



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
CURSO DE ENFERMAGEM

MARCYANNE VANNESSA MAIA RIBEIRO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE BRASILEIRO:
UM ESTUDO ECOLÓGICO**

Pinheiro – MA
2023

MARCYANNE VANNESSA MAIA RIBEIRO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE BRASILEIRO:
UM ESTUDO ECOLÓGICO**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências de Pinheiro da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Igor Cordeiro Mendes

Pinheiro – MA
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

VANNESSA MAIA RIBEIRO, MARCYANNE.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE
BRASILEIRO: UM ESTUDO ECOLÓGICO / MARCYANNE VANNESSA
MAIA RIBEIRO. - 2023.

42 p.

Orientador(a): IGOR CORDEIRO MENDES.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, PINHEIRO, 2023.

1. ENFERMAGEM OBSTÉTRICA. 2. PARTO. 3. SAÚDE DA
MULHER. I. CORDEIRO MENDES, IGOR. II. Título.

MARCYANNE VANNESSA MAIA RIBEIRO

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PARTOS NO NORDESTE BRASILEIRO:
UM ESTUDO ECOLÓGICO**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Ciências de Pinheiro da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 13 de janeiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Igor Cordeiro Mendes (Orientador)
Doutor em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Dr^a. Lara Leite de Oliveira
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal de Sergipe (UFS)

Dr^a. Vanessa Moreira da Silva Soeiro
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter permanecido do meu lado durante toda a minha vida e por ter contribuído de maneira inigualável no meu processo de formação. Obrigado meu Deus, por toda a inteligência, sabedoria e discernimento que o Senhor me concedeu, pois foram essenciais para a obtenção de todo o aprendizado e sucesso que alcancei. Além disso, agradeço por tudo isto: pela família maravilhosa que o Senhor me presenteou; por todas as oportunidades que me foram conferidas; por todas as conquistas que já obtive; pelo círculo de amizade que possuo.

A meus pais, Marinaldo e Araildes, por serem os melhores amigos do mundo, por toda a dedicação, por acreditarem no meu potencial, por serem generosos e se doarem integralmente, proporcionando-me a obtenção da conquista da formação superior em Enfermagem. Agradeço por terem me ensinado a viver, mesmo diante de todas as adversidades e dificuldades que a vida nos proporcionou, por terem me educado e me ensinado a ter humildade e caráter diante de qualquer situação. Amo muito vocês!

Aos meus avós Floriano, Benedita e Maria de Nazaré in memória, Manoel e aos meus tios e primos. Obrigada por tudo que vocês foram e são na minha vida, eu amo vocês para todo o sempre.

Aos meus irmãos, Marlon, Márcio e Marcelly, por estarem comigo durante toda a vida. Obrigado por saber que posso contar com o apoio de vocês diante de todas as diversidades da vida.

Aos meus colegas conquistados durante a graduação, Andreza Letícia, Ana Paula Mendes, Francisco Marcos, Rubenilson Mota, Daniele Lopes e Vanessa Raquel, por terem feito dos meus dias na Universidade e nos estágios da graduação momentos inesquecíveis. Vocês são pessoas muito especiais.

Meu orientador, professor Dr. Igor Cordeiro Mendes, por ter aceitado esse desafio. Obrigado por todas as contribuições, pela compreensão e apoio. O senhor é um exemplo de profissional, com uma excelente competência.

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la
como arte,
requer uma devoção tão exclusiva, um
preparo tão rigoroso,
quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é tratar da tela morta ou do frio
mármore comparado ao tratar
do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais
bela das artes”.*
Florence Nightingale

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram análise epidemiológica dos partos no nordeste brasileiro entre os anos de 2011 a 2020; verificar os dados sociodemográfico e obstétrico das parturientes de acordo com o tipo de parto; identificar parâmetros relativos ao peso ao nascer, anomalias congênitas e Apgar no primeiro e quinto minuto referentes ao recém-nascido. Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e quantitativo. A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados disponível no Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS). Os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas. Os resultados evidenciaram a ocorrência de 8.210.800 partos notificados, sendo 49,63% (n=4.074.817) identificados como parto vaginal, 50,14% (n=4.117.319) como parto cesariano e 0,23% (n=18.664) desconsiderados nessa pesquisa por terem a identificação do tipo de parto ignorada na DNV. Percebeu-se que o ano de 2011 apresentou o menor índice durante o período estudado com 46,48% cesarianas a cada 100 nascidos vivos, enquanto 2020 correspondeu aos maiores índices com taxas de cesariana equivalentes a 53,33%. Notou-se uma predominância de parturientes com faixa etária entre 20 - 34 anos em ambos os tipos de parto, com percentuais equivalentes a 65,53% (n=2.670.517) dos partos vaginais e 70,7% (n=2.910.981) das cesáreas. Verificou-se que um percentual acentuado de mulheres com escolaridade superior a sete anos de estudo as parturientes que realizaram parto vaginal, equivalendo a 59,94% (n=2.442.540) dos casos. Entretanto, quando avaliadas os partos cesarianos, verificou-se a mesma prevalência, com 75,39% (n=3.104.133) das parturientes possuindo escolaridade superior a sete anos de estudo. Observou-se que, tanto nos partos vaginais quanto nas cesáreas, existiram mais mulheres classificadas como solteiras, correspondendo, respectivamente, a 46,80% (n=1.906.893) e 38,08% (n=1.568.012) dos casos. A grande maioria das mulheres independente da via de parturição realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, sendo 64,98% (n=2.675.482) dos casos partos cesáreos e 50,43% (n=2.054.889) partos vaginais. Já as que fizeram apenas quatro a seis consultas, com percentual de 34,22% (n=1.394.383) realizaram o parto vaginal. Identificou-se uma prevalência de duração do período gestacional

entre 37 a 41 semanas, em ambas as vias de parturição, sendo 78,56% (n=3.201.140) dos partos vaginais e 81,39% (n=3.350.926) cesáreas. Notou-se uma prevalência de hospitais como local de ocorrência 98,88% (4.071.400) partos vaginais, 97,06% (3.955.017) cirurgia cesariana. Quanto ao perfil dos recém-nascidos, em ambas as vias de parturição, o Apgar de primeiro e quinto minuto mais prevalente foram os índices entre 8 e 10, e o peso ao nascer predominante foi de 3000g a 3999g. Assim, conclui-se que devemos continuar investigando a atenção prestada as mulheres durante pré-natal, pré-parto e parto, planejando, enquanto Enfermeiros, ações que promovam a melhoria da assistência obstétrica.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Parto, Enfermagem obstétrica, Epidemiologia.

ABSTRACT

The objectives of this study were epidemiological analysis of deliveries in northeastern Brazil between 2011 and 2020; to verify the sociodemographic and obstetric data of parturients according to the type of delivery; identify parameters related to birth weight, congenital anomalies and Apgar in the first and fifth minutes related to the newborn. This is a descriptive, ecological and quantitative study. Data collection was performed from the database available in the Information and Informatics Department of The SUS (DataSUS). The data were expressed in absolute and relative frequencies. The results showed the occurrence of 8,210,800 reported deliveries, 49.63% (n=4,074,817) were identified as vaginal delivery, 50.14% (n=4,117,319) as cesarean delivery and 0.23% (n=18,664) disregarded in this study because they had the identification of the type of delivery ignored in LBD. It was noticed that the year 2011 presented the lowest rate during the period studied with 46.48% cesarean sections per 100 live births, while 2020 corresponded to the highest rates with cesarean section rates equivalent to 53.33%. A predominance of parturients aged between 20 - 34 years was observed in both types of delivery, with percentages equivalent to 65.53% (n=2,670,517) of vaginal deliveries and 70.7% (n=2,910,981) of cesarean sections. It was found that a high percentage of women with schooling greater than seven years of schooling were parturientwomen who underwent vaginal delivery, equivalent to 59.94% (n=2,442,540) of the cases. However, when cesarean deliveries were evaluated, the same prevalence was verified, with 75.39% (n=3,104,133) of parturientwomen having more than seven years of schooling. It was observed that, both in vaginal and cesarean deliveries, there were more women classified as single, corresponding, respectively, to 46.80% (n=1,906,893) and 38.08% (n=1,568,012) of the cases. The vast majority of women independent of the parturition route performed seven or more prenatal consultations, 64.98% (n=2,675,482) of cesarean deliveries and 50.43% (n=2,054,889) vaginal deliveries. On the other hand, those who had only four to six consultations, with a percentage of 34.22% (n=1,394,383) underwent vaginal delivery. A prevalence of duration of the gestational period was identified between 37 and 41 weeks in both routes of parturition, being 78.56% (n=3,201,140) of vaginal deliveries and 81.39%

(n=3,350,926) cesarean sections. A prevalence of hospitals as a place of occurrence was 98.88% (4,071,400) vaginal deliveries, 97.06% (3,955,017) cesarean section surgery. A prevalence of hospitals as a place of occurrence was 98.88% (4,071,400) vaginal deliveries, 97.06% (3,955,017) cesarean section surgery. Regarding the profile of newborns, in both routes of parturition, the apgar of the first and fifth minutes were the indexes between 8 and 10, and the predominant birth weight was 3000g to 3999g. Thus, it is concluded that we should continue to investigate the care provided to women during prenatal, prenatal and childbirth, planning, as Nurses, actions that promote the improvement of obstetric care.

