

Eláine da Costa Ribeiro

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri de Iguatu-CE. Especialista em Saúde Materno-Infantil pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: ribeiroelaine.er@gmail.com

Ana Carolina Patrício de Albuquerque Sousa

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Fisioterapia e Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professor titular da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Escola Multicampi de Ciências Médicas).
E-mail: acapas@gmail.com

Lívia de Azevedo Dantas

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande. Especialista em saúde materno-infantil pelo programa de residência multiprofissional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: liviadantassenf@gmail.com

Samilania Almeida Marcelino

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri de Iguatu-CE. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelas Faculdades Integradas do Cruzeiro.
E-mail: samilania@hotmail.com

Lizandra Torres Lima

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Juazeiro do Norte-CE. Especialista em Saúde Pública e da Família pela Faculdade Kúrios.
E-mail: lizandra_1234@hotmail.com

Gilvania Oliveira Ferreira

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri de Iguatu-CE. Especialista em saúde da família- Faculdade São Francisco da Paraíba (FASP). Residente em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará.
E-mail: gilvaniaof@hotmail.com

Submissão: 29/04/2019
Aprovação: 30/10/2019

Como citar este artigo:

Ribeiro EC, Sousa ACPA, Dantas LA, Marcelino AS, Lima LT, Ferreira GO. Análise epidemiológica dos partos em uma região do nordeste brasileiro. São Paulo: Revista Recien. 2019; 9(28):64-73.

Resumo: Verificou-se os partos realizados na 4ª região de saúde do Rio Grande do Norte, possíveis relações entre variáveis sócio-demográficas, obstétricas e condições de saúde do nascido vivo. Estudo epidemiológico. Com registro dos partos, de 2011 a 2015. Há predominância de parto cesáreo. Mulheres que se submeteram ao parto cesáreo apresentaram maior assiduidade no pré-natal, os índices foram semelhantes nas vias parto na gravidez única, o sexo masculino predominante nas cesarianas e feminino no vaginal; na variável cor, não houve diferença significativa. O peso foi um fator considerável para o tipo de parto; não houve disparidades entre as vias de nascimento para anomalia congênita e APGAR. Nas mulheres com idade abaixo de 20 anos, prevaleceu o parto normal, já as com idade superior a 20 anos, o parto cesáreo se sobressaiu. O estado civil e o grau de instrução influenciaram a via de parto. Vários achados corroboram com outras pesquisas semelhantes.
Descritores: Indicadores Básicos de Saúde, Saúde Materno Infantil, Parto Normal, Cesárea.

Epidemiological analysis and parts in a northeast brazilian region

Abstract: The births performed in the fourth health region of Rio Grande do Norte were analyzed, possible relationships between sociodemographic, obstetric variables and health conditions of the live birth. Epidemiological study. With registration of deliveries, from 2011 to 2015. There is predominance of cesarean delivery. Women who underwent cesarean delivery had higher prenatal attendance, rates were similar in the single-pregnancy delivery, the predominant male cesarean and the vaginal female; in the color variable, there was no significant difference. Weight was a considerable factor for the type of delivery; there were no differences between the birthpaths for congenital anomaly and APGAR. In women under 20 years of age, normal delivery prevailed, while those over 20 years of age, the cesarean section was prominent. Marital status and education influenced the way of delivery. Several findings corroborate other similar research.
Descriptors: Health Status Indicators, Maternal and Child Health, Natural Childbirth, Cesarean Sections.

Análisis epidemiológico de los partos en una región del nordeste brasileño

Resumen: Se verificaron los partos realizados en la cuarta región de salud de Rio Grande do Norte, posibles relaciones entre variables sociodemográficas, obstétricas y condiciones de salud del nacido vivo. Estudio epidemiológico. Con registro de los partos, de 2011 a 2015. Hay predominio de parto cesáreo. Las mujeres que se sometieron al parto cesáreo presentaron mayor asiduidad en el prenatal, los índices fueron similares en las vías parto en el embarazo único, el sexo masculino predominante en las cesáreas y femeninas en el vaginal; en la variable de color, no hubo diferencia significativa. El peso fue un factor considerable para el tipo de parto; no hubo disparidades entre las vías de nacimiento para la anomalía congénita y APGAR. En las mujeres con edad inferior a 20 años, prevaleció el parto normal, ya las con edad superior a 20 años, el parto cesáreo se sobresalió. El estado civil y el grado de instrucción influenciaron la vía de parto. Varios hallazgos corroboran con otras investigaciones similares.
Descritores: Indicadores Básicos de Salud, Salud Materno Infantil, Parto Normal, Cesárea.

