

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE  
FRONTEIRA - MESTRADO**

**FABIANA APARECIDA SPOHR**

**DISTRIBUIÇÃO DE CESÁREAS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA  
SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON**

**FOZ DO IGUAÇU – PR**

**2018**

FABIANA APARECIDA SPOHR

**DISTRIBUIÇÃO DE CESÁREAS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA  
SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON**

Dissertação apresentada à banca de Defesa do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Centro de Educação, Letras e Saúde (CELS).

Área de Concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde de Fronteira.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Adriana Zilly

**FOZ DO IGUAÇU – PR**

**2018**

SPOHR, F. A. **Distribuição de cesáreas em município de fronteira segundo a classificação de Robson**. 2018. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2018.

Aprovada em 02/03/2018

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. (a): Adriana Zilly

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste


Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. (a): Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho

Instituição: Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. (a): Marislei Sanches Panobianco



Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a DEUS, por me escolher e me dar o dom da vida e o de trazer vidas a este mundo; a meu esposo, pelo apoio e por estar comigo em todos os momentos;

A minha querida e amada Mãe, Alzira, por estar sempre orando e intercedendo por meus passos;

A meu Pai, Adelar, por estar sempre me apoiando;

As minhas irmãs, Fernanda e Franciê, que estão sempre torcendo por mim; e aos meus sobrinhos Bruno, Jorge e Giovana, minhas desculpas por ter me afastado de vocês neste tempo de estudo;

Às meninas, amigas e colegas do Centro de Atendimento à Gestante por todo apoio, incentivo e palavras de coragem nesse tempo de estudo, em especial à Jozelaine, por me direcionar com suas palavras e conselhos;

A minha orientadora, Adriana Zilly, e à professora Rosane Meire Munhak da Silva, por terem paciência comigo e me direcionarem neste trabalho. Para vocês, minha sincera amizade.

*“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”.*  
*(Sócrates)*

## RESUMO

SPOHR, F. A. **Distribuição de cesáreas em município de fronteira segundo a classificação de Robson**. 2018. 74f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2018.

A incidência de cesáreas vem aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo. Esse tipo de parto refere-se a um procedimento cirúrgico seguro que deve ser realizado para resolver uma emergência obstétrica a partir de recomendações específicas para preservar a vida da mãe e do recém-nascido. O parto cirúrgico pode desencadear complicações que envolvem prejuízos à mulher e ao recém-nascido quando aplicado de forma inoportuna, sem a real indicação. Para o feto, os riscos resultam em nascimentos prematuros e aumentam a incidência de internação em unidade de terapia intensiva neonatal. O objetivo desta pesquisa é identificar a incidência de partos cirúrgicos e a indicação, segundo a Classificação de Robson, em região de fronteira. Trata-se de um estudo de corte transversal, cuja coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2017. A população foi composta por todas as mulheres que passaram pelo processo de parto, no período de 2012 a 2016, em uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco em Foz do Iguaçu, PR. A análise dos dados foi realizada por meio do programa Statistica 8.0, por intermédio do teste  $\chi^2$ , com nível de significância de 5%; e para a análise multivariada, utilizado o modelo de regressão logística. Foram estimadas as Odds Ratios (OR) brutas e os respectivos intervalos de confiança de 95%, com o valor de  $p$  de  $<0.05$ . Foram analisados 21.159 prontuários de mulheres no período de 2012 a 2016, das quais 19.097 (90,25%), são brasileiras 1.011 (4,78%) paraguaias, 582 (2,75%) apresentam dupla cidadania, mulheres brasileiras que residem no Paraguai (chamadas brasiguaias), 159 (0,75%) argentinas e 295 (1,39%) de outra nacionalidade. Somente 15 parturientes (0,07%) não apresentaram dados ou exibiram categorias inexistentes. O grupo 3 de Robson com maior significância para nascimentos entre brasileiras foi 28% e 27,35% para estrangeiras. Os Grupos de Robson com maior incidência de parto cirúrgico foram 1, 3 e o 5. A classificação dos 10 grupos de Robson demonstrou-se uma ferramenta importante para analisar cesárea desnecessária. A classificação dos 10 grupos de Robson aponta para uma reestruturação da assistência voltada à mulher no período gravídico e puerperal, assim como em outros estudos a classificação dos 10 grupos de Robson apontam para grupos específicos como os grupos 1, 2, 3 e 4, em que a maior preocupação está em evitar cesárea nesses grupos.

Palavras-chave: Parto cirúrgico. Saúde na fronteira. Enfermagem obstétrica. Classificação de Robson.

## ABSTRACT

SPOHR, F. A. **Distribution of cesarean sections in a border municipality according to Robson classification.** 2018. 74f. Dissertation (Master in Public Health in Border Region) - State University of Western Paraná, Foz do Iguaçu, 2018.

The incidence of cesarean sections has increased considerably in Brazil and in the world. This type of delivery refers to a safe surgical procedure that must be performed to resolve an obstetric emergency, based on specific recommendations to preserve mother and newborn life. Surgical delivery can trigger complications which involve injury to the woman and the newborn when applied in an untimely manner, without indication. For the fetus, the risks result in premature births and increase the incidence of hospitalization in a neonatal intensive care unit. The objective of this study was to identify the incidence of surgical deliveries and the indication according to the Robson Classification in border region. Data collection was performed in the first semester of 2017. The population was composed of all the women who went through the birthing process from 2012 to 2016, in a hospital institution of reference for gestation of high risk in Foz do Iguaçu, PR. Data analysis was performed through the Statistica 8.0 program, using the  $\chi^2$  test with significance level of 5% and for the multivariate analysis the logistic regression model will be used. Gross Odds Ratios (OR) and their 95% confidence intervals will be estimated, with a p value of  $<0.05$ . The Robson Classification was used. A total of 21,159 records of women were analyzed in the period 2012-2016, in which 11,442 were vaginal deliveries and 9,717 surgical deliveries were classified according to Robson Classification. For nationality, 90.25% were Brazilian, 4.78% were Paraguayan, and 2.75% had this dual citizens, 0.75% were from Argentina and 1.39% were from another country. Robson group 3 was the most significant for births for 28% for Brazilians and 27.35% for foreigners. The Robson Groups with the highest incidence of surgical delivery were 1, 3 and 5, and groups 1, 2, 3 and 4 need more attention and evaluation to avoid unnecessary caesars in these particular groups. The Robson Classification was shown to be very important in order to analyze cesarean in an unnecessary way. The use of the 10 Robson's groups points to a restructuring of the care directed to the woman in the period of pregnancy and puerperal and in this study they point to specific groups of Robson that deserve attention as groups 1 to 4, in which the major concern is to avoid cesarean.

