



**INDICADORES DE ASSISTÊNCIA ÀS VIAS DE PARTO**  
**CARE INDICATORS FOR DELIVERY ROUTES**  
**INDICADORES DE ASISTENCIA A LAS VÍAS DE PARTO**

*Juliana de Cássia Aguiar<sup>1</sup>, Clara de Cássia Versiani<sup>2</sup>, Cristiano Leonardo de Oliveira Dias<sup>3</sup>, Daniele Cristina Moreira<sup>4</sup>, Débora Cristina da Silva Andrade<sup>5</sup>, Greice Carvalho Xavier<sup>6</sup>*

**RESUMO**

**Objetivo:** descrever as vias de parto a partir dos indicadores de assistência. **Método:** estudo quantitativo, epidemiológico descritivo, documental, desenvolvido a partir dos indicadores obstétricos neonatais das parturientes atendidas em uma maternidade. O instrumento de coleta de dados foi por meio de consulta aos dados disponíveis por cópias das planilhas do aplicativo Microsoft Excel® 2010. Os dados foram apresentados em tabelas. **Resultados:** a taxa de parto normal prevaleceu, enquanto a via cesariana foi acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde. **Conclusão:** achados não diferem de dados encontrados na literatura e evidenciam a necessidade de transformação do modelo de atenção ao pré-natal e ao parto. **Descritores:** Epidemiologia; Atenção ao Parto; Maternidade; Enfermagem; Parto Normal; Cesárea.

**ABSTRACT**

**Objective:** to describe the delivery routes from the care indicators. **Method:** quantitative, epidemiological descriptive and documentary study developed from the neonatal obstetric indicators of the parturient women attended in a maternity hospital. Data collection occurred by consulting data available in spreadsheets of the Microsoft Excel® 2010 application. Data were presented in tables. **Results:** the normal delivery rate prevailed, while the cesarean section rate was higher than that recommended by the World Health Organization. **Conclusion:** findings do not differ from data found in the literature and show the need to transform the prenatal and delivery care model. **Descriptors:** Epidemiology; Childbirth Care; Maternity; Nursing; Natural Childbirth; Cesarean Section.

**RESUMEN**

**Objetivo:** describir las vías de parto a partir de los indicadores de asistencia. **Método:** estudio cuantitativo, epidemiológico descriptivo, documental, desarrollado a partir de los indicadores obstétricos neonatales de las parturientes atendidas en una maternidad. El instrumento de recolección de datos fue por medio de consulta a los datos disponibles por copias de las planillas del aplicativo Microsoft Excel® 2010. Los datos fueron presentados en tablas. **Resultados:** la tasa de parto normal prevaleció, mientras la vía de cesárea fue más de lo recomendado por la Organización Mundial de Salud. **Conclusión:** hallados no difieren de datos encontrados en la literatura y evidencian la necesidad de transformación del modelo de atención al prenatal y al parto. **Descriptores:** Epidemiología; Atención al Parto; Maternidades; Enfermería; Parto Normal; Cesárea.

<sup>1,4,5,6</sup>Especialista em Saúde da Mulher (egressa), Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil. E-mail: [julianadeaguiar@bol.com.br](mailto:julianadeaguiar@bol.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9179-4827>; . E-mail: [danimoreira07@yahoo.com.br](mailto:danimoreira07@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0243-7893>; E-mail: [debrinhakintal@hotmail.com](mailto:debrinhakintal@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7616-5261>; E-mail: [greicecx@gmail.com](mailto:greicecx@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3090-8533>; <sup>2,3</sup>Mestres, Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil. E-mail: [claraversiani10@gmail.com](mailto:claraversiani10@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9075-6781>; E-mail: [cristianolodias@yahoo.com.br](mailto:cristianolodias@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2750-8416>