Keywords: Women's health, Childbirth, Obstetric Nursing, Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Taxa de operação cesariana nos estados da Região Nordeste entre 2011–2020.

Figura 2: Proporção de consulta pré-natal realizada pelas parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

Figura 3: Proporção da duração da gestação das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

Figura 4 - Distribuição da ocorrência de anomalias congênitas segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do perfil Sociodemográfico das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

TABELA 2: Proporção dos tipos de parto segundo o local de ocorrência, 2011 - 2020.

Tabela 3- Distribuição do perfil dos recém-nascidos segundo o tipo de parto na Região Nordeste 2011-2020.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.2 JUSTIFICATIVA	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS RELACIONADOS AO PARTO	19
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE REFERENTES A RECOMENDAÇÕES OBSTÉTRICAS.....	20
3.3 ESCOLHA DA VIA DE PARTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO	23
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO.....	46

1 INTRODUÇÃO

A experiência da gestação e parturição consistem em acontecimentos importantes que marcam a vida da mulher e da sua família. Um momento único e especial, marcado pelas transformações que ocorrem de forma física, psicológica e social, representando uma experiência humana das mais significativas, o novo papel da mulher, ser mãe (VELHO et al., 2012). Essa experiência da gestação tem como desfecho o nascimento, que pode ocorrer por duas vias: parto normal ou cirurgia cesariana.

O parto normal ocorre via vaginal, sendo reconhecidos quatro períodos clínicos do parto: o primeiro é caracterizado por contrações uterinas que permitem a dilatação progressiva do colo uterino; já a segunda fase é constituída pela expulsão fetal, na qual as contrações e dilatações do colo uterino se tornam mais intensas; a terceira fase é a dequitação da placenta, onde ocorre a expulsão dela; por fim, a quarta fase ocorre na primeira hora após a fase anterior, onde a mãe fica em observação para evitar hemorragias (MACHADO et al., 2022). Essa via de parturição apresenta diversos benefícios, oferecendo a mãe uma melhor recuperação, em um curto período de tempo; proporcionando menores riscos de sofrer infecções, hemorragias e lesões de órgãos; e podendo também contribuir para que a gestante sofra menos procedimentos invasivos desnecessários (OLIVEIRA et al., 2018).

Já a cesárea por sua vez é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto. É, por esse motivo, um recurso utilizável quando surge algum tipo de risco para a mãe, o bebê ou ambos, no decorrer da evolução da gravidez e/ou do parto. Como todo procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos, estando associada, no Brasil e em outros países, a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal. A escolha de qualquer intervenção médica, em termos éticos, deve basear-se no balanço entre riscos e benefícios (BARBOSA et al., 2003).

Contudo, a determinação quanto a via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Desse modo, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto. Essa decisão nunca deve ser baseada apenas pela comodidade profissional (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Diante disso, no ano de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a proporção de cesáreas deve representar entre 10% e 15% do total de nascimentos³, uma vez que valores maiores dificilmente se justificam do ponto de vista clínico. Apesar disso, nos últimos 15 anos, as taxas mundiais de cesariana dobraram, chegando a 21% do total de nascimentos, e continuam a crescer cerca de 4% ao ano (OLIVEIRA et al., 2022).

No cenário nacional, o índice de cesarianas desnecessárias no Brasil merece atenção por parte de gestores e profissionais da saúde. O Ministério da Saúde (MS), com o intuito de instituir uma taxa mais acessível para todo o território brasileiro, definiu um limite de 40% de operações cesarianas realizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, deixando inclusive de pagar a conta hospitalar do excedente. Além disso, os resultados de uma ampla pesquisa, “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que reuniu informações de 23.940 mulheres atendidas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, em 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, de 191 municípios brasileiros, confirmaram ter sido 52% dos nascimentos por cesariana. No setor privado, este número sobe para 88%, conferindo ao Brasil o título de líder em cesárea no mundo (SILVA et al., 2018)

Diante desse panorama epidemiológico, evidencia-se a importância de políticas públicas que tenham o escopo de sensibilizar as mulheres e aos profissionais da saúde quanto a decisão segura e eficaz da via de parturição. A atenção à gestante encontra-se difundida em todos os níveis de atenção à saúde na rede pública, pois o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é meta do Ministério da Saúde (MS). Para tanto foi implantado, ainda na década de 80, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que não contemplou a gestante, surgindo assim a necessidade de um programa para pré-natal e parto. Desse modo, foi criado no ano 2000 o Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) com o objetivo de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério. O referido programa foi um marco nas políticas públicas relacionadas a saúde da mulher (RIBEIRO et al., 2016).

A humanização no momento do parto, fornecendo um ambiente acolhedor, faz-se necessária, sendo recomendada legalmente a presença de um acompanhante durante todo o processo de parturição, pois faz com que a mulher se sinta mais segura. Deve-se realizar a retirada do recém-nascido de forma acolhedora, respeitando o clampeamento tardio do cordão umbilical, levando o recém-nascido para o contato pele a pele, proporcionando para essa família um momento de lembranças boas e repletas de amor e empatia (CUNHA et al., 2021). Para maior efetividade dessa determinação do acompanhante, em 2005, foi aprovada a Lei Federal nº 11.108/2005, garantindo a parturiente o direito de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A lei é válida tanto para parto normal quanto para cesariana (SANTOS; LIMA; MENEZES, 2017).

Assim sendo, em 2011 o Ministério da Saúde implanta um novo modelo de atenção de âmbito nacional instituído pelo artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS. Intitulado Rede Cegonha, que se trata de uma rede de cuidados com o objetivo de garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo, e à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e puerpério, mas também assegurar o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável da criança. Esse modelo de atenção está fundamentado nos princípios da humanização da assistência (NASCIMENTO et al., 2018).

A enfermagem por sua vez, tem importante papel em todos os níveis de assistência e principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde sua função administrativa e assistencial é de extrema relevância. Esse profissional deve estar sensibilizado para a assistência prestada à clientela, além de compreender seus fundamentos e a importância do acompanhamento da gestação, a fim de obter maior adesão ao pré-natal, garantindo-lhe qualidade na assistência e melhor resultado obstétrico e perinatal. (RIBEIRO et al., 2016). No contexto dos serviços obstétricos, o enfermeiro tem papel fundamental na

sensibilização dos gestores e da equipe de saúde para os novos paradigmas de atenção à saúde. Ademais, faz-se necessário buscar esse campo de cuidado da Enfermagem, com ênfase na produção de estudos para destacar estratégias com vista a melhoraria do cuidado e aprimorar as recomendações cientificamente comprovadas (CARVALHO et al., 2014).

Portanto, o presente estudo partiu da identificação dos elevados índice de partos cesáreos no Brasil, surgindo os seguintes questionamentos: será que esses índices também são crescentes na região nordeste nos últimos anos? Houve aumento no número de cesáreas ou esse número diminuiu?

1.1 JUSTIFICATIVA

No Brasil, atualmente a cesárea é o modo mais comum de nascimento, representando 56% dos partos, índice este que contribuiu para a criação de protocolo com diretrizes para cesáreas, que tem por objetivo reduzir esses números, uma vez que a indicação inadequada pode favorecer a morbimortalidade materna e infantil. Estudo de base nacional intitulado “Nascer no Brasil” apontou taxa de 51,9% de cesáreas, e destas, 45,5% ocorreram em gestações de baixo risco, 80% foram indicadas devido ao primeiro parto ter sido cesárea e, 88% das mulheres sequer entraram em trabalho de parto (SILVA et al., 2017).

Diante da realidade de altos índices de cesárea no Brasil e suas possíveis complicações, o estudo traz a relevância do desenvolvimento de pesquisas que identifiquem os principais motivos que geram a elevação de cesarianas no país. Portanto, o estudo busca identificar as características socioeconômicas e obstétricas que mais se destacam nos tipos de partos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Realizar uma análise epidemiológica dos partos no nordeste brasileiro entre os anos de 2011 a 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os dados sociodemográficos e obstétrico das parturientes de acordo com o tipo de parto realizado;
- Identificar parâmetros relativos ao peso ao nascer, anomalias congênitas e apgar no primeiro e quinto minuto referentes ao recém-nascido de acordo com o tipo de parto realizado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção se constitui com o objetivo de fundamentar a proposta deste estudo. Nela, busca-se especificar particularidades acerca da temática, assim como apresentar bases teóricas e dados que sustentem percepções e o enfoque dado na proposta.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS RELACIONADOS AO PARTO

O cuidado prestado à mulher no processo de parturição sofreu modificações significativas ao longo dos anos. O parto, a princípio assistido por parteiras tradicionais em ambiente familiar e íntimo, passou, a partir da segunda metade do século XX, a ser um evento hospitalar e cirúrgico. Nessa época, descobertas no campo da ciência e tecnologia buscaram controlar complicações e possíveis condições de risco materno e fetal. Tais avanços foram fundamentais para o desenvolvimento do saber médico, contudo, culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino (MEDEIROS et al., 2017).

Com a hospitalização do parto, na década de 40, métodos intervencionistas rotineiros foram incentivados: como a medicalização, as cesáreas de rotina e a realização de episiotomias. A partir daí a mulher foi perdendo espaço, deixando de ser a protagonista do próprio parto, ficando à mercê de normas das instituições e dos profissionais que lhe prestam assistência (DIAS et al., 2018).