Introdução

O modelo de atenção ao parto no Brasil sofre, historicamente, diversas críticas por parte de movimentos sociais e da saúde, com o objetivo de reduzir as problemáticas geradas pela assistência medicalizada e com altas taxas de morbimortalidade¹.

Em contrapartida, O movimento pela valorização do parto normal, e redução das taxas de cesáreas vem se estabelecendo gradativamente no Brasil e no mundo. O Ministério da Saúde, dentro deste movimento, defende e incentiva taxas de cesáreas inferiores a 25%².

É sabido que a intervenção cirúrgica para o nascimento tem seu valor reconhecido no âmbito da saúde por salvar a vida da mãe e do recém-nascido, em determinadas situações em que as indicações médicas são respaldadas, porém é um artifício que se realizado indiscriminadamente expõe de maneira desnecessária a mulher aos desfechos adversos do procedimento, com risco aumentado de morbimortalidade³.

Sendo assim, o parto vaginal representa a primeira escolha tanto para a mulher quanto para a criança, quando não expressa contraindicações, pois viabiliza facilmente o contato precoce do binômio mãe e bebê; permite uma melhor e mais rápida recuperação materna; mostra-se eficaz na compressão pulmonar do recém-nascido através do canal de parto, e conseqüentemente, em menor ocorrência de desconforto respiratório; contribui para baixos níveis de infecção, hemorragia pós-parto e morte materna; e resulta na minimização de gastos financeiros⁴.

No Rio Grande Do Norte (RN), os incentivos às mudanças nas práticas de assistência ao parto, com o

objetivo de fornecer assistência materno-infantil baseada no que se preconiza a rede cegonha, porém mostram-se ineficazes, pois apesar do acesso expandido ao pré-natal, o parto vaginal vem diminuindo progressivamente no estado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma variação para a taxa de cesariana entre 10 e 15%. Paradoxalmente, no RN, esta taxa elevou-se de 51,17% em 2010 para 59,35% em 2015⁵.

No que concerne às taxas de mortalidade infantil e neonatal no Brasil e RN, após pactos firmados, já em 2011, essas reduziram substancialmente atingindo o objetivo proposto. Porém, mesmo com a redução, as taxas supracitadas são de duas a seis vezes maiores quando comparadas aos países mais desenvolvidos⁶.

As altas taxas de cesárea aliada ao preocupante número de mortalidade materna e neonatal no recém-nascido merecem destaque, principalmente no atual cenário, onde a busca pelo parto natural e humanizado e livres de maiores danos para saúde materno-infantil está em evidência através de lutas por mudanças nas práticas assistenciais. Sendo assim, a investigação epidemiológica da assistência ao parto no estado pode responder as questões norteadoras deste estudo, são elas: Os indicadores sociodemográficos e obstétricos estão associados ao tipo de parto realizado? O tipo de parto realizado está associado com as condições de saúde do nascido vivo?

A análise de indicadores de saúde materno infantil é essencial para avaliar o impacto da situação sociodemográfica e obstétrica na assistência ao parto e condição do recém-nascido, assim como os avanços ou retrocessos no acesso e qualidade dos serviços de saúde. Para comunidade científica, o estudo serve de subsídios para corroboração de evidências já

comprovadas ou aquelas empíricas, possibilitando discursões fomentadas numa ciência estabelecida, proporcionando assim, discursões no âmbito das instituições que prestam assistência a mulher e ao recém-nascido dentro do território estudado, estendo ainda, as reflexões aos usuários dos serviços de saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar, nos registros oficiais sobre os partos realizados na 4ª região de saúde do RN, possíveis relações entre variáveis sociodemográficas e obstétricas e as condições de saúde do nascido vivo, referente ao período de 2011 a 2015.

