

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
MESTRADO E DOUTORADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Isabel Helena Forster Halmenschlager

**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a
questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**

Santa Cruz do Sul

2023

Isabel Helena Forster Halmenschlager

**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a
questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Família, do Escolar e do Trabalhador, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra. Edna Linhares Garcia
Coorientador: Dr. Deivis de Campos

Santa Cruz do Sul

2023

Isabel Helena Forster Halmenschlager

(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde da Família, do Escolar e do Trabalhador. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra. Edna Linhares Garcia

Coorientador: Dr Deivis de Campos

Banca Examinadora

Dra. Edna Linhares Garcia
Professora orientadora – UNISC

Dr Jerto Cardoso da Silva
Professor examinador – UNISC

Dra Suzane Frantz Krug
Professora examinadora – UNISC

Dra Cézane Priscila Reuter
Professora examinadora – UNISC

Dra.Leris Haeffner
Professora examinadora - Unifra Santa Maria

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Introdução: A gestação e o nascimento de um novo ser são considerados processos fisiológicos, mas no Brasil, a maior parte dos nascimentos são realizados por cesarianas (55%), procedimento cirúrgico considerado de grande porte. Em Santa Cruz do Sul, cidade do interior do Rio Grande do Sul, essa taxa é ainda maior, chegando a 73%. **Objetivo:** Identificar e analisar fatores implicados, inclusive Covid-19, na determinação de cesarianas no estrato de uma realidade geográfica e de um segmento populacional, na perspectiva das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019, e analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para as gestantes, puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres.

Artigo 1: COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE. **Objetivo:** revisar a literatura atual sobre as implicações da COVID-19 na saúde de gestantes e puérperas, a via de nascimento, assim como a importância da vacinação prioritária nesse grupo e refletir sobre a orfandade consequente da mesma. **Materiais e Métodos:** uma revisão integrativa de estudos, documentos de fontes oficiais e registros jornalísticos do período de março de 2020 – dezembro de 2021. **Resultados:** Em geral, a infecção por Covid-19 não é uma indicação para o parto, mas recomenda-se a antecipação do parto e a realização de cesariana de urgência no caso de gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade, o parto vaginal é seguro e recomendável. **Conclusão:** Constatou-se que os dados internacionais apontam uma tendência de crescimento da “orfandade pandêmica”, urgindo a necessidade de um preparo para profissionais de saúde, professores, legisladores e pesquisadores desenvolverem estratégias de assistência aos órfãos em relação a essa pandemia

Artigo 2: GESTANTES INDÍGENAS BRASILEIRAS: RELAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E OS NÚMEROS DE PARTOS NORMAIS E CESARIANAS ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2019. **Objetivo:** pesquisar e comparar as gestantes indígenas e as não indígenas na realização de pré-natal e os números de partos vaginais e cesarianas no Rio Grande do Sul em relação ao Brasil, no período de 2010 a 2019. **Materiais e Métodos:** estudo ecológico, em que realizou-se as buscas no banco de dados de livre acesso do DATASUS. **Resultados:** evidenciou-se que as indígenas realizam mais partos normais (80%), quando em relação às gestantes não indígenas. Também, é

interessante salientar que o aumento do número de pré-natais adequados nas gestantes não indígenas aumenta o número de cesarianas nessa população, ao contrário da população indígena. **Conclusão:** Os fatores culturais e distâncias de centros de saúde podem ser fatores que corroboram com os dados encontrados. Outro ponto que merece destaque acerca dos achados refere-se que, embora o número de partos normais em indígenas seja maior, ainda precisamos avançar para obtenção de diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde acrescido da necessidade da elevação de consultas pré-natais.

MANUSCRITO 3: CESARIANAS E FATORES RELACIONADOS, NO PERÍODO DE 2010 A 2019, ANÁLISE EM UM MUNICÍPIO **Objetivo:** Identificar e analisar alguns fatores implicados na determinação das taxas de cesarianas em Santa Cruz do Sul (SCS), entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019. **Método:** Pesquisa de caráter longitudinal, documental, descritivo e quantitativo. Os dados foram obtidos através do DATASUS, no período de 2010 a 2019, referentes a cidade de SCS, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), estado do Rio Grande do Sul (RS) e Brasil e foram considerados fatores que poderiam influenciar ou não a ocorrência de cesarianas, tais como número de consultas no pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, nota do APGAR, cor de pele, escolaridade materna e idade materna. **Resultados:** Constatou-se que o município de SCS realizou em média 69,43% de cesarianas, 13ª CRS 67,90%, RS 61,74% e no Brasil a taxa foi de 55,53%. Nos fatores analisados, observou-se que houve aumento das taxas de cesariana **Conclusão:** SCS liderou a percentagem de cesarianas realizadas no período de 10 anos analisados, em comparação a 13ª CRS, RS e o Brasil, em todos os fatores analisados.

MANUSCRITO 4: EPIDEMIA DE CESARIANAS: CONTEXTOS, PRETEXTOS E PERSPECTIVAS. **Objetivo:** Analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores. **Método:** Foi aplicada a técnica da Análise dos Sentidos Produzidos (SpinK), utilizando-se questionários semiestruturados. Foram respondidos 54 questionários **Resultados:** Facilidade de agendamento, falta de informações no pré-natal e medo, foram referidos pelas pacientes. Os profissionais da enfermagem referiram que o parto normal é melhor e o pré-natal deveria abordar essas vantagens. A maioria dos médicos consideram melhor o parto normal e a importância do acesso à analgesia no parto. Constatou-se uma preocupação dos gestores com essas altas taxas. **Conclusão:** É necessária a transformação dos atendimentos pré-natais, assim como da formação e conscientização dos profissionais de saúde. Para que ocorra uma mudança nesse cenário atual de preferência por cesarianas, é necessário novas formas de

diálogo sobre o nascimento entre os atores envolvidos e a criação de um novo paradigma – em que seja preservada a autonomia da mulher na escolha da via de parto.

Conclusão geral: O primeiro artigo foi escrito devido ao surgimento da Covid-19, e constatou-se que o parto via vaginal é seguro e recomendável na maioria das vezes em pacientes acometidas com essa patologia.

O segundo artigo foi elaborado para tentar entender porque as gestantes indígenas tem um percentual de partos normais no Brasil (80,7) e no .RS (60,3%) adequados às orientações do MS, diferente do que ocorre com as gestantes não indígenas. Observou-se que existe o fator cultural, as indígenas procuram ter seus filhos junto a aldeia, e não no hospital.

O terceiro manuscrito foi para responder um dos objetivos dessa tese que foi: Cesarianas e Fatores relacionados no período de 2010 a 2019, análise de um município, onde constatou-se que o município de SCS realizou em média 69,43% de cesarianas, 13ª CRS 67,90%, RS 61,74% e no Brasil a taxa foi de 55,53%. Além de SCS apresentar taxas maiores que a nacional, a estadual e a regional, também liderou nos fatores implicados com aumento de cesarianas, tais fatores foram o número de consultas no pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, nota do APGAR, cor de pele, escolaridade materna e idade materna. Chegando-se a conclusão que SCS está em uma liderança mundial em taxas de cesarianas Já o quarto manuscrito foi para atender outra parte do objetivo, que era analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para as gestantes e puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres, onde observou-se a necessidade da criação de um novo paradigma – em que seja preservada a autonomia da mulher na escolha da via de parto.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Curva de crescimento de cesarianas entre 1994 - 2017 -----	Erro!
Indicador não definido.	
Gráfico 1 – Comparação entre localidades, tipos de partos e o quantitativo de pré-natais adequados	66
Ilustração 1 – Orientações sobre Exercício Físico na Caderneta da Gestante.....	113

LISTA DE TABELAS

ARTIGO II

Tabela 1 – Total de nascidos vivos no Brasil, realização adequada do pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.	71
Tabela 2 – Total de indígenas nascidos vivos no Brasil, realização de 7 consultas de pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.	72
Tabela 3 – Total de nascidos vivos no estado do Rio Grande do Sul, realização de 7 consultas de pré-natal ou mais e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.....	73
Tabela 4 – Total de indígenas nascidos vivos no estado do Rio Grande do Sul, realização de 7 consultas ou mais de pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMAI	Centro Materno e Infantil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HSC	Hospital Santa Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RS	Rio Grande do Sul
SCS	Santa cruz do Sul
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL.....	1
APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO I	10
INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS	10
1.INTRODUÇÃO	11
2. GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL.....	15
2.1 Pré-natal e via de nascimento em indígenas.....	19
2.2 Cesariana e parto normal	28
2.3 O cenário de cesarianas no Brasil, Estado, Regional (13 ^a CRS) e Município (SCS).....	31
2.4 História das políticas públicas da saúde da mulher no Brasil.....	34
2.5 Covid-19, gestação e orfandade.....	37
2.6 Violência Obstétrica	38
2.7 Abordagem Interdisciplinar e nascimento	39
3. OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo geral	41
3.2 Objetivos específicos.....	41
CAPÍTULO II.....	43
ARTIGO I:	44
COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura....	44
ARTIGO II:	60
GESTANTES INDÍGENAS BRASILEIRAS: relação entre a assistência ao pré-natal e os números de partos normais e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019.	60
MANUSCRITO III.....	77
"CESARIANAS E FATORES RELACIONADOS NO PERÍODO DE 2010 A 2019: análise em um município".....	77
MANUSCRITO IV.....	80
EPIDEMIA DE CESARIANAS: CONTEXTOS, PRETEXTOS E PERSPECTIVAS	80
CAPÍTULO III	83
CONCLUSÕES GERAIS	83
CAPÍTULO IV.....	88
NOTA À IMPRENSA	88
CAPÍTULO V	91
RELATÓRIO DE CAMPO	91
REFERÊNCIAS	95

APÊNDICE A - Entrevista estruturada e semi-estruturada	102
APÊNDICE B – ARTIGO V	108
ANEXOS	118
ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido – Puérperas e gestantes	118
ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Responsável pela gestante e/ou puérpera	120
ANEXO C – Termo de assentimento livre e esclarecido –Gestante e/ou puérpera menor de idade	122
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Gestor e profissional da saúde	123
ANEXO E – Carta de apresentação do projeto de pesquisa.....	125
ANEXO F – Dados Brutos	126

APRESENTAÇÃO

A presente tese teve como objetivo identificar e analisar os fatores implicados na determinação das taxas de cesarianas em Santa Cruz do Sul, na perspectiva das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019, e comparar os dados obtidos com os dados regionais (13ª CRS), estadual (Rio Grande do Sul [RS]) e nacional (Brasil) bem como analisar os sentidos produzidos acerca do processo de nascimento para as gestantes e puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres. A busca para a identificação e análise desses fatores foram realizadas através de um estudo transversal, descritivo, quantitativo e qualitativo e de dados institucionais e governamentais (DATASUS), com aplicação de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas para pacientes que realizaram pré-natal (gestantes) no município de Santa Cruz do Sul e tenham dado a luz (puérperas) no Hospital analisado e para os profissionais envolvidos no atendimento a essas gestantes e puérperas.

O conteúdo desta tese está apresentado em cinco capítulos. O **Capítulo I** é constituído de uma Introdução Geral, pelo Marco Teórico, que norteou o desenvolvimento dessa pesquisa, e após a apresentação dos Objetivos.

No **Capítulo II** estão apresentados os artigos científicos e manuscritos que compõem esta tese, sendo o primeiro artigo: COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura”. O segundo artigo apresentado é uma pesquisa intitulada: GESTANTES INDÍGENAS BRASILEIRAS: relação entre a assistência ao pré-natal e os partos normais e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019". O terceiro manuscrito: TAXAS DE CESARIANAS E FATORES RELACIONADOS, DE 2010 A 2019 e o quarto manuscrito: EPIDEMIA DE CESARIANAS: CONTEXTOS, PRETEXTOS E PERSPECTIVAS.

O **Capítulo III** apresenta as Conclusões Gerais da tese. Na sequência, o **Capítulo IV** traz a Nota à Imprensa em relação aos resultados da pesquisa e o **Capítulo V** apresenta o Relatório de Campo.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS

INTRODUÇÃO

O conceito que “a parturição de um novo ser humano representa a essência da transmissão e da continuidade da vida entre as gerações”, é antigo e profundo. O nascimento de uma criança representa a continuidade da vida, e a gestação o meio ao qual ela se inicia. O processo de gestar é, e sempre foi, um evento fisiológico, considerado natural na vida das mulheres. Estatisticamente 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem intercorrências, e são denominadas de gestações de baixo risco (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Apesar da naturalidade e do caráter fisiológico da gestação, a mesma deve ser acompanhada por meio de consultas de pré-natal visando a promoção e proteção da saúde da gestante e do bebê. Os autores Montenegro e Rezende filho (2017, p. 261) afirmam que “é objetivo básico da assistência pré-natal promover a saúde e o bem-estar das grávidas e de seus filhos”, considerando, portanto, que a assistência pré-natal é de fundamental importância para mãe e para o concepto.

Segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento em consultas de pré-natal deve ter um caráter educativo e preventivo, tendo como objetivo garantir um bom andamento da gestação para proporcionar um nascimento adequado. Deve-se levar em consideração não apenas as questões fisiológicas, mas os aspectos psicossociais envolvidos nesse momento tão importante da vida (BRASIL, 2005a). Para tanto, recomenda-se no mínimo de seis consultas (gestação a termo), iniciando no primeiro trimestre de gravidez e se estendendo durante o processo de gestação até o nascimento (BRASIL, 2014a).

O nascimento pode ser conduzido por duas vias: parto normal ou cesariana. No parto normal, a paciente deve passar por um “trabalho de parto”. Esse é definido, segundo Martins-Costa *et al.* (2017, p. 343), como “um período que vai desde o início das contrações uterinas regulares associadas ao apagamento e à dilatação cervical até a expulsão do concepto e da placenta”. O “trabalho de parto”, além de ser um processo fisiológico, também consiste no empoderamento da gestante de conduzir o processo de parir, conferindo um caráter fisiológico e natural. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém nascido em boas condições (BRASIL, 2022).

Contudo, com a evolução da medicina na obstetrícia, o parto normal foi sendo lentamente trocado por intervenções médicas (BRASIL, 2014b), mas seria isso um avanço ou um retrocesso? Segundo as “Diretrizes de Atenção a Gestante”, uma das intervenções médicas mais

utilizadas no processo de parturição se denomina de cesariana (BRASIL, 2015a). A cesariana é a via de nascimento do bebê após a incisão da parede abdominal e da parede uterina. Esse procedimento, atualmente, é considerado uma das cirurgias mais realizadas no mundo. E a cesariana também pode salvar vidas e prevenir sequelas nos recém-nascidos, que eram mais comuns no passado, principalmente advindas de partos sujeitos a maiores complicações.(MARTINS-COSTA et al., 2017)

Entretanto, o aumento da incidência das cesarianas não se resume aos seus benefícios. O crescimento desse procedimento estimula a morbidez e o custo financeiro para o sistema, transformando o que seria a solução em um problema (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Inclusive, o tipo de parto é considerado um dos fatores que contribuem para a morte das gestantes, pois o nascimento por cesariana expõe a mulher a um grande risco de complicações e até de morte. O risco maior de complicações nas cesarianas em comparação ao parto normal foi associado a problemas de tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas (DIAS *et al.*, 2021). O MS, através de suas determinações, ciente sobre a mortalidade materna ser maior em cesarianas, ressalta que o conhecimento da situação de atenção ao parto e ao nascimento e dos processos de gestão são fundamentais para a redução da morbimortalidade materna e neonatal (LEAL *et al.*, 2021).

Sustentada nesses achados científicos, a OMS recomenda que a taxa de cesariana deve estar em torno de 10 a 15% da totalidade de partos de uma região. Ainda, relata que países que apresentam taxas maiores que o recomendado não tem uma redução da morbimortalidade materno-infantil, o que contrapõe uma das principais justificativas para indicação desse tipo de parto (WHO, 1985). Em 2017, o Brasil ocupava o segundo lugar no mundo no *ranking* de cesarianas, com uma taxa de 55,66%. No estado do Rio Grande do Sul (RS) essa taxa foi ainda maior que a nacional, representando 62,85%. Em concordância com esse cenário regional, o município (Santa Cruz do Sul), localizado no interior do RS, apresentou no ano de 2017 uma taxa de cesarianas de 73,09%. Observa-se que, no município, a incidência de cesarianas vem aumentando significativamente a partir de 1999 (BRASIL, 1999, 2017).

A discussão científica sobre partos normais e cesarianas nos últimos anos tem tido um aumento considerável no Brasil e no Mundo. Entretanto, constata-se que a literatura acerca da temática pouco aborda fatores socioculturais, políticos, financeiros e as tecnologias médicas e não médicas envolvidas nessa questão. Essas dimensões tem sido reivindicadas e levantadas por movimentos sociais, que emergiram pela defesa do parto normal (RISCADO *et al.*, 2016). Diversos motivos podem ter contribuído com as altas taxas, como: a escolha pela cesariana sem

indicação médica; desinformação e condutas profissionais inadequadas; medo da dor do trabalho de parto, carência de assistência em saúde humanizada.

Por vezes, a cesariana é escolhida sem indicação médica, ou seja, sem que haja fatores determinantes para o procedimento, devido à conveniência pessoal da gestante ou a uma falta de informações claras e precisas sobre os riscos e benefícios da cesariana. Essas informações devem ser fornecidas no pré-natal e no centro obstétrico, pois um dos objetivos do pré-natal é preparar a gestante para o momento do nascimento. Portanto, sem uma assistência correta, a gestante, muitas vezes, é induzida durante o pré-natal e/ou centro obstétrico a optar pela cesariana, sem se dar conta que foi conduzida a tomar essa posição (BRASIL, 2016).

Frente ao cenário, o MS, buscando mitigar o crescimento exponencial de cesarianas no país, tem agido nos últimos 20 anos através de políticas públicas. As principais ações do MS são direcionadas a humanização da assistência ao parto e estímulo ao parto normal. Nesse sentido, entende-se que não é possível assistir a mulher e seu bebê de forma mecanizada e desprovida de sensibilidade. A assistência ao nascimento deve promover a escolha pelo parto normal e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2014a).

Tendo em vista a segurança do parto normal, os esforços das agências nacionais e internacionais para redução das taxas de cesarianas, justifica-se a necessidade de estudos que abordem realidades locais, com intuito de investigar os diversos cenários e identificar pontos de reflexão para possíveis ações. Nesse sentido, a condução do presente estudo objetivou verificar e comparar o número de cesarianas realizadas nos últimos 10 anos (2010 a 2019) no município em questão (SCS), na região (13^a CRS), no RS e Brasil, e comparar se o número de consultas de pré-natal realizadas são adequados conforme a preconização do MS. Ademais, pretendeu-se analisar variáveis tais como: escolaridade da mãe, cor da pele da mãe, idade da mãe, peso do bebê ao nascer, semanas de gestação no momento do nascimento, APGAR do bebê ao nascer e se essas variáveis tem relação com a taxa de cesarianas, assim como analisar os sentidos produzidos acerca do processo de nascimento para as gestantes e puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres do Hospital e do Centro Materno Infantil (CEMAI), de um município do interior do RS

O presente estudo e seus achados poderão servir de base de informações para gestores e comunidade científica analisarem e discutirem com os profissionais envolvidos, o porquê dessa alta taxa de cesarianas no município analisado. Além disso, sugerir uma análise e incorporação de novas possibilidades no atendimento às gestantes, tais como inclusão de analgesia para o trabalho de parto, discutir detalhadamente esse assunto durante o pré-natal, conduzir

treinamento de equipes obstétricas bem articuladas com a importância de estimular o parto normal.

2. GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL

A gestação é um momento em que a vida da mulher passa por diversas mudanças psicológicas e sociais, além das alterações físicas e fisiológicas do corpo. Esse período é considerado um fenômeno complexo e único, e por esse motivo os cuidados dedicados à gestante devem englobar além da dimensão biológica, o contexto biopsicossocial a qual a gestação está envolvida (LEITE *et al.*, 2014).

O processo de gestar causa alterações psicológicas, hormonais e físicas, as quais ajudam o organismo da mulher a se preparar para acolher o novo ser que está sendo gerado. São modificações complexas e únicas, que variam de mulher para mulher, podendo ocasionar dúvidas, medos, receios, sofrimento ou até desencadear uma curiosidade de entender o que está acontecendo com o seu corpo (PICCININI *et al.*, 2008).

Para tentar diminuir esse medo do desconhecido, o pré-natal surge como uma ferramenta importante para ajudar essas mulheres com esse conflito interno. Essa assistência em saúde na gestação deve considerar as múltiplas diversidades, entendendo que a maneira como cada mulher experiencia a maternidade é única. Os serviços de saúde desempenham um importante papel de apoio, criando um vínculo de atenção e cuidado entre a mulher e o profissional da saúde (PICCININI *et al.*, 2008; TOSTES; SEIDL, 2016).

Além disso, o pré-natal é considerado um indicador de qualidade, sendo um dos principais critérios de prognóstico de nascimento, e de acesso à rede de saúde (BRASIL, 2005b). Um dos pontos essenciais do acompanhamento pré-natal, realizado pelo médico ou pela enfermagem, é assegurar o desenvolvimento de uma gestação saudável. Deve-se visar a promoção de um parto seguro, reduzindo os riscos de complicações tanto para a mãe, quanto para o filho. Os aspectos psicossociais estão inclusos nesse cuidado, portanto, faz parte do pré-natal a realização de atividades educativas e preventivas, com finalidade de identificar fatores de risco para desfechos desfavoráveis (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Essas ações previnem agravos comuns para a gestante e para o bebê, possibilitando o diagnóstico e tratamento de enfermidades intercorrentes como infecções vaginais e sexualmente transmissíveis. Por fim, deve-se orientar a gestante para um estilo de vida saudável e prepará-la para o momento do nascimento e puerpério (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Mas para que isso ocorra, é importante a gestante ser acolhida de forma integral e humanizada. Nesse sentido, o MS destaca a prática do acolhimento como um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Os programas de acompanhamento da gestação devem incluir a consulta pré-concepcional, para a mulher que planeja engravidar. Nessa são identificados fatores de risco ou doenças, os quais possam prejudicar uma futura gestação. Essa avaliação pré-concepcional é considerada muito importante, pois configura uma possibilidade de melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Entretanto, sabe-se que ao menos metade das gestações não é inicialmente planejada. Entende-se que essa falta de planejamento, em especial às gestantes adolescentes, se deva à ausência de orientação adequada, dificuldade de conversar sobre a temática da sexualidade (*tabu*), não acesso aos métodos anticoncepcionais, entre outros (BRASIL, 2012).

Em casos de gestações não planejadas, o início precoce da assistência pré-natal permite acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos. O início adequado do pré-natal também ajuda no cálculo da idade gestacional (IG), que é um fator muito importante para o acompanhamento da gestação. Em adição, a efetivação do número adequado de consultas possibilita o seguimento adequado e a realização de intervenções oportunas sempre que for necessário, evitando eventuais complicações à saúde da mãe e do feto (NUNES *et al.*, 2016). O diagnóstico precoce da gestação é considerado a base de uma assistência pré-natal de qualidade, pois permite iniciar o acompanhamento no período ideal (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Segundo Martins-Costa *et al.* (2017, p. 57), os principais objetivos do pré-natal são:

Identificar gestantes com fatores de risco para desfechos desfavoráveis, como por exemplo, diabetes gestacional, hipertensão arterial sistêmica e prematuridade; prevenir transmissões de infecção materno-fetal; tratar enfermidades intercorrentes (infecção do trato urinário, infecções vaginais, doenças sexualmente transmissíveis); educar a gestante para um estilo de vida saudável, além de preparar a gestante para o momento do nascimento e o puerpério.

Ao se seguir esses objetivos do pré-natal, deve ser feito um controle das gestantes com risco no pré-natal pelos profissionais que atendem as mesmas durante as consultas de uma maneira criteriosa. Esses cuidados devem ser sempre lembrados para se ter um bom resultado (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). É importante identificar os fatores de risco gestacionais o mais precoce possível, visando reduzir as comorbidades e a mortalidade materno infantil, assim como a ampliação do acesso à saúde com qualidade. O acolhimento e a classificação de risco podem determinar agilidade no atendimento das gestantes, definir a necessidade de cuidados e a densidade tecnológica que deverá ser oferecido à gestante em cada momento do pré-natal (BRASIL, 2012).

Em cada consulta de pré-natal realizada, os principais objetivos devem ser: definir o estado de saúde dessa gestante e do seu feto; avaliar a idade gestacional e comparar com o crescimento uterino, medida essa que é realizada em centímetros (cm) da sínfise púbica até o

fundo uterino; e realizar um plano de cuidado obstétrico para essa gestante (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017).

Em 2016, a OMS desenvolveu novas recomendações de atendimento pré-natal, tendo em vista estudos recentes que sugerem que o modelo desenvolvido na década de 90 - pré-natal focado - apresentava maiores números de óbitos perinatais. A nova recomendação indica a necessidade de no mínimo 8 (oito) consultas ao longo da gravidez. Orienta-se que toda mulher no período do menacme (que é o período da primeira menstruação até a menopausa), com história de atraso menstrual de mais de 15 (quinze) dias, realize o teste imunológico de gravidez, e se positivo, inicie as consultas de pré-natal, tendo consultas subsequentes na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semana de gestação. As intervenções recomendadas no pré-natal são cinco: em relação a nutrição da mãe; a avaliação da mãe e do feto nas consultas; cuidados de prevenção, orientações e tratamentos nos sintomas fisiológicos comuns na gestação; intervenções em nível de sistema de saúde para melhorar a utilização; e a qualidade da assistência pré-natal (WHO, 2016).

No Brasil, o MS afirma que as ações de saúde do pré-natal devem cobrir toda a população-alvo do território de abrangência da unidade de saúde, e que sejam garantidas ao menos 6 (seis) consultas de pré-natal, duas a menos que a OMS (BRASIL, 2012). Tendo em vista as recomendações divergentes entre a OMS e o MS, o número ideal de consultas de pré-natal permanece variável. Até 2013, a OMS recomendava que esse número deveria ser igual ou superior a 6. Contudo, acredita-se que, mesmo com um número menor de consultas, em casos de pacientes de baixo risco, não haveria aumento de resultados perinatais adversos (BRASIL, 2012; WHO, 2016).

Os encontros devem proporcionar uma continuidade no atendimento da gestante, acompanhando e avaliando a saúde materna e fetal (BRASIL, 2012). Ainda, Nunes e colaboradores (2016) indicam que no pré-natal a realização de procedimentos básicos como exames clínicos, obstétricos e exames laboratoriais devem ser iniciados no primeiro trimestre da gestação. O número de consultas para gestantes que apresentem risco pode variar de acordo com a necessidade do caso. O acompanhamento dessas mulheres deve ser especial, com consultas mensais até a 28^a semana, e após esse período e até a 36^a semana de periodicidade quinzenal, e com a aproximação do final da gestação, após a 36^a semana, as consultas deverão ser semanais. Para as gestações com tempo superior a 41 semanas, faz-se necessário o encaminhamento para a avaliação do bem-estar fetal em uma unidade de saúde (BRASIL, 2012).

O atendimento pré-natal deve ser realizado, preferencialmente, na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois essa é considerada um ponto estratégico para o acolhimento e atendimento de gestantes. Na UBS, deve-se escutar ativamente a gestante, os profissionais de saúde devem realizar práticas de cuidado que motivem à gestante expressar as suas preocupações, suas angústias, seus medos, possibilitando a criação de vínculo entre os atores envolvidos (BRASIL, 2012).

O MS refere que após a primeira consulta, em que há confirmação de gravidez, deve-se iniciar o acompanhamento da gestante através de seu cadastramento no SisPré Natal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante, conforme a Caderneta da Gestante (BRASIL, 2012, 2018).

A Caderneta de Gestante brasileira é considerada o principal material didático de educação em saúde para as gestantes, é o instrumento mais utilizado no pré-natal e também se enquadra como um manual de informações (Brasil, 2016). A Caderneta também serve como registro de dados sobre a gestante, a gestação e o feto. Segundo o MS, quando a gestante está em posse da caderneta de gestante, a mesma pode ser atendida em qualquer unidade de saúde (BRASIL, 2018).

Documentos relativos a serviços de saúde, como a Caderneta, devem estar preenchidos e atualizados. Para isso estão descritas as seguintes recomendações: o Cartão da Gestante deve conter as seguintes informações: identificação, o número do Cartão Nacional da Saúde, qual o hospital de referência para o parto e orientações gerais sobre o mesmo; calendário de vacinas da gestante deve estar em dia e conter orientações; a solicitação de exames de rotina deve ser realizado no prazo preconizado (BRASIL, 2012).

No pré-natal, no início das consultas, a gestante deve receber orientações sobre o acompanhamento da gravidez, dentre elas: frequência de consultas, necessidade ou não de visitas domiciliares e possibilidade de participação em grupos educativos. Outro ponto importante na realização do pré-natal é informar às gestantes de baixo risco sobre complicações durante a evolução da gestação e de que o parto normal é geralmente seguro tanto para a mulher quanto para a criança (BRASIL, 2016). A gestação deve ser vista pela equipe de saúde como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças físicas, sociais e emocionais, uma vez que esse período é considerado um fenômeno fisiológico e não patológico (BRASIL, 2012).

Apesar de políticas públicas e das ferramentas didáticas que promovem saúde e incentivam o parto normal, a realidade brasileira são de altíssimas taxas de cesariana. Alguns estudos feitos no Brasil, tais como o inquérito nacional “*Nascer no Brasil I*”, coordenado por Leal e colaboradores (2014) e a revisão de literatura conduzida por Carvalho e Cerqueira (2020) (“*Nascer no Brasil II (2020-2022)*”, demonstram altas taxas de cesarianas desnecessárias, devido a fatores como a influência dos profissionais envolvidos no pré-natal na decisão das gestantes acerca da escolha da via de parto. Esses estudos procuram apresentar a realidade das gestantes e puérperas no Brasil. Em 2020, iniciou o estudo “*Nascer no Brasil II (2020-2022)*”, um importante inquérito que analisará as perdas fetais precoces, e outras questões referentes ao parto e ao nascimento.

2.1 Pré-natal e via de nascimento em indígenas

O pré-natal também deve ser realizado em todas as gestantes indígenas, adstritas em território nacional, previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Entretanto, evidências mostram que a realização de ações e atenção no pré-natal às gestantes indígenas são menores quando comparadas às gestantes não indígenas (GARNELO *et al.*, 2019). Outros grupos também são atingidos, pois a realização de pré natal é reduzida em mulheres pretas, pardas, com menor renda e escolaridade. As regiões norte e nordeste do país, apresentam os piores desempenhos na atenção pré-natal, ressalta-se que são nessas regiões que estão alocadas a maioria da população indígena brasileira (LEAL *et al.*, 2014; 2015).

Esse panorama de menor realização de pré-natal na população indígena pode ser justificado pela dificuldade de acesso dos profissionais de saúde a territórios isolados, e vice versa. O fator da disposição geográfica agrava as questões de acesso à saúde, uma vez que a locomoção é muitas vezes difícil devido a florestas fechadas, rios e estradas de difícil acesso (BRASIL, 2021). Nesse sentido, entende-se que essa população apresenta uma maior vulnerabilização, pois apresenta alta taxa de fecundidade e mortalidade materna. Portanto, essa população necessita de uma maior atenção nos quesitos de saúde e políticas públicas, buscando a equidade da assistência à saúde (GARNELO *et al.*, 2019).

O Brasil tem em torno de 305 etnias diferentes, com 274 línguas indígenas e se formatando em uma comunidade multicultural (DIAS *et al.*, 2015). Nesse sentido, compreende-se que existem uma série de diferenças culturais que podem dificultar a realização do pré-natal. A exemplo, as variadas crenças indígenas, que por vezes, adotam modelos diferentes de convivência e organizações em grupo (COELHO *et al.*, 2021). Esses fatores multiculturais tem

forte influência no nascimento da criança, evidenciado pelos altos percentuais de parto normal nas comunidades indígenas em todo território nacional (DATASUS, 2021).

As altas taxas de partos normais em gestantes indígenas pode ser explicado pela cultura voltada a natureza e aos processos de vida “naturais”. Mesmo com pré-natal realizado, as mulheres indígenas optam por seguir de maneira tradicional, não procurando os serviços de saúde para dar à luz. Nesses casos, em que há acompanhamento, compreende-se que é seguro o parto dentro das comunidades. Entretanto, gestantes que não realizaram o pré-natal, não receberam informações adequadas sobre o nascimento, ficando assim, mais sujeitas a complicações ou intervenções desnecessárias caso necessitem de assistência hospitalar no momento do parto (GARNELO *et al.*, 2019).

Foi feita uma busca pelo DATASUS (2021), para confirmar essas altas taxas de parto normal em indígenas. Foi pesquisado sobre os números de partos normais e cesarianas entre gestantes indígenas e não indígenas no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul para uma faixa de tempo de dez anos – 2010 a 2019 –, para esta busca também foram considerados a realização de pré-natal com sete consultas e também evidenciar uma possível relação entre o pré-natal realizado e o número de cesarianas ou partos normais nessas duas populações analisadas.