**Keywords:** Surgical delivery. Health at the Border. Obstetric nursing. Robson's classification.

## RESUMEN

SPOHR, F. A. **Distribución de cesáreas en municipio de frontera según la clasificación de Robson.** 2018. 74f. Disertación (Maestría en Salud Pública en Región de Frontera) - Universidad Estadual del Oeste de Paraná. Foz de Iguazú, 2018.

La incidencia de cesáreas viene aumentando considerablemente en Brasil y en el mundo. Este tipo de parto se refiere a un procedimiento quirúrgico seguro que debe realizarse para resolver una emergencia obstétrica, a partir de recomendaciones específicas para preservar la vida de la madre y del recién nacido. El parto quirúrgico puede desencadenar complicaciones que implican perjuicios a la mujer y al recién nacido cuando se aplica de forma inoportuna, sin la real indicación. Para el feto, los riesgos resultan en nacimientos prematuros y aumentan la incidencia de internación en unidad de terapia intensiva neonatal. De este modo, el objetivo de este estudio es identificar la incidencia de partos quirúrgicos y la indicación según la Clasificación de Robson en región de frontera. El estudio de cohorte transversal, la recolección de datos fue realizada en el primer semestre de 2017. La población fue compuesta por todas las mujeres que pasaron por el proceso de parto, en el período de 2012 a 2016, en una institución hospitalar de referencia para gestación de alto riesgo en Foz de Iguazú - PR. El análisis de los datos fue realizado por medio del programa Statistica 8.0, por intermedio de la prueba  $\chi^2$  con nivel de significancia del 5% y para el análisis multivariada, utilizado el modelo de regresión logística. Se estima que las Odds Ratios (OR) brutas y sus intervalos de confianza del 95%, con el valor de p de  $<0.05$ , si se utiliza la escala de clasificación de Robson. Se analizaron 21.159 prontuarios de mujeres en el período de 2012 a 2016 en que 11.442 fueron partos vaginales y 9.717 partos quirúrgicos, fueron clasificados según la escala de Clasificación de los 10 grupos de Robson. En cuanto a la nacionalidad, el 90,25% son brasileñas, los 4,78% paraguayas, el 2,75% presentan doble ciudadanía (brasiguayas), el 0,75% argentina y el 1,39% son de otra nacionalidad. El grupo 3 de Robson fue el de mayor significativo para nacimientos entre brasileñas 28% y 27,35% para extranjeras. Los grupos de Robson con mayor incidencia de parto quirúrgico fueron los grupos 1, 3 y 5, en los que los grupos 1, 2, 3 y 4 necesitan una mayor atención y evaluación para evitar césares innecesarios en este grupo en particular. La clasificación de los 10 grupos de Robson se demostró una ferial muy importante, para analizar cesárea de forma innecesaria. La clasificación de los 10 grupos de Robson apunta a una reestructuración de la asistencia dirigida a la mujer en el período de gravídico y puerperal, en este estudio apuntan a grupos específicos de Robson, grupos que merecen atención como los grupos 1, 2, 3, 4, en que la mayor preocupación está en evitar cesárea.

**Palabras clave:** Parto quirúrgico. Salud en la frontera. Enfermería obstétrica. Clasificación de Robson.



## LISTA DE ABREVIATURAS

|                         |                                                                                      |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANS</b>              | Agência Nacional de Saúde Suplementar                                                |
| <b>APS</b>              | Atenção Primária de Saúde                                                            |
| <b>CE</b>               | Cesárea Eletiva                                                                      |
| <b>CNMI</b>             | Centro de Nutrição Materno Infantil                                                  |
| <b>DCP</b>              | Desproporção Céfalo-Pelve                                                            |
| <b>DPP</b>              | Descolamento Prematuro de Placenta                                                   |
| <b>FI</b>               | Falha de Indução                                                                     |
| <b>FM</b>               | Feto Morto                                                                           |
| <b>GT- Itaipu Saúde</b> | Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu |
| <b>MERCOSUL</b>         | Mercado Comum do Sul                                                                 |
| <b>MF</b>               | Macrossomia Fetal                                                                    |
| <b>MS</b>               | Ministério da Saúde                                                                  |
| <b>ODM</b>              | Objetivo de Desenvolvimento do Milênio                                               |
| <b>OMS</b>              | Organização Mundial da Saúde                                                         |
| <b>ONU</b>              | Organização das Nações Unidas                                                        |
| <b>PIG</b>              | Pequeno para Idade Gestacional                                                       |
| <b>RN</b>               | Recém-Nascido                                                                        |
| <b>RTGC</b>             | Sistema de Classificação em dez Grupos de Robson                                     |
| <b>SDR</b>              | Síndrome do Desconforto Respiratório                                                 |
| <b>SHG</b>              | Síndrome Hipertensiva da Gestação                                                    |
| <b>SIS-Fronteira</b>    | Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras                                            |
| <b>SUS</b>              | Sistema Único de Saúde                                                               |
| <b>UCI-NEO</b>          | Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal                                          |
| <b>UTI-NEO</b>          | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal                                                |
| <b>UNESPAR</b>          | Universidade Estadual do Paraná                                                      |
| <b>UNIAMERICA</b>       | Universidade União das Américas                                                      |
| <b>UNRIC</b>            | Centro Regional de Informação das Nações Unidas                                      |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> – Sistema de Classificação de Robson. ....                                                                                                 | 25 |
| <b>Figura 2</b> - Frequência das classes de idade e nacionalidade das parturientes submetidas ao parto cirúrgico amostradas em Foz do Iguaçu-PR, 2017..... | 40 |