Material e Método

Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo, exploratório, retrospectivo. As pesquisas do tipo descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com o objetivo de proporcionar uma visão mais ampla acerca de um determinado fato⁷.

O cenário da pesquisa é a 4ª região de saúde do estado do RN, localizada na região do Seridó potiguar, composta por 25 municípios.

De acordo com o IBGE⁸ no ano de 2015 a 4ª Região de Saúde do RN, tinha uma população estimada em 311.531 habitantes que equivale a 9,1%

da população total do estado, Tendo sua sede na cidade de Caicó.

A amostra estudada envolve o registro dos partos realizados na 4ª região de saúde do RN, cujos dados estão disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS), no período de 2011 a 2015.

Os dados permitiram a realização do cruzamento das variáveis desejadas e período de tempo solicitado pelo pesquisador, e posteriormente seu download para arquivamento e análise detalhada.

Para análise dos dados foram utilizados a estatística simples descritiva, com proporção, com o qual se alcançaram os dados percentuais. De posse dos dados coletados no sítio do DATASUS, foram reconstruídas manualmente tabelas agrupando os dados. Em seguida, foram construídas no Excel 2010, tabelas com frequência e percentual, incluindo todos os dados dos anos estudados conforme variáveis investigadas.

Resultados

No que se refere a via de parto, como mostra a tabela 1, de um total 19.237 partos ocorridos entre o ano de 2011 ao ano de 2015, foi realizada a cesariana em 58,12% dos casos, enquanto o parto vaginal se deu em 41, 65% das gestantes, havendo ainda um percentual de partos que foram ignorados nos registros, não podendo assim ser caracterizados na quantificação das vias de partos.

Tabela 1. Quantificação os partos vaginais e cesarianos na 4ª região de saúde do RN, 2011 a 2015.

Parto vaginal		Parto cesáreo		Ignorado		Total
N	%	N	%	N	%	N
8.010	41,65	11.177	58,12	50	0,23	19.237

Fonte: DATASUS, 2018.

Os valores relacionados as variáveis obstétricas e condições do recém-nascido podem ser observados na tabela 2, onde percebe-se que 75,05% das mulheres que passaram pela cirurgia cesariana realizaram mais de 7 consultas pré-natal no decorrer da gestação. Já no parto vaginal, 65,88% realizaram a mesma quantidade consultas pré-natal como preconizado pelo ministério da saúde.

Tabela 2. Comparar os tipos de parto (vaginal e cesáreo) na 4ª região de saúde do RN quanto às seguintes variáveis: número de consultas pré-natal, tipo de gravidez, sexo de recém-nascido; cor/raça do recém-nascido, peso ao nascer, presença de anomalia congênita, apgar (1' e 5' minuto), 2011 a 2015.

Número de Consultas Pré-Natal	Parto Cesáreo (N= 11.177)		Parto Vaginal (N= 8.010)		Ignorado (N= 50)	
	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	74	0,66	106	1,32	10	20
1 a 3	324	2,89	412	5,14	1	2
4 a 6	2.371	21,21	2.202	27,49	14	28
7+	8.389	75,05	5.277	65,88	25	50
Ignorado	13	0,11	19	0,23	-	-
Tipo de Gravidez						
Única	10.885	97,38	7.913	98,78	37	74
Dupla	271	2,42	85	0,76	-	-
Tripla +	8	0,07	-	-	-	-
Ignorado	13	0,11	12	0,1	13	26
Sexo do recém-nascido						
Masculino	5.820	52,07	3.926	49,01	23	46
Feminino	5.352	47,88	4.082	50,96	27	54
Ignorado	5	0,04	2	0,02	-	-
Cor do recém-nascido						
Branca	5.009	44,81	3.333	41,61	26	52
Preta	69	0,61	100	1,24	1	2
Amarela	16	0,14	8	0,09	-	-
Parda	5.207	46,58	4281	53,44	19	38
Indígena	4	0,03	2	0,24	1	2
Ignorado	872	7,8	286	3,57	3	6
Peso ao Nascer						
<500g	11	0,09	6	0,07	-	-
500 a 999g	32	0,28	54	0,67	-	-
1000 a 1499g	80	0,71	51	0,63	1	2
1500 a 2499g	600	5,36	541	6,75	3	6
2500 a 2999g	1.966	17,58	1.679	20,96	8	16
3000 a 3999g	7.617	68,14	5.228	65,26	33	66