Na sociedade brasileira, a partir dos últimos 20 anos, esse tipo de assistência ao trabalho de parto vem passando por algumas mudanças, principalmente no sentido de coibição de práticas intervencionistas desnecessárias, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller. Práticas estas que não trazem benefícios comprovados para a mãe ou para o bebê. É preciso que esse parto seja assistido de forma mais humanizada e individualizada, assegurando que a mulher obtenha maior autonomia no processo de parir, favorecendo assim o seu empoderamento (MOUTA, 2017).

Com a finalidade de incentivar a melhoria dessa assistência e de estimular o uso de práticas baseadas em evidências científicas, o Ministério da Saúde (MS) implantou um conjunto de ações por meio de Portarias que visam

ao desuso de práticas desnecessárias como, por exemplo, a episiotomia de rotina, o enema, a redução drástica das cirurgias cesarianas e o uso do fórceps rotineiro (GOMES et al., 2017).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE REFERENTES A RECOMENDAÇÕES OBSTÉTRICAS

Diante do cenário da evolução histórica do parto, o Ministério da saúde viu a importância de criar políticas públicas voltadas para a assistência obstétrica, visando melhorar as condições de saúde. Conforme o uso de tecnologias foi aplicado ao parto, o Ministério da Saúde fez recomendações relativas à assistência ao parto normal, no sentido de que as instituições e profissionais que prestam assistência ao parto, visem o respeito, a dignidade à parturiente, ao recém-nascido e aos familiares, através de mudanças nos paradigmas, nos protocolos e nas atitudes para proporcionar um trabalho de parto normal ativo e saudável (DIAS et al., 2018).

Os indicadores de saúde refletem a má qualidade da assistência obstétrica no Brasil, com altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, além do elevado índice de cesáreas. Diante desse contexto de riscos gerados ao binômio mãe-filho e de insatisfação com a assistência ofertada às mulheres, iniciaram-se, nas décadas de 1980 e 1990, movimentos sociais em favor dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, para garantir acesso à saúde integral e resgatar a autonomia e a dignidade das mulheres, bem como a humanização no processo parturitivo (GOMES et al., 2017).

Portanto, o PAISM inaugura o uso pelo MS em 1984, da noção de integralidade, reivindicando acesso a todos os níveis de atenção e, ao mesmo tempo, cuidado integral e humanizado a cada mulher em suas especificidades. Nesse programa, recomenda-se a ampliação da assistência à mulher para além das necessidades relacionadas a saúde reprodutiva, devendo ser considerado todos os ciclos de vida das mulheres e o conjunto de suas necessidades. Inclui-se, também: a saúde mental, saúde do trabalho, saúde sexual, violência, entre outras, vistas de uma perspectiva de gênero (LEAL et al., 2019).

Em junho de 2000, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visava reduzir as altas

taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio de uma assistência de qualidade e que preconizava o resgate da dignidade e de práticas naturais para o processo parturitivo (SILVA et al., 2017).

Em 2002, foi publicado o manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destinado a promover práticas humanizadas nos serviços hospitalares, de modo a satisfazer e estimular as mulheres a participar ativamente das decisões, tais como: escolher a posição para parir, o acompanhante etc. Essas práticas são reconhecidas como boas na assistência ao parto e ao nascimento e são recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996 (GOMES et al., 2017).

Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como HumanizaSUS, foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde e pactuada na Comissão Inter gestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. Os objetivos centrais da PNH se referem ao enfrentamento dos desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde, à articulação e formulação das iniciativas de humanização do SUS e no enfrentamento dos problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde, como na vida dos trabalhadores (SILVA et al., 2017).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis (FREITAS et al., 2017).

Já a Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde, para o enfrentamento da mortalidade materna, violência obstétrica e baixa qualidade da atenção ao parto na rede pública de saúde. Para tal, foram

desenvolvidas ações de ampliação e melhoria do planejamento reprodutivo e do pré-natal, focando numa atenção humanizada durante a gravidez, parto/nascimento e puerpério. A estratégia também promoveu o aumento da oferta de cursos de residência e especialização nas áreas da saúde da mulher e da criança, especialmente para a enfermagem obstétrica, além da formação de profissionais para operar os núcleos hospitalares e os comitês de vigilância do óbito materno, infantil e fetal. Mais de 600 maternidades públicas (ou conveniadas ao SUS) foram envolvidas nesse processo (LEAL et al., 2019).

3.3 ESCOLHA DA VIA DE PARTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM

Entende-se que a decisão pelo tipo de parto compreende um fenômeno que acompanha todo o processo de gravidez, uma vez que esta iniciativa cria inúmeras expectativas na gestante, em todos os processos da gestação, persistindo na forma de lembranças e sentimentos, ou até mesmo em consequências para a saúde, que passam a fazer parte da sua história (OLIVEIRA et al., 2018).

Contudo como o parto é um processo fisiológico, natural e parte dos direitos reprodutivos das mulheres, elas devem participar ativamente do processo de escolha da via de nascimento e demais aspectos que compõem o contexto obstétrico. Nessa perspectiva, o parto pressupõe que a escolha de cada mulher seja informada e consciente para cada procedimento realizado em seu corpo, orientado pelo seu estado físico, psíquico, emocional e por suas escolhas relacionadas ao ambiente, almejando o mínimo de intervenções biomédicas, com a mulher como centro do cuidado (SILVA et al., 2020).

Buscar a conscientização das gestantes e também dos profissionais que prestam assistência ao parto acerca dos possíveis impactos negativos da intervenção cirúrgica para a mãe e a criança é ainda a melhor forma de reduzir as taxas do parto cesáreo. Uma vez que se conhecem as prováveis razões pelas quais as mulheres preferem a cesárea ao parto vaginal, cabe à sociedade médica, gestores e demais profissionais da saúde desmistificar conceitos equivocados (SPIGOLON et al., 2020).

Toda parturiente tem o direito de escolher, junto à equipe multiprofissional, os procedimentos mais adequados ao seu processo de parto.

No entanto, na maioria das instituições de saúde, as decisões sobre os procedimentos a serem realizados são tomadas exclusivamente pelos profissionais de saúde (MONTEIRO et al., 2017).

O Plano de Parto é a primeira de uma série de recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) denominadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” e preconizadas desde 1996, com o intuito de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica em todo o mundo. Recomenda-se que seja realizado após a gestante ser esclarecida sobre a fisiologia do trabalho de parto e parto e todos os processos que podem ocorrer, entre outras informações. Além das preferências e expectativas relacionadas ao manejo obstétrico, o conteúdo a ser registrado pode incluir pessoas de apoio que estarão presentes no momento do trabalho de parto e parto; escolhas quando a ingesta hídrica e alimentar; posições corporais a serem adotadas; cuidados desejados com o recém-nascido; intervenções médicas diante de possíveis complicações e observações culturais (MEDEIROS et al., 2019).

O papel desempenhado pelos Enfermeiros obstétricos na perspectiva do trabalho de parto e parto é proporcionar à redução do número de intervenções desnecessárias durante o cuidado prestado, além da recepção do recém-nascido e à percepção por parte dessa mulher de uma vivência positiva do processo parturitivo. Fazendo com que a mulher seja protagonista desse momento, empoderando-a sobre as fases do parto, a importância das suas decisões, seus direitos e auxiliando-a em todo processo (OLIVEIRA et al., 2022).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico e quantitativo.

O estudo descritivo são aqueles que originam as questões científicas que fornecem índices para a formulação de hipótese epidemiológicas consistentes com o conhecimento existentes sobre a ocorrência das doenças. Já o estudo ecológico é útil para gerar hipóteses, e as unidades de análise são grupos de pessoas ao invés de indivíduos. (BONITA, 2010) No que diz respeito ao estudo quantitativo é a forma de pesquisa que age sobre um problema humano ou social, é embasada no teste de uma teoria e desenvolvida por variáveis quantificadas em números, as quais são analisadas de modo estatístico (KNECHTEL, 2014).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado por meio de uma ferramenta tecnológica de acesso e domínio público o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), possibilitando a obtenção de dados/informações epidemiológicas de todos os estados da região Nordeste brasileiro no período de 2011 a 2020.

Conforme figura 1, a Região Nordeste do Brasil, de onde as informações foi obtida, é composta de nove estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe) e 1.793 municípios. Tem uma área aproximada de 1.5 milhões de km² e 53 milhões de habitantes. Como mostra o mapa a seguir (KERR et al., 2020).

Figura 1 - Mapa geográfico da região nordeste brasileira. Pinheiro, MA, 2022.



Fonte: <https://www.baixarmaps.com.br/mapa-da-regiao-nordeste/>

O DataSUS insere-se nas tecnologias da Saúde como um sistema organizacional e de informação. Além do mais, o uso dessa ferramenta tem auxiliado as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde para a obtenção de informações sobre a saúde da comunidade escolar e dos alunos em geral.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todas as mulheres que tiveram parto normal ou cesariana, no período de 2011 a 2020, disponíveis no banco de dados DATASUS, contendo informações relativas a todos os estados do Nordeste.