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Frequência absoluta e relativa das parturientes estudadas, tanto aquelas que realizaram parto normal quanto cirúrgico, considerando as categorias das variáveis idade e nacionalidade. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 38
- Tabela 2** - Frequência absoluta e relativa de parturientes brasileiras e estrangeiras estudadas, considerando tanto aquelas que realizaram parto normal quanto cirúrgico, em relação aos grupos de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 39
- Tabela 3** - Frequência de brasileiras e estrangeiras que realizaram cesárea de acordo com o grupo de Robson. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 41
- Tabela 4** - Tipos de intercorrência materna no período intra-parto de mulheres submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 42
- Tabela 5** - Tipos de intercorrência fetal no período intra-parto de mulheres submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 43
- Tabela 6** - Variáveis relacionadas às condições de recém-nascidos de gestantes submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 44
- Tabela 7** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com peso maior que 2500g provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu- PR, 2017 .... 46
- Tabela 8** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com índice de Apgar 1º minuto maior ou igual a 7 provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 46
- Tabela 9** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com índice de Apgar 5º minuto maior ou igual a 7 provenientes de gestantes de realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 47
- Tabela 10** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos sem nenhum tipo de intercorrência provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 48
- Tabela 11** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos encaminhados para o alojamento provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 48
- Tabela 12** - Incidência de cesárea em gestantes calculada em relação ao tipo de convênio. P-valor do teste Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu-PR, 2017 ..... 49

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....                                                                                                              | <b>14</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                                                                                                              | <b>16</b> |
| 1.2 CONTEXTUALIZAÇÕES DO TEMA .....                                                                                                    | 18        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....                                                                                                           | <b>21</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....                                                                                                               | <b>22</b> |
| 3.1 OBJETIVO GERAL.....                                                                                                                | 22        |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                                                        | 22        |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                                                                                                   | <b>23</b> |
| 4.1 COMPLICAÇÕES DO PARTO CIRÚRGICO .....                                                                                              | 26        |
| 4.2 ATENDIMENTO AO ESTRANGEIRO .....                                                                                                   | 27        |
| 4.3 O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL .....                                                          | 31        |
| <b>5 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....                                                                                                     | <b>34</b> |
| 5.1 TIPO DE PESQUISA.....                                                                                                              | 34        |
| 5.2 LOCAL DO ESTUDO .....                                                                                                              | 34        |
| 5.3 BUSCA DE DADOS E POPULAÇÃO .....                                                                                                   | 34        |
| <b>5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....                                                                                    | <b>35</b> |
| 5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....                                                                                              | 35        |
| 5.5 AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS .....                                                                                                    | 36        |
| 5.6 ANÁLISES DOS DADOS .....                                                                                                           | 36        |
| 5.7 ASPECTOS ÉTICOS .....                                                                                                              | 37        |
| <b>6 RESULTADOS</b> .....                                                                                                              | <b>38</b> |
| 6.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO.....                                                                                             | 38        |
| 6.2 RELAÇÃO ENTRE NACIONALIDADE E GRUPOS DE ROBSON CONSIDERANDO DADOS PROVENIENTES DE PARTO NORMAL E CIRÚRGICO .....                   | 39        |
| 6.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS QUE REALIZARAM PARTO CIRÚRGICO .....                                                             | 40        |
| 6.4 RELAÇÃO ENTRE NACIONALIDADE E GRUPOS DE ROBSON DAS PARTURIENTES QUE REALIZARAM PARTO CIRÚRGICO .....                               | 40        |
| 6.5 IDENTIFICAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NO PERÍODO INTRAPARTO DE GESTANTES SUBMETIDAS À CESÁREA.....                                        | 41        |
| 6.6 DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES SUBMETIDAS AO PARTO CIRÚRGICO .....                           | 43        |
| 6.7 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES SUBMETIDAS AO PARTO CIRÚRGICO COMPARADO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON ..... | 45        |

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.8 INCIDÊNCIA DE CESÁREA EM GESTANTES INTERNADAS POR CONVÊNIO PRIVADO E PELO SUS..... | 49        |
| <b>7 DISCUSSÃO .....</b>                                                               | <b>50</b> |
| <b>8 CONCLUSÕES.....</b>                                                               | <b>59</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                                               | <b>62</b> |
| <b>APÊNDICE I.....</b>                                                                 | <b>69</b> |
| <b>ANEXO I.....</b>                                                                    | <b>70</b> |

## APRESENTAÇÃO

O envolver-se, o cuidar e o zelar pelo bem-estar do outro nos remete ao sentimento de satisfação pessoal e profissional quando o realizamos convictos de conhecimento, quando o desfecho do cuidado resulta em choro de vida e não em lágrimas de dor e ausência. Por conta dessa motivação, eu, que sou graduada em Enfermagem pela Faculdade União das Américas (Uniamérica), com Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Universidade Estadual do Paraná (Unespar), atualmente trabalho em uma instituição referência no atendimento de Gestação de Alto Risco para a 9ª Regional de Saúde para a cidade de Puerto Iguazu – Argentina e cidades do Paraguai.

A Enfermagem Obstétrica não foi uma escolha, e sim uma feliz consequência do destino, pois em momento algum, durante a minha graduação, pensava na Especialização em Obstetrícia, exceto quando convidada a trabalhar no Centro Obstétrico, momento em que fui tomada pela lembrança de uma grande e inesquecível amiga, enfermeira e parteira da Argentina, que conheci em minha adolescência, enquanto morava no Paraguai, e que me apresentou a obstetrícia em sua total simplicidade e plenitude de amor. As lembranças de um parto em que a mulher é a protagonista e a realidade na qual a mulher é direcionada a vivenciar uma experiência desconhecida e não planejada são o que me levam a desenvolver esta pesquisa.

A Obstetrícia não é uma ciência exata, tem vários caminhos nos quais, cautelosamente, temos que direcionar e conduzir pacientes. O envolvimento na função que desempenho colocou-me em dúvida por diversas vezes, remetendo-me à frustração de não ter tentado fazer diferente, pois em grandes momentos da minha vivência profissional, deparo-me com situações extremamente complicadas envolvendo a vida da mulher e do filho, nascimentos complicados que podem ser evitados, intervenções e condutas desnecessárias, falta de conhecimento de grande parte das mulheres em relação aos riscos do parto cirúrgico, às indicações de cesarianas em que não há motivo óbvio para a sua realização, as altas taxas de recém-nascidos prematuros encaminhados para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-NEO), as taxas de mortalidade materna por causas evitáveis; enfim, instigou-me a realizar esta pesquisa, que me leve a compreender os aspectos que podem ser melhorados para minimizar os índices de procedimentos por meio de uma classificação precoce para a realização de intervenções seguras.

Assim como grande parte das mulheres brasiguaias abordadas e citadas ao longo deste trabalho, minha família e eu fazemos parte dessa realidade: meus avós paternos e maternos, com meus pais ainda crianças, migraram para o país vizinho Paraguai em busca de melhores condições econômicas, momento em que a agricultura e as indústrias de madeira cresciam rapidamente, elevando a economia do Paraguai. Os programas de saúde eram precários, e os imigrantes brasileiros só poderiam ter acesso à saúde quando pagos, e havia falta de confiança na medicina. Minha querida mãe realizou o mesmo caminho de muitas outras mulheres ‘brasiguaias’ para que seus filhos pudessem nascer no Brasil.