INTRODUÇÃO

A gravidez simboliza uma transformação única e especial na vida da mulher, ainda que o momento de se tornar mãe se misture algumas vezes com inseguranças, preocupações e ansiedades. Em diversas situações, a decisão da via de parto incentiva grande discussão clínica. A fragilidade social de mulheres e de recém-nascidos a algumas situações de riscos corrobora com um indicador preponderante de sua morbimortalidade, com ênfase em mortes maternas e neonatais. Cerca de 287 mil mulheres morrem em todo o mundo por ano devido a complicações relativas à maternidade, demonstrando uma crise na saúde materna e infantil pela grande exposição de mulheres e de crianças ao risco de adoecer e de falecer.<sup>1</sup>

O parto normal possui alguns benefícios, tanto para a mãe quanto para a criança, como reabilitação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, pouco risco de hemorragia e infecções. Por esses motivos, conforme a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o procedimento cirúrgico deveria condizer a, no máximo, 15% do total de partos e apenas ser opção nos casos de risco para a mãe ou o recém-nascido. Dessa forma, a cesárea seria uma possibilidade para quando houvesse complicações durante a gravidez ou parto vaginal, causando algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, sem levar em consideração a decisão das parturientes.<sup>2</sup>

A quantidade de partos cesarianos no país está muito além do preconizado pela OMS desde a década de 1980, o que se torna uma causa de complicações no parto e ainda um dos principais exemplos do modelo assistencial muito intervencionista. Esse tipo de parto retrata 80% dos partos praticados via planos particulares de saúde e 26% no sistema público, o que proporciona uma taxa média de cesarianas de 40%, deixando o Brasil em primeiro lugar em frequência de cesáreas. Cada cesariana sem necessidade significa um risco maior de complicações, como infecção, hemorragia e complicações anestésicas. Para o RN, o risco potencial relaciona-se aos problemas respiratórios advindos da prematuridade. O aumento de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no Sistema Único de Saúde (SUS), que poderiam ser gastos em investimentos para melhorias da assistência.<sup>3</sup>

A criação da política Humaniza-SUS propõe uma nova ligação entre o usuário do Sistema

Único de Saúde (SUS) e o profissional que o assistirá. A política propõe a implantação de práticas de humanização e a troca de informações entre gestores, profissionais de saúde e clientes. Propondo a melhoria da assistência ao pré-natal, parto e puerpério foi criada a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que instaurou a Rede Cegonha, no âmbito do SUS, ratificando que esta consiste em uma rede de cuidados que objetiva assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento assistido, ao crescimento e ao desenvolvimento sadio e satisfatório.<sup>4</sup>

A experiência de inserção do parto humanizado em alguns serviços de saúde no Brasil tem se verificado como um processo contínuo e, por vezes, difícil. Intervenções múltiplas e efetivas são importantes, como melhoria da qualidade no pré-natal, incentivo das gestantes para o parto normal, apresentação de protocolos clínicos atuais, manutenção da educação em saúde sobre a qualidade da assistência ao parto e puerpério nos centros de saúde e capacitações dos profissionais.<sup>3</sup>

A Rede Cegonha é, até o momento, o programa mais completo já criado pelo Governo Federal. Suas ações são focadas em todas as fases da vida da mulher e abrange ações que vão desde indicação em relação ao cuidado com o corpo, com o uso de métodos contraceptivos, atendimento da gestante, puérpera e recém-nascido, até assistência à criança até dois anos de idade. Confirma-se, assim, os cuidados ao parto humanizado e a capacitação dos membros da saúde. A qualificação dos profissionais também está inclusa na estratégia da Rede Cegonha, pois os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (PRONAENF), o que reafirma a importância da qualificação dos enfermeiros para prestarem um serviço humanizado e eficiente, capacitando-os para assistirem nos distintos momentos gravídicos.<sup>5</sup>

OBJETIVO

♦ Descrever as vias de parto a partir dos Indicadores de Assistência.

MÉTODO

Estudo epidemiológico descritivo, documental e de abordagem quantitativa acerca de dados de parturientes que foram atendidas em um Hospital do Norte de Minas Gerais, no período de 2012 a 2016. Essa instituição é a única da região de abrangência

que presta assistência de média e alta complexidade gratuita e universal, com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além de ser referência na cidade para Infecção Sexualmente Transmissível (IST/AIDS), tuberculose, acidentes causados por animais peçonhentos, gravidez de alto risco, internação domiciliar e acolhimento a vítimas de violência sexual.<sup>6</sup>

A instituição é reconhecida como “Hospital Amigo da Criança”, “Maternidade Segura” - títulos facultados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), pelo Ministério da Saúde e pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO).