Além disso, foram excluídas as mulheres que tiveram a variável tipo de parto ignorado ou deixado em branco.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada a partir do banco de dados disponível no Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), com partos ocorridos no período de 2011 a 2020 no Nordeste. Esses dados são coletados a partir do nascimento quando se preenche a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (ANEXO A), as informações nela preenchidas são utilizadas pela Secretaria de Saúde do município que as transfere para o Sistema de Informação sobre

Nascidos Vivos o SINASC. Com essas informações no SINASC, os dados são repassados para a Secretária de Saúde do Estado, que posteriormente envia ao Ministério da Saúde, que ao receber os dados dos estados divulga no DataSUS. Para o cálculo dessa taxa, utilizou-se o número total de cirurgias cesarianas realizadas em cada estado, dividindo-se por o número total de partos desenvolvidos independente da via de parto, multiplicando-se, finalmente, por 100.

Para a análise dos dados, que consiste na caracterização das parturientes e dos recém-nascidos de acordo com o tipo de parto (parto normal ou cesariana), foram verificadas informações sociodemográficas das parturientes (idade, escolaridade, raça, ocupação habitual, situação conjugal, município de residência da mulher e município de ocorrência do parto), dados referentes ao perfil obstétrico das mesmas (número de gestações, número de partos vaginais, número de cesarianas, número de nascidos vivos, número de abortos, número de consultas pré-natal, mês que iniciou as consultas, tipo de gravidez, apresentação, trabalho de parto induzido, realização de cesárea antes do trabalho de parto iniciar, profissional que assistiu o nascimento) e informações acerca do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, índice de apgar no primeiro e quinto minuto e detecção de alguma anomalia congênita).

Além disso, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidos à luz da literatura pertinente.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados seguiu todos os princípios da bioética, porém não foi necessário passar pelo comitê de ética, tendo em vista que as informações foram coletas no sistema de domínio público o DATASUS.

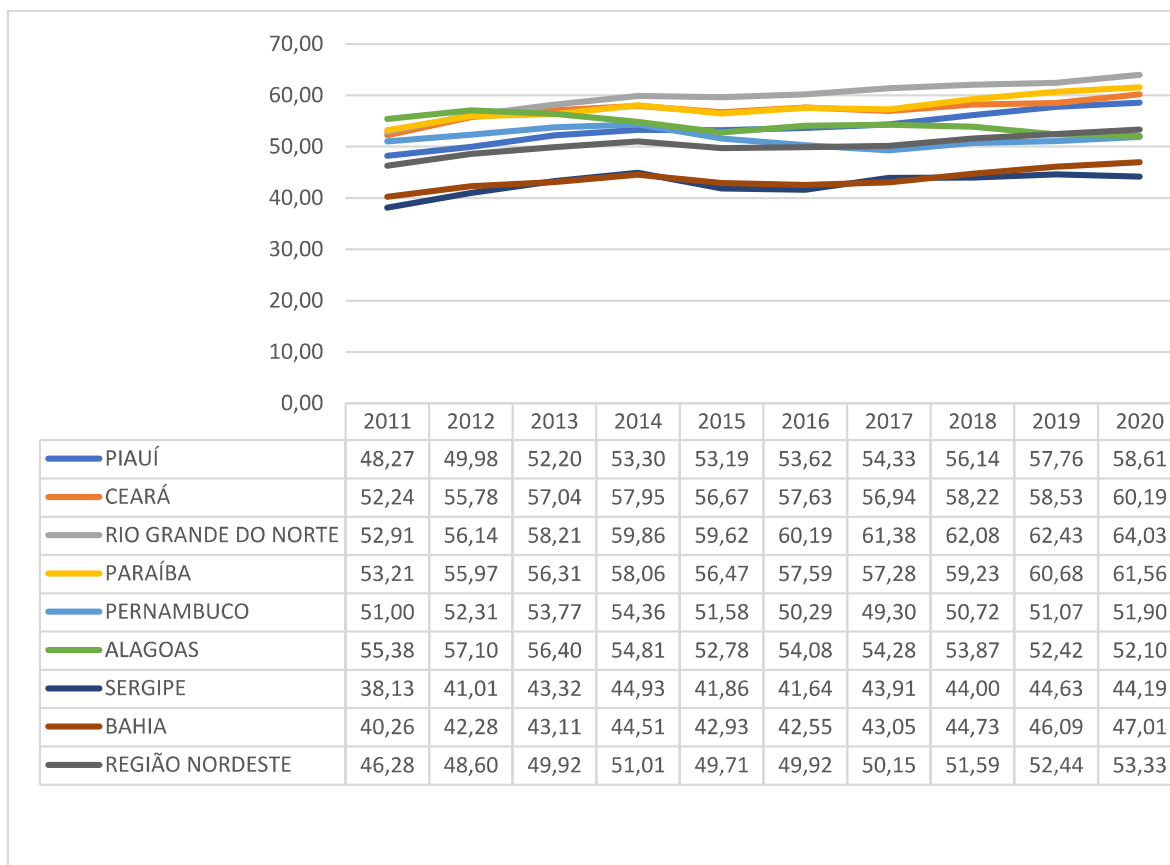
Tomando assim desnecessário o envio ao comitê.

5 RESULTADOS

A princípio, apresentam-se os dados relativos às taxas de operação cesariana nos nove estados da Região Nordeste do Brasil no período de 2011 a 2020. Para o cálculo dessa taxa, utilizou-se o número total de cirurgias cesarianas realizadas em cada estado, dividindo-se por o número total de partos desenvolvidos independente da via de parto, multiplicando-se, finalmente, por 100. Verificou-se, durante o período em análise, a ocorrência de 8.210.800 partos notificados através da DNV, sendo 49,63% (n=4.074.817) identificados como parto vaginal e 50,14% (n=4.117.319) como cirurgia cesariana. Além disso, identificou-se que 0,23% (n=18.664) dos partos tiveram o item referente à identificação do tipo de parto ignorado na DNV, sendo, portanto, desconsiderados nessa pesquisa.

Dessa forma, de acordo com a figura 1, percebeu-se uma elevação das taxas de cesarianas durante toda a série histórica, tendo os anos de 2015 e 2016 uma redução 49,71% e 49,92%. Observou-se que o ano de 2011 apresentou o menor índice de cesariana durante o período estudado, identificando-se a ocorrência de 46,48% cesarianas em toda região nordeste a cada 100 nascidos vivos (NV). Já o período identificado com maior taxa de cesariana foi o ano de 2020, sendo verificada a realização de 53,33 %operações cesarianas a cada 100 NV.

Figura 1: TAXA DE OPERAÇÃO CESARIANA NOS ESTADOS DA REGIÃO NORDESTE ENTRE 2011–2020.



Quanto às informações contidas na Tabela 1, referem-se ao perfil sociodemográfico das parturientes no período em análise. São apresentados os dados relativos à idade, escolaridade e estado civil segundo a via de parturição realizada (parto vaginal ou cirurgia cesariana).

Tabela 1 - Distribuição do perfil Sociodemográfico das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

Variáveis	Vaginal		Cesário	
	Nº	%	Nº	%
Idade (anos)				
Menor de 10 a 19 anos	1.058.572	25,98	617.050	14,99
20 a 34 anos	2.670.517	65,53	2.910.981	70,7
35 a 49 anos	345.172	8,48	588.711	14,3
50 a mais	518	0,01	562	0,01
Idade ignorada	38	0,00	15	0,00

Escolaridade

Nenhuma	58651	1,44	22581	0,55
1 a 3 anos	262366	6,44	134058	3,26
4 a 7 anos	1194969	29,33	748595	18,18
8 a 11 anos	2224056	54,58	2295161	55,74
12 anos a mais	218484	5,36	808972	19,65
Ignorado	116291	2,85	107952	2,62
 Estado civil				
Solteira	1906893	46,80	1568012	38,08
Casada	767636	18,84	1445997	35,12
Viúva	7115	0,17	7741	0,19
Separada judicialmente	16143	0,40	29670	0,72
União consensual	1290222	31,66	998076	24,24
Ignorado	86808	2,13	67823	1,65
Total	4.074.817		4.117.319	

Verificou-se, na análise desses dados, que existe uma predominância de parturientes com faixa etária entre menor 10 - 24 anos quando a via de parto é vaginal com percentuais equivalentes a 55,29% (n=2.252.758) enquanto apenas 38,37% (n=1.594.075) realizaram a cesariana. Já na faixa etária entre 25 - 44 anos quanto ao parto casario há a predominância sendo 61,1% (n=2.515.579) e apenas 1.816.314 partos vaginal.