A Tabela 1 apresenta as taxas de cesarianas e partos normais entre gestantes indígenas e não indígenas, e os pré-natais realizados por essas gestantes.

Tabela 1 – Total de indígenas nascidos vivos no Brasil, com realização de 7 consultas de pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.

BRASIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PARTOS NORMAIS (n)	13.554	16.336	17.688	17.797	18.501	18.290	18.632	19.661	20.572	20.593	181.624
%	85,6%	83,8%	82,1%	81%	80,7%	80,1%	80,2%	79,8%	78,5%	78,1%	80,7%
CESARIANAS(n)	2.278	3.1	3.855	4.159	4.410	4.528	4.592	4.980	5.625	5776.	43.350
%	14,4%	16,2%	17,9%	19,0%	19,3%	19,9%	19,8%	20,2%	21,5%	21,9%	19,3%
TOTAL (n)	15.832	19.493	21.543	21.956	22.911	22.818	23.224	24.641	26.197	26.359	224.974
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAISE PARTO NORMAL (n)	2186	3175	3476	3878	4877	5300	5380	6111	6677	7380	48.440
%	13,8%	16,2%	16,1%	17,6%	21,2%	23,2%	23,1%	24,8%	25,4%	27,9%	21,5%
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS E CESARIANAS (n)	815	1245	1673	1875	2115	2372	2357	2672	3124	3334	11582
%	5,1%	6,3%	7,7%	8,5%	9,2%	10,3%	10,1%	10,8%	11,9%	12,6%	9,5%

Fonte: DATASUS, 2021.

Conforme a Tabela 1, em 10 anos de estudo, 2010 a 2019, constata-se que nasceram 224.974 crianças indígenas, sendo que o número de partos normais foi de 181.624, ou seja 80,7%. Já as gestantes não indígenas, nesse período, apresentaram a média de partos normais de 44,5% e de cesarianas de 55,5% (DATASUS, 2021).

Em relação ao número de consultas de pré natal, considerando os valores adequados – sete ou mais consultas - observa-se que as gestantes indígenas que realizaram pré-natal adequado optaram/fizeram mais partos normais, mas também se observa que muitas gestantes indígenas não realizaram pré-natal ou o fizeram de maneira inadequada.

É interessante ressaltar que a nível de Brasil no período de 2010 a 2019, o número de partos normais da população indígena é praticamente o dobro (80,7%) em relação às gestantes não indígenas (44,5%) (DATASUS, 2021). Mas, apesar dessas taxas corresponderem ao que é estimulado pelo MS, isso não significa que as indígenas tenham elevados níveis de qualidade à saúde materna e infantil. As comunidades indígenas se encontram em um estado de maior vulnerabilização, com alta taxa de fecundidade e mortalidade materna advindas do precário acesso a cuidados em saúde. Portanto, é uma população com maiores necessidades de atenção nos quesitos de saúde e políticas públicas voltadas à gestação (GARNELO *et al.*, 2019).

2.2 Cesariana e parto normal

Atualmente, a cesariana é um dos procedimentos obstétricos mais comuns a nível mundial, podendo ser considerada uma “epidemia global” (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017; WHO, 2018). A América Latina é a região com a maior taxa de cesariana do mundo, com 44,5% dos nascimentos, sendo a República Dominicana a líder mundial nesse panorama, com 55,8%, seguida do Brasil com 55,6% (WHO; UNICEF, 2018). A OMS orienta que a taxa de cesariana seja entre 10% e 15%, recomendação construída por meio de análises de estudos que mostraram que taxas acima de 15% não modificam as taxas de mortalidade materna e também não trariam melhores resultados para a saúde dos bebês (WHO, 1985).

Não obstante, mesmo o Brasil possuindo diretrizes bem estabelecidas para partos vaginais e cesarianas, assim como recomendações para o parto humanizado, o país apresenta uma crescente incidência de cesariana desde meados da década de 1990 (BRASIL, 2014a, 2014b, 2015a, 2016). Já em 2009, houve uma mudança no cenário nacional, uma vez que o percentual de cesarianas ultrapassou o parto normal (BRASIL, 2009). A taxa de cesarianas em 2010 alcançou 52%, número superior ao limite máximo de 15% proposto pela OMS (BRASIL, 2010).

Já em 2016, o Brasil assumiu o segundo lugar no *ranking* mundial com 55,43% de cesarianas (WHO; UNICEF, 2018).

Em relação ao Estado do RS, a porcentagem de cesarianas ultrapassou a valor nacional, chegando a 62%. Na região da 13ª CRS, a porcentagem de cesarianas chegou em 69,58%. Já no município de SCS, onde a presente tese foi conduzida, em 2016, houve um total de nascimentos de 1641 crianças, das quais 71,6% nasceram de cesariana, 28,39% de parto normal, ou seja, taxa maior do que o registrada pelo Brasil, pelo RS e pela 13ª CRS (BRASIL, 2017).

Tais dados levantam a preocupação com ocorrência de cesarianas possivelmente desnecessárias, uma vez que essa é considerada um procedimento cirúrgico de grande porte, podendo haver riscos para a mãe e para bebê. O procedimento de cesariana tem riscos intrínsecos, sendo que os principais para a gestante são a hemorragia, lacerações acidentais e infecções e para o recém-nascido há mais chances de prematuridade, problemas respiratórios e às vezes até necessidade de ressuscitação. Além disso, o procedimento apresenta um alto custo para o sistema de saúde, devido às complicações mencionadas e também o tempo de recuperação que é mais lento que no parto normal (BRASIL, 2015a).

Deve-se levar em conta, também, que ao realizar uma cesariana, o futuro obstétrico da mulher pode ser comprometido, ou seja, o ideal seria que a cesariana somente fosse realizada com indicações claras e precisas (BRASIL, 2015a). Isso é tão preocupante, que o próprio Senado Federal do Brasil alertou por meio de notícia a crescente epidemia de cesarianas no Brasil (GUEDES, 2018). Em consonância, observa-se que a cesariana tem apresentado uma tendência de aumento mundial, e com isso acarretando um aumento nos custos dos serviços de saúde e nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal. É interessante analisar que esse aumento mundial de cesarianas não causou grandes modificações na redução das taxas de perimortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Em relação a perimortalidade dos recém-nascidos, um dos mecanismos para observar ou intervir no bebê após o nascimento, é através da nota do Apgar. Esse que é uma escala antiga, proposta em 1953 pela médica Virgínia Apgar. O Apgar é uma análise clínica muito rápida dos recém-nascidos, pontuada por meio de nota dada, pelo pediatra, no primeiro e quinto minuto de vida. São avaliados 5 itens do exame físico do recém-nascido: frequência cardíaca; esforço respiratório; tônus muscular; irritabilidade reflexa; e cor da pele. Cada item desses recebe uma nota de 0, 1 ou 2, e, como são 5 itens, a nota final pode chegar a 10. Entende-se, então, que o Apgar é um índice de vitalidade de 0 a 10 atribuído a, praticamente, todos os recém-nascidos com 1, 5 e 10 minutos de nascimento (CASEY; MCINTIRE; LEVENO, 2001).

Os escores de Apgar, peso ao nascer e idade gestacional são altamente associados à sobrevivência e, em combinação, são uma medida do bem-estar do recém-nascido, do sucesso da reanimação, do tamanho e da maturidade. Existe um consenso de que um escore de Apgar de 7-10 significa uma criança sadia, quando é menor que 7, é sinal de alerta para uma atenção especial a esse recém-nascido. E foi a partir de 1953, que essa escala começou a ser utilizada no mundo inteiro e podendo ser a única forma de avaliação em países em desenvolvimento, onde exames podem não estar disponíveis. Um baixo valor do escore do Apgar é útil para identificar crianças que precisam de cuidados adicionais, mesmo na ausência de dados laboratoriais (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O Apgar é um método utilizado tanto no parto normal, como na cesariana. Esse, pode ser utilizado como uma variável epidemiológica para analisar as diferenças perinatais entre as duas vias de nascimento. Percebe-se que nos últimos anos a realização de cesarianas foi sendo banalizada. Surgida como um procedimento para melhorar os resultados perinatais, a cesariana se tornou um produto de consumo. Em sua maioria, esse tipo de via de nascimento é realizado em mulheres com maior poder aquisitivo, conferindo um sinal de *status* social e um fator de conveniência para as mães e seus obstetras, que marcam a cesariana para determinados dias e horários da semana, conforme a sua conveniência e praticidade (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Outra questão envolvida na escolha pela cesariana é o intervencionismo médico, pois foi constatado que muitas mulheres desejariam ter um parto normal, contudo findam sendo submetidas a cesariana por estímulo do profissional de saúde responsável (Carvalho e Cerqueira, 2020). Apesar dessa banalização da cesariana, não podemos esquecer das puérpera no período pós-cirúrgico. Quando comparada a outros pacientes que realizaram outro tipo de procedimento cirúrgico, tem um agravante, pois ela tem necessidade de se movimentar mais para cuidar do seu bebê e provavelmente sentirá mais dor no local da incisão cirúrgica (FERNANDES, NARCHI, 2007).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), com uma preocupação referente ao tema, publicou uma resolução em que consta:

É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana e seus respectivos benefícios e riscos (CFM, 2016, p. 2).

Além da preocupação sobre a via de parto e autonomia da gestante, há também uma apreensão referente à proteção dos envolvidos, visando não causar dano à gestante e ao feto. Por questões de segurança, então, o procedimento de cesariana quando solicitado pela gestante,

fora das situações de alto risco, somente poderão ser realizados após a 39ª semana de gestação (CFM, 2016).

O MS, por sua vez, também apresentou preocupação relativa à problemática, lançando, em 2011, a Rede Cegonha. Essa apresenta uma série de estratégias e ações para garantir o direito das mulheres, incluindo o planejamento reprodutivo, o acesso à atenção humanizada durante à gravidez, no parto e no puerpério. A criação da Rede Cegonha foi baseada na necessidade de redução da mortalidade materna e da melhoria da qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, assim como para enfrentamento a violência na atenção obstétrica. A Rede Cegonha engloba a atenção à criança até 2 anos, assegurando o direito de um nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudável (BRASIL, 2011a).

2.3 O cenário de cesarianas no Brasil, Estado, Regional (13ª CRS) e Município (SCS)

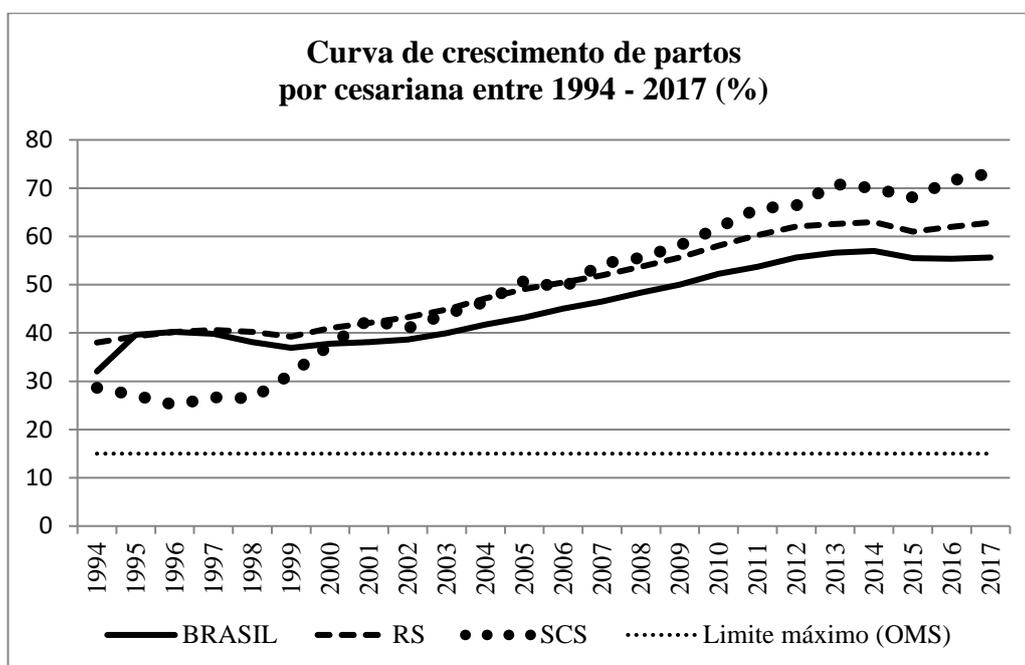
As regiões de saúde são agrupamentos de municípios limítrofes, adstritos por sua identidade econômica e sociocultural. O território gaúcho é dividido em 19 regiões de saúde, as quais são geridas por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS's). As CRS's têm por objetivo apoiar tecnicamente os sistemas locais e regionais de saúde, são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde em determinado território (BRASIL, 2011b).

Na região do Vale do Rio Pardo está situada a 13ª CRS, um órgão estadual que coordena 13 municípios da região e abrange uma população de 327.159 habitantes. Entre os municípios, além de SCS, estão Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2011). Os municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Rio Pardo e Candelária possuem hospitais com a complexidade necessária para a realização de partos normais e cesarianas. Os demais municípios pertencentes a 13ª CRS encaminham as pacientes grávidas para um desses quatro municípios de referência (RS, 2016).

Em 2017, a 13ª CRS apresentou o total de nascimentos de 3770 crianças, desses 71% foram cesarianas e 29% de partos normais (RS, 2017). No mesmo ano, no município de SCS—o qual possuiu um hospital capacitado para partos - apresentou 1620 nascimentos, dos quais 73% foram cesarianas e 27% parto normal. Sendo assim, a taxa de cesarianas no município se apresenta acima do registrado pelo Brasil (55,66%), pelo Rio Grande do Sul (62,87%) e 13ª

CRS (71,0%) (BRASIL, 2017; RS, 2017). O número de cesarianas realizadas no Brasil, RS e SCS começou a aumentar a partir do fim da década de 90. Tanto a nível nacional quanto estadual as taxas parecem estar mais estáveis após o ano de 2014. Em contrapartida, o município de SCS apresentou um crescimento de 2,6 vezes mais nos últimos 23 anos (1994-2017) e de 3,11% de 2014 a 2017. As curvas de crescimento podem ser observadas na Figura 1, que apresenta o gráfico confeccionado com as informações disponibilizadas pelo DATASUS (BRASIL, 2017).

Figura 1: Curva de crescimento (em %) de partos por cesariana no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul no período de 1994 a 2017.



Fonte: DATASUS – dados de 1994 – 2017.

A constatação da alta taxa de cesarianas no município de SCS, assim como no Estado e no País, ratifica a substituição gradativa do parto normal - que estimula a valorização da gestante na condução do processo do nascimento - pela intervenção médica asseguradas pelo avanço tecnológico (BRASIL, 2015a). A autonomia da gestante em escolher a via de parto, assim como os procedimentos que será submetida, é prevista pelo CFM. Contudo, o mesmo prevê o direito à informação, sendo necessário o esclarecimento de todas as informações envolvendo os benefícios e riscos do parto normal e cesariana, antes do momento da parturição (CFM, 2016).

Foi realizada uma revisão sistemática em 2017, a qual analisou estudos sobre as complicações pós-parto em mulheres que foram submetidas a cesariana. Obteve-se que nesses casos a chance de morte materna é de 3,11 vezes maior em comparação ao parto vaginal, e que a chance de infecção pós nascimento é maior em cesarianas (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017). Outras pesquisas sobre o tema levantaram o perfil sociodemográfico das mulheres que realizam esse procedimento: a maioria delas faz parte da população urbana e regiões com maior acesso a serviços de maternidades, possuem maior poder aquisitivo, tem 35 anos ou mais, com 8 ou mais anos de estudo, maioria de cor branca e realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (Martins -Costa *et al.*, 2006; MARIAN; BARROS; FLACH, 2018). A tendência de aumento das cesarianas no Brasil é relacionada, principalmente, aos fatores maternos relacionados a idade, raça, escolaridade e número de consultas de pré natal (MARIAN; BARROS; FLACH, 2018).

As altas taxas de cesariana repercutiram globalmente, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançou um alerta sobre a importância do trabalho de parto, tanto para a gestante como para o bebê. Essa iniciativa compõe uma campanha global denominada *#EarlyMomentsMatter* (tradução - a primeira infância importa), que tem como foco a promoção e proteção da saúde nos primeiros 1.000 dias de vida (UNICEF, 2019; ONUBR, 2017).

O representante da UNICEF para o Brasil, Gary Stahl, alerta que: “O trabalho de parto espontâneo é a única maneira 100% segura de saber que o bebê está pronto para nascer”. Com base nessa afirmativa ficam garantidos os direitos de que cada criança deve ter antes mesmo do nascimento. Para isso é de suma importância que todas as gestantes tenham acesso ao pré-natal de qualidade e recebam as informações para que seus filhos possam nascer no momento certo e da melhor forma, pois segundo a UNICEF o trabalho de parto espontâneo traz benefícios para as mulheres e os bebês (UNICEF, 2017).

A Organização das Nações Unidas Brasil (ONUBR) tem a missão de organizar os seus serviços às necessidades do país, contribuindo para o desenvolvimento humano sustentável, o crescimento da economia e o combate à pobreza. A mesma tem elaborado artigos técnicos de posicionamento nos mais diferentes campos do conhecimento. Uma de suas mais importantes publicações, se intitula “Direitos humanos das mulheres no país”, lançada em 2018. O artigo disserta em relação aos direitos das mulheres, inclusive durante a gestação, como um pré-natal de qualidade, acesso a informação e um parto seguro e humanizado (ONUBR, 2018).

2.4 História das políticas públicas da saúde da mulher no Brasil

A Lei orgânica nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, define que Saúde é “um direito de todos os cidadãos”. Essa Lei ainda dispõe que é dever do Estado garantir condições para prevenir e promover saúde. Em seu primeiro parágrafo regulamenta o Estado como responsável por construir, programar e executar políticas públicas, econômicas e sociais que objetivam a redução de risco de doenças e outros agravos (BRASIL, 1990).

A Constituição Federal (1988), no seu artigo 196, é clara quando refere que saúde é concebida como um “estado de completo bem estar físico, mental e social do indivíduo, em um sentido amplo, caracterizando o direito à saúde como um direito social e fundamental, no qual o Estado brasileiro tem a obrigação de assegurar seu acesso a todos (as)” (BRASIL, 1988). Para consolidação dos direitos previstos na Constituição, são instituídas políticas públicas em saúde.

Segundo Secchi (2014, p.1), a definição de política pública é: “uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público [e] possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público”. Uma política pública pode ser construída por meio da convergência de atenção das pessoas em determinadas temáticas, formando um clima favorável para a escolha de algumas questões. Esse movimento se dá devido as forças políticas organizadas por grupos, os quais imprimem pressão e que atuam de maneira estimulante ou contestatória, construindo o ambiente político para tomada de decisões (KINGDON, 1995).

Em outras palavras, as políticas públicas são elaboradas pelo Estado, diante de um projeto de governo, com a implementação de programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade. Em concordância, é responsabilidade do Estado a manutenção das mesmas, com regulação e fiscalização de diferentes órgãos públicos e agentes da sociedade (HÖFLING, 2001). No Brasil, as primeiras políticas que abarcavam a saúde da mulher eram restritas a demandas relativas à gravidez e ao parto. Ao passar das décadas o foco dos programas materno-infantis foi direcionado a questões biológicas e ao papel social o qual a mulher era designada – mãe, doméstica e cuidadora (BRASIL, 2004a).

Apesar de existência de políticas, os impactos nos indicadores de saúde da mulher não demonstravam melhora. Isso, se deve a restrição de acesso à saúde para grupos de risco (crianças e gestantes), a verticalidade e desarticulação entre programas e coletivização de ações, não levando em consideração as diferentes realidades dentro do território brasileiro (BRASIL, 2004b; COSTA, 1999). Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica do SUS, o direito ao acesso da saúde materno fetal foi definido, juntamente a uma série de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei descentralizou o cuidado e regionalizou a organização

da rede de saúde, e ainda prevê em seus determinantes o acesso universal e igualitário para toda a população (BRASIL, 1990).

Com o passar dos anos, o crescimento da democracia, das tecnologias e estudos em saúde, novos programas que abarcassem os princípios do SUS se fizeram necessários. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2002, nasceu como uma estratégia dentro do eixo de atenção integral a saúde materno infantil, seus objetivos são baseados na necessidade da redução das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal, um grande problema de saúde pública naquele período. Essa política se edifica no conceito em que “a humanização do cuidado obstétrico e neonatal é condicionante para um parto e puerpério adequado”. O PHPN tem como proposta medidas para melhoria do acesso, assistência e atenção para a gestante e o bebê, dentre as ações previstas estão: “Maternidade Segura”, “Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais” e investimento na capacitação de profissionais de saúde (BRASIL, 2002).

Em 2004, com objetivo de atender a maior parte da população brasileira, e abarcar os determinantes de gênero sobre a saúde, o governo lança a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher. Essa garante o acesso ao atendimento ginecológico, planejamento reprodutivo, assistência pré-natal e a atenção à mulheres em situação de violência doméstica. A política delimitava uma série de vulnerabilizações as quais as mulheres e adolescentes eram expostas, e trazia diretrizes para promoção da saúde, levando em consideração as especificidades e condições de cada estrato da população brasileira. Nesse mesmo ano, o MS lançou um Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, documento que levaria a criação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal no ano seguinte (BRASIL, 2004b, 2005a).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005) ratifica as políticas de humanização, atenção à mulher e a criança lançadas anteriormente. Essa estabelece que toda gestante tem direito ao atendimento digno, ao pré-natal de qualidade, a maternidades, ao parto humanizado e seguro. Assegura também condições adequadas de nascimento para o recém-nascido e atenção neonatal. Para complementar as ações de humanização, a Lei nº 11.108/2005 - conhecida como lei do acompanhante - determina a obrigatoriedade da permissão de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005c). Outra lei, promulgada em 2007, garantiu o direito da gestante de ter conhecimento e vinculação prévia à maternidade que realizará o parto e a maternidade de referência em caso de urgência e emergência (BRASIL, 2007).

Mesmo com a implantação de diversas leis, programas e ações, o panorama brasileiro de saúde materno infantil e dos serviços de saúde voltados a essa população ainda necessitavam

aprimoramento. A Rede Cegonha, 2011, é um pacote de ações e medidas destinadas a assegurar a melhoria de acesso, cobertura e qualidade dos serviços. As ações preveem um novo modelo de atenção, integrando uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças (zero a vinte e quatro meses) o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Com o passar da década, cadernos e diretrizes específicas foram lançadas para educar, garantir e reforçar os direitos das mulheres, dentre elas: Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco (2012), Caderno HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento (2014), Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (2015), Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), dentre outras (BRASIL, 2012, 2014b, 2015a, 2015b).

Uma das grandes preocupações recentes no âmbito da saúde pública são as altas e progressivas taxas de cesarianas, configurando uma epidemia (BRASIL, 2015a). O Brasil ocupa segunda posição no *ranking* mundial de realização desse procedimento, atingindo a taxa de 55,66% (2017) do total de partos, número bem acima do limite máximo preconizado pela OMS que é de 15% (WHO, 1985; BRASIL, 2017).

Como medida de promoção da saúde e campanha de estímulo ao parto normal, o MS publicou, em 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, com intuito da qualificação do modo de nascer no Brasil. Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2015a, 2016) Em 29 de dezembro de 2022 foi elaborada uma nova Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal; a qual foi uma atualização da anterior, cujo foco desta Diretriz é sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo recomendações para o melhor cuidado na assistência ao parto normal; esta alinhou-se as diretrizes da OMS, e cuja recomendação principal é a adoção de cuidados de maternidade respeitosos (BRASIL, 2022), essa é uma versão preliminar.

Inclusive um dos focos desse documento, que é a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Versão preliminar), é a redução da mortalidade materna, agravada, recentemente, por conta da pandemia de Covid-19.(BRASIL,2022) que foi a maior da

atualidade, pois a doença espalhou-se rapidamente, impactando em especial indivíduos classificados como grupo de risco, como as gestantes (RIO GRANDE DO SUL - RS, 2020).

2.5 Covid-19, gestação e orfandade

A pandemia decorrente da Covid-19 causou impactos importantes, tanto sociais, financeiros e comportamentais no mundo todo. Ela surgiu em 2020 (OMS), quando a presente tese estava começando a ser escrita. Uma informação importante do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) é que até setembro de 2022 foram contabilizadas um total 2044 mortes de gestantes e puérperas por essa patologia no Brasil. Esses divididos em: 462 óbitos em 2020; 1519 óbitos em 2021; 63 óbitos até setembro de 2022 (OOBr, c2022).

Esses dados mostram a gravidade que foi essa virose, mas essa mortalidade implica consequentemente no aumento da taxa de orfandade. Além das perdas maternas, ocorreram óbitos de pais, de avós e de cuidadores de crianças e adolescentes. Essas mortes agravam a situação da orfandade. Estima-se que no mundo 1,5 milhões de crianças perderam ao menos um dos cuidadores para a Covid-19 (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021; HILLIS *et al.*, 2021).

Em consequência à Covid-19, também aumentou a mortalidade materna (BRASIL, 2022) e a ausência da mãe no desenvolvimento da criança pode trazer diversos prejuízos no presente e no futuro dessas crianças órfãs. Segundo estudos realizados pela revista de medicina inglesa *Lancet*, que analisou entre 2008 e 2013 os primeiros 1000 dias de vida da criança, compreendido entre a concepção até os dois primeiros anos de vida (270 dias de gestação e 730 dias de vida da criança), considerou esse intervalo de tempo como intervalo de ouro que irá determinar todo o futuro da criança tanto no âmbito biológico (crescimento e desenvolvimento), como no âmbito intelectual e social (OOBR, c2022).

Essa preocupação com a maior pandemia da atualidade fez o MS do Brasil promulgar a Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021, a qual estabeleceu a inclusão de gestantes e puérperas, com ou sem comorbidades e lactentes no grupo prioritário do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, que foi um planejamento de vacinação nacional por meio do SUS. A Campanha Nacional de Vacinação relata que 2.545.355 doses foram aplicadas em gestantes e 931.678 gestantes e puérperas estão completamente imunizadas (BRASIL, 2021). Pelo exposto acima, reforça-se a necessidade de políticas públicas de saúde que estejam comprometidas com a saúde integral da gestante e da criança, pois a falta delas pode desencadear consequências irreparáveis, que poderão impactar diretamente na

mortalidade infantil (OOBr, c2022). Além do aumento da mortalidade materna em decorrência da Covid-19, também devemos lembrar de outro assunto relacionado às gestantes e que causa muito impacto que é a violência obstétrica.

2.6 Violência Obstétrica

Violência Obstétrica, segundo a OMS, é abusos verbais contra gestantes, realização de procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, violência física, restringir a presença de acompanhante, recusa em administrar analgésicos, entre outros (OMS, 2014).

No Brasil, ainda não existe lei federal disciplinando e tipificando as hipóteses de violência obstétrica, embora haja alguns Projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional que buscam trazê-la para discussão a nível nacional. Vide o PL nº 6.888/2013, o PL nº 7.633/2014, o PL nº 2.589/2015, o PL nº 7.867/2017, o PL nº 8.219/2017, o PL nº 119/2019, o PL nº 878/2019, o PL nº 2693/2019 e o PL nº 3310/2019 (MARQUES, 2020).

Como já foi referido anteriormente, o Brasil está em segundo lugar no mundo nas taxas de cesarianas (BRASIL, 2019a UNICEF, 2018) e o RS e SCS apresentam taxas acima da média nacional (BRASIL, 2019^a), a dúvida que surge é se seriam essas altas taxas de cesariana necessárias, e se isso não se caracterizaria um tipo de violência obstétrica, pois segundo Diniz e Chacham (2006) há necessidade de profundas mudanças na assistência obstétrica brasileira, objetivando uma diminuição de cesarianas desnecessárias e a promoção do parto normal, sem intervenções.

Já o termo violência obstétrica não tem consenso no meio científico, inclusive não é mais para ser utilizado, mas pode-se deduzir que violência obstétrica é toda a violência que ocorre quando a paciente está realizando pré-natal, nascimento, puerpério ou pós-aborto. Ou seja, refere-se a situações categorizadas como fisicamente ou psicologicamente violentas durante o trabalho de parto e nascimento (ZANARDO et al., 2017)

Essa expressão violência obstétrica não é muito utilizada, aparecendo mais em meios virtuais, tipo blogs e postagens com o escopo da maternidade (Brasil, 2019b). Inclusive o Ministério da Saúde solicitou que a expressão “Violência Obstétrica” não fosse mais utilizada, alegando que essa teria conotação inadequada, uma vez que não agrega valor e prejudica a busca pelo cuidado humanizado (BRASIL, 2019b).

Mas os relatos existem. Em 2010, um estudo relatou que uma em cada quatro mulheres que tiveram filhos narraram ter sofrido algum tipo de maus tratos durante o trabalho de parto e o parto (VENTURI; GODINHO, 2010), pois foi realizado uma pesquisa de 2001 a 2010, por

esses autores, a qual demonstrou que 25% das mulheres sofreram algum tipo de violência na hora do nascimento de seu filho.

E a literatura mostra que, por vezes, o médico responsável pelo pré-natal induz a gestante para escolha da cesariana, porque a mesma geralmente pode ser agendada, com hora marcada, garantindo maior comodidade para a mãe e o médico, e com isso a vontade da mãe é oprimida, devido a relação de poder que o conhecimento médico imprime (WEIDLE, 2014).

A questão da comodidade leva, por muitas vezes, a indução da gestante a realizar o procedimento de cesariana, devido a fragilidade do momento, e que a maioria das informações recebidas vêm por meio do médico, e o próprio MS refere que há um baixo nível de informação oferecidos à gestante e um reduzido número de consultas de pré-natal (BRASIL, 2015, 2014). Portanto, a prática desnecessária desse procedimento pode ser relacionada como uma forma de violência na atenção obstétrica, quando a vontade da mulher é vencida pela vontade do médico (WEIDLE, 2014).

Mas ciente dessa situação o Ministério da Saúde editou em 2022, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Versão Preliminar. Essa diretriz tem como recomendação primordial é a adoção de cuidados de maternidade respeitosos: ou seja, cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto (BRASIL, 2022), mas essa recomendação é muito óbvia, pois respeito e evitar maus tratos às gestantes é uma conduta que todos devemos ter, e como o Ministério teve que editá-la é sinal que essa prática do respeito e evitar maus tratos talvez não estivesse na rotina de alguns serviços.

Portanto, deve-se fortalecer o protagonismo das gestantes, respeitando as suas escolhas, garantindo segurança para a gestante e seu bebê, para que a gestante tenha uma experiência de parto positiva (BRASIL, 2022. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Versão Preliminar) e sem sofrer nenhuma violência física ou psicológica.

2.7 Abordagem Interdisciplinar e nascimento

No dicionário a palavra “Interdisciplinaridade” é definida como um adjetivo que refere a junção de duas ou mais áreas de conhecimento, ou seja, a ligação entre duas disciplinas (AURELIO, 2010). No sentido educacional, o termo é utilizado com o objetivo de convergência das áreas de saberes, visando diminuir a fragmentação do conhecimento. A interdisciplinaridade trás a discussão sobre a necessidade de diálogo entre diferentes domínios

disciplinares e de seus conceitos, utilizando-se da integração e valorização das mesmas, sem qualquer forma de preconceito ou desvalorização dos conhecimentos produzidos (OLIVEIRA, SANTOS, 2017). O trabalho interdisciplinar é visto como um desafio para as equipes que o desempenham, uma vez que é necessário um movimento de abertura entre as disciplinas coparticipantes. Essa abertura pode trazer a exposição das “fraquezas”, uma desestabilização das estruturas e rotinas convencionais. Ainda, se tem como dificuldade a formação acadêmica de professores, que são moldados para lecionar conteúdos isolados e respectivos apenas a suas disciplinas (LIMA; AZEVEDO, 2014).

Entretanto, as atividades profissionais ligadas à saúde tem como foco o bem estar e o cuidado com o ser humano, e para alcançar esse foco é necessário uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional para se atingir o êxito (PIRES, 2000), por isso esse trabalho de pesquisa visou integrar diversos atores no cenário da saúde para que se tenha um ponto de vista interdisciplinar dos possíveis resultados alcançados, pois como a interdisciplinaridade é um conceito de ligação entre conteúdos de duas ou mais disciplinas, possibilitando que se tenha uma visão mais ampla a respeito das temáticas envolvidas e para isso ocorrer foram ouvidos profissionais das equipes multiprofissionais que prestam cuidados tanto para as gestantes quanto para puérperas. Dentre esses profissionais envolvidos com a temática dessa pesquisa estavam: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e gestores.