A pesquisa foi desenvolvida a partir dos indicadores obstétricos neonatais das parturientes atendidas na maternidade de um hospital do Norte de Minas Gerais, inaugurada em janeiro de 1992. Unidade suplementar da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES, que presta importante papel na interação da universidade com a comunidade, viabilizando o intercâmbio de conhecimentos técnicos, científicos e culturais. Este se encontra vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UNIMONTES, objetivando implementar os programas de treinamento, habilitação, aprimoramento e especialização do profissional da saúde, sendo campo de estágio para estudantes de nível médio, graduação e pós-graduação da referida universidade e de outras instituições conveniadas.<sup>6</sup>

O instrumento de coleta de dados foi por meio de consulta dos dados secundários dos indicadores de assistência ao parto disponível

na gestão da maternidade em estudo por cópias das planilhas do aplicativo Microsoft Excel® 2010. O banco de dados foi apresentado em formato de tabelas. Inicialmente serão apresentadas as características das mulheres do estudo. Para as variáveis qualitativas, as estatísticas apresentadas serão as frequências absolutas (n) e as frequências relativas (%).

O projeto de pesquisa teve a aprovação em 13/02/2017 no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros-MG, sob Parecer Consubstanciado número 1.921.526.

RESULTADOS

No período de 2012 a 2016, foram registrados 9.279 partos no serviço em questão. De acordo com a Tabela 1, pode-se perceber que a faixa etária predominante das parturientes esteve entre 19 e 34 anos de idade, no período investigado. No que se refere ao número de consultas de pré-natal, observa-se que os maiores percentuais estiveram dentro do número de 6 a 9 consultas. Em relação ao risco gestacional, obteve o risco habitual em maior número comparado ao alto risco. Em idade gestacional, constatou que de 37 a 40 semanas de gestação foi o intervalo mais prevalente. Na análise de via de partos em primíparas, observa-se que o índice de parto normal foi maior no ano de 2015 (79,46%), enquanto no número de cesarianas foi registrado aumento em comparação ao parto natural nos anos de 2014 (54,21%) e 2016 (55,75%).

Tabela 1. Perfil obstétrico das parturientes atendidas em hospital universitário do Norte de Minas Gerais nos anos de 2012-2016

| Variável                         | 2012 |       | 2013 |       | 2014 |       | 2015 |       | 2016 |       |
|----------------------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
|                                  | N    | %     | N    | %     | N    | %     | N    | %     | N    | %     |
| Idade                            |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |
| 12-19                            | 323  | 18,79 | 477  | 25,77 | 488  | 24,95 | 359  | 17,44 | 279  | 16,46 |
| 19-34                            | 1223 | 71,15 | 1146 | 61,91 | 1219 | 62,32 | 1435 | 69,73 | 1182 | 69,73 |
| 35-39                            | 130  | 7,56  | 176  | 9,51  | 198  | 10,12 | 208  | 10,11 | 184  | 10,86 |
| Mais de 39                       | 43   | 2,50  | 52   | 2,81  | 51   | 2,61  | 56   | 2,72  | 50   | 2,95  |
| Número de consultas de pré-natal |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |
| Nenhuma                          | 22   | 1,28  | 29   | 1,57  | 26   | 1,33  | 17   | 0,83  | 23   | 1,36  |
| 1 a 5                            | 437  | 25,42 | 393  | 21,23 | 367  | 18,76 | 355  | 17,26 | 319  | 18,82 |
| 6 a 9                            | 1015 | 59,05 | 1085 | 58,62 | 1112 | 56,85 | 1243 | 60,43 | 970  | 57,23 |
| Mais de 9                        | 245  | 14,25 | 344  | 18,58 | 451  | 23,06 | 442  | 21,49 | 383  | 22,60 |
| Risco                            |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |
| Habitual                         | 1152 | 66,98 | 1143 | 61,75 | 1901 | 97,29 | 1973 | 95,82 | 1083 | 63,89 |
| Alto Risco                       | 568  | 33,02 | 708  | 38,25 | 53   | 2,71  | 86   | 4,18  | 612  | 36,11 |
| Idade Gestacional                |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |
| Até 36 semanas                   | 287  | 16,70 | 311  | 16,80 | 317  | 16,20 | 308  | 14,97 | 311  | 18,35 |
| 37 a 40 semanas                  | 1262 | 73,41 | 1347 | 72,77 | 1376 | 70,31 | 1479 | 71,90 | 1128 | 66,55 |
| Mais de 40 semanas               | 170  | 9,89  | 193  | 10,43 | 264  | 13,49 | 270  | 13,13 | 256  | 15,10 |
| Primíparas                       |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |
| Normal                           | 342  | 59,07 | 468  | 60,54 | 49   | 45,79 | 89   | 79,46 | 50   | 44,25 |
| Cesárea                          | 237  | 40,93 | 305  | 39,46 | 58   | 54,21 | 23   | 20,54 | 63   | 55,75 |