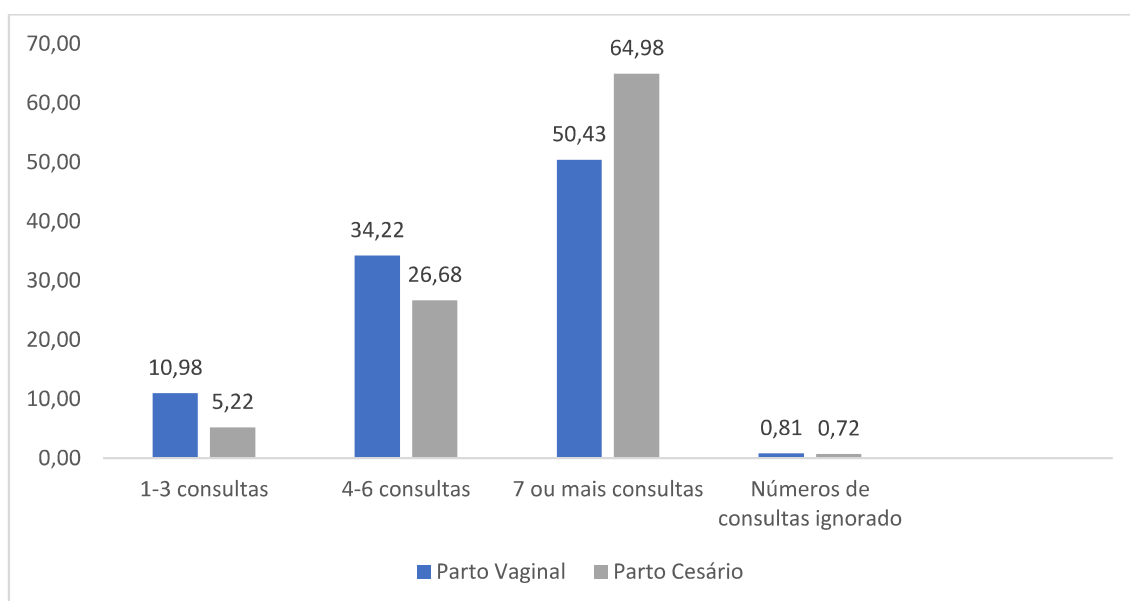
Através da avaliação da frequência relativa da variável faixa etária, observou-se que, entre as mulheres que realizaram a intervenção cirúrgica para parturição, um percentual de 0,18% (n=7.650) possuíam idade de 45 anos a mais, enquanto apenas 0,00% (n=5.707) das que realizaram parto vaginal enquadravam-se nessa faixa etária.

Quanto à escolaridade, analisando-se as parturientes que realizaram parto vaginal, notou-se um percentual acentuado de mulheres com escolaridade oito a onze anos de estudo, equivalendo a 59,94% (n=2.442.540) dos casos. Quando avaliadas os partos cesarianos, verificou-se a mesma prevalência, com 75,39% (n=3.104.133) das parturientes possuindo escolaridade superior a sete anos de estudo. Entretanto, quando analisado o período de estudo inferior a oito

anos a uma prevalência de partos vaginais, já com escolaridade superior a onze anos a prevalência é de parto cesáreo.

Em relação ao estado civil das parturientes, identificou-se que, embora em ambos os tipos de parto exista uma predominância de mulheres solteiras, esse percentual é mais significativo nas parturientes que realizaram parto normal. Observou-se que, dos partos vaginais notificados, um total de 46,80% (n=1.906.893) das parturientes foram classificadas como solteiras e 31,66% (n=1.290.222) identificadas como União consensual. Já nas notificações dos partos cesáreos, notou-se o mesmo percentual de parturientes consideradas solteiras e um percentual inferior de mulheres identificadas como casadas, quando comparados com os dados das mulheres que realizaram parto vaginal, equivalendo a 38,08% (n=1.568.012) solteiras e 35,12% (n=1.445.997) casadas.

Figura 2: Proporção de consulta pré-natal realizada pelas parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.

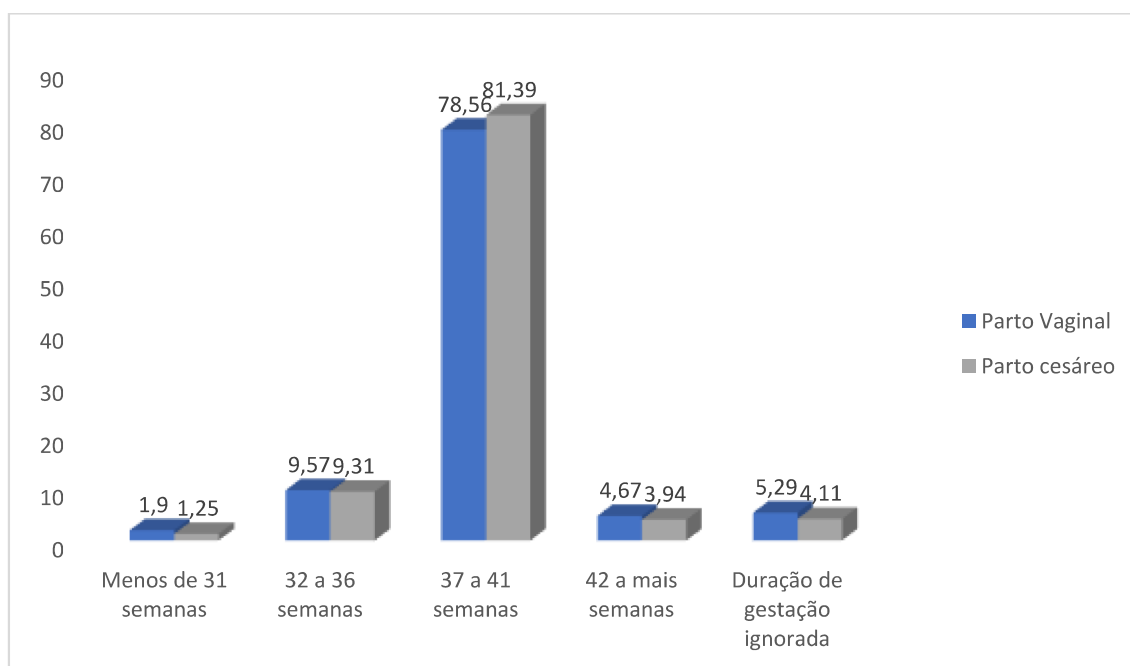


Acerca do número de consultas pré-natal desenvolvidas pelas parturientes segundo o tipo de parto realizado, analisou-se a proporção de todo o período em estudo de maneira compilada. Identificou-se que a grande maioria das mulheres que foram submetidas à cirurgia cesariana realizou sete ou mais consultas de pré-natal, equivalendo a 64,98% (n=2.675.482) dos casos e as que fizeram o parto vaginal também predominou com 50,43% (n=2.054.889), conforme figura 2.

Por outro lado, quando analisados os dados relacionados ao número de consultas pré-natal das mulheres que fizeram o parto vaginal, verificou-se uma predominância de realização de apenas quatro a seis consultas, com percentual de 34,22% (n=1.394.383) dos casos, bem como um número considerável de parturientes que realizaram entre 1 a 3 consultas, com 10,98% (n=447.377) dos casos.

Em relação a figura 3, referente a duração da gestação das parturientes segundo o tipo de parto realizado, não se identificou diferenças consideráveis das vias de parturição quanto ao tempo de gestação, observando-se, em ambos os casos, uma prevalência de duração do período gestacional entre 37 a 41 semanas.

Figura 3: Proporção da duração da gestação das parturientes segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.



Dessa forma, verificou-se que 78,56% (n=3.201.140) das mulheres que realizaram parto vaginal no período em análise desenvolveram o processo de parturição entre 37 a 41 semanas do período gestacional. Com resultados semelhantes, observou-se que 81,39% (n=3.350.926) das parturientes que foram submetidas ao parto cesáreo realizaram esse procedimento cirúrgico quando tinham entre 37 a 41 semanas gestacionais.

Além disso, foi identificado um percentual de 10,56% (n=435.145) cirurgias cesarianas que foram realizadas antes da 37ª semana gestacional, bem

como 11,47% (n=467.488) dos partos vaginais também realizados nesse período, consistindo em um agravo a assistência prestada ao binômio mãe-filho, pois a realização do processo de parturição antes do período adequada pode acarretar complicações tanto para a mãe quanto para o bebê.

TABELA 2: Proporção dos tipos de parto segundo o local de ocorrência, 2011 - 2020.

LOCAL OCORRÊNCIA DO PARTO	VAGINAL		CESÁREO	
	Nº	%	Nº	%
Hospital	3955017	97,06	4071400	98,88
Outro Estabelecimento de Saúde	57305	1,41	45774	1,11
Domicílio	48336	1,18	0	0,00
Aldeia indígena	7	0,00	0	0,00
Outro	13759	0,34	0	0,00
Ignorado	393	0,01	145	0,00
Total	4.074.817	100,0	4.117.319	100,0
		0		0

De acordo com a Tabela 2, referente ao local de ocorrência do processo de parturição, percebeu-se uma maior prevalência de realização dos tipos de partos nos hospitais, equivalendo a 98,88% (n=4.071.400) parto cesáreo e 97,06% (n=3.955.017) parto vaginal. Entretanto, ao analisar os percentuais de realização dos tipos de partos em outros locais notou-se uma predominância significativa de realização do parto vaginal com 2,95% (n=119.800), enquanto apenas 1,11% (n=45.919) foram partos cesáreos.

Tabela 3- Distribuição das características dos recém-nascidos segundo o tipo de parto na Região Nordeste 2011-2020.