Durante minha graduação, tive professores e mestres que me marcaram e me levaram a refletir sobre diversos aspectos sobre a forma de trazer melhorias realizando pesquisa científica. Um mestre que tenho profunda admiração e devo atribuir meu gosto pela pesquisa é o prof. Luciano Andrade, que em suas aulas trazia a pesquisa como forma de revelar nossas indagações e questionamentos. Eu sonhava em um dia fazer pesquisa e consequentemente publicar artigos que pudessem trazer melhorias para a sociedade como um todo.

Acredito que Deus sempre nos guia e coloca pessoas especiais em nosso caminho, como a prof. Rosane Meire Munhak da Silva, que me impulsou com seu amor e otimismo constante pela pesquisa, me levou a abraçar seu desejo pela pesquisa. Durante minha Especialização, realmente entendi o que é pesquisar, e junto com minha querida orientadora faço parte do Grupo de Pesquisa Práticas, Saberes e Vulnerabilidades de Saúde e Educação, em que o incentivo e o aprendizado de maneira coletiva me levou a aprender e conhecer a pesquisa.

## 1 INTRODUÇÃO

A incidência de cesáreas vem aumentando consideravelmente no Brasil e no mundo. Esse tipo de parto refere-se a um procedimento cirúrgico seguro que deve ser realizado para resolver uma emergência obstétrica a partir de recomendações específicas para preservar a vida da mãe e do recém-nascido. Todavia, em inúmeras situações esse procedimento tem sido realizado sem nenhuma recomendação, empregado por conveniência médica ou por solicitação da gestante (BRASIL, 2015; OMS, 2015).

O parto cirúrgico pode desencadear complicações que acarretam prejuízos à mulher e ao recém-nascido quando aplicado de forma inoportuna, sem a real indicação. Para o feto, os riscos resultam em nascimentos prematuros e aumentam a incidência de internação em UTI-NEO. Para a mulher, os agravos podem ocorrer durante o procedimento e no puerpério, gerando consequências ao longo da vida, com comprometimentos irreversíveis (AGUIAR et al., 2013; OMS, 2015).

Diante desses problemas, em curto e longo prazo, que o parto cirúrgico pode desencadear, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a necessidade de reduzi-los em todo o mundo. Em 1985, estipulou-se como ideal taxas entre 10% e 15%, uma vez que taxas acima dessa recomendação não reduzem a mortalidade materna e infantil (OMS, 2015).

No Brasil, o número de cesáreas está muito acima da recomendação da OMS, chegando a 88% em hospitais particulares e 55% em hospitais públicos. Como consequência, verifica-se o impacto de nascimentos prematuros, aumentando a morbimortalidade infantil (PATAH, MALIK, 2011; AGUIAR et al., 2013). Esse fato passou a ser visto como uma epidemia mundial, já que o Brasil é considerado pela OMS o líder mundial na realização de cesáreas. Em países da Europa, a taxa é de 20% a 22%; nos Estados Unidos, 32,8%. Países como Colômbia e República Dominicana também apresentam números elevados, 42% e 43%, respectivamente (BRASIL, 2015; OMS, 2015).

Pesquisas demonstram que o parto cirúrgico, como forma de terminar a gravidez em situações em que não existe risco materno ou fetal, é mais frequente entre mulheres com melhores condições econômicas, associado ao que se chama de “bom padrão de atendimento”. Uma das razões apontadas para o aumento das cesarianas para esse grupo populacional tem sido a escolha das mulheres por esse tipo de parto, diferentemente das que recorrem ao sistema público de saúde, pois a decisão, nessas circunstâncias, cabe aos profissionais de saúde, sendo



o parto normal a primeira escolha dos profissionais e as cesáreas são indicadas em situações de emergência materna ou fetal (DOMINGUES et al., 2014).

Os modelos de assistência ao parto e a realização de cesáreas são debatidos há décadas, e a complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência têm suscitado questionamentos que envolvem a qualidade da atenção primária. Isto porque o preparo para o parto vaginal deve ter início ainda nas consultas de pré-natal (PATAH, MALIK, 2011). As políticas e ações voltadas ao atendimento das estrangeiras consistem na busca espontânea para a realização do pré-natal e desfecho da gestação.

A cidade de Foz do Iguaçu, onde foi realizada esta pesquisa, situa-se no extremo oeste do estado do Paraná. No presente estudo, ressalta-se a saúde das gestantes brasileiras, paraguaias, argentinas e brasiguaias (mulheres com cidadania brasileira por nascimento ou por união com brasileiro, moradoras no Paraguai), que constantemente procuram o município para a realização do pré-natal e parto (MELLO, GONÇALVES, VITORA, 2015).

Em 2006, nessa cidade, foi constituído o Centro de Nutrição Materno Infantil (CNMI), cujo objetivo é atender gestantes brasileiras residentes nos países vizinhos, principalmente Paraguai. A demanda é quase que exclusiva para o atendimento de paraguaias, porque a procura pelas argentinas é menor (MELLO, GONÇALVES, VITORA, 2015).

Acredita-se que conhecer a realidade de incidência e indicações de cesarianas em uma região de fronteira como Foz do Iguaçu possibilita a aproximação da situação de saúde vivenciada. Busca-se a aprendizagem a partir das seguintes questões: ‘Qual a incidência e as indicações do parto cirúrgico em regiões de fronteira segundo os dez grupos propostos pela Classificação de Robson?’; ‘Quais as condições de nascimento de crianças cujas mães foram submetidas ao parto cirúrgico?’; ‘Existem complicações maternas no período intra e pós-parto imediato de mulheres submetidas ao parto cesariano?’. Espera-se que os aspectos e lacunas advindos dessas instigações permitam vislumbrar subsídios que ofertem atenção à saúde e amparo aos protocolos assistenciais e políticas públicas específicas a esse grupo populacional.

Por meio da análise desses questionamentos, espera-se ainda verificar a incidência de cesáreas e a eficácia da escala de Classificação de Robson em região de fronteira, visando proporcionar qualidade na assistência obstétrica e garantir segurança e redução de complicações maternas e infantis decorrentes do período do nascimento.