Fonte: indicadores de assistência ao parto disponível na gestão da maternidade em estudo, 2012 - 2016.

Na análise da via de parto no hospital em estudo, conforme a Tabela 2, a taxa de parto normal prevaleceu, enquanto a via cesariana se manteve constante no período estudado,

sendo bem acima do preconizado pela OMS que é, no máximo, 15%. Em 2016, foi registrada a maior taxa de cesárea, chegando a 40,65%.

Tabela 2. Distribuição de puérperas quanto à via de parto realizado, Norte de Minas Gerais (2012 - 2016)

| Ano  | Via de Parto |       |         |       |
|------|--------------|-------|---------|-------|
|      | Normal       |       | Cesárea |       |
|      | N            | %     | N       | %     |
| 2012 | 1061         | 61,69 | 659     | 38,10 |
| 2013 | 1148         | 62,02 | 703     | 37,98 |
| 2014 | 1204         | 61,62 | 750     | 38,38 |
| 2015 | 1246         | 60,51 | 813     | 39,49 |
| 2016 | 1006         | 59,35 | 689     | 40,65 |

Fonte: indicadores de assistência ao parto disponível na gestão da maternidade em estudo, 2012 - 2016.

DISCUSSÃO

Nascer em ambiente hospitalar caracteriza-se pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o intuito de torná-los mais seguros para a mulher e o RN. O avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, entretanto permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, e não como expressões de saúde, assim expõe as mulheres e seus filhos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, e não como rotina. O excesso de intervenções deixa de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer.<sup>7</sup>

No Brasil, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimento ao ano. Reconhece-se que o excesso de número de cesáreas aumenta a morbimortalidade materna e neonatal. Logo, é imprescindível um aprofundamento sobre como se distribui as vias de parto em determinado local, qual sua diversidade e outros aspectos relacionados, assim como a reflexão sobre o papel das políticas públicas.<sup>8</sup>

No presente estudo foi observado que a faixa etária predominante das parturientes foi de 19 a 34 anos de idade. Isso foi confirmado por outras pesquisas, as quais demonstram que as mulheres estão adiando a união matrimonial e a maternidade por estarem inseridas no campo de trabalho, mais independente financeira e emocionalmente. Além do avanço dos métodos contraceptivos corroborar para protelar o início da gestação, fazendo com que se elevem os números de gestantes na idade adulta. Consequentemente com o aumento da idade, a gestação torna-se mais problemática mesmo para mulheres com

condição normal de fertilidade.<sup>9-10</sup> Observa-se em outro estudo que a tendência da taxa de cesárea é aumentar concomitante ao envelhecimento da mulher.<sup>11</sup>