4000 + g	871	7,79	451	5,63	5	10
Presença de Anomalia Congênita						
SIM	100	0,89	40	0,49	-	-
NÃO	10.869	97,24	7.792	97,27	47	94
Ignorado	208	1,86	178	2,22	3	6
Apgar 1'						
0 a 2	81	0,72	136	1,69	-	-
3 a 5	297	2,65	307	3,83	2	4
6 a 7	1.412	12,63	1.043	13,03	14	28
8 a 10	9.356	83,79	6.476	80,84	33	66
Ignorado	31	0,27	48	0,59	1	2
Apgar 5'						
0 a 2	11	0,09	32	0,39	-	-
3 a 5	39	0,34	82	1,02	1	2
6 a 7	451	4,03	408	5,09	3	6
8 a 10	10.643	95,22	7.446	92,95	45	90
Ignorado	33	0,29	42	0,52	1	2

Fonte: DATASUS, 2018.

Vê-se ainda na amostra que os valores da escolha da via de parto relacionado ao tipo de gravidez se assemelham. Dentre os partos cesárea, 97,38% foram identificados como gravidez única, enquanto o parto vaginal foi representado por 98,78%, dessa modalidade. Na gravidez dupla e tripla ou mais, o parto cesariano prevalece.

No parto cesáreo o sexo do recém-nascido em maior número é o masculino (52,07%), já no parto vaginal é o sexo feminino (50,96%). No que concerne a cor do recém-nascido, não se observa diferenças significativas quando compara-se as cores relacionando-as ao tipo de parto, onde a cor parda se mostra mais prevalente 46,58% e 53,44%, no parto cesáreo e vaginal, respectivamente, seguida pela cor branca (44,81% e 41,61%), preta (0,61% e 1,24%), amarela (0,14% e 0,09%) e indígena (0,03% e 0,24%).

Quanto ao peso ao nascer, aqueles recém-nascido com peso abaixo de 1499g e acima de 3000g tiveram maiores taxas de cesariana quando comparados aos recém-nascido com mesmo peso que nasceram por via natural. Já aqueles com peso entre 1500g e 2999g ao contrário da afirmação anterior, a porcentagem de nascimentos por via normal foi maior.

No quesito presença de anomalia congênita, não houve disparidades relevantes quando comparado as vias de nascimento, Assim como na comparação do apgar do primeiro e quinto minuto; havendo apenas uma diferença pouco significativa, principalmente, na maior porcentagem apresentada de recém-nascidos com apgar abaixo de 5 na via de parto vaginal quando confrontado com o parto cesáreo.

A tabela 3 apresenta as variáveis sociodemográficas disponíveis, sendo a primeira delas

o local de ocorrência do parto, sendo este predominantemente hospitalar, tanto no parto vaginal quanto no cesariano. Quanto a idade materna, observou-se maior número de parto vaginais em mulheres abaixo de 19 anos, porém com diferença pouco significativa, quando comparado a quantidade

de mulheres da mesma idade que passaram pelo parto cirúrgico. Existe uma diferença maior quando confronta-se os valores das vias de nascimentos em mulheres acima de 20 anos, onde o número de partos cesáreos é maior.

Tabela 3. Comparação dos tipos de parto (vaginal e cesáreo) na 4ª região de saúde do RN quanto às seguintes variáveis sociodemográficas: local de ocorrência do parto, idade materna, estado civil da mãe e instrução da mãe, 2011 a 2015.