## 1.2 CONTEXTUALIZAÇÕES DO TEMA

O cuidado é essencial para a formação do ser humano, é o primeiro elo com o outro; as figuras mais associadas com o ato de cuidar são as mães. Para a construção do ser mãe, a mulher passa pelo processo fisiológico e sociológico do parto e, conseqüentemente, o nascimento (BOFF, 1999).

A gravidez e o parto são considerados acontecimentos sociais que correspondem a um processo singular e especial, envolvendo a vivência reprodutiva de mulheres e homens, voltada também para as famílias e para a comunidade (PADILHA et al., 2011).

Pensar na mulher e sua saúde, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento, resulta em ações que permitam lhe proporcionar uma assistência à saúde de qualidade em todo o processo gravídico-puerperal, com informações e ações que possam contribuir de forma positiva no desfecho da gestação: o nascimento (PADILHA et al., 2011).

A assistência humanizada e qualificada deve ser inspirada pelo ato de humanizar. Na humanização da assistência ao parto, independente da via, vaginal ou cirúrgica, o nascimento implica em mudanças de atitudes e de rotinas com o objetivo de tornar esse momento menos medicalizado possível, usando práticas assistenciais que garantam a integralidade física e psíquica de um ser frágil e requerente de cuidados específicos (LIMA, 2014).

Atualmente, a meta é a busca e a visão ampla e complexa de um cuidado integral, há interesse de mudanças das práticas de saúde que vão além do simples entendimento fisiológico, as quais tendem a englobar os diferentes aspectos do cuidado à mulher no período gravídico puerperal e ao recém-nascido, contemplando os aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Nesse contexto, surgem profissionais que buscam resgatar técnicas de modo a proporcionar uma forma de nascimento digno, com uma assistência especializada e adequada (LIMA, 2014).

Silva et al. (2013) assinalam que, no Brasil, diversas mudanças têm influenciado o contexto da assistência para a mulher no processo de trabalho de parto, parto e puerpério, aspectos voltados para a humanização. O acesso a maiores níveis de educação e ao mercado de trabalho, a urbanização, e o menor número de filhos, acompanhados por melhor acesso a serviços de pré-natal e assistência ao parto têm afetado de forma positiva os indicadores de saúde materna.

A gravidez e o parto, em grande parte das vezes, são planejados e desejados pela mulher e pela família. Entretanto, muitas vezes acontecem por acaso, sem qualquer planejamento. O parto é o momento mais esperado da gestação por ser considerado um acontecimento encantador, envolvente e sublime; ao mesmo tempo, pode trazer preocupações, medo, estresse e insegurança, deixando a mulher vulnerável psicologicamente (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Para proporcionar um atendimento humanizado e uma melhor qualidade na assistência, visando ao bem-estar materno e do recém-nascido, o Ministério da Saúde (MS) implantou, no ano de 2000, o “Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”. Este tem a finalidade de ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, humanizar a assistência, garantir a qualidade da atenção, incentivar o parto vaginal e, assim, reduzir os coeficientes de mortalidade materna no país (BRASIL, 2002).

A humanização do parto deve ser compreendida como um processo que respeita a individualidade das mulheres, valorizando-a como protagonista e permitindo a adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões. A valorização dessa humanização na atualidade está diretamente relacionada ao respeito entre profissionais e cliente, pensando-se em um desfecho favorável para o binômio mãe e bebê (GOMES et al., 2014).

Nessa direção, para haver humanização, devem-se levar à risca as normas preconizadas pela OMS e MS para o atendimento à mulher em todo o processo de parturição, em especial junto às adolescentes. Entre os critérios estabelecidos durante o trabalho de parto têm-se: a) fornecimento de todas as informações e explicações, atenção individualizada e apoio do profissional de saúde no atendimento à mulher; b) presença do acompanhante durante o trabalho de parto, associado à redução da duração desse trabalho e redução da administração de ocitocina na indução do trabalho de parto, diminuição da taxa de cesariana, do uso do fórcepe e da necessidade de analgesia; c) uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor com alto grau de segurança e simplicidade em sua utilização; d) oferta de líquidos e alimentos leves por via oral, prevenindo a desidratação (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2011; OMS, 2015).

Em geral, a problemática que converge aos nascidos por cesariana relaciona-se à probabilidade de morte ser duas vezes maior no período neonatal quando comparada aos nascidos de parto vaginal. A justificativa médica para a realização de partos cirúrgicos de qualquer idade envolve fatores de perigo que podem colocar em risco a vida da mãe e do feto.

Pode resultar em sentimento de medo e insegurança da gestante quanto a defender a via de parto natural e ser induzida ao parto cirúrgico, quando a escolha pela via de parto pode resultar em partos prematuros (REIS et al., 2014; RATTNER, MOURA, 2016).

As atuais políticas de saúde apontam a necessidade de respeitar a decisão materna e promover a autonomia da mulher quanto a via de parto por ela escolhida. Observa-se o predomínio de ações prescritivas que não consideram o seu saber, preferências e experiências no campo do cuidado. Os profissionais da saúde obstétrica devem compreender que a mulher em trabalho de parto necessita receber cuidados e não intervenções (SILVA et al., 2014).

## 2 JUSTIFICATIVA

Utilizar medidas eficazes para reduzir os partos cirúrgicos nos diversos serviços de obstetrícia exige, inicialmente, a identificação de quais grupos de mulheres que são submetidas frequentemente a esse procedimento. Nesse propósito, diversos sistemas de classificação têm sido descritos. Contudo, a falta de um padrão universalmente aceito tem prejudicado as tentativas de caracterizar o aumento nas taxas de cesariana. Em grande parte, os partos por cesárea têm sido avaliados usando a taxa geral proposta em 1985 pela OMS ou de acordo com a indicação médica para o procedimento cirúrgico, como a presença de distócia, sofrimento fetal, cesariana prévia, apresentação pélvica, entre outros (OMS, 2015).

Diante dessas situações, a OMS propôs a aplicação do sistema de classificação em dez grupos de Robson (RTGCS), visando descrever os grupos clinicamente relevantes de mulheres submetidas ao parto cirúrgico. Embora utilizados originalmente como método para acessar as taxas de cesárea, o RTGCS poderá permitir a classificação de todas as mulheres admitidas para parto, e ainda determinar diretamente a necessidade de melhorias para a diminuição das taxas de partos cirúrgicos (VOGEL et al., 2015; OMS, 2015).