As consultas de pré-natal apresentaram um número significativo no presente estudo. Observou-se no período da pesquisa que mais de 50% das mulheres realizaram 6 a 9 consultas. Como em outros estudos, uma menor porcentagem das mulheres estudadas não realizou a prática do pré-natal. Tais resultados apontam a necessidade de o município construir ações estratégias a fim de garantir e expandir o acesso às consultas de pré-natal às populações mais vulneráveis. Diante disso, a atenção primária à saúde tem um papel fundamental de aproximar a mulher, no período gravídico-puerperal, do serviço por meio de ações com início precoce da assistência do pré-natal, com a busca ativa de gestantes na comunidade e a implantação e incentivo à participação em programas de planejamento familiar.<sup>12</sup>

No que se refere à idade gestacional, o estudo em questão apresentou acima de 70% nas gestações de 37 a 40 semanas. Sabe-se da relevância de conhecer a idade gestacional, pré-termo (abaixo de 37 semanas) e gestação a termo (acima de 37 semanas) para uma assistência de qualidade durante o pré-natal e parto. Conforme a idade gestacional a termo, pré-natal adequado e todos os exames comprovarem bem-estar fetal, não há motivos para preocupação.<sup>13</sup> Entretanto, a determinação precisa da idade gestacional é importante desde que proporciona intervenções obstétricas imediatas, pois diversas complicações podem ocorrer e o tratamento ideal depende da idade fetal.<sup>13-14</sup>

Na análise da via de parto em primíparas, nota-se um maior índice de parto normal, embora as taxas de cesariana nessa população apresentassem altos índices. Esse achado é importante para ressaltar a prevenção de cesárea entre primíparas, uma vez que

antecipam em longo prazo os efeitos cumulativos de uma cesárea prévia com consequente maior chance de uma nova cesárea entre estas mulheres.<sup>15</sup> Pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” registra que entre as mulheres com cesariana anterior, somente 15% tiveram parto normal na gestação atual, demonstrando, desse modo, que apesar das evidências científicas ainda se segue o dilema: “uma vez cesárea, sempre cesárea”, o que confirma a necessidade de evitar a primeira cesariana, apoiando a mulher na escolha pelo parto normal.<sup>11,16</sup>

No presente estudo, verificou-se alto índice de cesariana apesar da maternidade em estudo atender as gestantes de alto risco obstétrico da região do norte de Minas Gerais, ainda sim as taxas estão muita acima do que é preconizado pela OMS. Os dados encontrados ratificam os estudos nacionais e internacionais que evidenciam o aumento no número de cesarianas.<sup>7,11,14,17,18,19</sup> A taxa de cesariana no Brasil situa-se em torno de 56%, com variação entre os serviços públicos e privados.<sup>7</sup> Estudo internacional realizado em países europeus e nos Estados Unidos evidenciam que as taxas de cesariana global variam de 15,7% a 32,5%.<sup>20</sup> Em 2009, os Estados Unidos registrou o maior valor já relatado nos índices de cesariana, 32,9%.<sup>14</sup> O parto cesáreo é um procedimento que salva a vida da mulher e do seu filho. Estudos demonstram que a demora por decidir pelo mesmo pode ser prejudicial para ambos. Em contrapartida, uma decisão prematura e errada pode aumentar a morbidade e mortalidade materna e fetal.<sup>21</sup>

Estudo desenvolvido pela OMS recomenda que taxas populacionais de cirurgias cesarianas acima de 10% não contribuem para a diminuição da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Em razão de a população brasileira apresentar entre outros distintos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa ajustada que poderia ser considerada como de referência está entre 25 e 30%.<sup>7</sup>

Um dos motivos da escolha pela cesariana eletiva, além da conveniência em agendar o parto do filho, é evitar a dor. Por essas causas muitas mulheres optam pelo parto cirúrgico, ignorando a possibilidade de receber cuidados para alívio da dor também no parto vaginal: métodos farmacológicos e não farmacológicos. Ainda existe, no Brasil, uma preocupação estética, associada ao mito de que a cesárea mantém intacta a anatomia e fisiologia da vagina e períneo. Outro fator cultural importante é a crença popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que

uma cesárea. Assim, muitos desfechos indesejados são geralmente atribuídos a não realização ou à realização tardia da cesárea.<sup>16,22</sup>