Variáveis	Vaginal		Cesário	
	Nº	%	Nº	%
Apgar 1º minuto				
0 – 2	38.118	0,94	24.282	0,59

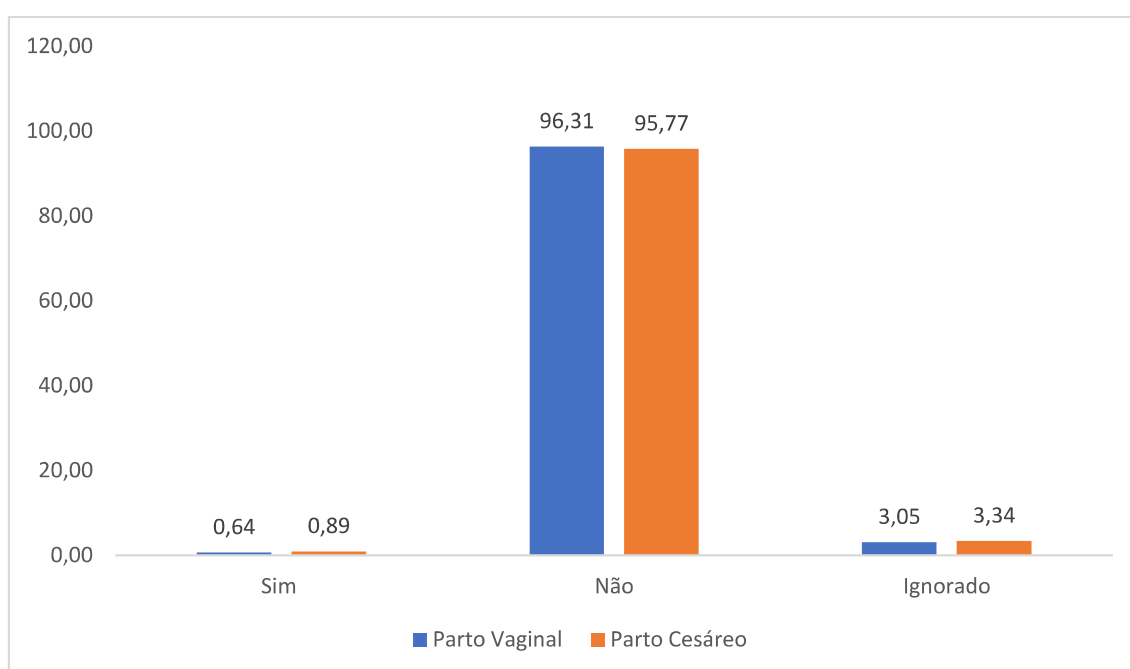
3 – 5	118.586	2,91	117.407	2,85
6 – 7	396.673	9,73	400.275	9,72
8 – 10	3.278.371	80,45	3.448.712	83,76
Ignorado	243.069	5,97	126.643	3,08
Apgar 5º minuto				
0 – 2	17.832	0,44	8.254	0,20
3 – 5	23.465	0,58	15.007	0,36
6 – 7	78.575	1,93	68.592	1,67
8 – 10	3.711.331	91,08	3.895.774	94,62
Ignorado	243.614	5,98	129.692	3,15
Peso ao nascer				
Menos de 999g	33.040	0,81	19.306	0,47
1000 a 1499 g	24.876	0,61	31.923	0,78
1500 a 2499 g	267.623	6,57	273.699	6,65
2500 a 2999 g	949.842	23,31	785.247	19,07
3000 a 3999 g	2.606.425	63,96	2.691.252	65,36
4000g e mais	190.244	4,67	315.892	7,67
Ignorado	2.767	0,07	0	0,00
Total	4.074.817		4.117.319	

Analisando-se a Tabela 3, que apresenta dados relativos ao perfil de adaptação a vida extrauterina e dados antropométricos dos recém-nascidos (RN) na região nordeste no período em análise, observou-se uma semelhança nos resultados obtidos em ambos os tipos de parto. Em relação ao Apgar do 1º minuto, identificou-se que, tanto nos partos vaginais quanto nos partos cesáreos, houve uma maior predominância da classificação desse índice entre 8 – 10, equivalendo a 80,45% (n=3.278.371) e 83,76% (n=3.448.712) dos casos, respectivamente. Dessa forma, verifica-se uma boa adaptação à vida extrauterina pelo RN, independente da via de parturição. Quanto ao Apgar do 5º minuto, identificou-se resultados semelhantes com percentual ainda maior para a classificação desse índice entre 8 – 10, em ambas as vias de parto. Identificou-se que 91,08% (n=3.711.331) dos RN que nasceram através do parto normal e 94,62% (n=3.895.774) dos RN de cesariana enquadraram-se nesse intervalo de

Apgar, representando, da mesma forma, uma adaptação satisfatória a vida extrauterina.

Acerca do peso ao nascer, os dados obtidos também foram similares para ambos os tipos de parto. Notou-se uma prevalência de RN que nasceram com peso entre 3000 a 3999g, observando-se um percentual de 63,96% (n=2.606.425) dos RN que nasceram através de parto vaginal e 65,36% (n=2.691.252) dos RN de cesariana, possuindo peso dentro desse intervalo ao nascer.

Figura 4 - Distribuição da ocorrência de anomalias congênitas segundo o tipo de parto na região nordeste, 2011 - 2020.



Segundo a figura 4, que apresenta dados sobre a ocorrência de anomalias congênitas segundo o tipo de parto, observou-se uma semelhança nos resultados obtidos em ambos. Notou-se que, tanto nos partos vaginais quanto nos partos cesáreos, não houve tantos casos de ocorrência de anomalias congênitas. Sendo 0,64% (n= 26.280) para partos vaginais e 0,89% (n=36.700) para partos cesáreos. Ao analisar as anomalias de maiores prevalências foram encontradas, deformidades congênitas do aparelho osteomuscular (n= 18.133), deformidades congênitas dos pés (n= 8.468), malformação congênitas do sistema nervoso (n= 8035) e a malformação congênita do aparelho geniturinário (n= 5517).

6 DISCUSSÃO

A diversidade dos fatores que cercam o processo de parturição e a assistência desenvolvida pelos profissionais de saúde nesse período tem ocasionado questionamentos envolvendo desde as características da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres. Para a avaliação da qualidade dessa assistência, dispensada a mulher no período gravídico-puerperal, existem indicadores que são analisados através das recomendações preconizadas pelos órgãos nacionais e internacionais relacionados à saúde. A taxa de cesariana consiste em um desses indicadores obstétricos, sendo utilizado com o escopo de avaliar, indiretamente, a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência de período gravídico-puerperal diminua o valor dessa taxa.

Diante disso, observa-se elevação expressiva das taxas de cesáreas em praticamente todo o mundo, ultrapassando o percentual de 10% a 15% dos partos, que é considerado aceitável e justificável pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, atualmente a cesárea é o modo mais comum de nascimento, representando 56% dos partos, índice este que contribuiu para a criação de protocolo com diretrizes para cesáreas, que tem por objetivo reduzir esses números, uma vez que a indicação inadequada pode favorecer a morbimortalidade materna e infantil. Além disso, as taxas de cesárea acima desse limite não têm demonstrado benefício adicional para a mãe ou o bebê (SILVA et al., 2017).

No presente estudo, verificou-se, de acordo com a figura 1, que a taxa de cesariana da região nordeste nos anos de 2011-2020 teve uma variação, apresentando crescimento gradual nos últimos cinco anos com taxa de 49,92% a 53,33%. Esses resultados, obtidos nessa pesquisa, apontam para índices superiores aos recomendados pela OMS, corroborando com diversos outros estudos desenvolvidos. A exemplo temos o estudo realizado com dados secundários temporais coletados da base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos(SISNAC) no período de 2000 a 2018. Considerando os tipos de parto, os dados demonstraram que nas regiões Norte e Nordeste, destacou-se os partos vaginais (47%) e nas demais regiões ocorreu maior prevalência de partos cesáreos, compreendendo cerca de 67,8%.

Em 2018, a porcentagem de partos cesáreos foi de 47,2% na região Norte, 51,6% na Nordeste, 58,4% na Sudeste, 61% na Sul e 63% na região Centro Oeste. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram dados acima da média nacional, que no ano de 2018 foi de 56,3%, evidenciando a disparidade entre as regiões (GUIMARÃES et al., 2021).

Considerando a grande diferença social, econômica e cultural existente entre as diversas regiões do Brasil, torna-se necessária a comparação dos dados sociodemográficos e obstétricos encontrados nesse estudo, a fim de evidenciar fatores de risco para cada região, bem como tornar conhecida as situações sociais e físicas das parturientes que são desfavoráveis ao bom desenvolvimento do período gestacional e da escolha adequada do tipo de parto. Com isso, verificou-se que a faixa etária de maior prevalência das parturientes, independente da via de parto, foi entre 20 – 34 anos, havendo um percentual considerável de mulheres acima de 34 anos que realizaram parto cesariano e um percentual significativo de mulheres abaixo dos 20 anos que realizaram parto vaginal.

Em face disso, optou-se por comparar os dados obtidos no presente estudo com pesquisa de abrangência nacional, com os dados da Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha, realizada no ano de 2017. Percebeu-se que houve semelhanças no aspecto do tipo de parto em relação à faixa etária. Entre as 10.540 puérperas entrevistadas, foram observados maiores percentuais de mulheres com idade de 20 a 34 anos (68,3%). Assim sendo, percebe-se que houve concordância no que diz respeito a faixa etária (NUNES et al., 2022).

Em relação à escolaridade das parturientes, identificou-se uma predominância de mulheres que realizaram parto com escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo independentemente do tipo de parto, enquanto que, existiu uma predominância de mulheres que fizeram cirurgia cesariana com escolaridade superior a 12 anos de estudo e o parto vaginal predominou as com escolaridade inferior a 8 anos de estudo, conforme dados exposto na Tabela 1.