E também nesse trabalho de pesquisa o conceito de interdisciplinaridade está muito presente, pois o mesmo procurou compreender os aspectos relacionados a gestação e ao nascimento, os quais são temas de interesse de diversas áreas profissionais. A interdisciplinaridade está presente desde a aplicação dos questionários para os profissionais envolvidos com as gestantes, até a análise desses dados, pois o interdisciplinar é uma característica deste Programa de Pós-Graduação em que essa tese está inserida, o qual prevê a Promoção de Saúde em sua amplitude, inclusive atuando na comunidade em que o hospital em questão está situado, fornecendo dados e material para pesquisas futuras sobre esse tema, e ao descrever as conclusões dessa pesquisa, conseguir formas de intervenção para tentar modificar a realidade em que a comunidade está situada, pois é muito importante trazer essa discussão a tona, para podermos refletir de forma sensata entre os envolvidos se essa realidade atual do aumento de cesarianas continuará a se proliferar.

Portanto, essa pesquisa foi embasada no conceito de interdisciplinaridade, pois a mesma buscou entender os aspectos relacionados as preferências das gestantes e da equipe multidisciplinar envolvida com as mesmas, as quais foram ouvidas e analisadas e que também são de interesse de diversas áreas profissionais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar e analisar fatores implicados, inclusive Covid-19, na determinação de cesarianas no estrato de uma realidade geográfica e de um segmento populacional, na perspectiva das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019, e analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para as gestantes, puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos serão apresentados em quatro seções, sendo a primeira seção referente ao eixo quantitativo (eixo I), a segunda ao eixo qualitativo (eixo II), a terceira à revisão da literatura referente a Covid-19, gestação e orfandade consequente, e o eixo IV referente aos nascimentos entre as gestantes indígenas e as não indígenas.

Eixo I: análise do período de 2010 a 2019, no município de SCS e comparados a nível regional, estadual e nacional:

- Comparar o número de consultas de pré-natal e a relação com a taxa de cesariana, e verificar se esses números estão de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde;
- Analisar se houve complicações com os recém-nascidos e se essas são maiores nas cesarianas que os partos vaginais.
- Analisar as semanas de gestação na realização das cesarianas em relação aos partos normais;
- Comparar a faixa etária das mães no momento da cesariana versus parto normal;
- Comparar o peso dos recém-nascidos na realização da cesariana em relação ao parto normal;
- Comparar os anos de escolaridade materna no momento da cesariana versus parto normal;
- Comparar a cor de pele das mães que realizaram cesarianas versus parto normal;

Eixo II: análise local, desenvolvida com gestantes, puérperas e profissionais da saúde do município de Santa Cruz do Sul:

- Avaliar os sentidos produzidos nos agentes envolvidos no pré-natal e nascimento em relação a sua postura sobre a via de parto (médicos, enfermeiros, gestores, médicos, técnicos de enfermagem).

- Analisar as narrativas das mulheres sobre os sentidos produzidos acerca da gestação, pré-natal, parto e a via de parto.(gestantes e puérperas)

Eixo III: revisão da literatura referente a Covid-19, gestação e orfandade consequente

Eixo IV: Comparar os nascimentos entre as gestantes indígenas e as não indígenas.

CAPÍTULO II

ARTIGO I:

COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura

Isabel Helena Forster Halmenschlager

Edna Linhares Garcia

Deivis de Campos

Elaborado conforme as normas da Revista: *International Journal od Development Research Interdisciplinar*

ISSN: 2230-9926

Publicado em: 22 de março de 2022.

COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE

uma revisão de literatura

Isabel Helena Forster Halmenschlager ¹

Edna Linhares Garcia ²

¹ Doutoranda no Programa de pós-graduação em Promoção da Saúde - mestrado e doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: isahfh@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-1374-5637>

² Docente no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde - mestrado e doutorado, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e no Programa de Pós-graduação em Psicologia - mestrado profissional, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: edna@unis.br. <https://orcid.org/0000-0002-9542-6340>

RESUMO:

A pandemia decorrente da COVID-19 tem causado impactos de ordem social e econômica, tornando-se o maior desafio de saúde pública da atualidade. A maioria dos óbitos pelo vírus ocorrem em adultos, entretanto as crianças são afetadas pela perda dos pais e/ ou responsáveis. Em novembro de 2021, o número de mortes de gestantes e puérperas pela doença no Brasil chegava a 1926 casos, ainda se estima que 1,5 milhões de crianças perderam ao menos um dos cuidadores para a COVID-19. Esse artigo objetiva revisar a literatura atual sobre as implicações da COVID-19 na saúde de gestantes e puérperas, assim como a importância da vacinação prioritária nesse grupo e refletir sobre a orfandade consequente da mesma. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de estudos, documentos de fontes oficiais e registros jornalísticos do período (março de 2020 – dezembro de 2021), com os descritores: “COVID-19”, “gestação”, “puerpério” e “orfandade”, assim como seus sinônimos e similares na língua portuguesa e inglesa. Constatou-se que os dados nacionais e internacionais apontam uma tendência de crescimento da “orfandade pandêmica”, urgindo a necessidade de um preparo para profissionais de saúde, professores, legisladores e pesquisadores desenvolverem estratégias de assistência aos órfãos da pandemia.

Palavras Chave: COVID-19. Orfandade. Gestação.

COVID-19, GESTATION, AND CONSEQUENT ORPHANY:

a literature review

ABSTRACT

The pandemic due to COVID-19 has caused social and economic impacts, becoming the greatest public health challenge of our time. Most deaths from the virus occur in adults, but children are affected by the loss of parents and/or guardians. In November 2021, the number of deaths of pregnant and postpartum women due to the disease in Brazil reached 1926 cases, and it is still estimated that 1.5 million children have lost at least one caregiver to COVID-19. This article aims to review the current literature on the health implications of COVID-19 in pregnant and postpartum women, as well as the importance of priority vaccination in this group and reflect on the orphanhood resulting from it. To this end, an integrative review of studies, documents from official sources and journalistic records of the period (March 2020 - December 2021) was conducted, with the descriptors: "COVID-19", "pregnancy", "puerperium" and "orphanhood", as well as their synonyms and similar in Portuguese and English. It was found that national and international data point to a growing trend of "pandemic orphanhood", urging the need for a preparation for health professionals, teachers, legislators and researchers to develop strategies to assist pandemic orphans.

Keywords: COVID-19. Orphanhood. Gestation.

INTRODUÇÃO

Desde 2020 vivenciamos uma pandemia decorrente da COVID-19, causada por um vírus que foi identificado como o agente de um surto global de doença respiratória. A SARS-CoV-2, nomenclatura definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), trata-se de um novo tipo de coronavírus que não havia sido identificado antes em seres humanos (OMS, 2020). A doença espalhou-se rapidamente, impactando em especial indivíduos classificados como grupo de risco, como as gestantes (RIO GRANDE DO SUL - RS, 2020). Em novembro de 2021, contabilizavam-se 1.926 mortes de gestantes e puérperas pela doença no Brasil, fato que implica no aumento da taxa de orfandade. Além das perdas maternas, ressalta-se os mais de 619 mil óbitos por COVID-19 no país, dentre eles pais, avós e cuidadores de crianças e adolescentes, agravando a situação da orfandade (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021; HILLIS *et al.*, 2021).

Sabe-se que o primeiro caso da doença foi identificado na China, e após se difundiu para o mundo. Em março de 2020, a OMS declarou o estado de "pandemia" (OMS, 2020). Esse termo é definido como uma epidemia de doença infecciosa, a qual atinge a população de uma grande região geográfica (GREENBERG *et al.*, 2005). Assim, ao declarar o estado pandêmico, a OMS também reconheceu que existiam surtos de COVID-19 em vários países do mundo. No

Brasil, o primeiro caso da doença foi identificado em fevereiro de 2020, em São Paulo; um mês após, o Ministério da Saúde reconheceu o estado de transmissão comunitária em todo o território nacional (RODRIGUEZ-MORALES *et al.*, 2020; BRASIL, 2020a).

O país foi impactado por profundas crises e restrições, aprendendo a conviver com essa nova doença. Mais de um ano após o primeiro caso, o Brasil ocupava o segundo lugar mundial em mortes por COVID-19 (BBC BRASIL, 2021). Segundo o Ministério da Saúde, em 2020, registrou-se, no mundo, 84.586.904 milhões de casos da doença, destes 1.835.788 milhões foram a óbito. No mesmo período, foram notificados 7.716.405 milhões de casos da COVID-19 e 195.725 mil óbitos no país. Das hospitalizações por COVID-19, 50,2% eram pessoas maiores de 60 anos de idade, ou seja, faixa etária que contempla avós e cuidadores de crianças em suas respectivas famílias (BRASIL, 2021). Calcula-se mais de 1,5 milhão de crianças que perderam um cuidador no mundo. Segundo Hillis *et al.* (2021), até abril de 2021, o Brasil ocupava o quinto lugar em morte de cuidadores primários (pais ou avós), sendo a África do Sul o país mais afetado.

Essa preocupação se estende, também, às gestantes e puérperas. Segundo o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr), a mortalidade materna por COVID-19 cresceu no ano de 2021 em relação aos números de 2020. Segundo a instituição, em 2020 a média de óbitos maternos por semana foram de 10 casos, quadruplicando no ano de 2021 em que se atingiu uma máxima de 43 óbitos maternos por semana (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021). Para orientação dos profissionais da saúde e da população em geral, o Ministério da Saúde brasileiro disponibilizou o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19, o qual dispõe de informações sobre o funcionamento da campanha de vacinação e do atendimento as gestantes e puérperas (BRASIL, 2021). Ressalta-se que, na maioria das vezes, a infecção por COVID-19 não é uma indicação para a via do parto, mas em gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos deverá ser realizado uma cesariana de urgência (VILLAR *et al.*, 2021).

Frente a pandemia de COVID-19 que assola o mundo, acarretando em milhões de óbitos de pais, avós e cuidadores, e o eminente crescimento da orfandade no país e no mundo, esse artigo se dedica a revisar a literatura científica atual acerca do tema, assim como discutir e refletir sobre esses achados juntamente aos registros jornalísticos do período pandêmico.

MÉTODO

Foi conduzida uma busca nas bases de dados Google Acadêmico®, Scielo e Scopus. O período das buscas foi determinado a partir do primeiro caso no Brasil até dezembro de 2021 (março de 2020 a dezembro de 2021). Os descritores eleitos para a busca foram: “COVID-19”, “gestação”, “puerpério” e “orfandade”, assim como seus sinônimos e similares na língua portuguesa e inglesa. As discussões foram subdivididas em 4 subcapítulos: COVID-19, manifestações clínicas e gestação; Parto, puerpério e abortamento durante a pandemia; COVID-19 e Orfandade; e Vacinação.

COVID-19, manifestações clínicas e gestação

Considera-se a COVID-19 como a maior pandemia da história recente da humanidade. O vírus possui elevada transmissibilidade por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas, causando uma infecção respiratória aguda potencialmente grave dentre outros sintomas. Estudos apontaram que o risco de infecção sintomática pelo vírus, e também piores desfechos, são maiores em indivíduos idosos. Deve-se lembrar que muitos infectados são assintomáticos (e podem ser portadores) ou apresentam sintomas leves a moderados, semelhantes ao estado gripal. Idosos e pessoas com comorbidades, tais como, hipertensão arterial sistêmica, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes. No entanto, qualquer pessoa pode se infectar com o vírus e evoluir para formas graves da doença (BRASIL, 2021).

As manifestações clínicas iniciais mais comuns são: febre, tosse, mialgia e fadiga. Esses sintomas podem vir acompanhados por secreção respiratória, dor de cabeça e diarreia. Dificuldade respiratória e hipertermia elevada são os sintomas que caracterizam a principal diferença entre COVID-19 e o resfriado comum. LI *et al.*, 2020, apontou que cerca de 86% dos pacientes não apresentaram gravidade da doença, e que 14% precisaram oxigenioterapia em hospital e menos de 5% precisaram de terapia intensiva. Além dos idosos e portadores de comorbidades, as gestantes foram incluídas no grupo de risco para a doença. Uma vez que, devido as mudanças fisiológicas que ocorrem no seu organismo, as gestantes tem uma predisposição maior a infecções graves, inclusive respiratórias, e também as alterações anatômicas decorrentes da gravidez, reduzindo a tolerância à hipóxia (RS, 2020).

Segundo estudos retrospectivos envolvendo gestantes com COVID-19, as características clínicas da patologia são semelhantes às de mulheres adultas não grávidas. Os sintomas mais

comuns da doença são febre, tosse, mialgia e fadiga (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA [FEBRASGO], 2020). Ainda, a complicação mais comum da doença é a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que é definida por presença de dispneia, saturação de SpO₂ < 95% em ar ambiente, sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória, entre outras (SILVA *et al.*, 2021). O fator mais preocupante e relevante para o cuidado de mulheres com COVID-19 em qualquer idade gestacional é a presença de comorbidades, como diabetes (gestacional ou não), obesidade, doenças cardíacas ou respiratórias. A gravidez é um estado imunológico único, no qual ocorrem alterações fisiológicas e mecânicas na interface materno-fetal. Tal fato torna a gestante mais propensa às infecções virais, e estas comorbidades geralmente são multifatoriais predispondo as alterações fisiológicas da gestação a se tornarem patológicas (FEBRASGO, 2020).

Nas gestantes infectadas por COVID-19 e assintomáticas, deve-se manter os cuidados habituais da gestação em isolamento. É importante ressaltar que as equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) devem intensificar os cuidados das gestantes sintomáticas, com indicação de isolamento, acompanhando-as de maneira contínua durante todo o período e com acompanhamento da saturação de oxigênio (SILVA *et al.*, 2021). Alguns parâmetros fisiológicos devem ser controlados, tais como a ingestão de líquidos e eletrólitos, e o monitoramento dos sinais vitais da mãe e do feto. Em relação ao tratamento, não há recomendação de fármacos comprovadamente eficazes para COVID-19 e que sejam específicos para gestantes. O Fosfato de Oseltamivir é um medicamento que tem uso amplamente recomendado na fase inicial das síndromes gripais em gestantes (FEBRASGO, 2020).

Diante desse contexto, compreende-se a relevância de um atendimento integral e humanizado na gestação, a fim de garantir todos cuidados necessários em saúde, principalmente em gestantes contaminadas. Evidencia-se a necessidade de uma maior atenção à saúde desse grupo com o objetivo de minimizar riscos e agravos, como por exemplo a realização do pré-natal, intraparto e pós-parto que não deve ser excluída, mas sim adaptada. Em situações de suspeita ou confirmação de infecção por COVID-19, recomenda-se o adiamento do agendamento de consultas e procedimentos por no mínimo 7 dias, até 14 dias; e a telemedicina é uma opção para priorizar a saúde da gestante e o isolamento social (RS, 2020).

Há poucos dados na literatura para afastar com segurança a possibilidade de transmissão vertical do SARS-Cov-2. Em casos documentados de recém-nascidos infectados não ficou claro se a transmissão foi transplacentária ou pós-natal. Novas evidências sugerem que a transmissão vertical seja provável, embora a proporção de gestantes afetadas e o significado para o recém-

nascido ainda não seja claro (FEBRASGO, 2020). Em casos de infecção pelo coronavírus na gestação, dentre as consequências observadas nos fetos estão as alterações placentárias e a maior taxa de retardo de crescimento fetal (RS, 2020).

Não há comprovação que as gestantes apresentem maior deterioração do quadro clínico quando comparadas à população geral, contudo foram observadas alterações que podem implicar em complicações gestacionais e fetais, como: pré-eclâmpsia, prematuridade, ruptura precoce da membrana e morte perinatal. Ainda, gestantes e puérperas (em até 45 dias após o parto) estão predispostas a um risco maior de desenvolver as formas graves de COVID-19, bem como, complicações obstétricas, tais como: parto prematuro, óbito fetal, abortamento, entre outros. Um dado que chama a atenção é a letalidade da doença em gestantes relacionados a casos graves de SRAG, em 2020 a taxa era de 7,5%, passando para 14,2% em 2021 (SILVA *et al.*, 2021).

O Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) é uma plataforma interativa de monitoramento, análise de dados públicos (da saúde, socioeconômicos e ambientais) cientificamente embasadas a disseminação de informações relevantes na área da saúde materno-infantil, com recortes estaduais e municipais. Segundo o OOBr, desde o início da pandemia uma a cinco gestantes e puérperas mortas por COVID-19 não tiveram acesso a Unidades de terapia intensiva (UTI) e 32,4% não foram entubadas. Em novembro de 2021, o número de mortes de gestantes e puérperas ocorridas em decorrência da COVID-19 no Brasil chegava a 1.926 casos (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021). Além da perda das vidas dessas mulheres, deve-se ressaltar o impacto na orfandade, uma vez que milhares de crianças se tornaram órfãs de mãe (HILLIS *et al.*, 2021).

De acordo com a FEBRASGO, após dois anos de pandemia de COVID-19, foi constatado o risco de maiores complicações dessa doença sobre a gestação e o puerpério imediato. Os dados disponíveis indicam um risco aumentado para doença grave e com maior necessidade de UTI, assim como um maior risco de óbitos na comparação com a população de mulheres (FEBRASGO, 2020). Ainda, a instituição reforça a necessidade de atenção direcionada a gestantes e puérperas com comorbidades, tais como diabetes, cardiopatia e obesidade, uma vez que essas apresentam maior risco de complicações. Esses dados vão ao encontro do posicionamento do Ministério da Saúde do Brasil que estabeleceu que gestantes, puérperas e lactentes, com ou sem comorbidades, e independentemente da idade dos lactentes, fossem incluídas como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (BRASIL, 2021).

Parto, puerpério e abortamento durante a pandemia

Em tempos normais, quando não há uma urgência pandêmica, as autoridades sanitárias estimulam a redução da taxa de cesarianas, que se mostram crescentes em todo mundo nos últimos anos. A OMS recomenda que a taxa de cesariana deve estar em torno de 10 a 15% da totalidade de partos de uma região (OMS, 1985). Contudo, em 2017, o Brasil ocupava o segundo lugar no mundo na realização de cesarianas, com um índice de 55,4% (OMS; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA [UNICEF], 2018). Em geral, a infecção por COVID-19 não é uma indicação para o parto, mas indica-se a antecipação do parto e a realização de cesariana de urgência no caso de gestantes que evoluam com sintomas graves ou críticos. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade, o parto vaginal é seguro e recomendável (VILLAR *et al.*, 2021).

O quadro clínico da COVID-19 na sua forma mais severa é caracterizado por uma tempestade inflamatória de citocinas, com alterações hematológicas e de coagulação que podem levar ao dano tecidual e morte (XAVIER *et al.*, 2020). A cesariana, como toda cirurgia, produz uma série de inflamações que, se somada à gerada pelo coronavírus, aumenta os riscos de complicações depois dessa intervenção. Segundo Villar *et al.* (2021), o parto cirúrgico (cesariana) foi associado a um maior percentual de internação dos recém-nascidos nas UTI's neonatais. As internações são associadas à interrupção da gestação antes da data provável de parto, o que acarreta maior risco de desenvolvimento de comorbidades aos recém nascidos.

Ainda, conforme o Ministério da Saúde do Brasil, anualmente nascem mais de 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. Em consonância com os dados mundiais, no Brasil a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso. Além disso, muitos desses bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldades para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2013).

Após o nascimento, o puerpério se inicia, podendo se estender por até 6 semanas. É nesse período que ocorre o retorno dos órgãos reprodutivos femininos ao estado pré-gravídico, e onde a mãe deve amamentar (MARTINS-COSTA *et al.*, 1997). Considerando os inúmeros benefícios da amamentação e a ausência, até o momento, de evidências de transmissão do SARS-CoV-2 por essa via, é recomendado o início e a manutenção do aleitamento materno, desde que a paciente infectada esteja em boas condições clínicas. Ressalta-se que precauções deverão ser adotadas, como: higienização correta das mãos, o uso de máscara cirúrgica pela

lactante durante todo o tempo, evitando falar no decorrer do processo e, a manutenção da lavagem das mãos entre as mamadas (SILVA *et al.*, 2021).

No hospital, a paciente com COVID-19 suspeita ou confirmada deverá permanecer em leito isolado, em distância de pelo menos 2 metros do berço. Alguns protocolos para segurança do paciente devem ser implementados, como o uso permanente de máscara cirúrgica pela mãe, sendo que deve ser trocada a cada duas horas e sempre que umedecer; e a lavagem de mãos que deve ser frequente e sempre antes de tocar o recém-nascido. É importante que no local não sejam realizados procedimentos geradores de aerossol, que aumenta o risco de contaminação.

Em relação a alta hospitalar, esta deverá ser precoce, observando as condições do recém nascido e da mãe. Orienta-se que a alta em parto normal poderá ocorrer em 24 horas e em caso de cesariana em 48 horas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS], 2020). Nos casos de aborto em pacientes infectadas pela COVID-19, cada situação deve ser cuidadosamente analisada. O cuidado individual é primordial para que a paciente não corra riscos desnecessários ao ter seu tratamento postergado. Ainda, recomenda-se a menor exposição possível ao ambiente hospitalar. Em relação a aborto retido em pacientes sem sintomas, a conduta poderá ser de se esperar por até 4 semanas. Caso seja necessário realizar uma curetagem uterina ou aspiração intra uterina, a alta deverá ser logo que possível (BRASIL, 2020b, 2020c).

COVID-19 e Orfandade

Considera-se essa pandemia o maior desafio de saúde pública da atualidade. Para além das 4,7 milhões de mortes em todo o mundo, somam-se os prejuízos globais de ordem social e econômica. Com a pandemia vieram suas inúmeras adversidades, dentre elas a orfandade decorrente da morte de pais e cuidadores pela COVID-19. A orfandade é um tema pouco abordado e evidenciado pela literatura científica atual, uma vez que a maioria dos estudos sobre os impactos da COVID-19 são relacionados às questões sanitárias e econômicas. Hillis e colaboradores (2021) alertam que a perda de um dos pais, dos avós ou de cuidadores, pode resultar em consequências adversas para o desenvolvimento psicossocial dessas crianças, visto que podem ser expostas a diversas situações de vulnerabilidade socioeconômica.

Estima-se que em todo o mundo cerca de 1,5 milhões de crianças tiveram um dos pais, avós ou um adulto responsável vitimados pelo vírus. Os países com o maior número de crianças perdendo cuidadores primários (pais ou avós), até abril de 2021, foram África do Sul, Peru, EUA, Índia, Brasil e México. E, ainda, até o fim do processo de vacinação, esse número deve aumentar para cinco a sete milhões de crianças órfãs (HILLIS *et al.*, 2021).

Segundo a declaração da diretora executiva da UNICEF, Henrietta Fore, embora seja cedo para estimar o número de crianças órfãs ou abandonadas como resultado da pandemia, o aumento nas mortes em alguns países pode significar um agravamento nas condições de vidas de milhares de crianças. Ressalta-se que as populações marginalizadas foram identificadas como mais vulneráveis aos impactos da COVID-19, por conseguinte as crianças inseridas nessas populações são mais atingidas pelas perdas, sendo submetidas a um sofrimento emocional e preocupações em relação à proteção. Privadas dos cuidados parentais, elas podem sofrer danos físicos, psicológicos, emocionais e sociais, com consequências que podem perdurar toda a vida. Essas crianças também têm maior probabilidade de sofrer violência, abuso, negligência e exploração (UNICEF, 2021).

Até o momento, os esforços de saúde pública têm se concentrado amplamente na redução da morbidade e mortalidade por COVID-19, mas uma nova pandemia tem surgido, a “pandemia de luto”. A dimensão das estatísticas sobre orfandade pandêmica, bem como a certeza de que o número de crianças e adolescentes enlutados continuará a crescer à medida que a pandemia se estende, ressaltam a necessidade urgente de um plano de mitigação dos impactos. Profissionais da saúde, professores, legisladores e pesquisadores necessitam estar atentos às demandas da orfandade, para formular estratégias que ofereçam e viabilizem auxílio, cuidado e proteção aos órfãos (GRAY *et al.*, 2021).

Com algumas exceções, perder um dos pais é uma das experiências que mais mudam a vida de crianças e adolescentes, especialmente quando a morte é inesperada. Estudos mostram que a morte dos pais pode ter consequências profundas de curto e longo prazo para crianças e adolescentes, incluindo luto traumático, depressão, resultados educacionais ruins, morte não intencional e suicídio em comparação com seus pares não enlutados. Ainda mais preocupante, sem aconselhamento e apoio adequados, essas sequelas podem persistir na idade adulta, colocando crianças e adolescentes em maior risco de futuras crises de saúde mental, enfrentamento mal-adaptativo, abuso, doenças crônicas e pobreza (NOAL; PASSOS; FREITAS, 2020).

As crianças possuem uma capacidade notável de traduzir a morte dos pais em crescimento pessoal e habilidades de adaptação ao trauma, mas a maioria precisará da ajuda de adultos informados e atenciosos para isso. Sabendo que não estão sozinhos em suas adversidades e recebendo estratégias para se adaptar à perda inesperada, as crianças e adolescentes podem crescer e se tornar resilientes, apesar de passarem por uma das experiências mais trágicas da vida (GRAY *et al.*, 2021). Sabe-se que a família é a principal unidade de cuidado essencial para

que o tratamento da criança seja realizado de forma adequada e contínua. Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei nº 8069/90 – Capítulo III – Art 19:

É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral, portanto, pode-se dizer que ela se constitui no principal elemento influenciador no modo de prestar o cuidado.

Os sistemas de saúde também devem passar por treinamentos e adequações para o acolhimento e acompanhamento dos órfãos da pandemia, investindo em planejamento de estratégias, desenvolvimento de ferramentas e disponibilidade de recursos suficientes. O apoio de longo prazo será necessário para essas crianças e adolescentes, bem como para seus pais sobreviventes e membros da família, visando o suporte para que esses possam desenvolver habilidades de adaptação aos novos desafios que enfrentarão. É também muito importante que medidas governamentais sejam imediatas, pois precisam garantir que as crianças tenham acesso a boa alimentação, recebam proteção contra abuso infantil e negligência, sempre tenham acesso a serviços de saúde física e mental infantil (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT [OECD], 2020).

Os serviços de atenção à saúde deveram manter comunicação com as pacientes, utilizando meios como telefone, aplicativos, redes sociais e outros, sempre objetivando informar e orientar sobre o momento que estamos vivenciando em relação a pandemia e orientar sobre os cuidados com a mesma. Os familiares ou cuidadores também devem ser incluídos nas estratégias de atenção psicossocial voltadas a todas as crianças, sobretudo durante a pandemia. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2020), é possível apoiar essas famílias por meio de escuta sensível, incentivo à busca por apoio junto a seus pares e intervenções para promover relações parentais positivas e encaminhamentos, dependendo de cada caso. É saudável que se possa acolher e trabalhar o assunto da pandemia, do que foi vivenciado no distanciamento social, dos efeitos que persistem de tristeza, o medo de morrer, pois é fundamental que essas experiências de resiliência, compaixão solidariedade sejam divididas entre os envolvidos. Nesse sentido, para melhor efeito e continuidade do trabalho, as equipes poderão fazer da volta uma oportunidade para falar do que ocorreu quando estavam separadas.

Os profissionais de saúde, em especial, se configuram como agentes de cuidado e promoção da saúde, auxiliando no enfrentamento da dor e do luto associados à perda, e o acompanhamento do processo de adaptação à nova realidade. O modo como as crianças e adolescentes aprendem a lidar com o trauma agora, estabelecerá um precedente sobre como eles abordarão as adversidades no futuro. Sempre que possível, os médicos devem usar estratégias

de tratamento informadas sobre trauma com base nas científicas evidências atuais para ajudar as crianças em luto pela morte de um dos pais ou cuidador próximo de COVID-19 (FIOCRUZ, 2020).

Vacinação

Frente a maior pandemia da atualidade, e a grande disseminação da doença no Brasil, o Ministério de Saúde desenvolveu um planejamento de vacinação nacional por meio do Sistema Único de Saúde. Em 29 de julho de 2021, foi promulgada a Lei nº14.190 que estabeleceu a inclusão de gestantes e puérperas com ou sem comorbidades, e lactentes, independentemente da idade, no grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. A FEBRASGO, juntamente com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), recomendam que as gestantes e puérperas recentes recebam as duas doses da vacina da Pfizer® (mRNA) e alternativamente a de vírus inativado - Coronavac® - nos locais em que não estivessem disponíveis doses da Pfizer®. As vacinas de vetor viral AstraZeneca® e Janssen® foram contra indicadas para as mulheres nesse período especial (BRASIL, 2021).

Outras informações sobre o funcionamento da campanha de vacinação e do atendimento à essas mulheres foram disponibilizadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. Segundo o documento os profissionais da saúde envolvidos com o pré-natal, devem se manter atentos ao histórico vacinal das gestantes sob o seu cuidado para orientá-las. Em adição, recomendou-se fortemente o reforço das orientações sobre a manutenção dos cuidados de proteção não farmacológicos, como uso de máscaras e lavagem de mãos, mesmo após a imunização com a vacina. Até o momento, não existem evidências que a vacinação cause eventos adversos graves nas gestantes ou nos fetos, e sim o oposto. Os dados evidenciam a segurança das vacinas na gestação, puerpério assim como na população adulta no geral (BRASIL, 2021).

Os médicos ginecologistas e obstetras são profissionais indispensáveis para a concretização da campanha de vacinação. Por meio de seu contato periódico com as gestantes e puérperas, devem comunicar e explicar os riscos da infecção por Sars-CoV-2 e suas complicações. Ainda, informar sobre o a eficácia da vacinação em proteger as gestantes e seus filhos, divulgando a segurança das vacinas. O esquema vacinal deve ser orientado, assim como os locais e o período de vacinação. Os profissionais devem reforçar a importância da imunização completa em duas doses e, nos casos indicados, a dose de reforço em qualquer trimestre da gestação (FEBRASGO, 2020).

Para a efetivação e adesão da população à campanha de vacinação contra COVID-19 é imprescindível o estabelecimento de uma comunicação em massa. Essa deve ser acessível para toda a população, atingindo em menor tempo as pessoas das mais diversas regiões, classes sociais e econômicas. A comunicação deve ser de fácil entendimento e fluxo constante, sendo realizada por todos os profissionais da saúde. Por meio dela se intenta não só promover a vacinação, mas também combater crenças negativas e falsas informações disseminadas contra a vacina. Assim, a campanha de combate ao coronavírus tem como objetivo: informar, educar, orientar, mobilizar, prevenir e/ou alertar a população brasileira, gerando consenso popular positivo em relação à importância da vacinação (BRASIL, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado nas exposições acima, ressalta-se a importância de cuidado direcionado a gestantes, puérperas e seus filhos, assim como aos órfãos, no decorrer da pandemia. Essa população, principalmente as camadas da sociedade marginalizadas, são mais vulneráveis aos impactos econômicos e sociais advindo da COVID-19, e por esse motivo devem ser priorizados e assistidos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde deve garantir que grávidas e puérperas componham o grupo prioritário para vacinação, e que recebam as doses visando a segurança e proteção da saúde.

O cuidado em saúde ofertado deve ser humanizado, a fim de garantir a saúde integral, inclusive com as orientações sobre os sintomas de contaminação, condutas de proteção, vacinação, amamentação segura e cuidados a saúde da mãe e do bebê. Além do acesso à vacinação, orienta-se também a manutenção dos cuidados básicos de higiene (uso de máscara, lavar as mãos seguidamente, evitar ambientes pequenos e não ventilados, evitar participar de aglomerações etc.).

Apesar da população mais jovem não ser a mais atingida diretamente pela COVID-19, as crianças e adolescentes acabam sofrendo com a mortalidade que atinge seus pais, mães, avós, tios ou outros cuidadores. Por ser uma temática atual, a orfandade pandêmica não está amplamente documentada ou analisada na comunidade científica. Contudo, os estudos indicam que as instituições governamentais, inclusive os sistemas de saúde, devem se preparar para enfrentar a orfandade consequente a essa pandemia. Para isso, será necessário o desenvolvimento de planos e estratégias para mitigação dos efeitos da orfandade no Brasil e no mundo.

Por fim, vale ressaltar que as informações e recomendações contidas neste artigo são passíveis de mudanças diante das novas descobertas, principalmente relacionadas as novas variantes do vírus, seu comportamento e repercussões em gestantes, puérperas e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

BBC BRASIL. COVID-19: Brasil volta a ser país com mais mortes diárias por COVID-19. **BBC Brasil**, São Paulo, 23 jun. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57585145>. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: MS, 2013. 204 p
https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 454, de 20 de março de 2020**. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Brasília: MS, 2020a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota técnica n. 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília: MS, 2020b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMCGCIVIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE). **Diretrizes para Diagnóstico e Tratamento da COVID-19**. Versão 3. Brasília: MS, 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos.sau.de.gov.br/images/pdf/2020/April/18/Diretrizes-Covid19.pdf> Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19 Secovid. **Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19**. 11 ed. BrasíliaDF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/sau.de/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-COVID-19>. Acesso em: 24 nov 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante a pandemia da COVID-19**. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puterperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-COVID-19>. Acesso em: 28 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19:** crianças na pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%CC%A7as_pandemia.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, v. 76, e3120, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/YrcJPqKqrxqj3r8j4ddsKD/?lang=en#> Acesso em: 28 set. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. **Declaração da diretora executiva do UNICEF, Henrietta Fore, sobre crianças privadas de cuidados parentais devido à Covid-19.** New York, USA: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/declaracao-da-diretora-executiva-do-unicef-sobre-criancas-privadas-de-cuidados-parentais-devido-covid-19> Acesso em: 07/01/2022.