Ademais, o fato desta pesquisa ser realizada em região de fronteira, cenário de circulação de pessoas de diversas etnias, condições sociais e comportamentos diferentes, justifica-se por apresentar parte dessa realidade, a qual se relaciona aos fatores que levam à realização de cesáreas sem indicação verdadeiramente necessária. E assim, contribuir para a redução de partos cirúrgicos desnecessários e minimizar possíveis complicações maternas e infantis relacionadas a esse procedimento.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a incidência de partos vaginais e de partos cirúrgicos, suas indicações e complicações no período intraparto utilizando a Classificação dos 10 grupos de Robson em região de fronteira.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as gestantes quanto à idade e nacionalidade;
- Distribuição do número de partos geral e por cesarianas entre mulheres brasileiras e estrangeiras atendidas no serviço segundo a Classificação de Robson;
- Identificar as intercorrências maternas e fetais no período pré e intraparto de mulheres submetidas ao parto cirúrgico;
- Descrever as condições de nascimento de recém-nascidos de mulheres submetidas ao parto cirúrgico segundo a Classificação de Robson;
- Relatar a incidência de cesárea entre gestantes internadas por convênio/particular e pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

No ano de 2001, Robson afirmou que a questão não é saber se a taxa de cesariana é demasiadamente alta ou baixa, mas se esse tipo de parto tem ou não uma indicação adequada mediante uma correta avaliação clínica. É esperado que as taxas de cesariana sigam mais elevadas em serviços terciários, de apoio perinatal diferenciado, os quais centralizam situações clínicas de maior complexidade e referência para alto risco (GUERREIRO, 2013; OMS, 2015; TANAKA, MAHOMED, 2017).

Robson propôs os dez grupos de classificação de cesarianas – 10 group Classification System (RTGCS) nesse mesmo ano, 2001. Essa classificação proporciona uma matriz adequada para analisar, comparar e conferir as taxas de cesarianas. Trata-se de um sistema simples, reprodutível, relevante clinicamente, padronizado e fácil de implementar nos serviços hospitalares. Os dez grupos encontram-se cuidadosamente definidos e identificados, com variáveis compatíveis com os conceitos obstétricos. O RTGCS baseia-se nas características da gestante e da gestação, assim como a conduta diante do trabalho de parto e não referente à indicação da cesariana (CHIANCA et al., 2015).

A escala de classificação RTGCS objetiva classificar todas as gestantes em grupos, nos quais são utilizadas cinco características obstétricas colhidas de rotina em todos os centros de atendimentos às gestantes, quais sejam: paridade (nulípara, ou, multípara com e sem cesárea anterior); início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (pré-termo ou termo); apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); número de fetos (único ou múltiplo) (ROBSON, 2001; OMS, 2015).

A classificação é de linguagem simples, o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser, imediatamente, classificadas em um dos dez grupos. A classificação permite a comparação e análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos (OMS, 2015).

A OMS realizou, em 2014, uma revisão sistemática para analisar a experiência de profissionais que haviam usado a Classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos em sua adoção, implementação e interpretação, além de identificar as barreiras, facilitadores e possíveis modificações apontadas pelos usuários desse sistema de classificação. A revisão sistemática utilizou como base pontos essenciais como associação entre as taxas de cesárea e a mortalidade ou morbidade materna, neonatal ou infantil (BETRAN et al., 2015).

Naquele mesmo ano, 2014, a OMS reuniu um grupo de especialistas em Genebra para avaliar essas evidências, pontuando que todos os hospitais devem adotar a Classificação de Robson em todas as gestantes hospitalizadas para dar à luz. Essa classificação intenciona obter comparações padronizadas, mantendo-se a estrutura original, apesar de permitir a criação de novos subgrupos para sua melhor utilização, podendo ser considerados as características epidemiológicas, os custos e os desfechos de indicações (OMS, 2015).

Os resultados obtidos com o uso da Classificação de Robson deverão ser divulgados, de forma a comparar os dados maternos e perinatais em um mesmo hospital ao longo do tempo e entre diferentes hospitais. Um grupo de médicos especialistas analisaram e propuseram várias recomendações como: os hospitais que adotam a Classificação de Robson (Anexo I) devem utilizá-la em todas as gestantes internadas para o parto. No entanto, frente a interesses ou necessidades específicas locais, as instituições e profissionais necessitam analisar variáveis adicionais como características epidemiológicas, custos, desfechos e indicações, criando, assim, mais subdivisões dentro dos dez grupos (OMS, 2015).

Os dez grupos, segundo o sistema de Classificação de Robson (2001), são:

Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;

Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;

Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;

Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto;

Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas;

Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica;

Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es);

Grupo 8: Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es);

