 72 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos. 2002.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. **Parto cesárea**: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Santa Catarina, 110 f. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis-SC, Brasil. 2014.

WILLIAMS, J.. **Obstetrícia**. 5º edição. México: Masson, 2005.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO

1ª) Idade no dia do Parto: _____

2ª) Estado Civil

() União Estável () Solteira () Casada Outras _____

3ª) Escolaridade

- () Analfabetos
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Não concluíram o ensino médio
- () Concluíram o ensino médio
- () Ensino superior completo
- () Incompleto
- () Não informaram escolaridade

4ª) Profissão

5ª) Número de partos cesarianos e os meses em que ocorreram do ano de 2018: _____

() Janeiro () Fevereiro () Março () Abril () Maio () Junho
() Julho () Agosto () Setembro () Outubro () Novembro
() Dezembro

6ª) Quantos filhos

7ª) Intercorrências ocorrida que levaram ao parto cesariana?