GRAY, Tamryn F. *et al.* Finding New Ground—Fostering Post-Traumatic Growth in Children and Adolescents After Parental Death From COVID-19. **Journal of Adolescent Health**, v. 70, n. 1, p. 10-11, 2022. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(21\)00545-0/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(21)00545-0/fulltext). Acesso em: 24 nov 2021.

GREENBERG, Raymond S. *et al.* **Epidemiologia Clínica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. ISBN 85-363-0159-7.

HILLIS, Susan D. *et al.* Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. **The Lancet**, v. 398, n. 10298, p. 391-402, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621012538> Acesso em: 28 set. 2021.

LI, Long-quan *et al.* COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. **Journal of medical virology**, v. 92, n. 6, p. 577-583, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.25757>. Acesso em: 7 jan. 2022.

MARTINS-COSTA, Sérgio *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. Artmed Editora, 1997.

NOAL, Débora da Silva.; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de. (orgs.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 7 jan. 2022.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. **Combatting COVID-19's effect on children**. Paris, FRA: OECD, 2020. Disponível em: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-covid-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f/>. Acesso em: 7 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-7, ago. 1985. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673685927503>. Acesso em: 28 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> Acesso em: 28 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. Stemming the global caesarean section epidemic. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1279, oct. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618323948> Acesso em: 28 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Benefícios da amamentação superam riscos de infecção por COVID-19, afirmam OPAS e OMS**. Brasília: OPAS, 1 set. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-9-2020-beneficios-da-amamentacao-superam-riscos-infeccao-por-COVID-19-afirmam-opas-e-oms> Acesso em: 28 set. 2021.

RIO GRANDE DO SUL - RS. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Nota de alerta SES RS: Mortalidade Materna por COVID-19**. Porto alegre: RS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Nota_de_Alerta_sobre_Mortalidade_Materna.pdf Acesso em: 28 set. 2021.

RODRIGUEZ-MORALES, Alfonso J. *et al.* COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. **Travel medicine and infectious disease**, v. 35, p. 101613, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893920300806?via%3Dihub> Acesso em: 28 set. 2021.

SILVA, Larissa Távore *et al.* Gestação e pandemia da COVID-19: impactos no binômio materno-fetal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e23510716416-e23510716416, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3286771-gesta%C3%A7%C3%A3o-e-pandemia-da-COVID-19-impactos-bin%C3%B4mio-materno-fetal. Acesso em: 28 set. 2021.

VILLAR, José *et al.* Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. **JAMA pediatrics**, v. 175, n. 8, p. 817–826, 2021. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2779182> Acesso em: 28 set. 2021.

XAVIER, Analucia R. *et al.* COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, 2020. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1676-2444.20200049>. Acesso em: 28 set. 2021.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

ARTIGO II:

GESTANTES INDÍGENAS BRASILEIRAS: relação entre a assistência ao pré-natal e os números de partos normais e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019.

Isabel Helena Forster Halmenschlager

Edna Linhares Garcia

Deivis de Campos

Elaborado conforme as normas da REVISTA: International Journal of Advanced Engineering Research and Science

Publicado em: 13/11/2022

RESUMO

Buscou-se constatar a realização de pré-natal pelas gestantes indígenas e os números de partos vaginais e cesarianas no Rio Grande do Sul em relação ao Brasil, em uma década. Embasado nos estudos ecológicos ou de correlação, realizou-se as buscas no banco de dados de livre acesso do DATASUS, realizada entre os dias 01 a 15 de dezembro de 2021 no sistema acima referido, sendo pesquisado sobre os números de partos vaginais e cesarianas entre gestantes indígenas e não indígenas no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul para uma faixa de tempo de dez anos – 2010 a 2019. Foi realizada análise quantitativa descritiva. Como principais resultados evidenciou-se que as indígenas realizam mais partos normais, quando em relação às gestantes não indígenas. Os fatores culturais e distâncias de centros de saúde podem ser um fator que corrobora com os dados encontrados. Embora o número de partos normais em indígenas se apresentem em maior número, não significa que a qualidade os acompanhe, ainda precisamos avançar para obtenção da preconização do Ministério da Saúde, acrescido da necessidade da elevação de consultas pré-natais.

Palavras-chaves: Assistência Pré-natal; Saúde Materna; Saúde da Mulher; Parto nas Mulheres Indígenas

ABSTRACT

We sought to verify the performance of prenatal care by indigenous pregnant women and the numbers of vaginal and cesarean deliveries in Rio Grande do Sul in relation to Brazil, from 2010 to 2019. Based on ecological or correlation studies, it was carried out if the searches in the free access database of DATASUS, carried out between December 01 and 15, 2021 in the aforementioned system, being researched on the numbers of vaginal deliveries and cesarean sections among indigenous and non-indigenous pregnant women in Brazil and in the state from Rio Grande do Sul for a time span of ten years - 2010 to 2019. For the analysis, it used the quantitative and qualitative descriptive analysis technique. As main results, it was evidenced that indigenous women perform more normal deliveries, when compared to non-indigenous pregnant women. Cultural factors and distances from health centers may be a factor that corroborates the data found. Another point worth mentioning about the findings refers to: although the number of normal births in indigenous people is greater, we still need to move forward to obtain the recommendation.

Keywords: Prenatal Care; Maternal Health; Women's Health; Delivery in Indigenous Women

INTRODUÇÃO

As abordagens acerca da atenção ao pré-natal circundam as discussões científicas, teóricas e práticas dos/nos serviços de atenção à saúde, visando a qualidade de vida e a segurança assistencial da família, mulher e criança a ser esperada. A elevada taxa de cesarianas realizadas tem causado inquietações e preocupações, não só aos governantes, mas também aos

profissionais da saúde envolvidos no atendimento às gestantes e o seu contexto imbricado (BACHA *et al.*, 2017).

Com efeito, uma das ações para tentar mudar essa realidade de aumento de cesarianas tem sido por meio da realização de pré-natal adequado, isto é, considerando o número mínimo ideal de consultas estipulados pelo Ministério da Saúde. Essas ações do pré-natal devem ser dirigidas para cobertura de toda a população da área de abrangência da unidade de saúde, e garantindo minimamente sete consultas de pré-natal a cada gestante. A realização de pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação e o nascimento de uma criança saudável, sem problemas e também abordando aspectos psicossociais, atividades de prevenção e educativas (BRASIL, 2012).

Evidências demonstram, no entanto, que a realização de ações e atenção no pré-natal às mulheres indígenas, se apresentam menores quando comparados com os dados encontrados para mulheres não indígenas no território nacional (GARNELO *et al.*, 2019). Estudos indicam que a realização de pré-natal é menor no caso das mulheres pretas, pardas, com menor renda e escolaridade e, em particular, para as residentes nas regiões Norte e Nordeste, que detêm os piores desempenhos na atenção pré-natal, e onde também se registra um percentual expressivo da população indígena (LEAL *et al.*, 2015). Estes fatores podem ser justificados pelas dificuldades de acesso aos profissionais de saúde e vice-versa. Ainda sob o viés das populações indígenas, elas são caracterizadas como um dos segmentos de grupo populacional de maior vulnerabilidade, pois apresentam alta taxa de fecundidade e mortalidade materna (GARNELO *et al.*, 2019). Assim sendo, carece de maiores atenções no quesito saúde e políticas públicas que se debruçam acerca dessa maior vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

Contudo, a assistência obstétrica e de pré-natal também devem ser realizadas com as indígenas, em todo território nacional, previstos desde a constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Segundo Garnelo e colaboradores (2019), o fato dessa maior vulnerabilidade, que o próprio Ministério da Saúde reconhece, é que no Brasil, populações indígenas convivem, de forma geral com elevada carga de morbimortalidade. Exemplos dessa elevada carga de morbimortalidade são carências ligadas à contaminação ambiental, assim como, doenças crônicas, as quais, aumentam o risco de complicações e mortes por questões oportunistas, como é o caso da Covid-19, por exemplo.

As doenças infecciosas nestes grupos tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população, devido ao modo de vida coletivo e as dificuldades de implementação de medidas não farmacológicas. Acrescenta-se a isso o fato da disposição geográfica, que pode levar mais de um dia para chegar a um serviço de atenção à saúde, pois a locomoção é muitas

vezes dificultada devido a mata fechada, rios e estradas de difícil acesso – a depender de sua localização (BRASIL, 2021).

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o último censo desenvolvido no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui cerca de 817.963 indígenas, distribuídos por todo território nacional, sendo a maior densidade populacional, encontrada no norte e nordeste do país, e a região sudeste e sul são as regiões com menor número de indígenas. Portanto, se realizarmos uma breve estimativa, em relação a população total, percebe-se que menos de 0,5% da população é composta por indígenas, e mesmo assim, continuam em situações precárias, no quesito políticas e saúde coletiva/pública (IBGE, 2010).

Um dos motivos dessa maior fragilização de atenção e cuidado integralizado e multidisciplinar, refere-se a fatores geográficos – como já mencionados –, além de questões multiculturais, que podem resultar em alguns entraves para a realização coletiva do cuidado e promoção da saúde, considerando que o Brasil abarca 305 etnias distintas, com 274 línguas indígenas, sendo algumas delas desconhecidas (DIAS *et al.*, 2015).

E essa preocupação do Ministério da Saúde com a população indígena, a qual necessita de maiores cuidados no quesito pré-natal (BRASIL, 2012) também deve ser aplicada nos cuidados com a via de nascimento, pois é sabido que a via de parto também pode ser um dos fatores que colaboram com a mortalidade materna, pois o parto por cesariana expõe a mulher a alto risco de complicações, tais como tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas (DIAS, 2015).

O próprio Ministério da Saúde, baseado em recomendações da OMS, tem tentado nos últimos 20 anos, através de Políticas Públicas, humanizar a assistência ao parto e reduzir as taxas de cesariana, pois o Ministério segue evidências científicas que apontam as desvantagens da cesariana em relação ao parto vaginal. Essas desvantagens são tanto em morbidade como mortalidade materna e perinatal e dos próprios gastos para o Sistema de Saúde (SUS), que são muito maiores na realização de cesarianas (DIAS, 2015).

Sob a presente discussão, pretende-se constatar a realização de pré-natal pelas gestantes indígenas e os números de partos vaginais e cesarianas no Rio Grande do Sul em relação ao Brasil, no período de 2010 a 2019. e também se a realização de consultas de pré-natal com sete consultas acarreta um maior número de cesarianas, no período de tempo dessa avaliação (2010 a 2019).

METODOLOGIA

O estudo buscou embasamento em documentação ecológica ou de correlação, a qual se debruça sobre dados de cunho público e de livre acesso, permitindo a utilização para diferentes interpretações científicas. A presente proposta faz uso de unidades analíticas grupais, ao invés de individuais para chegar a um denominador comum, ou seja, a partir dos dados coletados, faz-se a interpretação, com a finalidade de explicá-los sob as perspectivas, experiências, estudos, crenças e culturas do pesquisador e sujeitos da população e serem estudadas (BONITA, 2010).

Os dados selecionados para a presente análise se deram no DATASUS, o qual fornece informações virtuais de cunho inteiramente público, gerados por todos os estabelecimentos de saúde do território brasileiro, sob diversos aspectos de saúde, indicadores e fatores associados e correlacionados. Esses dados possuem a finalidade de auxiliar no que se fizer necessário perante o processo de planejamento, operação e controle de políticas e modelos de atenção à saúde da população (DATASUS, 2022).

A busca foi realizada entre os dias 01 a 15 de dezembro de 2021 no sistema referido, sendo pesquisado sobre os números de partos vaginais e cesarianas entre gestantes indígenas e não indígenas no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul para uma faixa de tempo de dez anos – 2010 a 2019 –, para esta busca também foram considerados a realização de pré-natal com sete consultas e também evidenciar uma possível relação entre o pré-natal realizado e o número de cesarianas ou partos normais nessas duas populações analisadas.

Cabe destacar que estudos ecológicos não são capazes de apresentar relação linear causal, ou de efeito-consequências entre as variáveis, doravante serão levantadas, possíveis interpretações, mediante os achados e observação. As análises dos dados se deram por meio das técnicas de análise quantitativa descritiva (BONITA, 2010; MINAYO, 2014).

RESULTADOS

Nos dados que seguem serão identificados os números totais de nascidos vivos entre as gestantes indígenas e não indígenas, no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2010 a 2019, bem como o número de consultas pré-natais realizadas. Entendendo que, conforme o Ministério da Saúde, um pré-natal adequado deva conter minimamente sete consultas – uma no primeiro trimestre da gravidez, três no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2012).

Conforme fica explícito na **Tabela 1**, o número total de nascidos vivos no Brasil entre a faixa de tempo estudada, ficou em 29.117.901 crianças, sendo que a média de partos normais para este intervalo de tempo, se apresenta em números relativos de 44,5%, valores inferiores as recomendações; e as cesarianas em torno de 55,5%. Por sua vez, em relação as consultas de pré-natal, pode-se observar que mulheres que realizaram consultas regulares (sete ou mais), apresentam-se mais propensas a ter uma escolha que se incline para a cesariana de modo geral.

No que tange ao número de indígenas nascidos vivos para o território nacional brasileiro (**Tabela 2**), este se apresenta com números absolutos de 224.974 crianças, dentro do período do estudo – 2010 a 2019 –, sendo que o número de partos normais foi de 181.624, resultando em 80,7% de todo o escopo. Esses dados atendem o preconizado pelo Ministério da Saúde em número de partos normais, cabendo aqui frisar que, o número de partos normais para população indígena, a nível de Brasil, é expresso em praticamente o dobro, quando em relação a população não indígena.

Outro ponto que merece atenção, refere-se ao número de consultas de pré-natais realizadas durante a gestação, considerando os valores adequados para tais – sete consultas ou mais–, permanecendo maior quando em relação aos valores de mulheres que optaram/realizaram por partos normais. Também se observa que muitas gestantes indígenas não realizaram o pré-natal ou o fizeram de maneira inadequada, conforme pode ser notado na **Tabela 2**.

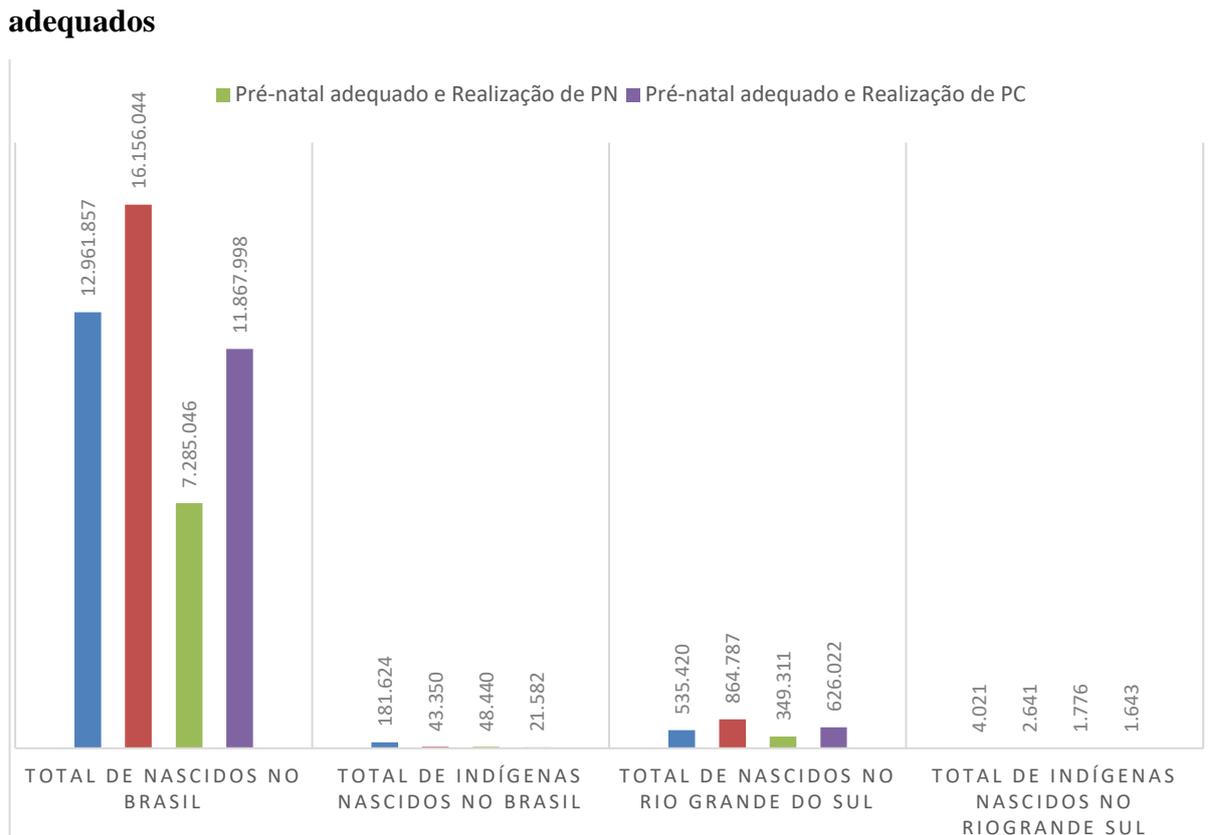
Por sua vez, pôde-se observar que para o estado do Rio Grande do Sul, os dados que se referem ao número de nascidos vivos totais da população não indígena, embora divergentes dos dados obtidos nacionalmente, também se apresentam distantes do que é estimulado pelo Ministério da Saúde em seus modelos tidos como ideais para qualidade de vida e saúde na gestação. Esses números podem ser expressos em 38,2% para partos normais de um total de 1.400.207 nascimentos para a faixa de tempo que o presente estudo se debruça, e 61,8% para cesarianas. No que diz respeito ao acompanhamento ao pré-natal, os valores condizentes a cesarianas apresentam-se com elevações, quando em relação aos partos normais, conforme observado na **Tabela 3**.

Sob a outra face do prisma, podemos perceber que os dados que se referem a números de nascimentos para indígenas no estado do Rio Grande do Sul, apresentam-se, embora distantes e em menores números da média nacional, com valores de 60,3% de partos normais de um total de 6.662 nascidos vivos. Por sua vez, para cesarianas, esse número, ainda perpassa a casa dos 39%, como fica evidente na Tabela 4. Estes dados, apesar de distantes da média

nacional, caminham mais próximos das orientações que regem as boas práticas e condutas obstétricas a nível de Brasil.

O **Gráfico 1** mostra a comparação entre os dados obtidos, mostrando que conforme o número de pré-natais adequados se eleva, também cresce o número de cesarianas na população geral, o contrário da população indígena.

Gráfico 1 – Comparação entre localidades, tipos de partos e o quantitativo de pré-natais adequados



Fonte: DATASUS, 2021 A cor azul (primeira) é o total de nascidos no Brasil por parto normal e a cor vermelha (segunda) é o total de cesarianas no Brasil

DISCUSSÃO

A presente discussão que se segue tem como finalidade analisar os fatores pelos quais as gestantes indígenas tem um maior número de partos vaginais em relação as gestantes não indígenas, tanto a nível de Brasil como no Rio Grande do Sul, e também se a realização de consultas de pré-natal com sete consultas acarreta um maior número de cesarianas, no período de tempo dessa avaliação (2010 a 2019).

Um dos fatores a considerar, se articula com os aspectos culturais que envolvem as crenças indígenas e podem se refletir em padrões que são seguidos por essa população. Estas populações acabam por adotar modelos distintos de convivência e organizações em grupos,

considerando as fmas de existir, alimentar, relacionar, conviver, se reproduzir e dar luz as futuras gerações (COELHO *et al.*, 2021). Tais fatores culturais se expressam como fortes influências nos percentuais de parto normal em todo território nacional, quando comparados a mulheres não indígenas (DATASUS, 2021).

E a gestação é muito singular para cada gestante, mas é importante considerar algumas medidas de segurança para o período que antecede o nascimento, conhecido como pré-natal. Medidas de acompanhamento que são preconizadas pelo Ministério da Saúde visam a redução de mortes e morbidades às mulheres e crianças no momento do nascimento (TASSINARI, 2021; BRASIL, 2012).

Entretanto, como já foi mencionado, a realização de pré-natal para a gestantes indígenas apresentam fatores dificultadores, tais como o distanciamento geográfico, o acesso aos centros de atenção à saúde, barreiras linguísticas (OLIVEIRA, 2021). Talvez esses fatores estejam diretamente implicados no número de consultas de pré-natal nas indígenas serem menores que na população não indígena

E em relação a via de nascimento, há diversas formas para uma mulher indígena dar à luz, um modelo é se agachando a beira de rios, devido as suas crenças, onde esse momento é entendido como forma de purificar e ser purificado pelo rio e suas águas caudalosas em movimento. Nessa posição a mulher se sustenta sobre os calcanhares, conseguindo fazer mais força e o tempo de trabalho de parto é menor quando comparado com outras posições, esse formato de parto, também é entendido e reconhecido como o parto de cócoras (TRAJANO, BARRETO, 2021).

Pois historicamente os partos aconteciam em posição vertical, que, por uma questão gravitacional facilita a expulsão fetal e diminui o trabalho e o tempo dispendido durante este processo. Todavia após o século XVI, começou a ser praticada intervenções que consideram os partos em posições entendidas como antifisiológicas, ou seja, em posição de litotomia ou deitadas, com intervenções farmacológicas e de utensílios entendidos como formas que contribuem a este momento. Os estudos, embora concordem com a posição litotômica, concordam que fisiologicamente partos verticais tendem a ser mais positivos e menos invasivos (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Caminhando ao encontro dos achados da presente busca, o Ministério da Saúde preconiza e indica que a maior parte dos partos devam se dar de forma natural e com menos intervenção possível, trazendo a mulher para o centro de suas escolhas (BRASIL, 2012). E este processo depende de uma gama de fatores políticos, profissionais e individuais, que sejam capazes de abarcar a demanda singular em um momento delicado e rico em experiências e

sentimentos que marcam a chegada de um novo filho, ou seja, uma nova vida. Para os valores encontrados de partos normais em populações indígenas apontou-se que, conforme maior for o acompanhamento de pré-natal, e feito de forma adequada, maior será a taxa de partos normais a serem desenvolvidos (GOMES *et al.*, 2021).

O Brasil, apesar de ocupar os primeiros lugares em número de cesarianas para a população em geral, consegue manter índices desejáveis para a população indígena, no que tange os partos normais, tanto a nível nacional como a nível estadual ao se referir ao Rio Grande do Sul. Pois apesar dessas taxas corresponderem as expectativas do Ministério da Saúde, isso não significa que a população indígena se apresente com elevados níveis de qualidade à saúde materna e infantil.

Uma vez que existem muitas complicações à mulher e à criança indígenas, como por exemplo fatores nutricionais, infecções parasitárias, desnutrição, dentre outras consequências que podem levar a morte desses pares. Esses são alguns apontamentos observados que, apesar dos elevados níveis de partos normais em indígenas, não significa que a qualidade os acompanhe (SILVA *et al.*, 2019).

Entretanto, quando nos referimos a gestantes indígenas estas acabam fazendo mais partos normais do que cesarianas, pois observa-se que muitas indígenas acabam por não procurar os serviços de saúde no momento de dar à luz, mesmo com pré-natais desenvolvidos adequadamente, pois quando o momento chegar, elas optam por seguir de maneira tradicional e culturalmente regido pelo seu povo, sendo elas as protagonistas desse momento tão aguardado (GARNELO *et al.*, 2019).

Em contraponto, as mulheres não indígenas recorrem a serviços de saúde no momento do nascimento e que frequentemente acaba resultando em maior número de cesarianas, pois esse modelo de parir das mulheres não indígenas, culmina muitas vezes em as tirar do protagonismo de suas escolhas, crenças e culturas, mesmo que estas tenham corretos e adequados pré-natais e inclusive acesso a instrução e afins, pois muitas vezes ficam reféns dos desejos da equipe profissional de saúde (GARNEIRO *et al.*, 2019).

A presente discussão considerou abordagens científicas numéricas para tentar explicar a diferença existente entre as taxas de cesarianas no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul entre a população indígena e não indígena e também a realização de pré-natal adequado, ou seja, com 7 consultas ou mais e se houve alguma modificação nesses índices de parto e cesariana com a realização de pré-natal adequado. Entretanto, é de suma importância frisar que este tipo de estudo não resulta em correlações, ou seja, as causas e consequências não podem ser

interpretadas como verdades unidirecionais, apenas como forma de possíveis reflexões que permitam compreender a realidade, ora exposta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar os índices corretos/indicados para realização de partos normais em mulheres indígenas, não significa que estas se apresentarão com aspectos promotores de saúde materno infantil pelo fato de um parto ter sido de forma natural e sem intervenções. É verdadeiro que o acompanhamento adequado no quesito pré-natal traz pontos positivos para a mãe e a criança, contudo, ele por si só, não supre todos os condicionantes desse contexto.

Os dados apresentados no presente artigo revelam que a população indígena realiza mais partos normais que cesarianas no Brasil e RS em relação as não indígenas, e as gestantes indígenas que realizam pré-natal com sete ou mais consultas também realizam mais parto normal que a população não indígena. Fatores pluriculturais demarcam um importante e rico fator a se considerar no desenvolvimento de políticas e estratégias que corroboram com a qualidade dos fatores promotores de saúde e qualidade de vida da população indígena. Entretanto, também representam um importante e delicado ponto a ser discutido na construção de estratégias capazes de abarcar de forma integral e positiva o contexto populacional indígena no Brasil, considerando as culturas, crenças, línguas e distribuições geográficas.

As fragilidades de estudos que se debruçam acerca dessa temática também demarcam um importante impasse na condução de discussões mais concretas e efetivas na relação existente entre as formas de parir e assistência ao pré-natal. A condução de novos estudos deste viés pode contribuir com novas abordagens e compreensões que permitam discutir e se aprofundar ainda mais sobre esse contexto e essa população indígena, por vezes pouco lembrada e que tanto anseia de atenção nos aspectos de educação, saúde e políticas públicas, que é seu direito.

Tabela 1 – Total de nascidos vivos no Brasil, realização adequada do pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.

BRASIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PARTOS NORMAIS (n)	1.362.287	1.340.324	1.283.546	1.253.726	1.277.175	1.339.673	1.272.411	1.294.034	1.295.541	1.243.104	12.961.857
%	47,7%	46,1%	44,2%	43,7%	42,9%	44,4%	44,6%	44,3%	44%	43,6%	44,5%
CESARIANAS (n)	1.496.034	1.565.564	1.615.928	1.644.557	1.697.954	1.674.058	1.582.953	1.627.302	1.647.505	1.604.189	16.156.044
%	52,3%	53,9%	55,8%	56,3%	57,1%	55,6%	55,4%	55,7%	56%	56,6%	55,5%
TOTAL (n)	2.858.321	2.905.888	2.899.474	2.868.273	2.975.129	3.013.731	2.855.364	2.921.336	2.943.046	2.847.293	29.117.901
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS E PARTO NORMAL (n)	665873	673550	654805	647574	698405	772623	754643	789225	817703	810645	7.285.046
%	23,20%	23,10%	22,50%	22,57%	23,47%	25,63%	26,42%	27,01%	27,78%	28,47%	25,01%
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS E CESARIANAS (n)	1066424	1109074	1135400	1162823	1225050	1232196	1180460	1235946	1267669	1252956	11.867.998
%	37,30%	38,16%	39,15%	40,54%	41,17%	40,88%	41,34%	42,30%	43,07%	44,00%	40,75%

Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 2 – Total de indígenas nascidos vivos no Brasil, realização de 7 consultas de pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.

BRASIL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PARTOS NORMAIS (n)	13.554	16.336	17.688	17.797	18.501	18.290	18.632	19.661	20.572	20.593	181.624
%	85,6%	83,8%	82,1%	81%	80,7%	80,1%	80,2%	79,8%	78,5%	78,1%	80,7%
CESARIANAS (n)	2.278	3.157	3.855	4.159	4.410	4.528	4.592	4.980	5.625	5.766	43.350
%	14,4%	16,2%	17,9%	19%	19,3%	19,9%	19,8%	20,2%	21,5%	21,9%	19,3%
TOTAL (n)	15.832	19.493	21.543	21.956	22.911	22.818	23.224	24.641	26.197	26.359	224.974
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS E PARTO NORMAL (n)	2186	3175	3476	3878	4877	5300	5380	6111	6677	7380	48.440
%	13,80%	16,28%	16,13%	17,66%	21,28%	23,22%	23,16%	24,80%	25,48%	27,99%	21,53%
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS E CESARIANAS (n)	815	1245	1673	1875	2115	2372	2357	2672	3124	3334	21582
%	5,14%	6,38%	7,76%	8,53%	9,23%	10,39%	10,14%	10,84%	11,92%	12,64%	9,59%

Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 3 – Total de nascidos vivos no estado do Rio Grande do Sul, realização de 7 consultas de pré-natal ou mais e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.

RIO GRANDE DO SUL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PARTOS NORMAIS (n)	55.791	54.703	52.755	52.834	53.056	57.914	53.716	52.551	52.442	49.658	535.420
%	41,8%	39,7%	38%	37,4%	37%	39%	38%	37,1%	37,4%	36,9%	38,2%
CESARIANAS(n)	77.344	82.988	86.166	88.470	90.221	90.444	87.662	88.979	87.584	84.929	864.787
%	58,2%	60,3%	62%	62,6%	63%	61%	62%	62,9%	62,6%	63,1%	61,8%
TOTAL (n)	133.335	137.691	38.921	141.304	143.277	148.358	141.378	141.530	140.026	134.587	1.400.207
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS PARTO NORMAL (n)	34556	32609	31614	32506	33677	38366	36147	36178	37677	35981	349.311
%	25,91%	23,68%	22,75%	23%	23,50%	25,86%	25,56%	25,56%	26,90%	26,73%	24,94%
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS CESARIANAS (n)	62417	64706	67217	69277	70733	71546	69922	72043	75552	70609	6.260.226
%	46,81%	46,99%	48,38%	49,02%	49,36%	48,22%	49,45%	50,90%	53,95%	52,46%	49,56%

Fonte: DATASUS, 2021.

Tabela 4 – Total de indígenas nascidos vivos no estado do Rio Grande do Sul, realização de 7 consultas ou mais de pré-natal e os tipos de partos, entre os anos de 2010 e 2019.

RIO GRANDE DO SUL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
PARTOS NORMAIS (n)	312	383	367	406	407	402	418	444	447	435	4.021
%	64,4%	64,9%	55,5%	57,3%	57%	58,5%	62,3%	61,1%	63,8%	60,4%	60,3%
CESARIANAS (n)	172	207	294	303	307	285	252	282	254	285	2.641
%	35,6 %	35,1%	44,5%	42,7%	43%	41,5%	37,7%	38,9%	36,2%	39,6%	39,7%
TOTAL (n)	484	590	661	709	714	687	670	726	701	720	6.662
PRÉ-NATAL ADEQUADO E PARTO NORMAL (n)	134	160	166	193	190	208	212	251	265	262	1.776
%	7,68%	27,11%	25,11%	27,22%	26,61%	30,27%	31,64%	34,57%	37,80%	36,38%	30,63%
PRÉ-NATAL COM 7 CONSULTAS OU MAIS CESARIANAS (n)	112	112	176	182	181	188	170	177	155	190	1.643
%	23,14%	18,98%	26,62%	25,66%	25,35%	27,36%	25,37%	24,38%	22,11%	26,38%	24,64%

Fonte: DATASUS, 2021.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. R. *et al.* Orientações ofertadas às gestantes quanto aos tipos de parto durante o pré-natal. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde – ReBIS**, [s.l.], v. 3, n. 3, p. 19-26, 2021. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/211>. Acesso em: 25 set. 2022.

BACHA, A. M. *et al.* Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 66, p. 1-19, 2017. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/9/26>. Acesso em: 01 out. 2022.

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R., KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em abril de 2022.

BRASIL. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contr-a-covid-19>. Acesso em: 30 out. 2022.

COELHO, T. R. C. *et al.* Recommendation of tooth extraction and associated factors: cross-sectional study in the Kiriri indigenous population. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 5223-5232, 2021. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5dWp6FdB4zs6Y8cZtjDXQqD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2022.

DATASUS. **Informações de Saúde acerca dos nascidos vivos e tipos de parto**. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 30 out. 2022.

DIAS, J. M. G. *et al.* Mortalidade materna. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 30 out. 2022.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 3, p. e00181318. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GOMES, M. A. S. M. Care for healthy newborns in Brazil: are we making progress in achieving best practices?. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 859-874, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sMX4jp5MbK9DBLzsTjTrbTF/?lang=en>. Acesso em: 15 out. 2022.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Os indígenas no Censo Demográfico 2010 primeiras considerações com base no quesito cor ou raça, 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/9zxhRbM8GHHz9pJWr59GZTJ/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC, 2014.