Assim, obter dados a respeito da escolaridade das mulheres gestantes tem uma essencial importância no que tange à influência elaborada diante de diversos fatores obstétricos, como o tipo de parto a ser escolhido por essas mulheres, o número de consultas pré-natal realizadas por elas e até mesmo o

peso que cada gestante possui no início e no final da gestação (CISNE et al., 2022).

Ainda acerca da Tabela 1, quanto ao estado civil das parturientes, em ambas as vias de parturição, verificou-se uma predominância de mulheres solteiras. Entretanto, avaliando a frequência relativa das mulheres classificadas como casadas isoladamente, notou-se que existem mais mulheres casadas realizando o parto cesáreo, já na união consensual existe um percentual significativo de parto vaginal.

Em um estudo realizado no hospital e maternidade situados no município de Sobral/CE. Identificaram-se resultados contrários aos dados encontrados neste estudo, no qual houve prevalência de mulheres que tiveram parto vaginal com estado civil classificado como união estável e casadas, diferindo dos resultados encontrados neste estudo onde a maioria era solteira. E coincidiu quando citou que ocorreu predominância de mulheres casadas que optaram por partos cesáreo. Com isso, verificou-se que, nesse estudo, não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis estado civil e tipo de parto adotado (ANDRADE et al., 2018).

Quanto ao número de consultas pré-natal realizadas pelas parturientes, identificou-se, nesse estudo, que um percentual significativo de parturientes que realizaram parto independente da via efetivou 7 ou mais consultas de acompanhamento pré-natal, enquanto, das mulheres que tiveram de 4 a 6 consultas, houve uma maior prevalência da realização do parto vaginal, conforme Figura 2.

Sabe-se que o pré-natal tem como principal objetivo o acompanhamento à gestante, se caracterizando em um momento de aprendizado para gestante e sua família. Essa assistência deve ser executada por profissional habilitado e capacitado que dê suporte a gestante durante o pré-natal. Segundo o Ministério da Saúde, um pré-natal ideal deve ter no mínimo seis consultas, devendo iniciar no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação. Os intervalos entre consultas devem ser de quatro semanas até que complete 36 semanas. Após os intervalos são de 15 dias. Em casos de gestantes faltosas a equipe de enfermagem juntamente com os agentes comunitários de saúde, deve realizar busca ativa dessas gestantes. Portanto,

percebemos que no estudo o número de consultas está dentro do previsto pelo MS, efetivando assim esse dado (ROCHA, ANDRADE., 2017).

Acerca da duração da gestação das parturientes, de acordo com a Figura 3, foi verificado nesse estudo que não houve diferenças significativas da frequência relativa do período gestacional no momento da parturição em relação a via de parto, existindo maior prevalência, em ambos os casos, de duração da gestação entre 37 a 41 semanas.

Em face disso, optou-se por comparar os dados obtidos no presente estudo com pesquisa realizada no hospital universitário do Norte de Minas Gerais nos anos de 2012–2016. Percebeu-se que houve semelhanças no aspecto do tipo de parto em relação a duração da gestação, onde foi observado, em idade gestacional, constatou que de 37 a 40 semanas de gestação foi o intervalo mais prevalente (AGUIAR et al, 2018).

Em relação ao local de ocorrência do processo de parturição segundo os tipos de parto, notou-se, nesse estudo, uma maior predominância em hospitais independente da via de parto. Entretanto avaliado os outros locais de ocorrência predominou o parto vaginal, conforme verificado na Tabela 2. Semelhante aos resultados encontrados nessa pesquisa, estudo realizado em pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento”, realizada em sete maternidades que atendem a rede pública de saúde e em quatro maternidades que atendem a rede suplementar de saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais., A amostra deste estudo foi composta de 1088 mulheres, com mediana da idade de 28 anos, aonde 67,56% tiveram seus filhos em hospitais (SILVA et al., 2020).

Acerca do perfil de saúde dos recém-nascidos segundo o tipo de parto, na avaliação do Apgar, verificou-se que, em ambas as vias de parturição, a prevalência da classificação desse índice esteve entre 8 – 10, conforme Tabela 3.

Ainda sobre a Tabela 3, ao analisar o peso do nascimento segundo os tipos de parto, os resultados também foram semelhantes para ambas as vias de parturição, sendo observado um percentual de cerca de 65%, tanto para parto normal quanto para cesariana, de recém-nascidos com peso entre 3.000g e 3.999g no nascimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que todo bebê nascido com o peso inferior a 2.500 gramas é considerado recém-nascido

de baixo peso ao nascer e ainda pode ser classificado como extremo baixo peso (≤ 999 gramas) ou muito baixo peso (≤ 1.499 gramas) (GAÍVA et al., 2018).

De acordo com a figura 4 em relação a ocorrência de anomalias congênitas, segundo o processo de parturição, notou-se que não há números significativos de anomalias em nenhuma das vias de parto (vaginal e cesáreo). Porém, a principal alteração congênita em ambas as vias de parturição foi relativa ao aparelho osteomuscular, aparelho geniturinário, deformidades congênitas nos pés, e alterações congênitas do sistema nervoso.

Corroborando com os dados dessa pesquisa, em estudo semelhante, realizado através das informações armazenadas em banco de dados do SINASC, fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde do São Paulo, foi realizado estudo nesse estado sobre os nascidos vivos com defeitos congênitos, no período de 2010 a 2014. Sendo notificados 819.018 nascidos vivos no município de São Paulo, dos quais 14.657 tiveram algum tipo de anomalia congênita, correspondendo à prevalência de 17,9 casos para cada 1.000 nascidos vivos. observam-se as frequências absoluta e relativa das anomalias descritas no período, de acordo com o sistema afetado. A maioria foi de má-formação osteoarticular, sistema circulatório, e da cabeça e pescoço (COSME, LIMA, BARBOSA.; 2017).

7 CONCLUSÃO

A partir dos objetivos propostos e análise dos dados apresentados, foi possível concluir que a taxa de cesariana na Região Nordeste encontra-se ascendente durante os anos em apreciação, estando sempre acima das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. Esse índice variou entre 46,28% e 53,33%, enquanto os valores ideais seria entre 10 e 15 cesarianas a cada 100 nascidos vivos. Vale ressaltar que esses dados são alarmantes, pois essa opção implica em maior risco de graves complicações maternas e perinatais, não implicando na melhor qualificação obstétrica em nenhum cenário assistencial.

Quando ao perfil sociodemográfico, notou-se uma prevalência de mulheres com idade entre 20 a 34 anos e classificadas como solteiras em ambas as vias de parturição. Entretanto, verificou-se um percentual significativo de mulheres que realizaram cirurgia cesariana, quando comparadas com as que tiveram parto vaginal, com faixa etária entre 35 a 49 anos e consideradas casadas. Em relação à escolaridade, não houve distinção, pois um percentual de mulheres que realizaram parto independente via vaginal possuía entre 8 a 11 anos de estudo.

Acerca do perfil obstétrico, percebeu-se que as mulheres que realizaram operação cesariana fizeram mais consultas de pré-natal, com prevalência de desenvolvimento de 7 ou mais consultas, quando comparadas as que realizaram parto vaginal que desenvolveram entre 4 a 6 consultas. Em ambas as vias de parturição a duração da gestação mais comum ficou entre 37 a 41 semanas, estando dentro de uma parturição a termo. Sobre o local de ocorrência, percebeu-se uma maior prevalência nos hospitais tanto para partos vaginais quanto para cirurgia cesárea. Entretanto, verificou-se um percentual significativo para partos vaginais em relação aos outros locais.

Em relação aos dados relativos ao recém-nascido, em ambas as vias de parturição, houve prevalência de crianças classificadas com Apgar de primeiro e quinto minuto variando entre 8 – 10, sendo considerada uma adaptação satisfatória a vida extra-uterina. Quanto ao peso ao nascer, os resultados também foram similares, tanto para partos vaginais quanto para cesarianas, com

predominância de recém-nascidos com peso entre 3000g a 3999g no momento do nascimento.

Gostaríamos de ressaltar que todas as instituições com responsabilidade pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação de seus índices, elaborando monitoramento contínuo de forma a possibilitar intervenções construtivas. Ademais, deve-se atentar para o preenchimento apropriado da Declaração de Nascidos Vivos, pois todos os itens contidos nessa ficha são importante indicadores para a avaliação da assistência prestada a parturiente e ao recém-nascido durante o processo o parto e nascimento, sendo indevido o preenchimento incompleto da mesma.

Portanto, devemos continuar investigando a atenção prestada as mulheres durante pré-natal, pré-parto e parto, buscando a melhoria de toda a assistência ofertada as mesmas durante a gravidez, parto e puerpério. Desse modo, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem realizar de maneira satisfatória suas responsabilidades para que a mulher se sinta apoiada e tenha conhecimento sobre o que ocorre com a mesma durante a gravidez e o parto, diminuindo assim seus medos e inseguranças e colocando-a como agente principal do processo de parturição.