Local de Ocorrência do Parto	Parto Cesáreo		Parto Vaginal		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%
Hospital	11.166	99,90	7.962	99,40	50	100
Outro ENS	11	0,09	15	0,18	-	-
Domicílio	-	-	21	0,18	-	-
Outro	-	-	12	0,14	-	-
Idade Materna						
10 a 14 anos	98	0,87	100	1,24	3	6
15 a 19 anos	1.779	15,91	1.781	22,23	12	24
20 a 24 anos	2.702	24,17	2.215	19,81	15	30
25 a 29 anos	3.041	27,20	2.033	25,38	7	14
30 a 34 anos	2.201	19,69	1.213	15,14	7	14
35 a 39 anos	1.053	9,42	517	6,45	4	8
40 a 44 anos	284	2,54	140	1,74	2	4
45 a 49 anos	18	0,16	11	0,13	-	-
50 +	1	0,008	-	-	-	-
Estado Civil						
Solteira	2.487	22,25	2.616	32,65	18	36
Casada	3.355	30,01	1.629	20,33	13	26
Viúva	17	0,15	12	0,14	-	-
Separada Judicialmente	90	0,80	47	0,58	1	2
União Consensual	5.085	45,49	3.591	44,83	16	32
Ignorado	143	1,27	115	1,43	2	4
Instrução da Mãe						
Nenhuma	44	0,39	74	0,92	-	-
1 a 3 anos	343	3,06	450	5,61	1	2
4 a 7 anos	2.319	20,74	2.377	29,67	18	36
8 a 11 anos	6.694	59,89	4.503	56,21	19	38
12 +	1.643	14,69	435	5,43	7	14
Ignorado	134	1,19	171	2,13	5	10

Fonte: DATASUS, 2018.

Ainda na tabela 3, vê-se que as mulheres solteiras e casadas pariram mais por via vaginal que por via cirúrgica, diferente daquelas que se encontravam na situação de viuvez, separação judicial e união consensual. Em relação a instrução da mãe, aquelas com instrução abaixo de 7 anos obtiveram maior número de partos vaginais, diferente daquelas com instrução acima de 8 anos que pariram mais pela via cesárea.

Discussão

A realização de cesáreas sem indicação obstétrica é comum no Brasil, sendo o tipo de parto predominante no país desde 2009, considerando serviços públicos e privado de saúde⁹.

Estudos recentes reconhecem a cesariana como uma operação de relevante valor em situações de risco para a saúde da mãe e do recém-nascido, porém seu aumento progressivo tem sido relacionado a elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal quando mal indicadas³.

No Brasil, as principais indicações de cesárea são: Iteratividade, sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica e distorcias, mães diabéticas, inadequada assistência médica, ausência de educação das gestantes durante o pré-natal e fatores socioeconômicos¹⁰.

No RN, especificamente na região de saúde estudada, a situação dos indicadores da quantificação das vias de parto assemelha-se a nacional, sendo mais que o triplo do que o recomendado pela OMS¹¹.

O Ministério da Saúde preconiza que toda parturiente realize no mínimo seis consultas, com o intuito de identificar possíveis agravos que necessitem de atenção especializada em níveis mais elevados de

complexidade, além da realização de ações preventivas na atenção materno infantil¹².

Alguns autores mostram uma tendência maior ao parto cesárea para aquele grupo de mulheres que realizam um número adequado de consultas pré-natal, ressaltando até que o menor número de consultas resulta em fator protetor para essa via de parto¹³.

O fenômeno através da prerrogativa de que a relação do maior número de consultas de pré-natal e maior percentagem de cesariana está associado ao fato de que grávidas com condições predisponentes à cesariana, como hipertensão e outros, se consultam mais e, portanto, são os problemas de saúde das gestantes que provocam o maior número de consultas e determinam a maior frequência de cesarianas¹⁴.

Outra situação em que a cesariana é frequentemente indicada é na gestação gemelar, porém como na maioria das indicações, segundo diretrizes do ministério da saúde esta condição é uma indicação relativa para cirurgia, devendo-se assim considerar diversos fatores, como por exemplo a relação entre os fetos e as condições maternas¹⁵.

O sexo do recém-nascido não apresenta-se na literatura como um fator determinante para escolha da via de parto ou como preditor do desfecho deste.