OLIVEIRA, Rogério Nazário. Educação indígena, atendimento educacional especializado e a pandemia da covid-19: reflexões sobre os desafios atuais. **Revista Movimentos sociais e educação** [s.l.], v. 5, n. 3, p. 1-16, 2021. Disponível em: <http://anais.uesb.br/index.php/cicnmse/article/viewFile/10038/9846>. Acesso em: 03 out. 2022.

SILVA, A. B. *et al.* Culture of people originating from the Amazon rainforest during pregnancy and the puerperium: a scope review from the point of view of food and nutrition security. **Revista Saúde em Debate**. São Paulo, v. 43, n. 123, p. 1219-1239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gLgf7Gnd7pBXsZQfXrMvNbw/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Obstetric violence from the perspective of health professionals: gender as a defining factor in childbirth care. **Revista Interface**, Botucatu, v. 25, n. 1, p. 1-16, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2022.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

MANUSCRITO III

Elaborado conforme as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem A2.dox

"CESARIANAS E FATORES RELACIONADOS NO PERÍODO DE 2010 A 2019: análise em um município".

Isabel Helena Forster Halmenschlager¹, Edna Linhares Garcia¹, Deivis de Campos¹

¹ Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Resumo

Objetivo: Identificar e analisar alguns fatores (número de consultas no pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, nota do APGAR, cor de pele, escolaridade materna e idade materna) implicados na determinação das taxas de cesarianas em Santa Cruz do Sul (SCS), entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019. **Método:** Pesquisa de caráter longitudinal, documental, descritiva e quantitativa. Os dados foram obtidos através do DATASUS, no período de 2010 a 2019, referentes à cidade de SCS, 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), estado do Rio Grande do Sul (RS) e Brasil **Resultados:** Constatou-se que o município de SCS realizou em média 69,43% de cesarianas; na 13ª CRS, 67,90%; no RS, 61,74% e, no Brasil, a taxa foi de 55,53%. Além disso, discutiram-se os fatores acima mencionados que podem influenciar na ocorrência de cesariana, e todos eles tiveram altas taxas de cesarianas.

Conclusão: SCS liderou a percentagem de cesarianas realizadas no período de 10 anos analisados, em comparação à 13ª CRS, ao RS e ao Brasil, em qualquer fator analisado.

Palavras-chave: Parto; Taxas; Parto Normal; Cesariana; Gestação; Saúde Materna.

ABSTRACT

Objective: to identify and analyze some of the factors involved in determining caesarean section rates in SantaCruz do Sul (SCS), RS, between January 2010 and December 2019. **Method:** a longitudinal, documentary, descriptive and quantitative study. The data was obtained from DATASUS, from 2010 to 2019, referring to the city of SCS, the 13th Regional Health Coordination (CRS), the state of Rio Grande do Sul (RS) and Brazil, considering factors that could influence the occurrence of caesarean sections. **Results:** it was found that, in the period analyzed, the municipality of SCS performed an average of 69.43% of caesarean sections; in the 13th CRS, 67.90%; in RS, 61.74% and, in Brazil, the rate was 55.53%. In addition, factors such as the number of prenatal consultations, length of pregnancy, weight of the newborn, APGAR score, skin color, maternal schooling and maternal age that can influence the occurrence of caesarean sections were discussed. **Conclusion:** Santa Cruz do Sul led in the percentage of caesarean sections performed over the 10-year period analyzed, compared to the 13th CRS, RS and Brazil, in any factor analyzed.

Keywords: Normal Childbirth; Caesarean Section; Pregnancy; Maternal Health.

RESUMEN

Objetivo: identificar y analizar algunos de los factores implicados en la determinación de las tasas de cesárea em Santa Cruz do Sul (SCS), RS, entre enero de 2010 y diciembre de 2019. **Método:** estudio longitudinal, documental, descriptivo y cuantitativo. Los datos se obtuvieron de DATASUS, de 2010 a 2019, referidos a la ciudad de SCS, la 13ª Coordinación Regional de

Salud (CRS), el estado de Rio Grande do Sul (RS) y Brasil, considerando los factores que podrían influir en la ocurrencia de cesáreas. Resultados: se constató que, en el período analizado, el municipio de SCS realizó un promedio de 69,43% de cesáreas; en la 13ª CRS, 67,90%; en RS, 61,74% y, en Brasil, la tasa fue de 55,53%. Además, se discutieron factores como el número de consultas prenatales, la duración del embarazo, el peso del recién nacido, la puntuación de APGAR, el color de la piel, la escolaridad y la edad maternas que pueden influir en la ocurrencia de cesáreas. Conclusión: Santa Cruz do Sul lideró el país en el porcentaje de cesáreas realizadas en el período de 10 años analizado, en comparación con el 13 CRS, RS y Brasil, en cualquier factor analizado.

Palabra Clave: Parto Normal; Cesárea; Embarazo; Salud Materna.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

MANUSCRITO IV

Elaborado conforme as normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil – A2

EPIDEMIA DE CESARIANAS: CONTEXTOS, PRETEXTOS E PERSPECTIVAS

EPIDEMIC OF CESARIANS: CONTEXT, PRETEXT AND PROSPECTS

EPIDEMIA DE CESÁREAS: CONDICIÓN, EXCUSA Y SALIDA

Isabel Helena Forster Halmenschlager¹, Edna Linhares Garcia¹, Deivis de Campos¹

¹ Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar os sentidos produzidos pelas gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores acerca dos processos de nascimentos. **Método:** Abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Foram aplicados 57 questionários semiestruturados com perguntas norteadoras com gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores. As entrevistas foram gravadas e transcritas. As narrativas foram analisadas segundo os sentidos produzidos (Mary Jane Spink) e organizadas em marcadores de fala para dar maior visibilidade para as narrativas e pontos emblemáticos que apareceram nessas entrevistas. **Resultados:** A facilidade de agendar uma cesariana e a falta de informações sobre o parto no pré-natal e medo, foram referidos pelas pacientes. Os profissionais da enfermagem referiram que o parto normal é melhor para as gestantes, e o pré-natal deveria abordar essas vantagens. A maioria dos médicos considera melhor o parto normal e destacam a importância do acesso à analgesia no parto. Os gestores mostram-se preocupados com as altas taxas de cesariana. **Conclusão:** É necessária a transformação dos atendimentos pré natais, assim como da formação e conscientização dos profissionais de saúde. Oferta de analgesia para as gestantes do SUS. Para que ocorra uma mudança nesse cenário atual de preferência por cesarianas são necessárias novas formas de

diálogo sobre o nascimento entre os atores envolvidos e a criação de um novo paradigma – em que seja preservada a autonomia da mulher na escolha da via de parto.

Palavras-chave: Parto Normal. Cesariana. Sentidos produzidos

ABSTRACT

Objective: To analyze the meanings produced by pregnant and postpartum women, health professionals and managers about the birth processes. **Method:** Qualitative, exploratory and descriptive approach. Foram aplicados 57 questionários semiestruturados com perguntas norteadoras com gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores. The interviews were recorded and transcribed. The narratives were analyzed according to the senses produced (Mary Jane Spink) and organized in speech markers to give more visibility to the narratives and emblematic points that appeared in these interviews. **Results:** The ease of scheduling a cesarean section and the lack of information about childbirth in prenatal care were factors mentioned by pregnant and postpartum women. The nursing professionals mentioned that normal birth is better for pregnant women because it is more physiological, recovers faster and prenatal care should address these advantages. As for the physicians, three said they considered a cesarean section better and the others, normal delivery. All obstetricians talked about the importance of access to analgesia during labor, but this does not occur. The managers reported concern with the high cesarean rates. **Conclusion:** For a change to occur in this current scenario of preference for cesarean sections it is necessary to create a new paradigm - in which women's autonomy in choosing the delivery route is preserved - and that may start through new forms of dialog about birth among the actors involved. This movement is a major challenge, since it is necessary to develop strategies to transform the routines and care in prenatal care and obstetric centers, as well as training and awareness of health professionals responsible for these services.

Keywords: Natural Childbirth. Cesarean Section. Sences produced.

RESUMEN

Objetivo: Analisar os sentidos produzidos pelas gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores acerca dos processos de nascimento . **Método:** Cualitativo, exploratório e descriptivo. Formam aplicada 57 questionários semiestruturados com perguntas norteadoras com gestantes, puérperas, profissionais de saúde e gestores. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. As narrativas foram analisadas de acordo com os sentidos produzidos (Mary Jane Spink) e organizadas em marcadores de discursos para dar maior visibilidade às narrativas e pontos emblemáticos que aparecem nestas entrevistas. **Resultados:** La facilidad para programar una

cesárea y la falta de información sobre el parto en la atención prenatal fueron factores mencionados por las gestantes y puérperas . Os profissionais da enfermagem referiram que o parto normal é melhor para as gestantes, porque é mais fisiológico, se recupera mais rápido e o pré-natal deveria abordar essas vantagens. En cuanto a los médicos, tres dijeron que consideraban mejor la cesárea y los demás, el parto normal. Todos os obstetras falaram da importância do acesso à analgesia no parto, mas que isso não ocorre. Os gestores relataram preocupação com as altas taxas de cesárea. **Conclusão:** Para que ocorra uma mudança nesse atual cenário de preferência por cesáreas é necessário a criação de um novo paradigma - em que seja preservada a autonomia da mulher na escolha da via de parto - e que talvez iniciem por meio de novas formas de diálogo sobre o nascimento entre os atores envolvidos. Este movimento configura um grande desafio, uma vez que é necessária a elaboração de estratégias de transformação de rotinas e atendimento nos centros prenatais e obstétricos, bem como a formação e sensibilização dos profissionais de saúde responsáveis por estes serviços.

Palabras clave: Parto Normal. Cesariana. Sentidos Producidos.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

CAPÍTULO III
CONCLUSÕES GERAIS

Essa pesquisa surgiu a partir de uma preocupação com o aumento de cesarianas em um hospital do interior do RS, fato que está ocorrendo na maioria dos hospitais brasileiros de mesmo porte. Inclusive, na Política de Promoção à Saúde o incentivo aos partos normais sempre esteve presente, desde o seu início, fato que também demonstra a preocupação dos atores envolvidos com essa Política. Tanto é fato, que o Senado Federal do Brasil publicou, em 2018, uma análise de especialistas que aponta para epidemia de cesarianas no Brasil.

Então com essa preocupação, foi feita uma análise através do DATASUS, no período de 2010 a 2019, para confirmar essas taxas de via de nascimento, e conforme se suspeitava SCS liderou a taxa de cesarianas, nesse período avaliado, quando comparado com a 13ª CRS, RS e Brasil.

Com essa confirmação de altas taxas de cesarianas realizadas em SCS (sempre maiores que a realidade nacional e maiores que o preconizado pelo MS e OMS), foram elaboradas algumas hipóteses para tentar entender o porquê dessas altas taxas de cesarianas e ao mesmo tempo tentar elaborar sugestões e soluções para tentar reduzir essas taxas e a partir disso surgiu o objetivo geral dessa tese: Identificar os fatores implicados na determinação das taxas de cesariana em SCS, na perspectiva do MS e OMS, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019 e analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para as gestantes e puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres, disso resultou no manuscrito III e IV..

A presente tese foi subdividida em 2 artigos e 2 manuscritos para dar conta dos objetivos específicos, que abordaram Artigo 1º "Covid-19, Gestação e Orfandade Consequente"; Artigo 2º "Gestantes Indígenas Brasileiras: relação entre a assistência pré-natal e os números de partos normais e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019"; MANUSCRITO 3: TAXAS DE CESARIANAS E FATORES RELACIONADOS, NO PERÍODO DE 2010 A 2019, análise de um município." Manuscrito 4º EPIDEMIA DE CESARIANAS: CONTEXTOS, PRETEXTOS E PERSPECTIVAS.

No primeiro artigo com o título Covid-19, Gestação e Orfandade Consequente: uma revisão da literatura, se pretendeu revisar a literatura atual sobre as implicações da Covid-19, na saúde de gestantes e puérperas, e refletir sobre a orfandade consequente da mesma, pois a mesma surgiu em 2020 (OMS), quando a presente tese estava começando a ser escrita. Constatou-se com essa pesquisa uma tendência de crescimento da "orfandade pandêmica", pois apesar da população mais jovem não ser a mais atingida diretamente pela Covid-19, as crianças e adolescentes acabaram sofrendo com a mortalidade que atingiu seus pais, mães, avós, tios ou

outros cuidadores, e ainda se estima que 1,5 milhões de crianças perderam ao menos um dos cuidadores para essa patologia.

Também se constatou que, em geral, a infecção por Covid-19 não foi uma indicação para a via de nascimento, mas era recomendado a antecipação do parto e a realização de cesariana de urgência no caso de gestantes que evoluíssem com sintomas graves ou críticos. Em gestantes com boas condições clínicas, sintomas leves e feto com boa vitalidade, o parto vaginal era seguro e recomendável. Essa constatação reforça a temática dessa tese.

No artigo II - Gestantes indígenas brasileiras: relação entre a assistência ao pré natal e os números de partos normais e cesarianas entre os anos de 2010 a 2019 - procurou-se constatar a realização de pré-natal pelas gestantes indígenas e os números de partos vaginais e cesarianas no Rio Grande do Sul em relação ao Brasil no período de 2010 a 2019.

Nesse artigo II os principais resultados evidenciaram que a população indígena realizou mais partos normais (80,7%) que cesarianas (19,3%) em relação a gestantes não indígenas a nível nacional, mas as gestantes indígenas que realizam pré-natal (7 consultas ou mais), a taxa de partos normais ficou 21,53% e de cesarianas 9,59%, ou seja, a realização de pré-natal por essa população está aquém do preconizado pelo MS

Já no RS, também seguiu essa tendência, pois a taxa de partos normais das gestantes indígenas ficou em torno de 60,3%, e de cesarianas 39,7%, e em relação as gestantes indígenas que realizam pré-natal (sete ou mais consultas) a taxa de partos normais ficou 30,63% e de cesarianas 24,64%.

Essa discussão considerou abordagens numéricas para tentar explicar a diferença existente entre as taxas de cesarianas no Brasil e no estado do RS entre a população indígena e não indígena e também a realização de pré-natal adequado, ou seja, com 7 consultas ou mais e se houve alguma modificação nessas taxas de parto e cesariana com a realização de pré-natal adequado. Entretanto, é de suma importância frisar que este tipo de estudo não resulta em correlações, ou seja, as causas e consequências não podem ser interpretadas como verdades unidirecionais, apenas como forma de possíveis reflexões que permitam compreender a realidade, ora exposta.

No manuscrito III, o qual é um dos objetivos dessa tese, se escreveu “Taxas de cesarianas e fatores associados, no período de 2010 a 2019, análise de um município”, para responder ao objetivo de identificar e analisar os fatores implicados na determinação das taxas de cesarianas no estrato de uma realidade geográfica e de um segmento populacional, na perspectiva das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019, constatou-se que, nesse período analisado, o

município de SCS apresentou taxas maiores que a nacional, a estadual e a regional. SCS também liderou em todos os fatores implicados com aumento de cesarianas, esses fatores foram o número de consultas no pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, nota do Apgar, cor de pele, escolaridade materna e idade materna que podem influenciar a ocorrência de cesariana. Ou seja, SCS está em uma liderança mundial em taxas de cesarianas e todos esses fatores analisados só aumentaram as taxas de cesariana.

E nesse manuscrito ocorreu um paradoxo em relação ao pré natal, pois o mesmo é oferecido para todas as gestantes a nível nacional, e seria o local que deveria incentivar os nascimentos pelo parto normal, mas pelas estatísticas acima ocorre o contrário.

Em relação ao objetivo geral dessa tese no quesito "Analisar os sentidos produzidos acerca dos processos de nascimentos para as gestante e puérperas, bem como para os demais atores envolvidos nas equipes de cuidados para com essas mulheres", foi escrito o manuscrito IV : Epidemias de Cesarianas: Contextos, Pretextos e Perspectivas. Constatou-se, que a maioria dos nascimentos estão ocorrendo pela cesariana, como se pode evidenciar pelos dados acima, pois o modelo médico intervencionista tem estimulado cada vez mais este tipo de nascimento. Percebe-se que vários fatores estão relacionados, quais sejam: comodidade para a equipe, agendamento em horário comercial, solicitação pelas pacientes, desconsiderando a desinformação e real necessidade, ausência de analgesia.

. Em relação às entrevistas realizadas com as gestantes e puérperas, em SCS, conclui-se como indicadores de escolha pela cesariana a importância do fator cultural, o medo do desconhecido por parte das gestantes, o medo da dor, a facilidade de agendar uma cesariana e a falta de informações e esclarecimentos sobre a via de nascimento durante o pré natal.

Os profissionais envolvidos no pré natal e na hora do nascimento referem, na sua maioria, que o parto normal é melhor, com exceção de alguns profissionais médicos que citam a cesariana como sendo mais fácil. Dentre as facilidades citadas, relatam a comodidade de agenda, podendo ser marcada no horário comercial e, também, a paciente não passa pelo trabalho de parto, ou seja, não sente as dores do trabalho de parto. Os profissionais médicos referem que essa situação de altas taxas de cesarianas pode ser revertida, se as pacientes tiverem acesso à analgesia. Já a equipe de enfermagem refere que o parto normal é melhor (100%), referindo, também, que o pré natal deveria estimular mais o parto normal.

Percebe-se uma preocupação dos gestores com a realidade atual, sendo discutidas hipóteses como: melhorar o pré natal para tentar diminuir o medo do desconhecido, ou seja, melhorar a informação. Também se observa uma dificuldade por parte desses, na realização de mudanças no atual modelo.

Essa realidade vivenciada em um hospital do interior do RS referente a altas taxas de cesarianas sendo considerado normal, só conseguirá ser modificada se os profissionais envolvidos tiverem desejo e afinco para mudar essa realidade. Para tanto, será necessário que os gestores estejam muito bem articulados com as equipes de atendimento, e todos acreditando que essa realidade possa ser modificada, através de um pensamento único, realizar o que é o melhor para a mãe e o bebê, nesse aspecto incluindo a importância da disponibilização de analgesia para todas as pacientes do SUS. E, por fim, enfatiza-se os relatos de literatura médica, que diz que na maioria das vezes o parto normal é melhor para a mãe e o bebê, mas a cesariana sempre é melhor para o obstetra.

CAPÍTULO IV

NOTA À IMPRENSA

Parto normal e Cesariana: a nova realidade

A maternidade é uma experiência única e sonhada por muitas mulheres, pois é a chegada de um novo ser que realiza um sonho. Embora a gestação e o nascimento sejam processos fisiológicos, a maioria dos partos no Brasil e em nosso município, Santa Cruz do Sul, ocorre por cesariana. Esse é um procedimento cirúrgico de grande porte, que pode aumentar o risco de complicações, como tromboembolismo, infecção puerperal e complicações anestésicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesariana não ultrapasse 10-15% do total de nascimentos em uma região. A maioria das gestações (92% dos casos) ocorre normalmente sem maiores complicações. Entretanto, ressalta-se que é importante realizar o pré-natal completo. É uma forma de triar e detectar os 8% de gestações que não transcorrem normalmente. Se tudo estiver bem no pré-natal, o ideal é que o bebê escolha o dia do seu aniversário, ou seja, a gestante entre em trabalho de parto espontaneamente.

No Brasil, a média de cesarianas entre 2010 e 2019 foi de 55%, e em Santa Cruz do Sul em torno de 70%. Países com taxas de cesariana maiores que as recomendadas não apresentam redução na morbimortalidade materno-infantil, o que contradiz uma das principais justificativas para a indicação da cesariana. Esse procedimento deve ser realizado apenas quando há algum problema na gravidez com a mãe ou o bebê que contra-indique o parto normal. O Ministério da Saúde (MS) tem atuado nas últimas duas décadas por meio de políticas públicas para incentivar o parto normal.

Diante deste cenário, uma pesquisa realizada através do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul objetivou estudar o por quê dessa preferência por cesarianas, salientando que o parto normal geralmente é muito seguro para a gestante e seu filho. A pesquisa é o resultado da tese da doutoranda Isabel Helena Forster Halmenschlager, sob a orientação da Dra. Edna Linhares Garcia (Unisc) e co-orientação do Dr Deivis de Campos (UNISC)

Dentre os resultados encontrados, percebe-se o fator cultural, o qual está relacionado, com o medo do desconhecido, principalmente quando é a primeira gestação. Esse fator deve ser melhor trabalhado no pré-natal. A comodidade e facilidade de agendamento, também aparecem como justificativa relatada tanto pelos profissionais, como pelas pacientes. Outro aspecto é e a falta da realização de analgesia para as pacientes do SUS, que se configura como uma barreira para a escolha pelo parto normal.

Constata-se que apesar da tecnologia avançada que disponibilizamos atualmente e a preocupação por parte do Ministério da Saúde, precisamos promover reformas na assistência às gestantes para tentar diminuir essas taxas, através de comprometimento político, econômico e social.

Encontram-se inúmeras sugestões para melhorar esse cenário, como por exemplo, a de disponibilizar analgesia para as pacientes do SUS; outra seria uma mudança de paradigmas das equipes platonistas, procurando estimular o parto normal e outra, ainda, seria o pré-natal também estimulando o parto, pois para haver mudanças concretas em relação a essa realidade do aumento de cesarianas, as pacientes também tem que se preparar melhor para esse momento.

Esse artigo foi publicado no Rio Vale Jornal de Santa Cruz do Sul em 23/11/2023

CAPÍTULO V
RELATÓRIO DE CAMPO

Como médica comecei a perceber uma mudança de paradigma em relação a melhor via de nascimento por parte dos profissionais de saúde e das pacientes no final dos anos noventa, pois desde os tempos da minha graduação (1984), sempre aprendi que na maioria das vezes o parto normal era melhor para a mãe e seu bebê, e também que a cesariana muitas vezes salvava vidas, conduta que continua sendo aceita universalmente, mas para minha surpresa esses conceitos começaram a modificar no meu entorno e essa pesquisa confirmou o que eu percebia.

O presente estudo abrangeu muitas características interdisciplinares, sendo que os dados utilizados na presente tese foram retirados do Datasus, da Bi gestão RS , através de prontuários do HSC, e literatura pertinente sobre o assunto.

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, foram ouvidos médicos obstetras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, gestores, gestantes e puérperas, as narrativas foram analisadas segundo os sentidos produzidos .

ANO DE 2019:

O primeiro ano do doutorado foi de muito aprendizado, de muitas pesquisas em bases de dados sobre o tema dessa tese, foi aperfeiçoado o projeto e a escolha das metodologias que seriam utilizadas. Foi amplamente discutido com o orientador e co orientador, inicialmente em encontros mensais e posteriormente quinzenais.

Foram cursadas várias disciplinas junto ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde.

Foi feita a solicitação para a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UNISC.

Foi solicitado autorização para Prefeitura de Santa Cruz do Sul, para poder realizar a pesquisa.

Foi solicitado autorização para o Hospital Santa Cruz para poder realizar a pesquisa.

Término de escrita de um capítulo para o E BOOK do PPGPS da UNISC intitulado: Altas Taxas de cesariana: um tipo de violência na atenção obstétrica?

ANO DE 2020

Nesse ano surgiu a Covid-19, nos pegando de surpresa, pois nesse último século nunca tínhamos passado por algo assim, tivemos que nos adaptar a nova realidade, as novas medidas de prevenção e cuidados, pois não sabíamos com o que estávamos lidando , inclusive atrasando a minha pesquisa de campo.

Inclusive, foi sugerido pela orientadora, para mim escrever sobre essa nova patologia e acrescentá-la nessa tese, pela sua relação com o tema dessa pesquisa, pelos seus desfechos muitas vezes trágicos, pela sua importância a nível internacional, e isso foi feito e surgiu um

artigo intitulado COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura.

Publicação em 11/03/2020 um capítulo no E BOOK do PPGPS da UNISC intitulado: Altas Taxas de cesariana: um tipo de violência na atenção obstétrica?

O grupo de pesquisa permaneceu realizando reuniões via Meet, para discussão de artigos e leituras pertinentes.

Continuei cursando disciplinas junto ao Programa de Promoção de Saúde, mas eram realizadas *on line*.

ANO DE 2021

Infelizmente, em virtude da pandemia e das estratégias de prevenção para Covid-19, novamente houve atraso na pesquisa de campo, mas nos últimos meses de 2021, quando foram diminuindo as medidas de cuidado contra a Covid-19, comecei a pesquisa de campo, indo ao HSC e CEMAI.

O grupo de pesquisa permaneceu fazendo reuniões via Meet (on line) para discussão de artigos e aprimoramento do projeto.

Discussão sobre os dados quantitativos adquiridos.

Término de escrita de três artigos pertinentes sobre a tese, os quais foram: O artigo sobre Covid-19 não constava no projeto inicial, pois em 2019 nem sonhávamos que isso poderia ocorrer, mas como esse assunto estava intimamente relacionado com gestantes e mortalidade das mesmas, senti a necessidade de introduzi-lo nessa tese. COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura.

Outro artigo foi: Gestantes indígenas Brasileiras: Relação entre a assistência ao pré-natal e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019.

E outro artigo foi : Exercício Físico na Gestação: O que diz a Caderneta de Gestante.

ANO DE 2022

Durante esse ano tive vários contatos com a orientadora, discutindo artigos e sugestões que a mesma me dava sobre a minha tese; também com o co orientador, o qual também me orientava

Continuei indo ao Hospital Santa Cruz e CEMAI fazendo minha pesquisa.

Foram encaminhados para submissão três artigos que eu escrevi e foram publicados em 2022.

1- COVID-19, GESTAÇÃO E ORFANDADE CONSEQUENTE: uma revisão de literatura

Publicado em 22/03/2022, pela revista: INTERNATIONAL JOURNAL OF DEVELOPMENT RESEARCH INTERDISCIPLINAR ISSN: 2230-9926

2- GESTANTES INDÍGENAS BRASILEIRAS: Relação entre a assistência ao pré-natal e cesarianas entre os anos de 2010 e 2019

Publicado em 13/11/2022 pela revista: International Journal of Advanced Engineering Research and Science. NA INTERDISCIPLINAR ISSN: 2349-6495

EXERCÍCIO FÍSICO NA GESTAÇÃO: O que diz a Caderneta de Gestante

Publicado em 15/06/2022 pela Revista: Conjecturas , volume 22, n.7: Especial Medicina e Saúde Brasil .

ANO DE 2023

Término da escrita dos dois artigos que compõem essa tese: Taxa de cesariana e fatores relacionados, no período de 2010 a 2019 e Epidemia de cesarianas: Contextos, Pretexos e Perspectivas, que serão encaminhados para revistas.

Preparação para a Defesa dessa tese.

Como essa tese foi dividida em 2 eixos, pois um eixo é uma análise quantitativa e o outro eixo é qualitativo, para responder o objetivo “Identificar e analisar os fatores implicados na determinação das taxas de cesarianas em Santa Cruz do Sul, na perspectiva das recomendações da OMS e MS, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2019,” primeiramente escreverei nesse Diário de campo, sobre a análise quantitativa realizada.

REFERÊNCIAS

AURELIO, B. H. **O mini dicionário da língua portuguesa**. 8 ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf Acesso em: 12 set. 2019

BRASIL. **Cadernos de Atenção a Saúde do Recém Nascido**. Cuidados Gerais, Brasília, segunda edição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. **Despacho - posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”**. 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89def1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0 Acesso em: 26 set. 20 set 2020

BRASIL. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2005c. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/lei_acompanhante.pdf Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2007. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 14.190, de 29 de julho de 2021. Altera a Lei nº 14.124, de 10 de março de 2021, para determinar a inclusão como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 de gestantes, puérperas e lactantes, bem como de crianças e adolescentes com deficiência permanente, com comorbidade ou privados de liberdade.

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14190&ano=2021&ato=da2oXUq5UMZpWT77b>

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. p. 18055. 1990.

BRASIL. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf> Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2015b. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2011a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 12 set. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2005b. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obstetrica-e-neonatal-2.pdf> Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada:** manual técnico. Brasília: Ministério da saúde, 2005a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv> Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **DATASUS - dados de 2017.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC e SIP/ANS. Brasília, MS, 2017. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv> Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos SINASC e SIP/NA**: DATASUS – dados de 1999. Brasília, Ministério da saúde, 1999.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos SINASC e SIP/ANS**: DATASUS - dados de 2009 Brasília: Ministério da saúde 2009.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv> Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre nascidos vivos SINASC e SIP/ANS**: DATASUS - dados de 2010. Brasília: Ministério da saúde 2010.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv> Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Humanização, PNH, Primeira Edição, Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

BRASIL; **MINISTERIO DA SAÚDE**. Caderneta da Gestante. 4. ed. Brasília: DF, 2018. SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br> > arquivos Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, Versão Preliminar 2022.

<http://189.28.128.100> > portaldab > publicacoes

CARVALHO Silas Santos; CERQUEIRA, Raiane Farias Nunes. Influência do pré natal na escolha do tipo de parto: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 120-128, 2020. Disponível em:

https://www.seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6315/pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

CASEY, Brian M.; MCINTIRE, Donald D.; LEVENO, Kenneth J. The continuing value of the Apgar score for the assessment of newborn infants. **New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 7, p. 467-471, 2001. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200102153440701>. Acesso em: 12 mar. 2023.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, n. 1, v. 1, p. 80-91, 2006.

COELHO, T. R. C. *et al.* Recommendation of tooth extraction and associated factors: cross-sectional study in the Kiriri indigenous population. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 5223-5232, 2021. Acesso em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/5dWp6FdB4zs6Y8cZtjDXQqD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. **Diário Oficial da União**, CFM, 17 mar. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=22/06/2016>. Acesso em: 12 mar. 2023.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.319-335, 1999.

DIAS, Júlia Maria Gonçalves *et al.* Mortalidade Materna. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1771>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon (orgs.). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manoele, 2007

FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; LACERDA, Lucas; RODRIGUES, Agatha S. Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, v. 76, e3120, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/clin/a/YrcJPqKqrxnj3r8j4ddsKD/?lang=en#> Acesso em: 28 set. 2021.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 3, p. e00181318. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GUEDES, Aline. Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. **Senado Notícias**, 28 ago. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 12 mar. 2023.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HILLIS, Susan D. *et al.* Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study. **The Lancet**, v. 398, n. 10298, p. 391-402, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673621012538> Acesso em: 28 set. 2021.

HÖFLING E. H. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, v. 21, n.55, p. 30-41, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo**

demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 16 maio 2019.

KINGDON, John. **Agendas, alternatives, and public policies**. Nova York: Harper Collins, 1995.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 91-104, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/9zxhRbM8GHHz9pJWr59GZTJ/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LEAL, M. C. *et al.* Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, ENSP, 2014. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 12 mar. 2023.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do âmbito da rede cegonha. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=rede-cegonha. Acesso em: 12 mar. 2023.

LEITE, Mirlane Gondim *et al.* Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, p. 115–124, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

LIMA, A. C. S.; AZEVEDO, C. B. A interdisciplinaridade no Brasil e o ensino de história: um diálogo possível. **Revista Educação e Linguagens**, v. 2, n. 3, p. 128-150, 2014.

MARIAN, D. C.; BARROS, A. G. S.; FLACH, J. K. Evolução temporal dos partos cesáreos e dos fatores maternos associados no Brasil no período de 2000 a 2015. **Medicina-Pedra Branca**, 2018.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário. 1º de abril de 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/arOcle/view/585>. Acesso em: 29 abr. 2021.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. L. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 105, 2017.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Rezende obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2017.

NUNES, J. T. *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252–61, 2016.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO – OOBBr. Morte de gestantes e puérperas por COVID-19 de 2020 a 2022. OOBBr, c2022. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/sta. Acesso em: 12 mar. 2023.

OLIVEIRA, E. B.; SANTOS, F. N. Pressupostos e definições em interdisciplinaridade: diálogo com alguns autores. **Revista Interdisciplinaridade**, n. 11, p. 73-87, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/interdisciplinaridade/article/view/34709/23806>. Acesso em: 12 mar. 2023.

OLIVEIRA, R.R.; MELO,E.C.;NOVAES, E.S.; FRANCIOLIL, P.L.R.V. ; Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Enferm USP*. 2016;50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>; 2016

OLIVEIRA.,T.G.; FREIRE,P.V.; MOREIRA, F.T.; MORAES, J.S.B.; ARRELARO,R.C.; ROSSI,S.; RICARDI,V.A.; JULIAMO, I.; NOVO, N.F.; BERTAGNON,J.R.D. Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo einstein. 10(1):22-8, 2012

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL – ONUBR. **Direitos Humanos das Mulheres**: a equipe das nações unidas no Brasil. ONUBR, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/08/Position-Paper-Direitos-Humanos-das-Mulheres.pdf> Acesso em: 20 set.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.53, n.2, p.251-163, 2000.

RIO GRANDE DO SUL - RS. **Plano Estadual de Saúde**: 2016/2019. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: RS, 2016. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf> Acesso em: 15 set. 2019.

RIO GRANDE DO SUL - RS. **Portal BI**: gestão estadual – dados de 2016. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: RS, 2017. Disponível em: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm> Acesso em: 15 set. 2019.