Dessa forma, os resultados obtidos neste estudo constituem subsídios para uma reflexão acerca da assistência obstétrica prestada durante o pré-natal e o parto, verificando-se a possível influência de diversos aspectos (sociais, culturais, econômicos, biológicas, psicológicas etc.) na escolha pela via de parturição, bem como a participação inadequada dos profissionais de saúde nessa decisão. Sendo assim, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações governamentais que levem em consideração as características peculiares mais frequentes nas parturientes de acordo com o tipo de parto selecionado, bem como a necessidade do incentivo dos profissionais na realização de ações que sejam melhores para as mulheres, sendo inapropriada a decisão pela via de parturição simplesmente pela comodidade do profissional. Além disso, recomendamos a criação e o desenvolvimento de intervenções e/ou tecnologias que promovam, de maneira lúdica, a conscientização e o empoderamento das parturientes quando a decisão adequada da via de parturição.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Gisele Peixoto. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov-dez, 2003.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. Epidemiologia Básica. **Tradução e revisão científica Juraci A. Cesar**. São Paulo: Santos; 2010.
- CARVALHO, Isaiane da Silva. et al. Caracterização epidemiológica de partos e nascimentos: estudo ecológico com base em um sistema de informação. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 616-23, mar., 2014.
- CUNHA, Ana Letícia Soares Fonseca. et al. Humanização durante o trabalho de parto normal e cesárea. **Global Academic Nursing Journal.**, v. 2, n. Spe.1, e98, 2021. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200098>.
- DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enfermagem Foco**, v. 9, n. 2, p. 35-39, 2018.
- FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- GOMES, Rebeca Pinto Costa. et al. Plano de parto em rodas de conversa: escolhas das mulheres. **REME • Revista Mineira Enfermagem**. v. 21, e-1033, 2017.
- KERR, Ligia. et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Supl.2, p. 4099-4120, 2020.
- KNECHTEL, M. R. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.
- LEAL, Maria do Carmo. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos Saúde Pública** v. 35, n. 7, e00223018, 2019.
- MACHADO, G. E.; DAVOLI, L. B. B.; VALÉRIO, P. M. Posicionamentos para cada fase do parto, o papel do fisioterapeuta mediante ao trabalho de parto. **RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR**, v.3, n.2, 2022.
- MEDEIROS, R. M. K.; FIGUEIREDO, G.; CORREA, A. C. P.; BARBIERI, M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 40, e20180233, 2019. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.

MONTEIRO, M. C. M.; HOLANDA, V. R.; MELO, G. P. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7, e1885, 2017. Available in: _____. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1885>.

MOUTA, Ricardo José Oliveira. PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO FEMININO. **Revista baiana enfermagem**, v. 31, n. 4, e20275, 2017.

NASCIMENTO, Jucelia Salgueiro. et al. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. **Revista Port.: Saúde e Sociedade**. v. 3, n. 1, p. 694-709. 2018.

OLIVEIRA, A. C. P. M.; SENE, L. B.; WATANABE, L. A. R.. Percepção de dor no parto normal em gestantes. **Scire Salutis**, v.8, n.2, p.32-42, 2018. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0004>.

OLIVEIRA, Cintia de Freitas. et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 427-439, 2022.

OLIVEIRA, L. L. F. O.; TRINDADE, R. F. C.; SANTOS, A. A. P.; PINTO, L. M. T. R.; SILVA, A. J. C.; ALMEIDA, M. S. Characterization of obstetric care developed in teaching hospitals in a capital of northeast Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 75, n. 1, e20200896, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0896>

OLIVEIRA, V. J.; PENNA, C. M. M. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. **Rev Bras Enferm** [Internet]. V. 71, n. Suppl 3, p. 1228-36, 2018. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>.

RIBEIRO, José Francis. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**. v. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016.

SANTOS, K. T. A.; LIMA, L. R. R.; MENEZES, M. O. DEZ ANOS DA LEI Nº 11.108/2005: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 1, p. 25-42, Março, 2017.

SILVA, A. C. L.; FÉLIX, H. C. R.; FERREIRA, M. B. G.; WYSOCKI, A. D.; CONTIM, D.; RUIZ, M. T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]., v. 19, a34, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.

SILVA, L. N. Ms.; SILVEIRA, A. P. K. F.; MORAIS, F. R. R de. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da

assistência. **Revista enfermagem UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. Supl. 8, p. 3290-4, ago., 2017.

SILVA, Rafaela Camila Freitas. et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha Enfermagem.** v. 39, e20170218, 2018.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, Jan/Mar. 2014.

SILVA, T. P. R.; DUMONT-PENA, E.; MOREIRA, A. D.; CAMARGOS, B. A.; MEIRELES, M. Q.; SOUZA, K. V. et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.** v. 73, n. (Supl 4), e20180996, 2020. Disponível em doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>.

SPIGOLON, Dandara Novakowski et al. Percepções das gestantes quanto à escolha da via de parto. **Saúde e Pesquisa.** v. 13, n. 4, p. 789-798, out./dez 2020. - e-ISSN 2176-9206.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M.; CAMARGO, B. V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 21, n. 2, p. 458-66, Abr-Jun, 2012.

AGUIAR, J. C.; VERSIANI C. C.; DIAS C. L. O.; MOREIRA, D. C.; ANDRADE, D. C. S.; XAVIER, G. C. Indicadores de assistência as vias de parto. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, 12(6):1674-80, jun., 2018.

Rocha, A. C.; Andrade, G. S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – go em diferentes contextos sociais. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2017 Abril;6(1):30-41.

GAÍVA, M. A. M.; LOPES, F. S. P.; FERREIRA, S. M. B.; MUFATO, L. F. Óbitos neonatais de recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica de Enfermagem** 2018;20:v20a18. doi: 10.5216/ree.v20.47222.

GUIMARÃES, N. M.; FREITAS, V. C. S.; SENZI, C. G.; GIL, G. T.; LIMA, L. D. S. C.; FRIAS, D. F. R. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 11942-11958 feb. 2021.

NUNES, A. L.; THOMAZ, E. B. A. F.; PINHO, J. F. O.; SILVA, L. C. CHAGAS, D. C.; ALVES, M. T. S. S. B. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. **Cadernos Saúde Pública** 2022; 38(4):e00228921.

Cisne, M. A.; Araújo, D. C.; Costa, G. V. A.; Vasconcelos, A. M. M.; Cassol, G. B.; Filho, G. S. O.; Oliveira, M. A. S. Escolaridade materna associada a fatores obstétricos em gestantes atendidas em um centro de saúde da família. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências - RIEC** | ISSN: 2595-0959 Icó-Ceará | v.5 | n.2 | p. 130 - 144 | Maio-Ago | 2022.

Andrade, S. G.; Vasconcelos, Y. A.; Carneiro, A. R. S.; Severiano, A. R. G.; Terceiro, A. J. M. D.; Silva, T. B.; Carneiro, J. K. R.; Oliveira, M. A. S. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**.2018;4:7283.

Cosme, H. W.; Lima, L. S.; Barbosa, L. G. Prevalência de anomalias congênitas e fatores associados em recém-nascidos do município de São Paulo no período de 2010 a 2014. **Revista Paulista Pediatria**. 2017;35(1):33-38.

ANEXO A

Residência Federativa do Brasil Ministério da Saúde PMS - 000000		Declaração de Nascimento Voto	30-52287570-1
1	Nome	Nome	
2	Matrícula		
3	Sexo	Sexo	
4	Idade		
5	Estado Civil		
6	Profissão		
7	Religião		
8	Assinatura		
9	Assinatura		
10	Assinatura		
11	Assinatura		
12	Assinatura		
13	Assinatura		
14	Assinatura		
15	Assinatura		
16	Assinatura		
17	Assinatura		
18	Assinatura		
19	Assinatura		
20	Assinatura		
21	Assinatura		
22	Assinatura		
23	Assinatura		
24	Assinatura		
25	Assinatura		
26	Assinatura		
27	Assinatura		
28	Assinatura		
29	Assinatura		
30	Assinatura		
31	Assinatura		
32	Assinatura		
33	Assinatura		
34	Assinatura		
35	Assinatura		
36	Assinatura		
37	Assinatura		
38	Assinatura		
39	Assinatura		
40	Assinatura		
41	Assinatura		
42	Assinatura		
43	Assinatura		
44	Assinatura		
45	Assinatura		
46	Assinatura		
47	Assinatura		
48	Assinatura		
49	Assinatura		
50	Assinatura		
51	Assinatura		
52	Assinatura		
53	Assinatura		
54	Assinatura		
55	Assinatura		
56	Assinatura		
57	Assinatura		
58	Assinatura		
59	Assinatura		
60	Assinatura		
61	Assinatura		
62	Assinatura		
63	Assinatura		
64	Assinatura		
65	Assinatura		
66	Assinatura		
67	Assinatura		
68	Assinatura		
69	Assinatura		
70	Assinatura		
71	Assinatura		
72	Assinatura		
73	Assinatura		
74	Assinatura		
75	Assinatura		
76	Assinatura		
77	Assinatura		
78	Assinatura		
79	Assinatura		
80	Assinatura		

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar suas crianças, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

DEFINIÇÕES
De acordo com o Classificador Estatístico Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - (CID-10)

- ACIDENTE VOTO
Acidente votal é o registro de um evento vital ocorrido no Brasil, independentemente do tempo de permanência de um indivíduo no território, ou, ainda, de nacionalidade, desde que ocorra dentro do prazo de validade de inscrição eleitoral, quando se registrar o evento vital em nome de um cidadão brasileiro.

- VOTO VOTO
Voto voto é o registro de um evento vital ocorrido antes do ingresso do indivíduo no território brasileiro, independentemente do tempo de permanência no Brasil, desde que ocorra dentro do prazo de validade de inscrição eleitoral, quando se registrar o evento vital em nome de um cidadão brasileiro.