No que se refere a cor/raça há de se considerar que trata-se de uma autodeclaração, ou seja, uma classificação feita com base na percepção do próprio indivíduo. Revela-se com base em vários estudos que a cor parda e negra é um marcador de baixo poder econômico, E portanto, pode ser um fator predisponente a baixa acessibilidade a serviços de saúde de maior complexidade, como exemplo o parto operatório, porém, desviando-se dessa linha de raciocínio e corroborando com outro estudo¹⁶, a

presente análise mostra quantidades equânimes entre os partos vaginais e cesarianos quando comparado a mesma cor/raça.

Recomenda-se ainda, que a cesariana deve ser considerada em casos de macrosomia fetal como prevenção de distócia de ombro nestes, aqueles com estimativas de peso, através da ultrassonografia, acima de 5.000g em gestantes não diabéticas ou acima de 4.500g em gestantes diabéticas¹⁷.

Afirma-se na literatura, que a escolha da via de parto mediante a variedade de anomalias congênitas é feita com base no prognóstico do recém-nascido e sua associação a outros defeitos fetais; nos piores prognósticos como hidrocefalias volumosas, defeitos abertos do tubo neural e defeitos da parede abdominal, o parto abdominal é o mais frequente¹⁸.

Na avaliação da vitalidade do recém-nascido através do índice de APGAR existe referência de que a cesariana está associada a valores de APGAR mais baixos³. Já outro estudo, que corrobora com a presente análise, diz não haver diferenças estatisticamente significativa do valor do APGAR quando considera-se a via de parto¹⁹.

A transição ao longo dos anos do local de ocorrência do parto do domicílio para o hospital deve-se a mudança nos padrões de comportamento e consumo dos serviços de saúde, a medicalização da assistência ao parto contribuiu para que o parto domiciliar seja frequentemente visto como um evento que oferece maiores riscos para a díade materno infantil²⁰.

O parto domiciliar planejado, assistido por uma equipe capacitada e com recursos necessários deve oferecer os mesmos riscos que o parto assistido no âmbito hospitalar. No entanto, é importante destacar

que o sistema único de saúde não dispõe do serviço para o parto domiciliar e as mulheres que desejam o parto em casa precisam responsabilizar-se pelos custos do procedimento de forma integral.

Um estudo que analisa o tipo de parto e a variável idade da mãe em relação ao número de nascimentos no Estado do Rio Grande do Sul em uma série histórica em 2012, traz considerações que corroboram com esta pesquisa, afirmando que os índices de parto cesariano aumentou em todas as faixas etárias, e que percebe-se um aumento no grupo de gestantes na idade adulta (30 39 anos e mais de 40), destacando que a modificação neste perfil deve-se a inserção da mulher no mercado de trabalho, independência financeira e emocional e avanços dos métodos contraceptivos. É importante destacar que mulheres com faixa etária de 35 anos ou mais, apresentam um risco aumentado para alterações que necessitem de maior atenção no pré-natal²¹.

O estado civil também pode apresentar-se como um fator condicionante para decisão quanto a via de parto. Estudos mostram diferentes vertentes quanto ao assunto, enquanto estudo²², diz que em seu estudo constatou um maior percentual de mulheres que passaram pela cesariana quando comparadas as que tiveram parto normal, e que as mulheres solteiras obtiveram o maior percentual de partos vaginais, quando comparadas a cesariana. Portanto estudos²³ afirmam que no que refere-se ao estado civil, não há associação estatística expressiva em suas análises.

A taxa de cesariana em mulheres casadas deve ser analisada em conjunto com outras variáveis econômicas e sociais que, agregadas a essa informação, poderiam definir um dado padrão de risco para o desfecho estudado²⁴. Outro estudo e

afirmativas confirmam o visto nesta análise, onde existe uma relação entre o maior grau de escolaridade e a ocorrência de cesariana¹⁴.

Os anos de instrução pode ter forte associação com o tipo de parto, em diversos estudos nacionais observa-se que os partos cesáreos são mais frequentes entre mulheres com maior escolaridade e o aumento do parto cesáreo em mulheres com baixa escolaridade pode estar relacionado ao maior acesso dessas parturientes a serviços de saúde de maior complexidade¹².