É preciso considerar que apenas três em cada dez mulheres começam a gestação preferindo o parto por cesariana, mas ao final da gravidez, oito em cada dez optam pela cesárea. Esse número aumenta pela influência de um aconselhamento pré-natal que superestima os riscos do parto vaginal e estimula o medo e a insegurança. O desestímulo ao parto vaginal é fortemente observado no pré-natal realizado no sistema privado, em que o acompanhamento é exclusivo com o médico, enquanto no SUS, em muitos municípios, as consultas são alternadas entre médico e enfermeira. Estudo de base populacional mostrou que, no setor público, a proporção de mulheres que prefere um parto cesáreo não se modificou ao final da gestação. E pesquisas abordam que ainda não há grande satisfação com o parto cesariana, principalmente entre mulheres das classes econômicas menos favorecidas, uma vez que no setor público sua ocorrência está quase sempre associada a complicações durante a gestação e na hora do parto.<sup>22</sup>

As principais justificativas envolvidas nas alterações nos índices de cesariana são multifatoriais e complexas, é possível citar alguns exemplos: as distocias, declínio agudo nos chamados partos vaginais após cesariana está intimamente relacionado com o risco de ruptura uterina associado a uma incisão prévia, a controversa da cesariana a pedido da mãe e a indução do parto em gestação a termo ou próxima a termo com insucesso na indução.<sup>14</sup> Na maternidade em estudo, a falha na indução algumas vezes está associada a não continuidade do procedimento.

Os hospitais públicos e universitários apresentam as maiores taxas de partos por cesarianas, este diferencial é explicado pelo maior nível de complexidade dos serviços, trata-se de hospitais terciários, constituídos como referências para gestação de alto risco.<sup>8,11</sup> Esse fato justifica os percentuais altos na maternidade em estudo, estando a mesma em conformidade com o padrão observado no país.

A não utilização de protocolos de atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas, tanto para a gestação de risco habitual como para a gestação de alto risco, explica o excesso dos índices de cesariana praticados no país.<sup>8</sup>

A influência do enfermeiro que acompanha o pré-natal e as informações recebidas nesse período são decisivas na escolha do tipo de

parto. Dessa forma, faz-se necessário compartilhar, com as gestantes e os acompanhantes, informações sobre a fisiologia do parto, os métodos não farmacológicos para diminuir a dor, as vantagens, desvantagens e riscos dos diferentes tipos de parto, bem como divulgar experiências sobre o parto normal. Também é essencial refletir e debater com os profissionais de saúde sobre esta temática, buscando desmitificar esse período da mulher e da família.<sup>23</sup>

De acordo com as melhores evidências científicas, o modelo de atenção ao parto e nascimento liderado por enfermeiras obstétricas e obstetrizas, em que esses profissionais são responsáveis primários pelos partos vaginais, amplia as chances de partos vaginais e diminui as intervenções desnecessárias, sem comprometer a saúde das mulheres e seus filhos.<sup>16</sup>

## CONCLUSÃO

O parto vaginal se mostrou como a via prevalente no estudo da maternidade em questão, correspondendo a mais da metade do total de partos nos anos analisados, contudo a taxa de cesariana foi maior que o preconizado pela OMS.

Considerando que o parto vaginal proporciona benefícios ao binômio mãe/filho, faz-se necessário desenvolver práticas educativas para as mulheres informando os riscos e as complicações da cesárea para ela e o filho quando não se tem uma indicação precisa, bem como as vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, e que a cesárea deve ser utilizada para o bem-estar e segurança do binômio. Informadas, essas mulheres poderão ser multiplicadoras e incentivadoras do parto normal nas redes sociais e nos espaços do cotidiano.