RISCADO, Laina Carvalho *et al.* A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/f9Cr3bm5ySPMNGvWZTr4fVs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2023.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 ed. São

Paulo: Cengage Learning, 2014.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681–693, 2016.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Early Moments Matter**. UNICEF, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/early-moments> Acesso em: 15 set. 2019.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Quem espera, espera**. UNICEF, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf Acesso em: 15 set. 2019.

Venturi e Godinho, 2010, gventuri@usp.br; www.fpabramo.org.br; www.sesc.or.br; www.sescsp.org.br Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado, 2013

Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. saúde colet.* 2014;22(1):46-53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2> Acesso em: 29 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO; UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Stemming the global caesarean section epidemic. **The Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1279, 2018.

ZANARDO, G. L. P.; et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, p. 1-11, 2017.

APÊNDICE A - Entrevista estruturada e semi-estruturada

ENTREVISTA PARA MÉDICOS OBSTETRAS

Dados pessoais:

NOME:

CARGO:

LOCAL DE ATUAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO:

- 1 – Achas melhor para a mulher parto normal ou cesariana? Por quê?
- 2 – Tu como obstetra, o que tu preferes fazer? Parto ou cesariana?
- 3- Se fosse você, qual o tipo de atendimento que você gostaria de receber?
- 3 – Porque tu achas que tem alta taxa de cesariana no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul comparado com as recomendações da OMS?
- 4- O que você acha que poderia ser feito para tentar alcançar / adequar ao índice da OMS?

ENTREVISTA PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Dados pessoais:

NOME:

CARGO:

LOCAL DE ATUAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA:

- 1 – Achas melhor para a mulher parto normal ou cesariana? Porque?
 - 2 – Porque tu achas que tem alta taxa de cesariana no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul comparado com as recomendações da OMS?
 - 3- O que você acha que poderia ser feito para tentar alcançar / adequar ao índice da OMS?
- Se fosse você, ou sua familiar qual o tipo de atendimento que você gostaria de receber?**

ENTREVISTA PARA GESTORES

Dados pessoais:

NOME:

CARGO: GESTOR

LOCAL DE ATUAÇÃO:

- 1 – Achas melhor para a mulher parto normal ou cesariana? Porque?
 - 2 – Porque tu achas que tem alta taxa de cesariana no Brasil, Rio Grande do Sul e Santa Cruz do Sul comparado com as recomendações da OMS?
 - 3- O que você acha que poderia ser feito para tentar alcançar / adequar ao índice da OMS?
- Se fosse você, ou sua familiar qual o tipo de atendimento você gostaria de receber?**

ENTREVISTA PARA GESTANTES

Data:

Questionário

Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 Idade: _____ Estado civil: _____
 Profissão: _____ Escolaridade: _____

Nº de gravidez: _____ Nº de cesarianas: _____ Nº parto normal: _____
 Pré-natal: () Sim () Não - Nº Consultas: _____
 Pré-natal na rede pública () Pré-natal na rede privada ()

PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1) No Pré-Natal falaram sobre as opções de tipo de parto? Parto normal e cesariana?
- 2) No pré-natal falaram melhor do parto normal ou da cesariana
- 3) Durante o pré-natal preferia ter parto normal ou cesariana? E por quê?
- 4) Como percebestes o atendimento no pré-natal em relação a via de parto?

ENTREVISTA PARA PUÉRPERAS

Data: _____
 Questionário _____
 Nome: _____ Data de Nascimento: _____
 Idade: _____ Estado civil: _____
 Profissão: _____ Escolaridade: _____

Nº de gravidez: _____ Nº de cesarianas: _____ Nº parto normal: _____
 Pré-natal: () Sim () Não - Nº Consultas: _____
 Pré-natal na rede pública () Pré-natal na rede privada ()

PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1) No Pré-Natal falaram sobre as opções de tipo de parto? Parto normal e cesariana?
- 2) No pré-natal falaram melhor do parto normal ou da cesariana?
- 3) Durante o pré-natal preferia ter parto normal ou cesariana? E por quê?
- 4) Como percebestes o atendimento no pré-natal em relação a via de parto?
- 5) Como percebestes o atendimento no CO (centro obstétrico) dos profissionais envolvidos em relação a parto ou cesariana
- 6) Porque foi feito cesariana?

Foi aplicada a técnica da Análise dos Sentidos Produzidos (SpinK), utilizando-se questionários semiestruturados, foram realizados mapas de associação de idéias, contendo as falas.

As narrativas foram analisadas segundo os sentidos produzidos e organizadas em falas, para dar maior visibilidade para as narrativas e pontos emblemáticos que apareceram nessas entrevistas, utilizando-se questionários semiestruturados com perguntas norteadoras

Os resultados serão apresentados em tópicos, organizados segundo os principais sentidos produzidos nas falas dos entrevistados.

Despontaram três categorias para pensarmos os sentidos produzidos por esses agentes:

Categoria 1: “Olhar dos profissionais de saúde sobre os processos de nascimentos e os cuidados ofertados”

Categoria 2: “O que pensam os gestores sobre os processos de nascimento”

Categoria 3: “Cesariana ou parto normal? Qual a visão das gestantes e puérperas?”

Categoria 1: “Olhar dos profissionais de saúde sobre os processos de nascimentos e os cuidados ofertados

Sentidos Produzidos dos médicos (Falas)

[No parto normal a mulher recupera mais rápido]. [é melhor que a cesariana]
 [Fator cultural] [é mais fisiológico] [Há anos atrás eu fazia muito mais partos normais]
 [Prefiro fazer parto normal] [solicitação da paciente] [Analgesia para todas as primigestas]
 [mais fácil para o médico, o profissional consegue se organizar melhor e com melhor qualidade de vida, comodidade]
 [a cultura da cesarianas, as mulheres querem fazer pq acham mais fácil]
 [Falta analgesia para o parto, principalmente para primigestas]
 [Mas a maioria dos médicos entrevistados ainda acha que o parto é melhor que a cesariana para a mulher, recuperação mais rápida,]
 [mas eles também acham que fazem muitas cesarianas a pedido atualmente que em anos atrás]

Categoria 1: “Olhar dos profissionais de saúde sobre os processos de nascimentos e os cuidados ofertados”

Sentidos produzidos Equipe de Enfermagem (falas)

[Melhorar o pré-natal.] [A cultura do médico tem que mudar] [O parto normal]
 [sempre é melhor para as gestantes.] O parto normal é melhor, mas percebem que as mulheres querem a cesariana, porque podem agendar o dia e horário. A cesariana tem mais riscos, é uma cirurgia.

Pré natal informar melhor as gestantes sobre as vantagens do parto desde o início da gestação.
 Cultura das cesarianas, que a mesma é melhor
 Obstetras passarem mais informações sobre o parto normal no **pré natal**
 O parto é **natural**

Categoria 2: “O que pensam os gestores sobre os processos de nascimento”

[Preocupação com essas altas taxas de cesariana.] [Melhor o parto normal][parto normal]

[Comodidade para a equipe] [melhorar o pré natal]

[As equipes plantonistas estimularem o parto normal] [Estimular as equipes de pré-natal a falarem mais sobre as vantagens do parto normal].[Dificuldade de mudança]

Categoria 3: “Cesariana ou parto normal? Qual a visão das gestantes e puérperas?”

Sentidos produzidos gestantes e puérperas (falas) : *[Senti muita dor durante o trabalho de parto e acharam melhor a realização da cesariana] [Cesariana ou parto normal?] [Nunca falaram sobre esse assunto no pré natal] Queria fazer cesariana} [No pré-natal falaram pouco sobre parto normal e cesariana]. [Fui bem atendida, logo fizeram cesariana.] [Gostaria de fazer parto normal, mas o obstetra achou melhor fazer cesariana] [a cesariana é melhor, não tem dor] [Cesariana marcada][O obstetra falou muito pouco sobre as vantagens do parto][feliz pq foi tudo bem, porque fiz cesariana] [Eu **preferiria cesariana]***

HIPOTHESES realizadas antes das entrevistas

- Hipótese 9: Preferência pela via cesariana é por comodidade dos profissionais envolvidos; Sim, maioria das vezes
- Hipótese 10: As informações sobre via de parto que são dadas as mães são insuficientes e/ou parciais sobre os riscos e benefícios de cada via de parto; São parciais
- Hipótese 11: Os cuidados prestados às gestantes estão em acordo com as diretrizes do SUS. Parcialmente

DADOS QUANTITATIVOS

Eixo I: análise de taxas de cesarianas no período de 2010 a 2019, no município de Santa Cruz do Sul e comparados a nível regional, estadual e nacional, baseado nos dados do DATASUS. Santa Cruz do Sul liderou a taxa de cesarianas, nesse período avaliado, pois realizou em média 69,43% de cesarianas, enquanto o Brasil realizou 55,53%, o estado do RS 61,74% e a 13ª CRS 67,90%. Valores muito além do preconizado pela OMS e MS (DATASUS,2021).

Hipóteses sugeridas antes da pesquisa de campo e respondidas após avaliação

Hipótese 1: O maior número de consultas pré-natal tem relação com as altas taxas de cesariana. Provavelmente, pq falta orientação

- Hipótese 2: O número de complicações fetais são maiores nas cesarianas que nos partos normais. Parece pelas estatísticas do Datasus que nas cesarianas os recém nascidos tem um Apgar levemente melhor, quando comparados as cesarianas, mas nisso há outros fatores relacionados, tais como muitas pacientes não entrarem em trabalho de parto, e as complicações muitas vezes são vistas mais tardiamente

- Hipótese 3: A cesariana é realizada com um tempo de gestação menor comparado ao parto normal, Não, pois observa-se que a maioria das cesarianas são realizadas entre 37 a 40 semanas. Em relação ao nascimento com idade gestacional de 37 a 40 semanas, é onde ocorre a maioria dos nascimentos, o Brasil apresentou em torno de 55% de cesarianas, o RS 60%, A 13ª CRS em torno de 68% e SCS em torno de 70%, ou seja, muitos estão seguindo a orientação do Conselho Federal de Medicina que é para fazer a cesariana eletiva após as 39 semanas

- Hipótese 4: A faixa etária das mães no momento da cesariana é maior comparado ao parto normal. Sim Observa-se que na faixa etária de 10 a 14 anos a nível de Brasil predomina o parto normal, beirando os 60%, já no RS fica em torno dos 50%, mas na 13ª CRS como em Santa Cruz do Sul é variável, talvez pelo fato de ter muito poucos nascimentos nessa faixa etária, ocorrendo entre 2 a 11 nascimentos em um ano, estatística que se deve destacar ser muito boa, para Santa Cruz do Sul e 13ª CRS pois essa faixa é de meninas muito jovens, ou seja, crianças, vulneráveis. Mas a partir dos 14 anos ocorre uma inversão, sendo o número de cesarianas sempre maior que os partos normais.

No Brasil na faixa etária de 35 anos ou mais as cesarianas ficam em torno de 67%, no RS 73%, na 13ª CRS 75% e em Santa Cruz do Sul 77%, chegando muitas vezes em até 80%. Esses dados da faixa etária indicam que as mulheres mais velhas fazem mais cesariana que parto normal.

- Hipótese 5: O peso dos recém nascidos por cesariana é menor quando comparado ao parto normal. Em relação ao peso dos recém nascidos, só ocorreu mais parto normal quando o recém nascido pesou de 500 a 999g, ou seja, foram prematuros extremos, baixíssimo peso, nos quesitos de recém nascidos maiores sempre a as cesarianas foram maiores
- Hipótese 6: A escolaridade em anos das mães no momento da cesariana é maior comparado ao parto normal. Sim, Em relação a escolaridade das mães com 12 anos de estudo ou mais, a nível de Brasil observa-se que realizaram cesarianas em torno de 78% , já no RS 82%, na 13ª CRS 84% , e em SCS 85%.
- Hipótese 7: As mães que realizam cesariana são em maioria da cor branca comparado ao parto normal. Sim. Em relação a cor da pele, no período de 2010 a 2019, a cor branca a nível de Brasil realizou cesariana em torno de 65%, já no RS 65%, e na 13ª CRS 70% e em SCS 72%.
A realização de cesarianas em pacientes de cor preta a nível de Brasil ficou em torno de 48%, já no RS essa percentagem fica em torno de 47%, e na 13ª CRS 60% e em Santa Cruz do Sul 65%
- Hipótese 8: Número de consultas de pré-natal realizadas no Brasil, Rio Grande do Sul, 13ª CRS e Santa Cruz do Sul são adequados conforme a preconização do Ministério da Saúde. As pacientes realizaram pré natal conforme orientação do Ministério da Saúde, mas as gestantes que realizaram um maior número de consultas pré natal, com 7 consultas ou mais, a nível de Brasil realizam em torno de 60% de cesarianas, no RS 66%, na 13ª CRS 68% e em SCS em 73%. Mas nisso percebe-se um paradoxo, pois o pré-natal é para preparar as gestantes para o parto normal, mas a nível dos quatro locais (nacional, estadual, regional e municipal) avaliados, sempre a cesariana prevaleceu.

APÊNDICE B – ARTIGO V

**Atividade física na gestação:
o que diz a Caderneta da Gestante?**

Isabel Helena Forster Halmenschlager

Josi Mara Saraiva de Oliveira

Edna Linhares

Elaborado conforme as normas da Revista Conjecturas

Especial Medicina & Saúde

Qualis B5 (Interdisciplinar)

Publicado em: 15 de junho de 2022.

Acesso: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1137>

RESUMO

A Caderneta de Gestante brasileira é um material didático de educação em saúde, sendo um documento de acompanhamento do cuidado à gestante e ao bebê, e até no puerpério. Dentre os cuidados abarcados por ela, está a prática do exercício físico, que promove saúde da mãe e do filho, inclusive o exercício físico ajuda no parto normal. Nesse artigo, objetivou-se discutir a importância do exercício físico na gestação, relacionando a literatura científica com as informações dispostas na Caderneta de Gestante. Conduzido por meio de uma abordagem qualitativa com objetivo descritivo e documental, a coleta de dados se deu em documentos oficiais e artigos científicos. Constatou-se que os benefícios do exercício físico na gestação estão consolidados na literatura, e que a Caderneta da Gestante apresenta poucas informações sobre o tema. Por seu papel educativo, apontamos a Caderneta como uma potente ferramenta de divulgação da importância do exercício físico na gestação, e ressaltamos a necessidade de sua atualização.

Palavras-chave: Gestantes; Exercício Físico; Cuidado Pré-Natal; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento único na vida das mulheres, sendo um ponto crítico e determinante para promoção da qualidade e a segurança no cuidado à saúde materna e infantil (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017). Nesse sentido, institui-se a assistência pré-natal, que tem como objetivo o acompanhamento das gestantes e seus filhos por profissionais da saúde (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Durante a orientação médica, e de demais profissionais da saúde, deve-se estimular a melhora da qualidade de vida e a adoção de um estilo de vida mais saudável, como o incentivo à uma alimentação adequada e a prática de atividade física.

No Brasil, um instrumento de educação em saúde utilizado no pré natal é a Caderneta de gestante, que também é utilizada em muitos países, Segundo o Ministério da Saúde (2016), “caderneta deve ser o ponto de contato diário com a gestante e ela poder ser atendida em qualquer unidade de saúde por qualquer profissional de saúde”. Ela se configura como um manual de orientações, e não um instrumento de identificação de riscos. Contudo, seu preenchimento correto pode auxiliar na detecção de riscos à saúde da mãe e do bebê. (Ministério da Saúde Caderneta de gestante 3ª edição 2016), pois foi a partir de 1988 q surgiu o Cartão da Gestante, mas somente em 2014 a Caderneta da Gestante foi lançada e então distribuída em todo país pelo Ministério da Saúde, (ANDRADE, 2019).

E o próprio Ministério da Saúde refere que a caderneta deve ter um caráter Interativo, Integrativo, Explicativo e Informativo. Interativo no sentido da caderneta ser um produto educativo e alinhado as políticas públicas vigentes, Integrativo no fato de estimular as boas práticas de assistência ao parto e o vínculo entre as famílias e os serviços de saúde, Explicativa

pois estimula a melhoria da saúde da mulher e da criança e Informativa pois democratiza o acesso as informações.

A utilização de estratégias educacionais como manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são importantes tecnologias cuidativo-educacionais que envolvem simultaneamente o cuidar e o educar no processo de trabalho dos profissionais de saúde (SALBEGO *et al.*, 2017). Um exemplo deste tipo de tecnologia pode ser encontrado na utilização da Caderneta da Gestante,. Atualmente a Caderneta de Gestante é o principal material didático de educação em saúde utilizado no cenário brasileiro, (Ministério da Saúde, 2016). Por esse motivo a sua utilização no período da gestação, em que a mulher desenvolve maior preocupação com autocuidado e com o bem estar do seu filho, é a estratégia para a promoção de comportamentos saudáveis. Dentre eles, a atividade física, que tem sido intensamente estudada, evidenciando os diversos benefícios de sua prática para a saúde materno infantil (SILVA, 2017).

A atividade física na gestação é considerada segura e promove saúde tanto para a mãe, quanto para feto e apresenta inúmeros benefícios (GREGG; FERGUSON, 2017; HINMAN *et al.*, 2015). Segundo Dumith *et al.*, (2012) previne lombalgias, melhora o sistema cardiovascular, fortalece a musculatura pélvica, melhor a flexibilidade, controla o ganho de peso excessivo e proporciona melhoras na autoestima. Além disso, benefícios como: promoção do bem-estar geral, manutenção do ganho de peso gestacional e fetal adequado, redução dos distúrbios hipertensivos e do diabetes gestacional, redução do edema, aumento do índice do líquido amniótico, diminuição do tempo de trabalho de parto e do risco de cesariana, efeito protetor em relação ao parto prematuro e ainda, das taxas de períneo intacto após o parto são esperados em gestantes que praticam exercícios físicos regularmente (GREGG; FERGUSON, 2017; HINMAN *et al.*, 2015; RODRÍGUEZ-BLANQUE *et al.*, 2019).

Segundo as diretrizes americanas mais atuais referentes a prática de exercícios físicos na gravidez, como as da ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2015) e da SOCG/CSEP (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada's/ Canadian Society for Exercise Physiology) (MOTTOLA *et al.*, 2018), as mulheres consideradas ativas fisicamente podem continuar se exercitando, enquanto as sedentárias devem ser incentivadas a começar a se exercitar. A recomendação é de que mulheres grávidas acumulem pelo menos 150 ou mais de exercícios físicos de intensidade moderada, ou 30 minutos na maioria (se não todos) dos dias da semana, podendo ser aeróbicos e/ou de força/resistência, desde que não haja complicações médicas ou obstétricas (ACOG, 2015; MOTTOLA *et al.*, 2018). No entanto, apesar de conhecidos os benefícios e da recomendação que todas as mulheres sem contraindicações devem realizar exercícios físicos durante o pré-natal, o cumprimento das

diretrizes é baixo e estudos têm mostrado que as mulheres tendem a diminuir sua atividade física durante a gravidez (AMEZCUA-PRIETO *et al.*, 2013; DUMITH *et al.*, 2012).

Um dos fatores para esta redução pode estar relacionado aos conhecimentos, crenças e práticas dos profissionais de saúde, que mostram que mais de 60% destes não estão familiarizados com as diretrizes da ACOG para exercícios físicos durante a gravidez (BAUER; BROMAN; PIVARNIK, 2010). Tal fato pode acentuar a diminuição da prática de exercícios físicos na gestação, visto que este comportamento indica ser mais frequente entre mulheres mais jovens, com maior escolaridade e que recebem orientação (DUMITH *et al.*, 2012). Neste sentido, nota-se uma lacuna na assistência pré-natal por parte dos profissionais, evidenciando a necessidade de uma Educação permanente em saúde e, ao mesmo tempo, a necessidade de propiciar a promoção da saúde e a prevenção de agravos na gestação através de uma Educação em saúde mais efetiva a respeito da prática do exercício físico.

Esse artigo objetivou discutir a importância da atividade física na gestação, relacionando com as informações disponibilizadas na Caderneta de Gestante do Ministério da Saúde brasileiro. Mas se o exercício físico é tão importante na gravidez, por que isso é divulgado tão timidamente na Caderneta de gestante ?

MATERIAIS E MÉTODOS

A realização deste estudo envolve a descrição da Caderneta da Gestante, distribuída pelo Ministério da Saúde para todo o Brasil, para a orientação e monitoramento das gestantes no Brasil, com análise, em uma abordagem qualitativa, sobre as suas recomendações referentes ao incentivo da prática do exercício físico. Visto que não há diretrizes implementadas no Brasil, (conteúdo analisado) essa revisão levou em consideração as recomendações americanas mais atuais, evidenciadas pela diretriz da ACOG e da SOCG/CSEP para exercícios físicos durante a gravidez (ACOG, 2015; MOTTOLA *et al.*, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1988 o Cartão da Gestante surgiu com o objetivo de realizar o registro das informações relacionadas a gestação e servia como um mecanismo de relação entre os profissionais que realizavam o pré-natal e os profissionais que realizariam o parto. Em 2014, após uma atualização e ampliação do Cartão da Gestante, a Caderneta da Gestante foi lançada e então distribuída em todo país pelo Ministério da Saúde, contemplando não só registro dos dados da gravidez, mas também do parto, nascimento e puerpério, conforme as diretrizes de

boas práticas propostas pela Rede Cegonha. Através de melhorias adquiridas na assistência à saúde, em 2018 a Caderneta da Gestante teve a sua quarta edição, passando a contemplar o registro de outras novas informações, inclusive as relativas a epidemia de microcefalia ocorrida em 2015 (ANDRADE, 2019).

A Caderneta da Gestante, além dos dados relativos a identificação, busca acondicionar o histórico de antecedentes familiares, clínicos e obstétricos, registro de cada consulta de pré-natal com a informação da idade gestacional, peso, Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação de edema, medida da pressão arterial, apresentação fetal, batimentos cardio fetais e movimentação fetal, toque (se indicado), consulta odontológica, suplementação, vacinas, saúde do parceiro, ocorrência de violência doméstica e a indicação do hospital de referência onde a gestante realizará o parto. A caderneta busca ainda conferir autonomia e corresponsabilizar o cuidado da gestante com a sua própria saúde, bem como da criança, durante todo o período de gestação, parto e puerpério através da orientação sobre a descoberta da gravidez, as alterações do corpo materno e do desenvolvimento do bebê com anotações de dúvidas, sensações, sentimentos e outros, sobre alimentação saudável, exercícios físicos, sono, sexo na gestação, sinais e sintomas de alerta, identificação do trabalho de parto, parto, dicas para a amamentação e os primeiros cuidados com o bebê, direitos das gestantes, orientações sobre o parceiro, planejamento familiar entre outras (BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE, 2018).

Desta forma, a Caderneta de Gestante também estimula ações de educação em saúde, se tornando um instrumento sistematizado e padronizado que deve fazer parte de toda assistência pré-natal realizada no país, podendo inclusive ser realizada por diversos profissionais e em momentos diferentes, possibilitando um cuidado contínuo e multiprofissional essencial para a eficácia dos fluxos de referência e contra (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

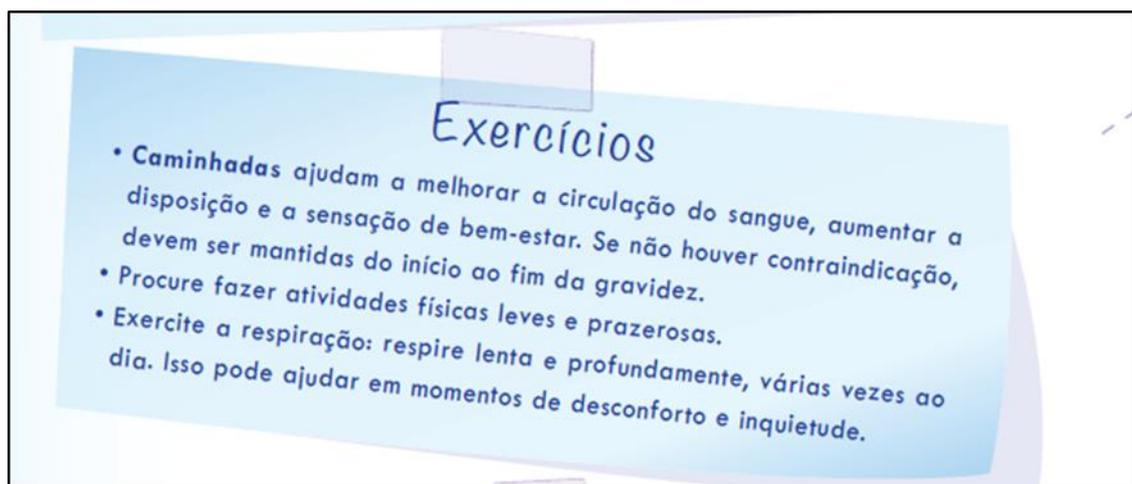
Em relação as orientações referentes ao exercício físico, as informações encontradas na Caderneta da Gestante (Figura 1) mostram-se bastante limitadas, breves e inespecíficas. Tendo em vista as estratégias relacionadas a melhorias na saúde da mulher, bebê e recuperação pós-parto poucas são tão evidentes quanto a realização de exercícios físicos, que são recomendados pela maioria das diretrizes mundiais relacionadas ao assunto (EVENSON *et al.*, 2014), logo, seria de se esperar que o Ministério da Saúde desse maior atenção a esta orientação na caderneta da Gestante, buscando combater uma cultura de sedentarismo durante a gestação.

Segundo Nascimento *et al* (2014), uma das razões para a baixa aderência a prática de exercícios físicos se dá pelo fato de que muitas gestantes possuem dúvidas e receios quanto a segurança da sua realização. Infelizmente estas incertezas ocorrem entre gestantes e também entre os profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado pré-natal, que erroneamente atribuem

a atividade física ou ao exercício físico a possibilidade de aumento do risco de aborto espontâneo, restrição de crescimento, parto prematuro, fadiga ou outros danos fetais (ACOG, 2015; COLL *et al.*, 2017; MOTTOLA *et al.*, 2018). No entanto, de acordo com as diretrizes baseadas em evidências (ACOG, 2015; COLL *et al.*, 2017; MOTTOLA *et al.*, 2018), estas preocupações não foram substanciadas por pesquisas, pelo contrário, evidências sugerem que não praticar atividade física desde o primeiro trimestre aumentam as chances de complicações na gravidez (diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, ganho excessivo de peso gestacional e gravidade dos sintomas depressivos) (ACOG, 2015; MOTTOLA *et al.*, 2018).

Sendo assim, o Consenso entre as Diretrizes é que, para se obter os potenciais benefícios significativos da atividade física na saúde materno-fetal, esta deve ser incentivada e implementada na prática clínica durante toda a gravidez, até mesmo naquelas mães que não se encontravam ativas antes da gestação, pois é considerada segura e os benefícios superam os riscos (ACOG, 2015; COLL *et al.*, 2017 ; (MOTTOLA *et al.*, 2018). Contudo, antes de serem feitas as recomendações sobre a participação em programas de atividade física durante a gravidez é necessária a adequada avaliação médica para a estratificação das contraindicações relativas ou absolutas da atividade física.

Ilustração 1 – Orientações sobre Exercício Físico na Caderneta da Gestante



Fonte: Brasil; Ministério da Saúde (2018).

Estudos têm demonstrado (DUMITH *et al.*, 2012; SURITA; LIRA; PINTO E SILVA, 2014) que a mudança do estilo de vida e melhoras na saúde ocorrem quando as gestantes recebem orientação e conhecimentos sobre nutrição e atividade física. Através de entrevista

com 161 gestantes brasileiras, Ribeiro (2011) constatou que o conhecimento sobre atividades físicas durante a gravidez se apresentou razoável e a prática, apesar da atitude favorável, era pouco frequente, corroborando com o estudo de Coll *et al* (2017), que mostrou que a falta de aconselhamento / informação e a falta de apoio social foram evidenciados como importantes barreiras relacionadas a prática de atividades físicas no lazer, durante a gravidez.

Proporcionar conhecimentos sobre esta temática na população requer o aconselhamento e/ou a formulação de estratégias de educação em saúde, no entanto, como visto anteriormente, a estratégia via Caderneta da Gestante é precária e o aconselhamento demonstra processos de educação permanente deficitários. Segundo Falkenberg *et al* (2014), A educação em saúde deve ser entendida como um processo dinâmico de ensino e construção do conhecimento com o objetivo de promover a qualidade de vida, contribuindo para uma ação mais participativa das pessoas e evidenciando a importância da corresponsabilidade e autonomia que cada pessoa tem para com a sua própria saúde e de toda comunidade. Assim, diversas situações e condições de saúde podem trazer contraindicações absolutas e/ou relativas para prática de uma atividade física e saber respeitar o próprio corpo, bem como reconhecer os sinais e sintomas de alerta durante a sua realização é primordial, no entanto estas questões não estão contempladas na Caderneta da Gestante. De igual forma, seguir padrões de segurança como a escolha das modalidades, manter-se hidratada e evitar o calor excessivo, por exemplo, também representam o autocuidado estimulado por ações de educação em saúde.

Em relação ao tipo de atividade e intensidade, a recomendação da Caderneta da gestante incentiva a adoção de caminhada leve. Já as diretrizes recomendam atividades aeróbicas em intensidade moderadas e certificam que intervenções 'mistas', que combinam atividades aeróbicas e de treinamento de resistência, demonstram maiores ganhos do que apenas a atividade aeróbica, existindo ainda uma identificação de relação dose-resposta entre intensidades crescentes de atividade física e chances decrescentes de pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, hipertensão gestacional e redução nos sintomas depressivos e da glicemia circulante materna. No entanto é importante ressaltar que as diretrizes também trazem a observação de que a atividade física de menor intensidade também traz benefícios e que as mulheres grávidas devem ser incentivadas a serem fisicamente ativas, mesmo que não possam atender a essas recomendações de 150 minutos semanais ou 30 minutos na maioria dos dias da semana (ACOG, 2015; MOTTOLA *et al.*, 2018).

CONCLUSÃO

Atividade física e o exercício físico têm sido propostos mundialmente como uma medida preventiva ou terapêutica para reduzir as complicações da gravidez e otimizar a saúde materna, fetal e neonatal. No entanto, observa-se um fraco estímulo para a prática das atividades físicas na gestação no conteúdo da Caderneta da Gestante, um instrumento distribuído pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional, para a orientação e monitoramento de todas as gestantes que realizam o acampamento pré-natal no Brasil.

Como instrumento cuidativo-educacional, a Caderneta da Gestante poderia ser melhor explorada para o incentivo da prática de atividades físicas durante a gestação, levando conhecimento para gestantes e profissionais de saúde, unindo as condutas e os aconselhamentos e contribuindo de forma mais efetiva para a promoção da saúde de forma ampla e proporcionando melhorias na qualidade de vida de milhares de mães, filhos e gerações. Nesse contexto, não somente modificações na Caderneta da Gestante são necessárias, mas também a criação de intervenções que mostrem a real importância de uma gestação ativa.

Portanto esse é um artigo que foi escrito para lembrar da importância da atividade física na gestação sem contra indicação ao mesmo e a importância da Caderneta de Gestantes, o qual é uma ferramenta que é fornecida a todas as gestantes, tem penetração importante, pois é distribuído para todo o Brasil, sem custo nenhum, pelo Ministério da Saúde e que poderia conter muito mais elementos esclarecedores sobre a importância da atividade física na gestação

REFERÊNCIAS

ACOG. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics and Gynecology*. Committee Opinion No. 650: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015. p. 1-8 (Reaffirmed 2019).

AMEZCUA-PRIETO, C. *et al.* Changes in leisure time physical activity during pregnancy compared to the prior year. *Maternal and child health journal*, v. 17, n. 4, p. 632–8, 2013.

ANDRADE, R. B. DE. Análise do preenchimento da caderneta da gestante de adolescentes e adultas e registro do seguimento das recomendações do Ministério da Saúde. 2019. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.

BAUER, P. W.; BROMAN, C. L.; PIVARNIK, J. M. Exercise and Pregnancy Knowledge Among Healthcare Providers. *Journal of Women's Health*, v. 19, n. 2, p. 335–341, fev. 2010.

BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE. Caderneta da Gestante. 4. ed. Brasília: DF, 2018.

BRASIL;MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, v.32, p.316, 2012

CARVALHO,G.M.;FOLCO,G; BARROS,M.R.; MERIGHI,M.A.B. Análise dos registros nos cartões de pré-natal como fonte de informação para a continuidade da assistência à mulher no período gravídico-puerperal. REME - Rev Min Enferm.; 8(4):449-454, Out/Dez, 2004

COLL, C. V. N. *et al.* Perceived barriers to leisure-time physical activity during pregnancy: A literature review of quantitative and qualitative evidence. Journal of Science and Medicine in Sport, v. 20, n. 1, p. 17–25, 2017.

DUMITH, S. C. *et al.* Physical activity during pregnancy and its association with maternal and child health indicators. Revista de Saúde Pública, v. 46, n. 2, p. 327–360, 2012.

EVENSON, K. R. *et al.* Guidelines for physical activity during pregnancy: comparisons from around the world. American Journal of Lifestyle Medicine, v. 8, n. 2, p. 102–121, 2014.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciencia e Saude Coletiva, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

GREGG, V. H.; FERGUSON, J. E. Exercise in Pregnancy. Clinics in Sports Medicine, v. 36, n. 4, p. 741–752, 2017.