Desta forma, observa-se que tais dados sugerem a reflexão acerca da assistência ao parto na área estudada, já que tais resultados refletem nas taxas estaduais e nacionais, destacando que a quantificação de cesáreas continua distantes da realidade idealizada nas recomendações da OMS¹¹, considerando assim que as estratégias utilizadas atualmente para redução nestes números são insuficientes.

Conclusão

Surge então não apenas a necessidade da elaboração de políticas públicas, mas também a viabilização na implantação efetiva destas, por meio da qualificação profissional, reestruturação de serviços e coparticipação de todos os atores envolvidos no processo assistencial.

Evidencia-se assim, que os vários achados deste estudo corroboram com outras pesquisas semelhantes, porém existe a necessidade da continuidade nas investigações relacionadas a assistência obstétrica no país, com o objetivo de buscar soluções para problemáticas que permeiam esse campo.

Referências

1. Sánchez JA, Roche MEM, Viguera MDN, Peña EB, López MR, Munárriz LA. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de de la región de Murcia. AIBR, Rev Antropología Iberoamericana. 2012; 7(2):225-47.
2. Ministério da Saúde (BR). Impactos da cesariana na saúde materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
3. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. Cad Saúde Pública. 2011; 27(10):2009-2020.
4. Costa AP, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo VS. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepções de puérperas. Rev Rene. 2011; 12(3):548-54.
5. Rio Grande Do Norte (BR). Secretaria de Estado da Saúde Pública Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde. Plano Estadual de Saúde - PES 2016 - 2019. Natal/RN. 2016.
6. United nations children's fund. Committing to child survival: a promise renewed. Progress report. New York. 2014; 104. Disponível em: <http://files.unicef.org/publications/files/APR_2018_web_15Sept14.pdf>.
7. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: ATLAS. 2010.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Indicadores populacionais 2015. Rio Grande do Norte. 2015.
9. Carvalho IS, Costa Júnior PB, Macedo JBPO, et al. Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: estudo ecológico com base em um sistema de informação. Recife: Rev Enferm UFPE online. 2014; 8(3):616-23.
10. Nolêto MJO. Perfil clinico-epidemiológico das usuárias do SUS no hospital e maternidade dona regina em Palmas - TO no período de 2003 - 2008 [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília. 2011.
11. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(8452):436-7.
12. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde. 2015; 5.

13. Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano ARG, Terceiro AJMD, Silva TB, et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. *Rev Pre Infec Saúde*. 2018; (4):7283.
14. Pádua KS, et al. Fatores associados à cesariana. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(1):70-9.
15. Ministério da saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. Série A. normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 32. 2012.
16. Araujo KRS, Ribeiro JF, Visgueira AF, et al. Estudo sociodemográfico e obstétrico do parto cesariano em uma maternidade pública. Brasília: *Rev Gest Saúde*. 2016; 7(1):949-62.
17. Ricci AG, Brizot ML, Liao AW, Nomura RMY, Zugaib M. Acurácia da estimativa ultrassonográfica do peso fetal e influência de fatores materno e fetais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(9):240-5.
18. Fontoura FC. Recém-nascidos com malformações congênitas: prevalência e cuidados de enfermagem na unidade neonatal [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2012.
19. Barbosa JF, Toé TFD, Simões PW. Incidência de cesariana entre usuárias de um plano de saúde privado. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015;48(4): 336-41.
20. Colacioppo MP, Koiffman MD, Riesco MLG, Schneck CA, Osava RH. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. *Rev Enferm Referência*. 2010; 3(2):81-90.
21. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos KM. Parto e idade: características maternas do estado do Rio Grande do Sul. Santa Maria: *Rev Saúde*. 2013; 39(2):99-108.
22. Sousa WC, Knupp VMAO, Regazzi ICR, Silva ACSS. Perfil epidemiológico do parto no estado do Rio de Janeiro em 2015. Rio de Janeiro: REVA Acad Rev Cient Saúde. 2017; 2(3):43-52.
23. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(2):427-35.
24. Bruggemann OM, Parpinelli MA. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2015; 21(5):1316-327.