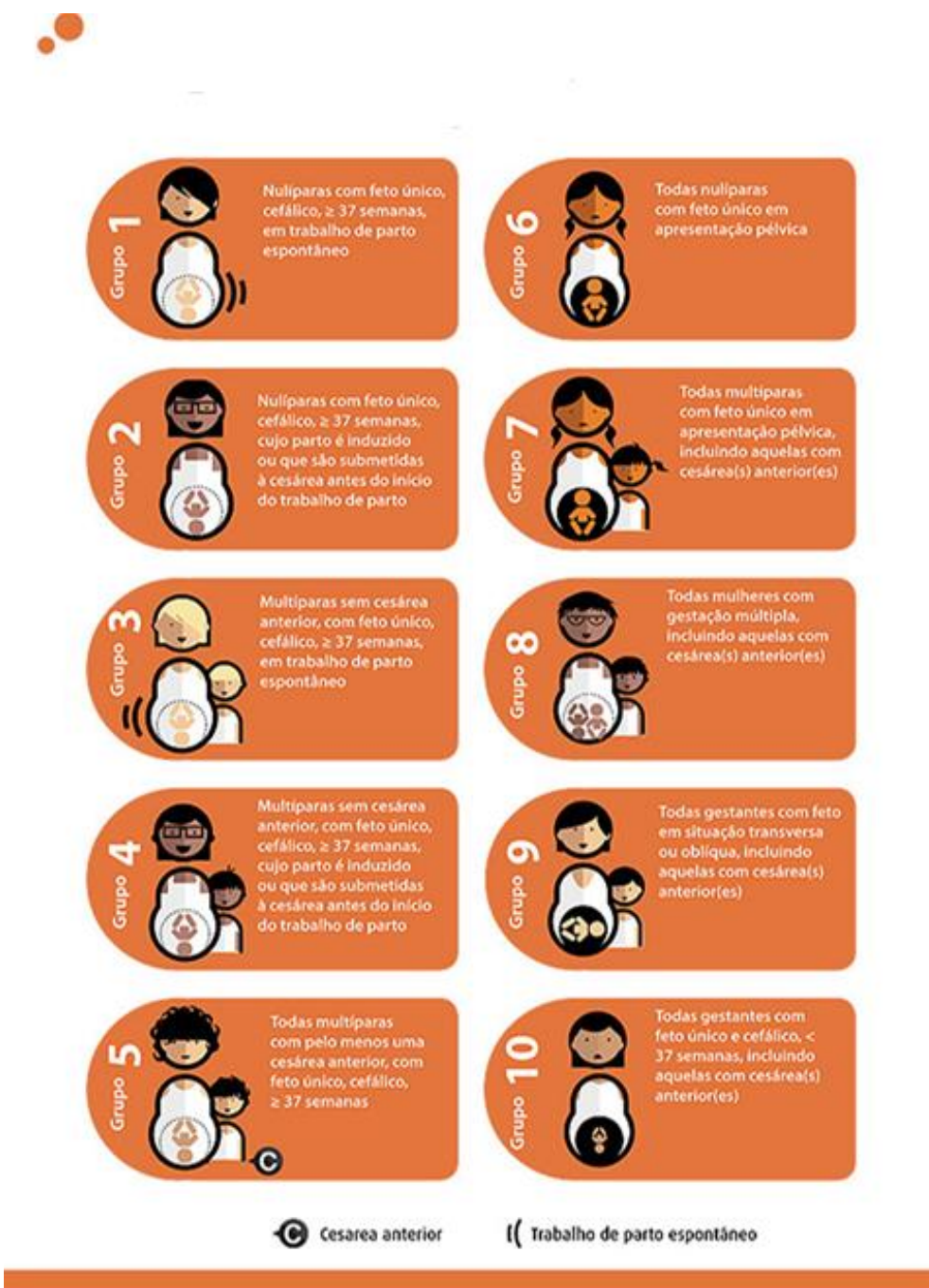


Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es);

Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, acima ou igual a 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).

A Figura 1, a seguir, é bastante elucidativa desses grupos.

**Figura 1** – Sistema de Classificação de Robson.



A OMS recomenda que as instituições hospitalares, sempre que possível, emitam relatórios com os resultados da classificação e os divulguem publicamente. Desse modo, espera que essa classificação possa auxiliar os hospitais a otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos particularmente relevantes em cada local; avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas e a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo; avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção das equipes assistenciais para a importância desses dados e seu uso (OMS, 2015).

Salienta-se que o aumento do número de cesáreas tem sido motivo de preocupação em níveis nacional e internacional, pois envolve riscos adicionais de morbimortalidade materna e fetal, resultando em complicações severas e, muitas vezes, irreversíveis. Apesar de os métodos para estimar os custos das diferentes formas de nascimento ser muito divergentes, a maioria dos estudos aponta um custo significativamente superior da cesariana (ALMEIDA et al., 2014).

Como estratégia governamental para reduzir o número de cesáreas desnecessárias no Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, em seis de janeiro de 2015, novas regras para estimular o parto normal. Por meio da Resolução Normativa nº 368, as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e partos vaginais por estabelecimento de saúde e por profissional. Também serão obrigadas a fornecer o partograma, o cartão de saúde da gestante e a carta de informação à gestante, na qual deverá constar o registro de todo o pré-natal (BRASIL, 2015). Essa estratégia permitirá que a ANS possa identificar as reais necessidades da intervenção cirúrgica e se esta foi por conveniência médica ou a pedido da gestante.

#### 4.1 COMPLICAÇÕES DO PARTO CIRÚRGICO

O parto é um fenômeno que deve ocorrer de forma natural e espontânea. Ainda assim, em algumas situações, o nascimento é marcado por escolhas que podem ter desfecho negativo. Grande parte das mulheres opta pelo parto cirúrgico como primeira e única opção, sem a real indicação ou necessidade obstétrica. Essa escolha está diretamente relacionada ao receio da dor do parto e ao fato de a mulher ficar exposta; contudo o que deve ser considerado no momento dessa decisão não é apresentado para a gestante, levando-a a ficar suscetível a riscos e desfechos desnecessários para ela e o neonato (SERRUYA, 2012).

Os riscos potenciais do parto cirúrgico levam a complicações graves e comprometem as gestações posteriores, gerando emergências obstétricas como: ruptura uterina, placenta prévia, placenta acreta, lesões da bexiga e do intestino e, em muitos casos, levando à realização de histerectomia. Ainda resultam em nascimentos prematuros, entre outros agravos e sequelas graves para o binômio, aumentando, assim, a taxa de mortalidade materno-infantil (REIS et al., 2014; TABILE et al., 2016).

Sendo o parto cirúrgico primeira via escolhida pelo obstetra nos casos de prematuridade. Tabile et al. (2016) assinalam que os nascimentos prematuros estão associados a fatores como parto cesáreo, raça branca, mães com idade superior a 35 anos, pré-natal inadequado ou ausente e sexo masculino. De acordo com os autores, as complicações para os recém-nascidos resultam em problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia, mortalidade neonatal, além de aumentar os riscos respiratórios que são maiores à medida que diminui a idade gestacional, aumentando o risco de internação em UTI-NEO (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014).

Estudam-se, mundialmente, as reais indicações de cesarianas, e muitos dos procedimentos realizados não têm indicação médica adequada, portanto se faz necessário conhecer tais indicações, sejam por conveniência médica ou por opção da mulher. Nas situações em que o parto cirúrgico é escolha da mulher, deve-se desrespeitar os critérios para a realização da cesariana em que a idade gestacional esteja entre 39 a 40 semanas, sendo necessária a utilização de termo de consentimento livre e esclarecido quantos aos riscos materno e fetal (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014).

O parto cirúrgico envolve risco de morte materna dez vezes maior quando comparado ao parto vaginal. Ressaltam-se as complicações posteriores como aumento de infecções da ferida operatória, que em muitas ocasiões não está ligada diretamente à assistência hospitalar e sim com os cuidados realizados pela própria puérpera fora do ambiente hospitalar, sendo necessária vigilância ativa para o controle da infecção (ROMANELLI et al., 2012).