HINMAN, S. K. *et al.* Exercise in pregnancy: a clinical review. Sports Health, v. 7, n. 6, p. 527–31, 2015.

MARTINS-COSTA, S. H. *et al.* Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. DE. Rezende Obstetrícia. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOTTOLA, M. F. *et al.* 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. British Journal of Sports Medicine, v. 52, n. 21, p. 1339–1346, 2018.

NASCIMENTO, S. L. DO *et al.* Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 9, p. 423–431, 2014.

RIBEIRO, C. S. P. Conhecimento, atitude e prática de exercícios físicos na gravidez. 2011. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas., 2011.

RODRÍGUEZ-BLANQUE, R. *et al.* Randomized clinical trial of an aquatic physical exercise program during pregnancy. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, v. 48, n. 3, p. 321–331, 2019.

SALBEGO, C. *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: um conceito em desenvolvimento. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

Silva. G. da S. Tese de Doutorado: ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO E DESFECHOS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL: COORTE DE NASCIMENTOS DE 2015. Pelotas 2017. Tese de Doutorado

SURITA, F. G.; LIRA, S.; PINTO E SILVA, J. L. Physical exercise during pregnancy. Revista Brasileira de 3Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 12, p. 531–534, 2014.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido – Puérperas e gestantes

(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul

A senhora está sendo convidada para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante para compreender as altas taxas de cesarianas realizadas em Santa Cruz do Sul e promover um atendimento cada vez mais adequado para cada gestante, evitando intervenções desnecessárias. Para que isso se concretize, a senhora será contatada pelos pesquisadores para responder uma entrevista, com tempo de duração de no máximo 40 minutos, no hospital onde ocorreu o parto ou no Centro Materno Infantil (CEMAI). Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, de constrangimento ao longo da entrevista, que poderá ser interrompida a qualquer momento que você queira. Por outro lado, se a senhora aceitar participar dessa pesquisa, podemos ter um momento de reflexão sobre a experiência que estás vivendo, sobre sentimentos, expectativas, preocupações, medos e fantasias relacionados ao momento do parto, bem como, reflexões acerca das dificuldade e/ou gratificações após o nascimento do seu filho. Os resultados dessa pesquisa poderão ajudar a sustentar referências para construção de programas, políticas públicas e/ou iniciativas voltadas para melhoria do atendimento obstétrico em Santa Cruz do Sul. Para participar dessa pesquisa a senhora não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetida, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (voz).

Fui, igualmente, informada:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;

- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Isabel Helena Forster Halmenschlager, fone (51) 991893730 e a Prof. Dra. Edna Linhares Garcia, fone (51) 9371-5221.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul.

Data: ___/___/___

Nome e assinatura do Voluntário

Isabel Helena Forster Halmenschlager
Pesquisadora

Edna Linhares Garcia
Orientadora da Pesquisa

ANEXO B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Responsável pela gestante e/ou puérpera

(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul

A sua filha está sendo convidada para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e importante para compreender as altas taxas de cesarianas realizadas em Santa Cruz do Sul e promover um atendimento cada vez mais adequado para cada gestante, evitando intervenções desnecessárias. Para que isso se concretize, a sua filha será contatada pelos pesquisadores para responder uma entrevista, com tempo de duração de no máximo 40 minutos, no hospital onde ocorreu o parto ou no Centro Materno Infantil (CEMAI). Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, de constrangimento ao longo da entrevista, que poderá ser interrompida a qualquer momento que você queira. Por outro lado, se a senhor (a) aceitar que sua filha participe dessa pesquisa, podemos ter um momento de reflexão sobre a experiência que estás vivendo, sobre sentimentos, expectativas, preocupações, medos e fantasias relacionados ao momento do parto, bem como, reflexões acerca das dificuldade e/ou gratificações após o nascimento do seu filho. Os resultados dessa pesquisa poderão ajudar a sustentar referências para construção de programas, políticas públicas e/ou iniciativas voltadas para melhoria do atendimento obstétrico em Santa Cruz do Sul. Para participar dessa pesquisa a senhor(a) não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a participação da minha filha neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetida, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (voz).

Fui, igualmente, informada:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia que minha filha não será identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Isabel Helena Forster Halmenschlager, fone: (51) 991893730 e a Prof. Dra. Edna Linhares Garcia, fone (51) 9371-5221.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul. Data: ___/___/___

Nome e assinatura do Voluntário

Isabel Helena Forster Halmenschlager
Pesquisadora

Edna Linhares Garcia
Orientadora da Pesquisa

ANEXO C – Termo de assentimento livre e esclarecido – Gestante e/ou puérpera menor de idade

(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **“(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul”**. Seus pais (tutores) permitiram sua participação. Nessa pesquisa, queremos compreender as altas taxas de cesarianas realizadas em Santa Cruz do Sul e promover um atendimento cada vez mais adequado para cada gestante, evitando intervenções desnecessárias.

As pessoas que irão participar dessa pesquisa têm de 12 a 17 anos e 11 meses de idade. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu. Não haverá nenhum problema se não participar ou se quiser desistir depois de iniciada a pesquisa. A pesquisa será feita no/a Hospital Santa Cruz ou CEMAI, onde as pessoas serão convidadas para responder uma entrevista com duração de até 40 minutos. A aplicação de entrevistas é um procedimento considerado seguro, mas é possível ocorrer contrangimentos pois envolve narrar sobre experiências vivenciadas, o que pode trazer lembranças nem sempre agradáveis. Se isso ocorrer, e você solicitar, será dado um tempo para você se recompor e decidir se continuará ou não a entrevista. A qualquer momento você pode interromper a entrevista e/ou se retirar do estudo. Também, é importante você saber que todos os dados que possam lhe identificar serão mantidos em sigilo. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelo telefone (51) 991893730 do/a pesquisador/a Isabel Helena Forster Halmenschlager. Mas há coisas boas que podem acontecer, podemos ter um momento de reflexão sobre a experiência que estás vivendo, sobre sentimentos, expectativas, preocupações, medos e fantasias relacionados ao momento do parto, bem como, reflexões acerca das dificuldade e/ou gratificações após o nascimento do seu filho. Se você morar longe do Centro Especializado Materno Infantil (Santa Cruz do Sul), nós daremos a seus pais/tutores dinheiro suficiente para transporte, para que eles também possam acompanhar a pesquisa. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças/pessoas que participaram dela. Quando terminarmos a pesquisa os resultados poderão ajudar a sustentar referências para construção de programas, políticas públicas e/ou iniciativas voltadas para melhoria do atendimento obstétrico em Santa Cruz do Sul. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou perguntar a/o pesquisador/a Isabel Helena Forster Halmenschlager. Eu escrevi os telefones dessas pessoas no início desse texto.

Eu _____ aceito participar da pesquisa **“(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul”**, que tem os objetivos acima apresentados. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento, li e concordo em participar da pesquisa.

Local, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) pesquisador(a) Assinatura do/a responsável pelo/a menor

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido – Gestor e profissional da saúde**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a
questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**

A senhor(a) está sendo convidada para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “**(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul**”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante para compreender as altas taxas de cesarianas realizadas em Santa Cruz do Sul e promover um atendimento cada vez mais adequado para cada gestante, evitando intervenções desnecessárias.

Para que isso se concretize, a senhor(a) será contatada pelos pesquisadores para responder uma entrevista, com tempo de duração de no máximo 40 minutos, no seu local de trabalho. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, de constrangimento ao longo da entrevista, que poderá ser interrompida a qualquer momento que você queira. Por outro lado, se a senhor(a) aceitar participar dessa pesquisa, podemos ter um momento de reflexão sobre o trabalho que realiza, as satisfações e dificuldades envolvidas e aspirações de melhoria no atendimento a população que o procura. Os resultados dessa pesquisa poderão ajudar a sustentar referências para construção de programas, políticas públicas e/ou iniciativas voltadas para melhoria do atendimento obstétrico em Santa Cruz do Sul. Para participar dessa pesquisa a senhor(a) não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetida, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetida, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (voz).

Fui, igualmente, informada:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores responsáveis por este Projeto de Pesquisa são a Isabel Helena Forster Halmenschlager, fone: (51) 991893730 e a Prof. Dra. Edna Linhares Garcia, fone (51) 9371-5221.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul.

Data: ___/___/___

Nome e assinatura do Voluntário

Isabel Helena Forster Halmenschlager

Pesquisadora

ANEXO E – Carta de apresentação do projeto de pesquisa



Santa Cruz do Sul, 01 de agosto de 2019.

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Sr. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Prof. Renato Nunes

Encaminho para avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o projeto **“(DES)CONSTRUINDO UM DISCURSO ACERCA DO NASCIMENTO: a questão da cesariana em um município do interior do Rio Grande do Sul”** tendo como pesquisador principal Isabel Helena Forster Halmenschlager a ser realizado na Universidade de Santa Cruz do Sul. Trata-se de um estudo prospectivo tipo projeto de pesquisa que envolve seres humanos.

Aguardando avaliação de parecer deste Comitê, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Isabel Helena Forster Halmenschlager

ANEXO F – Dados Brutos

1 - Comparação entre Partos normais e cesarianas no Brasil, RS, 13ª CRS e SCS

Partos normais e cesarias								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	1362287	1496034	55791	77344	1435	2139	552	895
2011	1340324	1565564	54703	82988	1428	2282	515	988
2012	1283546	1615928	52755	86166	1349	2482	529	1046
2013	1253726	1644557	52834	88470	1243	2586	491	1194
2014	1277175	1697954	53056	90221	1162	2798	490	1142
2015	1339673	1674058	57914	90444	1351	2752	548	1167
2016	1272411	1582953	53716	87667	1221	2794	466	1175
2017	1294034	1627302	52551	88979	1090	2772	436	1184
2018	1295541	1647505	52442	87584	1110	2912	477	1230
2019	1243104	1604189	49658	84929	1021	2890	408	1205

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	47,66%	52,33%	41,90%	58,09%	40,15%	59,84%	38,14%	61,85%
2011	46,12%	53,87%	39,72%	60,27%	38,49%	61,50%	34,26%	65,73%
2012	44,26%	55,73%	37,97%	62,02%	35,21%	64,78%	33,58%	66,41%
2013	43,25%	56,74%	37,39%	62,60%	32,46%	67,53%	29,13%	70,86%
2014	42,92%	57,07%	37,03%	62,96%	29,34%	70,65%	30,02%	69,97%
2015	44,45%	55,54%	39,03%	60,96%	32,92%	67,07%	31,95%	68,04%
2016	44,56%	55,43%	37,99%	62%	30,41%	69,58%	28,39%	71,60%
2017	44,29%	55,70%	37,13%	62,86%	28,22%	71,77%	26,91%	73,08%
2018	44,02%	55,97%	37,45%	62,54%	27,59%	72,40%	27,94%	72,05%
2019	43,65%	56,34%	36,89%	63,10%	26,10%	73,89%	25,29%	74,70%

Como se pode observar pelos gráficos acima, de 2010 até 2019 sempre foram realizadas mais cesarianas a nível de Brasil, RS, 13ª CRS e Santa Cruz do Sul, mas chama atenção que a nível de Brasil é mais de 50% e em Santa Cruz do Sul é mais de 60%, muitas vezes ultrapassando os 70% nesses dez anos que estão sendo analisados por essa pesquisa

2 - Comparação do número de consultas de pré-natal (gestantes que realizaram 7 consultas ou mais) entre Brasil, RS, 13ª CRS e SCS, e a relação com o índice de cesariana, e verificar se esses números estão de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde

Nascimentos e Pré natal (7 consultas ou mais)								
Ano	Brasil	Pré natal com 7 consultas	RS	Pré natal com 7 consultas ou mais	13ªCRS	PRÉ NATAL%	SCS	Pré natal%
2010	2861868	1733492 (60,57%)	133243	97004 (72,80%)	3575	2879 (80,53%)	1447	1203 (83,13%)
2011	2913160	1785198 62,3%	137710	97320 (70,67%)	3710	2916 (78,59%)	1503	1179 (78,44%)
2012	2905789	1792629 (61,69%)	138941	98833 (71,13%)	3831	3022 (78,88%)	1575	1232 (78,22%)
2013	2904027	1812681 (62,41%)	141350	101800 (72,01%)	3829	3051 (79,68%)	1685	1341 (79,58%)
2014	2979259	1925124 (64,61%)	143331	104418 (72,85%)	3960	3127 (78,96%)	1632	1277 (78,24%)
2015	3017668	2006519 (66,49%)	148359	109912 (74,08%)	4103	3259 (79,42%)	1715	1369 (79,82%)
2016	2857800	1936017 (67,54%)	141411	106084 (75,01%)	4019	3240 (80,61%)	1641	1348 (82,14%)
2017	2923535	2026123 (69,30%)	141568	108239 (76,45%)	3862	3083 (79,82%)	1620	1282 (79,13%)
2018	2944932	2086353 (70,84%)	140047	110245 (78,72%)	4022	3284 (81,65%)	1707	1351 (79,14%)
2019	2849146	2063669 (72,43%)	131596	106593 (81,00%)	3911	3176 (81,20%)	1613	1279 (79,29%)

Pelo gráfico acima se percebe que a nível nacional poderiam ser realizadas mais pré natais com 7 consultas ou mais, pois a nível de Brasil a percentagem de gestantes que realizaram pré natal com 7 consultas ou mais, ficou em torno de 65%, mas no RS ficou em torno de 75%, e na 13ª CRS como em SCS ficou em torno 78%

Parto normal e cesariana com 7 ou mais consultas de pré natal								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	665873 (38,43%)	1066424 (61,56%)	34556	62417	1025	1700	470	911
2011	673550	1109074	32609	64706	955	1741	401	942
2012	654805	1135400	31614	67217	924	1832	415	1002
2013	647547	1162823	32506	69277	893	2027	400	1129
2014	698405	1225050	33677	70733	855	2171	408	1098
2015	772623	1232196	38366	71546	972	2200	436	1184
2016	754543	1180460	36147	69922	932	2206	398	1197
2017	789225	1235946	36178	72043	815	2203	374	1164
2018	817703	1267669	37677	72552	849	2338	480	1316
2019	810645	1252056	35981	70609	775	2311	410	1308

% PN X Cesaria com pré natal com 7 consultas de pré natal ou mais

Porcentagem %	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	38,43%	61,56%	35,63%	64,36%	37,61%	62,38%	34,03%	65,96%
2011	37,78%	62,21%	33,50%	66,49%	35,42%	64,57%	29,85%	70,14%
2012	36,57%	63,42%	31,98%	68,01%	33,52%	66,47%	29,28%	70,71%
2013	35,76%	64,23%	31,93%	68,06%	30,58%	69,41%	26,16%	73,83%
2014	36,30%	63,69%	32,25%	67,74%	28,25%	71,74%	27,09%	72,90%
2015	38,53%	61,46%	34,90%	65,09%	30,64%	69,35%	26,91%	73,08%
2016	38,99%	61,00%	34,07%	65,92%	29,70%	70,29%	24,95%	75,04%
2017	38,97%	61,02%	33,42%	66,57%	27,00%	72,99%	24,31%	75,68%
2018	39,21%	60,78%	34,18%	65,81%	26,63%	73,36%	26,72%	73,27%
2019	39,30%	60,69%	33,75%	66,24%	25,11%	74,88%	23,86%	76,13%

Pelos gráficos acima, mães que realizaram um maior número de consultas pré natal, com 7 consultas ou mais, a nível de Brasil realizaram em torno de 60% de cesarias, no RS ficou em torno de 66%, na 13ª CRS em torno de 68% e em SCS em torno de 73%, ou seja, valores de cessaria muito superiores ao que é orientado pelo MS

3 - Comparar os anos de escolaridade materna no momento da cesariana versus parto normal. A nível local, regional, estadual e nacional:

Escolaridade 12 anos e mais								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	Parto normal	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	120949	386413	6390	23437	142	468	92	322
2011	88392	373426	3964	21575	115	558	76	397
2012	71564	367936	3660	22490	93	578	61	437
2013	76070	392485	3912	23752	112	648	82	509
2014	89986	422815	4602	25471	123	679	93	511
2015	112906	439932	6080	27051	168	739	117	590
2016	115879	425475	6006	26859	148	784	102	590
2017	128533	457614	6341	28304	145	788	101	597
2018	140516	472978	7027	28465	174	874	138	677
2019	142164	463661	6984	28088	145	867	112	669

Porcentagem % escolaridade 12 anos ou mais								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	23,83%	76,16%	21,42%	78,57%	23,27%	76,72%	22,22%	77,77%
2011	19,14%	80,85%	15,52%	84,47%	17,08%	82,91%	16,06%	83,93%
2012	16,28%	83,71%	13,99%	86,00%	13,85%	86,14%	12,24%	87,75%
2013	16,23%	83,76%	14,14%	85,85%	14,73%	85,26%	13,87%	86,12%
2014	17,54%	82,45%	15,30%	84,69%	15,33%	84,66%	15,39%	84,60%
2015	20,42%	79,57%	18,35%	81,64%	18,52%	81,47%	16,54%	83,45%
2016	21,40%	78,59%	18,27%	81,72%	15,87%	84,12%	14,73%	85,26%
2017	21,92%	78,07%	18,30%	81,69%	15,54%	84,45%	14,46%	85,53%
2018	22,90%	77,09%	19,79%	80,20%	16,60%	83,39%	16,93%	83,06%
2019	23,46%	76,53%	19,91%	80,08%	14,32%	85,67%	14,34%	85,65%

Em relação a escolaridade das mães com 12 anos de estudo ou mais, a nível de Brasil observa-se que realizaram cesarias em torno de 78% , já no RS fica em torno dos 82%, na 13ª CRS em torno de 84% , e em SCS em torno de 85%, ou seja, outro fator que demonstra que maior escolaridade tem preferência por cesaria.

Essa relação demonstra que mulheres com maior escolaridade realizam mais cesarianas.

4 - Comparar a cor de pele das mães que realizaram cesarianas versus parto normal, em SCS, a nível regional, estadual e nacional

Cor Branca								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	466294	814923	47023	70997	1122	1803	500	948
2011	426814	790797	42960	72683	1138	1955	370	820
2012	356854	730284	40381	73907	1058	2096	390	861
2013	335578	723101	39961	75815	906	2110	370	1019
2014	338527	729083	41015	77748	844	2246	334	916
2015	359713	710273	44975	77870	1001	2288	417	1003
2016	338533	664263	41472	75481	974	2282	361	986
2017	342396	680224	40407	76787	848	2270	342	978
2018	341808	669550	39680	74622	862	2401	391	1028
2019	325436	638696	36914	71796	765	2300	311	976

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	36,39%	63,60%	39,84%	60,15%	38,35%	61,64%	34,53%	65,46%
2011	35,05%	64,94%	37,14%	62,85%	29,23	70,77	31,09%	68,91%
2012	32,82%	67,17%	35,33%	64,66%	32,95%	67,04%	27,72%	72,27%
2013	31,69%	68,30%	34,51%	65,48%	30,03%	69,96%	26,63%	73,36%
2014	31,70%	68,29%	34,53%	65,46%	27,31%	72,68%	26,72%	73,28%
2015	33,61%	66,38%	36,61%	63,38%	30,43%	69,56%	29,36%	70,63%
2016	33,75%	66,24%	35,46%	64,53%	29,91%	70,08%	26,80%	73,19%
2017	33,48%	66,51%	34,47%	65,52%	27,19%	72,80%	25,90%	74,09%
2018	33,79%	66,20%	34,71%	65,28%	26,41%	73,58%	27,55%	72,44%
2019	33,75%	66,24%	33,95%	66,04%	24,95%	75,04%	24,16%	75,83%

Em relação a cor da pele, no período de 2010 a 2019, a cor branca a nível de Brasil realizou cesaria em torno de 65%, já no RS também ficou em torno de 65%, e na 13ª CRS ficou em torno de 70% e em SCS em torno de 72%

Cor preta								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	25059	18004	3426	2459	98	88	51	55
2011	62339	50845	4862	4195	98	124	61	72
2012	79381	73912	5089	4672	117	149	52	77
2013	78284	76912	5255	4716	107	155	45	81
2014	76019	77136	5083	4810	110	221	61	111
2015	76739	73470	5270	4730	126	182	49	84
2016	75476	72712	4993	4690	105	195	40	87
2017	80826	77947	5049	4747	114	182	50	85
2018	86935	83222	5104	4811	95	181	59	111
2019	89383	86730	5132	4950	89	180	41	103

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	58,19%	41,80%	58,21%	41,78%	52,68%	47,31%	48,11%	51,88%
2011	55,07%	44,92%	53,68%	46,31%	44,14%	55,85%	45,86%	54,13%
2012	51,78%	48,21%	52,13%	47,86%	43,98%	56,01%	40,31%	59,68%
2013	50,44%	49,55%	52,70%	47,29%	40,83%	59,16%	35,71%	64,28%
2014	49,63%	50,36%	51,37%	48,62%	33,23%	66,76%	35,46%	64,53%
2015	51,08%	48,91%	52,70%	47,30%	40,90%	59,09%	36,84%	63,15%
2016	50,93%	49,06%	51,56%	48,43%	35,00%	65,00%	31,49%	68,50%
2017	50,90%	49,09%	51,54%	48,45%	38,51%	61,48%	37,03%	62,96%
2018	51,09%	48,90%	51,47%	48,52%	34,42%	65,57%	34,70%	65,29%
2019	50,75%	49,24%	50,90%	49,09%	33,08%	66,91%	28,47%	71,52%

A realização de cesarias em pacientes de cor preta a nível de Brasil ficou em torno de 48%, já no RS essa porcentagem fica em torno de 47%, e na 13ª CRS em torno de 60% e em Santa Cruz do Sul em torno de 65%.

Cor parda								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	799292	592115	4928	3581	116	120	52	59
2011	783427	653922	5940	5184	144	142	80	84
2012	775817	734319	6257	6227	148	178	83	103
2013	767327	765828	6528	6450	166	169	74	99
2014	790810	808395	6175	6740	165	222	95	123
2015	823556	802818	6933	6754	106	216	84	91
2016	781803	767832	6543	6669	133	191	67	113
2017	797702	797388	6398	6813	114	246	48	129
2018	799442	829394	6979	7537	132	243	47	111
2019	769909	823268	7070	7689	144	298	64	139

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	57,44%	42,55%	57,91%	42,08%	49,15%	50,84%	46,84%	53,15%
2011	54,50%	45,49%	53,39%	46,60%	50,34%	49,65%	48,78%	51,21%
2012	51,37%	48,62%	50,12%	49,87%	45,39%	54,60%	44,62%	55,37%
2013	50,04%	49,95%	50,30%	49,69%	49,55%	50,44%	42,77%	57,22%
2014	49,45%	50,54%	47,81%	52,18%	42,63%	57,36%	43,57%	56,42%
2015	50,63%	49,36%	50,65%	49,34%	32,91%	67,08%	48,00%	52,00%
2016	50,45%	49,54%	49,52%	50,47%	41,04%	58,95%	37,22%	62,77%
2017	50,00%	49,99%	48,42%	51,57%	31,66%	68,33%	27,11%	72,88%
2018	49,08%	50,91%	48,07%	51,92%	35,20%	64,80%	29,74%	70,25%
2019	48,32%	51,67%	47,90%	52,09%	32,57%	67,42%	31,52%	68,47%

A porcentagem de cesarias na cor parda ficou no Brasil em torno de 47%, no RS em torno de 49%, na 13ª CRS em torno de 55% e em SCS em torno de 58%

No quesito cor da pele, a cor branca teve uma porcentagem bem maior em todos os locais analisados, do que na cor preta e parda

5 - Comparar a faixa etária das mães no momento da cesariana versus parto normal, análise do período de 2010 a 2019, no município de Santa Cruz do Sul e comparados a nível regional, estadual e nacional

10 a 14 anos								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	16747	10259	544	392	11	9	6	3
2011	17052	10665	514	382	7	11	2	3
2012	16964	11196	476	427	7	8	3	2
2013	16568	11356	486	417	12	5	6	3
2014	16915	11277	510	426	8	13	4	7
2015	16880	9774	508	355	13	8	2	0
2016	15318	8797	409	351	4	8	1	3
2017	14109	8011	335	248	5	6	1	1
2018	13562	7596	322	248	7	6	3	3
2019	12243	7067	280	214	1	5	1	1

10 a 14 anos								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	62,01%	37,98%	58,11%	41,88%	55%	45%	66,66%	33,33%
2011	61,52%	38,47%	57,36%	42,63%	38,88%	61,11%	40%	60%
2012	60,24%	39,75%	52,71%	47,28%	46,66%	53,33%	60%	40%
2013	59,33%	40,66%	53,82%	46,17%	70,58%	29,41%	66,66%	33,33%
2014	59,99%	40%	54,48%	45,51%	38,09%	61,90%	36,36%	63,63%
2015	63,33%	36,66%	58,86%	41,13%	61,90%	38,09%	100%	0%
2016	63,52%	36,47%	53,81%	46,18%	33,33%	66,66%	25%	75%
2017	63,78%	36,21%	57,46%	42,53%	45,45%	54,54%	50%	50%
2018	64,09%	35,90%	56,49%	43,50%	53,84%	46,15%	50%	50%
2019	63,40%	36,59%	56,68%	43,31%	16,66%	83,33%	50%	50%

Observa-se que na faixa etária de 10 a 14 anos a nível de Brasil predomina o parto normal, beirando os 60%, já no RS fica em torno dos 50%, mas na 13CRS como em Santa Cruz do Sul é variável, talvez pelo fato de ter muito poucos nascimentos nessa faixa etária, ocorrendo entre 2 a 11 nascimentos em um ano, estatística que se deve destacar ser muito boa, para Santa Cruz do Sul e 13ª CRS pois essa faixa é de meninas muito jovens, ou seja, crianças, vulneráveis

Idade da Mãe : 14 - 19 anos								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	327499	197395	12055	8826	247	216	101	97
2011	323855	207782	11579	9510	236	235	89	93
2012	313662	216994	11484	10202	207	249	87	97
2013	308930	221931	11298	10352	220	253	76	129
2014	310523	223020	11272	10180	197	292	78	114
2015	315452	204657	11426	9204	231	298	96	107
2016	291006	185760	10257	8633	232	264	82	117
2017	281641	176727	9364	8126	156	280	61	105
2018	267964	166678	8812	7282	181	249	82	114
2019	245734	153885	7900	6528	137	224	57	99

Porcentagem%								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	62,39%	37,60%	57,73%	42,26%	53,34%	46,65%	51,01%	48,98%
2011	60,91%	39,08%	54,90%	45,09%	50,10%	49,89%	48,90%	51,09%
2012	59,10%	40,89%	52,95%	47,04%	45,39%	54,60%	47,28%	52,71%
2013	58,19%	41,80%	52,18%	47,81%	46,51%	53,48%	37,07%	62,92%
2014	58,20%	41,79%	52,54%	47,45%	39,55%	59,71%	40,62%	59,37%
2015	60,65%	39,34%	55,38%	44,61%	43,66%	56,33%	47,29%	52,70%
2016	61,03%	38,96%	54,29%	45,70%	46,77%	53,22%	41,20%	58,79%
2017	61,44%	38,55%	53,53%	46,46%	35,77%	64,22%	36,74%	63,25%
2018	61,65%	38,34%	54,75%	45,24%	42,09%	57,90%	41,83%	58,16%
2019	61,49%	38,50%	54,75%	45,24%	37,95%	62,04%	36,53%	63,46%

Na faixa etária dos 14 aos 19 anos, que ainda são adolescentes, a percentagem de cesarianas no Brasil fica em torno dos 40%, no RS fica em torno dos 45%, na 13ª CRS em torno de 57% e em Santa Cruz do Sul em torno de 60%.

Idade da Mãe : 20 - 24 anos								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	427211	363612	15857	16162	350	403	152	173
2011	407717	369489	15331	17012	343	382	154	187
2012	381479	373818	14520	17805	308	461	140	222
2013	365212	372137	14634	17970	302	498	136	257
2014	367171	376748	14380	17985	283	541	131	235
2015	383904	366748	15905	18005	322	526	141	244
2016	370310	350314	14878	17215	283	529	100	224
2017	377052	352474	14654	17238	280	492	118	219
2018	374736	348153	14404	16508	256	538	145	264
2019	360444	336578	13862	16085	257	525	124	256

Porcentagem%								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	54,02%	45,97%	49,52%	50,47%	46,48%	53,51%	46,76%	53,23%
2011	52,45%	47,54%	47,40%	52,59%	47,31%	52,68%	45,16%	54,83%
2012	50,50%	49,49%	44,91%	55,08%	40,05%	59,94%	38,67%	61,32%
2013	49,53%	50,46%	44,88%	55,11%	37,75%	62,25%	34,60%	65,39%
2014	49,35%	50,64%	44,43%	55,56%	34,34%	65,65%	33,33%	59,79%
2015	51,14%	48,85%	46,90%	53,09%	37,97%	62,02%	36,62%	63,37%
2016	51,38%	48,61%	46,35%	53,64%	34,85%	65,14%	30,86%	69,13%
2017	51,68%	48,31%	45,94%	54,05%	36,26%	63,73%	35,01%	64,98%
2018	51,83%	48,16%	46,59%	53,40%	32,24%	67,75%	35,45%	64,54%
2019	51,71%	48,28%	46,28%	53,71%	32,86%	67,13%	32,63%	67,36%

Na faixa etária dos 20 aos 24 anos, no Brasil, as cesárias ficam em torno dos 50% e no RS 55% já na 13ª CRS e em Santa Cruz dos Sul as cesárias ficam em torno de 60%

Idade da Mãe : 25 - 34 anos								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	489124	727315	21661	38846	561	1063	148	255
2011	497859	764645	21606	41869	551	1113	261	651
2012	469442	788861	20833	43070	553	1182	257	741
2013	460697	803857	20883	44394	507	1286	243	772
2014	662303	831724	21100	45369	481	1415	232	791
2015	503784	824625	23411	45609	589	1370	283	796
2016	477298	772314	21782	43822	534	1395	239	796
2017	492814	796926	21496	44303	476	1377	228	812
2018	501368	806093	21707	43345	479	1427	287	895
2019	487437	783347	20835	41949	423	1396	243	863

Porcentagem%								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	40,20%	59,79%	35,79%	64,20%	34,54%	65,45%	36,72%	63,27%
2011	39,43%	60,56%	34,03%	65,96%	33,11%	66,88%	28,61%	71,38%
2012	37,30%	62,69%	32,60%	67,39%	31,87%	68,12%	25,75%	74,24%
2013	36,43%	63,56%	31,99%	68%	28,27%	71,72%	23,94%	76,05%
2014	44,33%	55,66%	31,74%	68,25%	25,36%	74,63%	22,67%	77,32%
2015	37,92%	62,07%	33,91%	66,08%	30,06%	69,93%	26,22%	73,77%
2016	38,19%	61,80%	33,20%	66,79%	27,68%	72,31%	23,09%	76,90%
2017	38,21%	61,78%	32,66%	67,33%	25,68%	74,31%	21,92%	78,07%
2018	38,34%	61,65%	33,36%	66,63%	25,13%	74,86%	24,28%	75,71%
2019	38,35%	61,64%	33,18%	66,81%	23,25%	76,74%	21,97%	78,02%

Na faixa etária dos 25 aos 34 anos no Brasil a percentagem de cesarias fica em torno de 60%, no RS fica em torno de 66% e na 13ª CRS fica em torno de 70% e em Santa Cruz do Sul em torno de 75%

Idade da Mãe : 35 anos e mais								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	101619	197322	5663	13098	168	319	71	195
2011	103766	212910	5665	14212	139	356	54	223
2012	124662	224021	5426	14655	153	341	70	217
2013	102275	235220	5468	15331	142	417	60	250
2014	108743	255138	5736	16252	151	438	83	275
2015	119547	268207	6588	17265	153	480	74	310
2016	118403	265731	6316	17629	160	483	86	310
2017	128375	293133	6618	19056	159	539	80	327
2018	137834	318930	7131	20105	168	594	111	388
2019	131176	323266	6775	20127	181	625	103	410

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	33,99%	66,00%	30,18%	69,81%	34,49%	65,50%	26,69%	73,30%
2011	32,76%	67,23%	28,50%	71,49%	28,08%	71,91%	19,49%	80,50%
2012	35,75%	64,24%	27,02%	72,97%	30,97%	69,02%	24,39%	75,60%
2013	30,30%	69,69%	26,28%	73,71%	25,40%	74,59%	19,35%	80,64%
2014	29,88%	70,11%	26,08%	73,91%	25,63%	74,36%	23,18%	76,81%
2015	30,83%	69,16%	15,71%	72,38%	24,17%	75,82%	19,27%	80,72%
2016	30,82%	69,17%	26,37%	73,62%	24,88%	75,11%	21,71%	78,28%
2017	30,45%	69,54%	25,77%	74,22%	22,77%	77,22%	19,65%	80,34%
2018	30,17%	69,82%	26,18%	73,81%	22,04%	77,95%	22,24%	77,75%
2019	28,86%	71,13%	25,18%	74,81%	22,45%	77,54%	20,07%	79,92%