Estudos que abordam este tema são importantes, pois seus resultados evidenciam a realidade e a necessidade de transformação do modelo de atenção ao pré-natal e ao parto; demonstram a necessidade de qualificar e capacitar os profissionais que prestam cuidados na área obstétrica sobre as boas práticas e condutas na assistência prestada a esse público durante o ciclo gravídico-puerperal através de planejamento de ações embasadas em evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 10]. Available from: [www.redehumanizaus.net/sites/default/files](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files)

[/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](#)

2. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]. 2001 [cited 2016 Dec 10]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)

3. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Dec 10];11(4):415-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>

4. Silva DO, Silva GA, Andrade TS, França AMB, Moura MRW, Oliveira SG. O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literature. Ciências Biológicas e da Saúde [Internet]. 2015 Nov [cited 2017 Mar 07];3(1):103-14. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/view/2582>

5. Cassiano ACM, Carlucci SEM, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Rev Serv Público [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 07];5(2):227-44. Available from: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>

6. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Plano de Desenvolvimento Institucional 2005 - 2009. [Internet]. 2005 [cited 2016 Dec 30]. Available from: <http://www.unimontes.br/arquivos/legislacao/PDI-UNIMONTES-V.2-2005-2009V3.pdf>

7. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de Atenção à gestante: a operação cesariana. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 30]. Available from: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)

8. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 26]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf)

9. Padilha JF, Torres RPP, Gasparetto A, Farinha LB, Mattos KM. Parto e idade: características maternas do Estado do Rio

Grande do Sul. Saúde (Santa Maria) [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 24];39(2):99-108. Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/223658346304>

10. Santana FA, Lahm JV, Santos RP. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba [Internet]. Sep 2015 [cited 2017 Mar 02];17(3):123-7. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21337/pdf>

11. Hoffmeister MC, Scapineli JO, Lunardi DER, Figueiredo RV, Mendes XM, Fujita DA et al. Perfil dos partos cesáreos em um hospital universitário. Clin Biomed Res [Internet]. Feb 2015 [cited 2017 Mar 05];35(1):35-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.51317>

12. Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas em uma maternidade filantrópica. Cogitare Enferm [Internet]. June 2013 [cited 2017 Mar 03]; 18(2):344-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32584>

13. Rêgo MBC, Matão MEL. Análise dos partos vaginais e cesarianas no município de Goiana-Goias: antes e após a rede cegonha. Revista da Universidade Vale do Rio Verde [Internet]. Dec 2016 [cited 2017 Feb 28]; 14(2):83-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2611>

14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL et al. Obstetrícia de Williams. 24th ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

15. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. Texto contexto enferm [Internet]. 2012 June [cited 2017 Mar 02];21(2):418-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200021>

16. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, P APE et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 02]; 30 Suppl 1:S101-S16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105113>

17. Fernandes DNC, Quitete JB, Monteiro JAMB, Maia SG, Silva TPN, Oliveira DM. Profile of attention to the delivery in a public hospital: nursing assistance. Journal of Nursing UFPE on line [serial on the Internet]. 2015 Dec [cited 2017 Mar 01];10(2):407-12.

Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8845>

18. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 01];30 Suppl 1: S17-S32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
19. [Guerreiro, C.](#) A Propósito do Artigo Indicações Para Cesarianas num Hospital Terciário Durante 7 Anos. Acta Med Port [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 01];26(6):630-2. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.17/2209>
20. Delnord M, Blondel B, Drewniak N, Klungsøyr K, Bolumar F, Mohangoo A et al.; Varying gestational age patterns in cesarean delivery: an international comparison. [BMC Pregnancy Childbirth \[Internet\]](#). 2014 [cited 2017 Mar 01];14:321. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25217979>
21. Abebe FE, Gebeyehu AW, Kidane AN, Eyassu GA. Factors leading to cesarean section delivery at Felegehiwot referral hospital, Northwest Ethiopia: a retrospective record review. Reproductive Health [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 02];13:6. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4721205/pdf/12978\\_2015\\_Article\\_114.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4721205/pdf/12978_2015_Article_114.pdf)
22. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 Mar 01];50(5):733-40. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en&nrm=iso)
23. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women's preference for cesarean section. Texto contexto - enferm [Internet]. 2015 June [cited 2017 Mar 01]; 24(2):336-343. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>

Submissão: 17/11/2018

Aceito: 26/04/2018

Publicado: 01/06/2018

### Correspondência

Juliana de Cássia Aguiar  
Avenida Santa Catarina, 86  
Bairro Santa Rita  
CEP: 39400-409 – Montes Claros (MG), Brasil