No Brasil na faixa etária de 35 anos ou mais as cesarianas ficam em torno de 67%, no RS em torno de 73% , na 13ª CRS em torno de 75% e em Santa Cruz do Sul em 77%, chegando muitas vezes em até 80%

Esses dados da faixa etária indicam que as mulheres mais velhas fazem mais cesaria que parto normal

6-Peso dos recém nascidos

Peso: 500 a 999g								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	7647	5461	292	352	12	1	6	1
2011	7497	5093	289	388	7	12	5	12
2012	7456	6026	270	431	9	9	7	6
2013	7414	6421	288	414	12	16	11	13
2014	7682	6602	303	452	7	11	5	10
2015	7589	6839	303	454	9	8	7	8
2016	7137	6641	300	476	9	10	6	7
2017	7419	7110	330	445	11	15	9	14
2018	7227	7080	280	435	9	15	6	14
2019	7152	7057	267	437	18	9	10	9

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	58,33%	41,66%	45,34%	54,65%	92,30%	7,69%	85,71%	14,28%
2011	59,54%	40,45%	42,68%	57,31%	36,84%	63,15%	29,41%	70,58%
2012	55,30%	44,69%	38,51%	61,48%	50,00%	50,00%	53,84%	46,15%
2013	53,58%	46,41%	41,02%	58,97%	42,85%	57,14%	45,83%	54,16%
2014	53,78%	46,21%	40,13%	59,86%	38,88%	61,11%	33,33%	66,66%
2015	52,59%	47,40%	40,02%	59,97%	52,94%	47,05%	46,66%	53,33%
2016	51,79%	48,20%	38,65%	61,34%	47,36%	52,63%	46,15%	53,84%
2017	51,06%	48,93%	42,58%	57,41%	42,30%	57,69%	39,13%	60,86%
2018	50,51%	49,48%	39,16%	60,83%	37,50%	62,50%	30,00%	70,00%
2019	50,33%	49,66%	37,92%	62,07%	66,66%	33,33%	52,63%	47,36%

Em relação ao peso na hora do nascimento, entre 500g a 999g, a nível de Brasil as cesarianas ficam em torno de 45%, no RS em torno de 59%, na 13ª CRS em torno de 55% e em SCS em torno de 50% , também deve se considerar que nessa faixa de peso são recém nascidos muito prematuros e com números totais de nascimentos bem menores

Peso - 1000 a 1499 gramas								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	8013	12539	327	820	8	13	5	11
2011	8135	13363	338	826	10	17	5	16
2012	7976	13337	331	862	6	18	2	17
2013	7688	13788	326	896	8	9	5	7
2014	7612	14021	344	848	12	14	7	13
2015	7721	14543	329	898	7	19	4	19
2016	7286	14162	286	932	6	18	4	14
2017	7544	14890	289	989	7	15	5	13
2018	7286	14958	285	883	10	17	7	15
2019	7205	14897	279	918	5	15	2	12

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	38,98%	61,01%	28,50%	71,49%	38,09%	61,90%	31,25%	68,75%
2011	37,84%	62,15%	29,03%	70,96%	37,03%	62,96%	19,23%	61,53%
2012	37,42%	62,57%	27,74%	72,25%	25,00%	75,00%	10,52%	89,47%
2013	35,79%	64,20%	26,67%	73,32%	47,05%	52,94%	41,66%	58,33%
2014	35,18%	64,81%	28,85%	71,14%	46,15%	53,84%	35,00%	65,00%
2015	34,67%	65,32%	26,81%	73,18%	26,92%	73,07%	17,39%	82,60%
2016	33,97%	66,02%	23,48%	76,51%	25,00%	75,00%	22,22%	77,77%
2017	33,62%	66,37%	22,61%	77,38%	31,81%	68,18%	27,77%	72,22%
2018	32,75%	67,24%	24,40%	75,59%	37,03%	62,96%	31,81%	68,18%
2019	32,59%	67,40%	23,30%	76,69%	25,00%	75,00%	14,28%	85,71%

No peso de 1000 a 1499, observa-se a nível de Brasil uma percentagem em torno de 63%, no RS em torno de 75%, já na 13ª CRS em torno de 63% e em SCS em torno de 73%

Peso - 1500 a 2499 gramas								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	94134	109396	4135	6575	81	127	45	98
2011	93573	115599	4083	7036	97	132	53	84
2012	89544	117757	3902	7152	108	169	57	115
2013	87692	119767	3765	7282	90	176	47	130
2014	87607	122238	3893	7332	74	166	43	115
2015	90577	123237	4085	7584	80	181	35	116
2016	85994	117055	3879	7321	92	185	43	129
2017	86347	120809	3658	7454	67	242	22	104
2018	86094	123696	3707	7365	87	212	47	143
2019	83450	123834	3540	7318	67	189	26	125

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	46,25%	53,74%	38,60%	61,39%	38,94%	61,05%	31,46%	68,53%
2011	44,73%	55,26%	36,72%	63,27%	42,35%	57,64%	38,68%	61,31%
2012	43,19%	56,80%	35,29%	64,70%	38,98%	61,01%	33,13%	66,86%
2013	42,26%	57,73%	34,08%	65,91%	33,83%	66,16%	26,55%	73,44%
2014	41,74%	58,25%	34,68%	65,31%	30,83%	69,16%	27,21%	72,78%
2015	42,36%	57,63%	35,00%	64,99%	30,65%	69,34%	23,17%	76,82%
2016	42,35%	57,64%	34,63%	65,36%	33,21%	66,78%	25,00%	75,00%
2017	41,68%	58,31%	32,91%	67,08%	22,3%	78,3%	13,9%	86,6%
2018	41,03%	58,96%	33,48%	66,51%	29,09%	70,90%	24,73%	75,26%
2019	40,25%	59,74%	32,60%	67,39%	26,17%	73,82%	17,21%	82,78%

Em relação ao peso de 1500 a 2499g , no Brasil a porcentagem de cesarianas fica em torno de 55%, no RS em torno de 65%, na 13ª CRS em torno de 70% e em SCS em torno de 72%

Peso - 2500 a 2999 gramas								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	334629	329219	13888	17997	309	415	139	221
2011	330911	348832	13502	19464	307	461	121	249
2012	315557	355220	13055	20051	318	419	145	220
2013	309932	364144	12880	20337	304	479	129	274
2014	312712	369046	12996	20267	261	563	121	295
2015	330497	358400	14250	19920	326	505	146	263
2016	317365	333247	13270	19091	311	540	123	270
2017	317764	336958	12841	19286	304	522	127	264
2018	318742	340187	12821	18545	280	540	148	320
2019	309434	335455	12196	18113	245	524	130	296

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	50,40%	49,59%	43,55%	56,44%	42,67%	57,32%	38,61%	61,38%
2011	48,68%	51,31%	40,95%	59,04%	39,97%	60,02%	32,70%	67,29%
2012	47,04%	52,95%	39,43%	60,56%	43,14%	56,85%	39,72%	60,27%
2013	45,97%	54,02%	38,77%	61,22%	38,82%	61,17%	32,00%	67,99%
2014	45,86%	54,13%	39,07%	60,92%	31,67%	68,32%	29,08%	70,91%
2015	47,97%	52,02%	41,70%	58,29%	39,22%	60,77%	36,69%	64,30%
2016	48,77%	51,22%	41,00%	58,99%	36,54%	63,45%	31,29%	68,70%
2017	48,53%	51,46%	39,96%	60,03%	36,80%	63,19%	32,48%	67,51%
2018	48,37%	51,62%	40,87%	59,12%	34,14%	65,85%	31,62%	68,37%
2019	47,98%	52,01%	40,23%	59,76%	31,85%	68,14%	30,51%	69,48%

O peso de 2500 a 2999 a nível de Brasil as cesarianas ficaram em torno de 50%, no RS em torno de 58%, na 13ª CRS em torno de 63% e em SCS em torno de 65%

Peso - 3000 a 3999 gramas								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	855256	952511	34795	47456	864	1320	388	665
2011	839380	992556	34156	51028	802	1350	358	726
2012	804844	1029587	32922	52990	733	1466	322	830
2013	786465	1046253	33311	54739	721	1604	312	890
2014	806311	1086036	33343	56461	725	1783	335	916
2015	846916	1068292	36538	56352	840	1786	389	961
2016	803512	1013205	33778	54772	759	1727	315	923
2017	821999	1041785	33269	55391	648	1749	299	936
2018	823733	1054674	33171	55098	663	1811	397	1033
2019	787854	1021076	31564	53085	637	1822	338	1043

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	47,31%	52,68%	42,30%	57,69%	39,56%	60,43%	36,86%	63,15%
2011	45,81%	54,18%	40,09%	59,90%	37,26%	62,73%	33,02%	66,97%
2012	43,87%	56,12%	38,32%	61,67%	33,33%	66,66%	27,95%	72,04%
2013	42,91%	57,08%	37,83%	62,16%	31,01%	68,98%	25,95%	74,04%
2014	42,60%	57,39%	37,12%	62,87%	28,90%	71,09%	26,77%	73,22%
2015	44,22%	55,77%	39,33%	60,66%	31,98%	68,01%	28,81%	71,18%
2016	44,22%	55,77%	38,14%	61,85%	30,53%	69,46%	25,44%	74,55%
2017	44,10%	55,89%	37,52%	62,47%	27,03%	72,96%	24,21%	75,78%
2018	43,85%	56,14%	37,57%	62,42%	26,79%	73,20%	27,76%	72,23%
2019	43,55%	56,44%	37,28%	62,71%	25,90%	74,09%	24,47%	75,52%

No peso de 3000 a 3999g o Brasil realizou cesarianas em torno de 55%, no RS 61%, na 13ª CRS em torno de 65%, e em SCS em torno de 71%

Interessante frisar que a maioria dos recém nascidos ficam nessa faixa de peso

Peso - 4000 gramas e mais								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	57209	85516	2300	4125	63	134	22	71
2011	55740	87892	2278	4209	57	123	18	70
2012	53944	92777	2234	4652	54	160	24	91
2013	50474	92614	2211	4758	48	175	17	88
2014	51612	98679	2124	4805	41	162	17	73
2015	53004	101193	2339	5198	45	183	15	90
2016	47729	97093	2164	5026	35	199	17	107
2017	49619	104140	2097	5362	43	182	20	102
2018	49198	105338	2131	5208	42	219	23	139
2019	44779	100274	1747	5015	33	216	22	144

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	40,08%	59,91%	35,79%	64,20%	31,97%	68,02%	23,65%	76,34%
2011	38,80%	61,19%	35,11%	64,88%	31,66%	68,33%	20,45%	79,54%
2012	36,76%	63,23%	32,44%	67,55%	25,23%	74,76%	20,86%	79,13%
2013	35,27%	64,72%	31,72%	68,27%	21,52%	78,47%	16,19%	83,80%
2014	34,34%	65,65%	30,65%	69,34%	20,19%	79,80%	18,88%	81,11%
2015	34,37%	65,62%	31,03%	68,96%	19,73%	80,26%	14,28%	85,71%
2016	32,95%	67,04%	30,09%	69,90%	14,95%	85,04%	13,70%	86,29%
2017	32,27%	67,72%	28,11%	71,88%	19,11%	80,88%	16,39%	83,60%
2018	31,83%	68,16%	29,03%	70,96%	16,09%	83,90%	14,19%	85,80%
2019	30,87%	69,12%	25,83%	74,16%	13,25%	86,74%	13,25%	86,74%

No Brasil a percentagem de cesarianas no item peso de 4000g e mais, o Brasil ficou com 65%, o RS com 68%, a 13ª CRS com 72% e SCS com 80%.

7 - Maior a idade gestacional

37 a 41 semanas								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	1253026	1363261	51012	68719	1224	1827	539	924
2011	1094344	1326017	45902	69467	1112	1844	484	1010
2012	996776	1314868	44378	71725	1019	1948	474	1090
2013	994048	1356840	45342	75021	1014	2165	456	1235
2014	1039951	1423833	45789	77131	952	2404	485	1271
2015	1108828	1412752	50846	77817	1147	2402	539	1308
2016	1063237	1344154	47260	75381	1070	2365	451	1298
2017	1088176	1385199	46270	76696	937	2392	428	1290
2018	1095808	1405284	46045	75503	960	2515	555	1478
2019	1059722	1369730	43590	72932	864	2427	457	1380

Porcentagem %								
	Brasil		RS		13°		SCS	
	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces	PN	Ces
2010	47,89%	52,10%	42,60%	57,39%	40,11%	59,88%	36,84%	63,15%
2011	45,21%	54,78%	39,78%	60,21%	37,61%	62,38%	32,39%	67,60%
2012	43,11%	56,88%	38,22%	61,77%	34,34%	65,65%	30,30%	69,69%
2013	42,28%	57,71%	37,67%	62,32%	31,89%	68,10%	26,96%	73,03%
2014	42,20%	57,79%	37,25%	62,74%	28,36%	71,63%	27,61%	72,38%
2015	43,97%	56,02%	39,51%	60,48%	32,31%	67,68%	29,18%	70,81%
2016	44,16%	55,83%	38,53%	61,46%	31,14%	68,85%	25,78%	74,21%
2017	43,99%	56,00%	37,62%	62,37%	28,14%	71,85%	24,91%	75,08%
2018	43,81%	56,18%	37,88%	62,11%	27,62%	72,37%	27,29%	72,70%
2019	43,61%	56,38%	37,40%	62,59%	26,25%	73,74%	24,87%	75,12%

Em relação ao nascimento com idade gestacional de 37 a 41 semanas, onde ocorre a maioria dos nascimentos, percebe-se a nível de Brasil 54% de cesarianas, no RS 60%, na 13ª CRS em torno de 66% e em SCS 70%

8 Apgar

Nesse item eu me baseei na nota do Apgar que os bebês receberam quando nasceram.

Total de nascidos vivos e o Apgar

2010-2019	PARTO VAGINAL APGAR 1º MINUTO					
	0-2	3-5	6-7	8-10	Ignorado	TOTAL
Brasil	126.719	371.052	1.167.496	10.758.979	537.575	12.961.821
Rio Grande do Sul	5.643	17.198	45.385	457.565	9.629	535.420
13 CRS	131	405	1.426	10.397	51	12.410
Santa Cruz do Sul	38	114	491	4.248	21	4.912

2010-2019	PARTO VAGINAL APGAR 5º MINUTO					
	0-2	3-5	6-7	8-10	Ignorado	TOTAL
Brasil	51.588	67.566	227.634	12.083.261	531.772	12.961.821
Rio Grande do Sul	1.455	2.794	9.930	512.041	9.200	535.420
13 CRS	28	70	256	12.016	40	12.410
Santa Cruz do Sul	6	26	90	4.776	14	4.912

2010-2019	CESARIANA APGAR 1º MINUTO					
	0-2	3-5	6-7	8-10	Ignorado	TOTAL
Brasil	101.089	419.419	1.436.237	13.967.807	231.492	16.156.044
Rio Grande do Sul	6.481	24.042	72.897	755.863	5.509	864.792
13 CRS	137	461	2.249	23.550	10	26.407
Santa Cruz do Sul	63	177	893	10.091	2	11.226

2010-2019	Cesariana APGAR 5º MINUTO					
	0-2	3-5	6-7	8-10	Ignorado	TOTAL
Brasil	30.555	54.163	237.364	15.597.190	236.772	16.156.044
Rio Grande do Sul	1.389	3.267	13.322	841.311	5.503	864.792
13 CRS	39	90	311	25.955	12	26.407
Santa Cruz do Sul	16	44	127	11.037	2	11.226

2010	Cesariana APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.568	0,71%	41.683	2,79%	152.608	10,20%	1.261.973	84,35%	29.202
Rio Grande do Sul	643	0,83%	2.291	2,96%	6.846	8,85%	66.713	86,25%	851

13 CRS	7	0,33%	43	2,01%	228	10,66%	1.861	87,00%	0
Santa Cruz do Sul	4	0,45%	10	1,12%	104	11,62%	777	86,82%	0
2011									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.689	0,68%	41.937	2,68%	149.448	9,55%	1.335.015	85,27%	28.475
Rio Grande do Sul	670	0,81%	2.359	2,84%	7.019	8,46%	72.183	86,98%	757
13 RS	19	0,83%	32	1,40%	200	8,76%	2.030	88,96%	1
Santa Cruz do Sul	10	1,01%	11	1,11%	92	9,31%	874	88,46%	1
2012									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.475	0,65%	42.307	2,62%	150.423	9,31%	1.383.539	85,62%	29.184
Rio Grande do Sul	737	0,86%	2.311	2,68%	6.904	8,01%	75.660	87,81%	554
13 CRS	24	0,97%	32	1,29%	200	8,06%	2.225	89,65%	1
Santa Cruz do Sul	9	0,86%	10	0,96%	79	7,55%	948	90,63%	0
2013									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.252	0,62%	41.642	2,53%	147.659	8,98%	1.417.536	86,20%	27.468
Rio Grande do Sul	722	0,82%	2.445	2,76%	7.264	8,21%	77.575	87,69%	464
13 CRS	10	0,39%	54	2,09%	237	9,16%	2.284	88,32%	1
Santa Cruz do Sul	6	0,50%	23	1,93%	79	6,62%	1.086	90,95%	0
2014									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.432	0,61%	43.017	2,53%	149.923	8,83%	1.468.001	86,46%	26.581
Rio Grande do Sul	673	0,75%	2.478	2,75%	7.458	8,27%	79.311	87,91%	301
13 CRS	15	0,54%	37	1,32%	234	8,36%	2.509	89,67%	3
Santa Cruz do Sul	4	0,35%	17	1,49%	81	7,09%	1.040	91,07%	0
2015									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	10.410	0,62%	43.308	2,59%	143.789	8,59%	1.450.819	86,66%	25.732
Rio Grande do Sul	680	0,75%	2.616	2,89%	7.949	8,79%	78.899	87,24%	300
13 CRS	7	0,25%	40	1,45%	224	8,14%	2.480	90,12%	1
Santa Cruz do Sul	4	0,34%	11	0,94%	74	6,34%	1.078	92,37%	0
2016									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	c	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	9.678	0,61%	40.740	2,57%	135.191	8,54%	1.376.054	86,93%	21.290
Rio Grande do Sul	611	0,70%	2.457	2,80%	7.497	8,55%	76.661	87,45%	441
13 CRS	11	0,39%	60	2,15%	221	7,91%	2.501	89,51%	1
Santa Cruz do Sul	5	0,43%	24	2,04%	86	7,32%	1.060	90,21%	0
2017									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	9.731	0,60%	41.787	2,57%	135.973	8,36%	1.422.350	87,41%	17.461
Rio Grande do Sul	578	0,65%	2.510	2,82%	7.447	8,37%	77.774	87,41%	670
13 CRS	19	0,69%	43	1,55%	248	8,95%	2.462	88,82%	0
Santa Cruz do Sul	9	0,76%	21	1,77%	107	9,04%	1.047	88,43%	0
2018									
APGAR 1º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	9.432	0,57%	41.564	2,52%	136.296	8,27%	1.444.933	87,70%	15.280
Rio Grande do Sul	591	0,67%	2.249	2,57%	7.225	8,25%	76.920	87,82%	599
13 CRS	13	0,45%	62	2,13%	253	8,69%	2.584	88,74%	0
Santa Cruz do Sul	7	0,57%	29	2,36%	114	9,27%	1.080	87,80%	0
APGAR 1º MINUTO									

2019	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	9.422	0,59%	41.434	2,58%	134.927	8,41%	1.407.587	87,74%	10.819
Rio Grande do Sul	576	0,68%	2.326	2,74%	7.288	8,58%	74.167	87,33%	572
13 CRS	12	0,42%	58	2,01%	204	7,06%	2.614	90,45%	2
Santa Cruz do Sul	5	0,41%	21	1,74%	77	6,39%	1.101	91,37%	1

Cesariana										
2010	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	2.925	0,20%	5.468	0,37%	24.723	1,65%	1.432.540	95,76%	30.378	2
Rio Grande do Sul	117	0,15%	281	0,36%	1.176	1,52%	74.939	96,89%	831	1
13 CRS	2	0,09%	2	0,09%	27	1,26%	2.108	98,55%	0	0
Santa Cruz do Sul	1	0,11%	2	0,22%	7	0,78%	885	98,88%	0	0
2011	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	3.549	0,23%	5.477	0,35%	25.151	1,61%	1.502.359	95,96%	29.028	1
Rio Grande do Sul	124	0,15%	329	0,40%	1.257	1,51%	80.531	97,04%	747	0
13 CRS	2	0,09%	12	0,53%	23	1,01%	2.244	98,33%	1	0
Santa Cruz do Sul	2	0,20%	6	0,61%	9	0,91%	970	98,18%	1	0
2012	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	3.692	0,23%	5.535	0,34%	24.696	1,53%	1.552.165	96,05%	29.840	1
Rio Grande do Sul	3.692	0,23%	5.535	0,34%	24.696	1,53%	1.552.165	96,05%	29.840	1
13 CRS	7	0,28%	7	0,28%	24	0,97%	2.443	98,43%	1	0
Santa Cruz do Sul	2	0,19%	3	0,29%	8	0,76%	1.033	98,76%	0	0
2013	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	3.044	0,19%	5.436	0,33%	24.114	1,47%	1.583.999	96,32%	27.964	1
Rio Grande do Sul	132	0,15%	338	0,38%	1.343	1,52%	86.203	97,44%	454	0
13 CRS	4	0,15%	7	0,27%	36	1,39%	2.538	98,14%	1	0
Santa Cruz do Sul	3	0,25%	2	0,17%	15	1,26%	1.174	98,32%	0	0
2014	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	3.112	0,18%	5.718	0,34%	24.596	1,45%	1.637.542	96,44%	26.986	1
Rio Grande do Sul	144	0,16%	347	0,38%	1.450	1,61%	87.977	97,51%	303	0
13 CRS	8	0,29%	13	0,46%	25	0,89%	2.748	98,21%	4	0
Santa Cruz do Sul	2	0,18%	3	0,26%	15	1,31%	1.122	98,25%	0	0
2015	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	2.990	0,18%	5.485	0,33%	24.230	1,45%	1.615.358	96,49%	25.995	1
Rio Grande do Sul	145	0,16%	337	0,37%	1.397	1,54%	88.264	97,59%	301	0
13 CRS	3	0,11%	4	0,15%	23	0,84%	2.721	98,87%	1	0
Santa Cruz do Sul	2	0,17%	1	0,09%	7	0,60%	1.157	99,14%	0	0
2016	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	3.021	0,19%	5.235	0,33%	22.585	1,43%	1.530.511	96,69%	21.601	1
Rio Grande do Sul	154	0,18%	329	0,38%	1.414	1,61%	85.328	97,33%	442	0

13 CRS	6	0,21%	8	0,29%	31	1,11%	2.748	98,35%	1	0
Santa Cruz do Sul	1	0,09%	7	0,60%	14	1,19%	1.153	98,13%	0	0
2017										
APGAR 5º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	2.713	0,17%	5.334	0,33%	22.841	1,40%	1.578.606	97,01%	17.808	1
Rio Grande do Sul	107	0,12%	348	0,39%	1.365	1,53%	86.471	97,18%	688	0
13 CRS	2	0,07%	10	0,36%	40	1,44%	2.719	98,09%	1	0
Santa Cruz do Sul	1	0,08%	7	0,59%	19	1,60%	1.157	97,72%	0	0
2018										
APGAR 5º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	2.812	0,17%	5.305	0,32%	22.338	1,36%	1.601.222	97,19%	15.828	0
Rio Grande do Sul	156	0,18%	325	0,37%	1.325	1,51%	85.173	97,25%	605	0
13 CRS	0	0,00%	17	0,58%	41	1,41%	2.854	98,01%	0	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	9	0,73%	19	1,54%	1.202	97,72%	0	0
2019										
APGAR 5º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	2.697	0,17%	5.170	0,32%	22.090	1,38%	1.562.888	97,43%	11.344	0
Rio Grande do Sul	158	0,19%	288	0,34%	1.289	1,52%	82.615	97,28%	579	0
13 CRS	5	0,17%	10	0,35%	41	1,42%	2.832	97,99%	2	0
Santa Cruz do Sul	2	0,17%	4	0,33%	14	1,16%	1.184	98,26%	1	0

PARTO NORMAL										
2010										
APGAR 1º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	14.180	1,04%	41.221	3,03%	139.726	10,26%	1.093.867	80,30%	73.293	
Rio Grande do Sul	633	1,13%	1.771	3,14%	4.613	8,27%	47.581	85,28%	1.193	
13 CRS	17	1,18%	45		173	12,06%	1.197	83,41%	3	
Santa Cruz do Sul	2	0,36%	13	2,36%	56	10,14%	479	86,78%	2	
2011										
APGAR 1º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	13.870	1,03%	40.058	2,99%	130.849	9,76%	1.086.892	81,09%	68.655	
Rio Grande do Sul	617	1,13%	1.757	3,21%	4.367	7,98%	46.881	85,70%	1.081	
13 CRS	22	1,54%	48	3,36%	168	11,76%	1.182	82,77%	8	
Santa Cruz do Sul	2	0,39%	10	1,94%	59	11,46%	442	82,77%	2	
2012										
APGAR 1º MINUTO										

	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	13.462	1,05%	38.262	2,98%	123.840	9,65%	1.045.967	81,49%	62.015
Rio Grande do Sul	605	1,15%	1.708	3,24%	4.061	7,70%	45.538	86,32%	843
13 CRS	9	0,67%	44	3,26%	168	12,45%	1.123	83,25%	5
Santa Cruz do Sul	4	0,76%	10	1,89%	43	8,13%	470	88,85%	2
2013	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	13.007	1,04%	37.219	2,97%	117.679	9,39%	1.030.060	82,16%	55.761
Rio Grande do Sul	572	1,08%	1.744	3,30%	4.151	7,86%	45.431	85,99%	936
13 CRS	20	1,61%	45	3,62%	155	12,47%	1.019	81,98%	4
Santa Cruz do Sul	7	1,43%	15	3,05%	41	8,35%	427	86,97%	1
2014	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	12.846	1,01%	37.691	2,95%	117.001	9,16%	1.056.721	82,74%	52.916
Rio Grande do Sul	628	1,18%	1.706	3,22%	4.365	8,23%	45.635	86,01%	722
13 CRS	17	1,46%	34	2,93%	101	8,69%	1.006	86,57%	4
Santa Cruz do Sul	8	1,63%	9	1,84%	35	7,14%	436	88,98%	2
2015	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	12.947	0,97%	38.910	2,90%	117.966	8,81%	1.115.997	83,30%	53.853
Rio Grande do Sul	608	1,05%	2.004	3,46%	5.282	9,12%	49.221	84,99%	799
13 CRS	9	0,67%	40	2,96%	157	11,62%	1.138	84,23%	7
Santa Cruz do Sul	3	0,55%	11	2,01%	48	8,76%	480	87,59%	6
2016	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	11.906	0,94%	35.415	2,78%	108.941	8,56%	1.066.791	83,84%	49.358
Rio Grande do Sul	522	0,97%	1.740	3,24%	4.701	8,75%	45.881	85,41%	872
13 CRS	9	0,74%	50	4,10%	132	10,81%	1.028	84,19%	2
Santa Cruz do Sul	4	0,86%	12	2,58%	50	10,73%	400	85,84%	0
2017	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	11.783	0,91%	35.521	2,74%	108.005	8,35%	1.093.887	84,53%	44.838
Rio Grande do Sul	515	0,98%	1.674	3,19%	4.669	8,88%	44.676	85,01%	1.017
13 CRS	10	0,92%	30	2,75%	129	11,83%	917	84,13%	4
Santa Cruz do Sul	3	0,69%	10	2,29%	61	13,99%	362	83,03%	0
2018	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	11.635	0,90%	34.168	2,64%	104.069	8,03%	1.104.414	85,25%	41.255
Rio Grande do Sul	451	0,86%	1.480	2,82%	4.664	8,89%	44.736	85,31%	1.111
13 CRS	7	0,63%	29	2,61%	132	11,89%	938	84,50%	4
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	8	1,68%	53	11,11%	413	86,58%	3
2019	APGAR 1º MINUTO								
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado
Brasil	11.083	0,89%	32.587	2,62%	99.420	8,00%	1.064.383	85,62%	35.631
Rio Grande do Sul	492	0,99%	1.614	3,25%	4.512	9,09%	41.985	84,55%	1.055
13 CRS	11	1,08%	40	3,92%	111	10,87%	849	83,15%	10
Santa Cruz do Sul	5	1,23%	16	3,92%	45	11,03%	339	83,09%	3

PARTO NORMAL										
2010	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	5.441	0,40%	7.868	0,58%	26.777	1,97%	1.247.889	91,60%	74.312	5
Rio Grande do Sul	147	0,26%	287	0,51%	1.025	1,84%	53.192	95,34%	1.140	2
13 CRS	6	0,42%	6	0,42%	33	2,30%	1.386	96,59%	4	0
Santa Cruz do Sul	1	0,18%	2	0,36%	10	1,81%	537	97,28%	2	0
2011	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	5.823	0,43%	7.336	0,55%	25.934	1,93%	1.232.872	91,98%	68.359	5
Rio Grande do Sul	164	0,30%	294	0,54%	952	1,74%	52.277	95,57%	1.016	1
13 CRS	4	0,28%	10	0,70%	34	2,38%	1.373	96,15%	7	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	2	0,39%	11	2,14%	500	97,09%	2	0
2012	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	%	%	Ignorado	
Brasil	5.820	0,45%	7.239	0,56%	24.207	1,89%	1.184.849	92,31%	61.431	4
Rio Grande do Sul	121	0,23%	287	0,54%	997	1,89%	50.563	95,84%	787	1
13 CRS	2	0,15%	4	0,30%	27	2,00%	1.312	97,26%	4	0
Santa Cruz do Sul	1	0,19%	2	0,38%	9	1,70%	515	97,35%	2	0
2013	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	5.240	0,42%	6.830	0,54%	23.323	1,86%	1.163.205	92,78%	55.128	4
Rio Grande do Sul	146	0,28%	288	0,55%	1.043	1,97%	50.488	95,56%	869	1
13 CRS	2	0,16%	12	0,97%	27	2,17%	1.198	96,38%	4	0
Santa Cruz do Sul	2	0,41%	4	0,81%	16	3,26%	468	95,32%	1	0
2014	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	5.214	0,41%	6.853	0,54%	23.169	1,81%	1.189.832	93,16%	52.107	4
Rio Grande do Sul	146	0,28%	318	0,60%	971	1,83%	50.936	96,00%	685	1
13 CRS	3	0,26%	7	0,60%	15	1,29%	1.133	97,50%	4	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	5	1,02%	7	1,43%	476	97,14%	2	0
2015	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	4.879	0,36%	7.006	0,52%	23.228	1,73%	1.251.805	93,44%	52.755	3
Rio Grande do Sul	143	0,25%	310	0,54%	1.138	1,96%	55.581	95,97%	742	1
13 CRS	2	0,15%	3	0,22%	28	2,07%	1.315	97,34%	3	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	1	0,18%	8	1,46%	537	97,99%	2	0
2016	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	4.863	0,38%	6.233	0,49%	21.259	1,67%	1.191.640	93,65%	48.416	3
Rio Grande do Sul	141	0,26%	268	0,50%	998	1,86%	51.489	95,85%	820	1
13 CRS	0	0,00%	8	0,66%	27	2,21%	1.184	96,97%	2	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	1	0,21%	11	2,36%	454	97,42%	0	0
2017	APGAR 5º MINUTO									
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	4.818	0,37%	6.326	0,49%	21.065	1,63%	1.217.791	94,11%	44.034	3
Rio Grande do Sul	153	0,29%	275	0,52%	966	1,84%	50.159	95,45%	998	1

13 CRS	3	0,28%	9	0,83%	18	1,65%	1.057	96,97%	3	0
Santa Cruz do Sul	1	0,23%	4	0,92%	5	1,15%	426	97,71%	0	0
2018										
APGAR 5º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	4.674	0,36%	6.199	0,48%	19.886	1,53%	1.224.409	94,51%	40.373	3
Rio Grande do Sul	132	0,25%	234	0,45%	916	1,75%	50.064	95,47%	1.096	2
13 CRS	2	0,18%	5	0,45%	23	2,07%	1.078	97,12%	2	0
Santa Cruz do Sul	0	0,00%	1	0,21%	2	0,42%	473	99,16%	1	0
2019										
APGAR 1º MINUTO										
	0-2	%	3-5	%	6-7	%	8-10	%	Ignorado	
Brasil	4.816	0,39%	5.676	0,46%	18.786	1,51%	1.178.969	94,84%	34.857	2
Rio Grande do Sul	162	0,33%	233	0,47%	924	1,86%	47.292	95,24%	1.047	2
13 CRS	4	0,39%	6	0,59%	24	2,35%	980	95,98%	7	0
Santa Cruz do Sul	1	0,25%	4	0,98%	11	2,70%	390	95,59%	2	0