#### 4.2 ATENDIMENTO AO ESTRANGEIRO

A condição de fronteira, muitas vezes, impõe mobilidade ao indivíduo, independente da classe social ou grau de intensidade, legitimando mecanismos complementares, e fazendo que essas áreas tenham impulso de desenvolvimento, vivacidade e dinamismo. Saúde, nessa região, requer atenção e olhar crítico, de forma a conhecer as limitações e peculiaridades inerentes às

cidades fronteiriças, compreendendo que não se trata somente de território, mas de diferentes etnias que vivem e circulam na região ou território (MOURA, CARDOSO, 2013).

Os problemas relacionados à saúde da população que vive em cidades fronteiriças implicam, principalmente, na questão do financiamento público, pois não há uma forma precisa de controlar e registrar o cidadão que procura o país vizinho para atendimento médico. Existe, nesse sentido, uma desigualdade no sistema de saúde (AZEVEDO, 2015).

A falta de políticas de melhorias ou acordos para que se estabeleça o atendimento igualitário para essa população estrangeira leva os cidadãos a cruzar a fronteira em busca constante de atendimento, cabendo aos gestores a responsabilidade pelos atendimentos. Políticas concretas que realmente funcionem e que não deixem o usuário estrangeiro à mercê do atendimento são necessárias para estabelecer melhores condições de saúde tanto para brasileiros que moram nos países vizinhos quanto os estrangeiros que procuram atendimento em nosso país (AZEVEDO, 2015).

O sistema de saúde no Brasil é universal e alcança todas as cidades e municípios de fronteira com outros países. Isso permite o acesso de estrangeiros em busca de serviços de saúde. Na maior parte, os secretários de saúde questionam o fluxo intenso e constante dos estrangeiros que vêm ao Brasil à procura do acesso à saúde, porque esses municípios não recebem recursos financeiros suficientes para os atendimentos (BRANCO, 2013).

O modelo de desenvolvimento no setor de saúde tem ganhado ênfase em diversos campos de pesquisa, atraindo olhares internacionais. A OMS traz propostas para que se desenvolvam novas políticas com enfoque na saúde. A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que o estabelecimento de estratégias para o desenvolvimento do milênio entre as organizações governamentais visa a mudanças políticas a fim de garantir melhor qualidade de vida e reduzir os índices de mortalidade materno e infantil (BONTEMPO et al., 2013; UNRIC, 2016).

Em 2015, foram definidos e estabelecidos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para os anos de 2015 a 2030. Entre essas metas está o objetivo 3, saúde de qualidade para reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos-vivos (NV) e até 2030 acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, assim como diminuir a mortalidade neonatal para 12 por 1.000 NV e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para 25 por 1.000 NV (BONTEMPO, NOGUEIRA, GIMENEZ, 2013; UNRIC, 2016).

Melhorar a saúde das gestantes é uma das metas do desenvolvimento do milênio (ODM). O Brasil obteve grande declínio na redução da mortalidade materna no período de 1990 a 2015; em 1990, diminuiu para três quartos, a razão era de 141 para 100 mil NV, e em 2010 passou para 68 por 100 mil NV. A meta, em 2015, foi de 35 óbitos por 100 mil NV. Quanto à mortalidade materna, a ONU pontua a necessidade de promover ações integradas à saúde da mulher em idade fértil (UNRIC, 2016).

Segundo os dados da ONU, a mortalidade materna no Brasil é de 43% quando comparada aos resultados obtidos desde a década de 1990. Comparado a países como Peru, com 64%, Bolívia e Honduras, 61%, República Dominicana, 57%, Barbados, 56%, Guatemala, 49%, Equador, 44%, Haiti 43%, El Salvador 39% e Nicarágua 38%, e nenhum dos países mencionados conseguiu reduzir em 75% a mortalidade materna até 2015, exigência estipulada pela ODM. Em 2013, foram 9,3 mil mulheres latino-americanas e caribenhas que morreram por causas relacionadas à gravidez; em 1990, foram mais de 17 mil (ONU, 2017).

O estudo de Ferraza e Bordignon (2012), realizado no período de 2000 e 2009, revela que ocorreram, no Brasil, cerca de 16.520 óbitos maternos. Aponta ainda que o país apresenta razão de mortalidade materna de 54,83 óbitos a cada 100 mil NV no período; a OMS considera até 20 mortes para cada 100 mil NV (ONU, 2017).

É comum que os habitantes das cidades fronteiriças procurem o serviço de saúde brasileiro para terem seus filhos, pois o atendimento posterior é garantido a essas crianças. Todavia, essa busca não é garantia de um atendimento rápido e eficaz, levando ao descaso o cidadão fronteiriço por parte das prefeituras e dos gestores, o cidadão fronteiriço que é domiciliado nas cidades de fronteira e tem o acesso facilitado pela livre circulação nas fronteiras (BRANCO, 2013).

Os municípios de fronteira utilizam escala de complexidade para direcionar o atendimento a estrangeiros. Muitas vezes, esse atendimento fica por conta do gestor e este determina o atendimento; entretanto não há jurisprudência que influencie diretamente o direito do estrangeiro ao SUS (BRANCO, 2013).

Ao tratar de fronteira e da livre circulação de pessoas, deve-se apontar para as cidades-gêmeas, pois ali há uma população mais acentuada que nos demais municípios fronteiriços. Há uma ligação contínua entre as pessoas de ambos os países, brasileiros trabalhando do outro lado da fronteira, assim como paraguaios, argentinos e de outras nacionalidades que trabalham no Brasil (BRANCO, 2013).

A Constituição Federal, expressamente no Artigo 196, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Contudo, nem todos os gestores públicos e operadores do direito têm esse entendimento, muitos divergem na interpretação da Lei. Isso leva à falta de compreensão quanto a esse “todos” e traz diferentes interpretações, pois se trata somente dos brasileiros ou de todas as pessoas que adentraram o território brasileiro? Leva a pensar se o estrangeiro fronteiriço deve ser tratado de forma igualitária ou diferenciada, e de que forma seu atendimento deve ser assegurado, ou se esse atendimento está relacionado somente às situações de urgência e emergência (BRANCO, 2013; BONTEMPO, NOGUEIRA, GIMENEZ, 2013).

Cabe ressaltar o Decreto nº. 18.956/29 voltado ao Direito Internacional Público, que estabelece, em seu artigo nº. 5, que os Estados devem conceder aos estrangeiros domiciliados ou de passagem em seu território todas as garantias individuais que concedem aos seus próprios nacionais e o gozo dos direitos civis essenciais (BRASIL, 2017).

Em 2006, para suprir essa demanda foi constituído o CNMI, cujo objetivo é atender gestantes brasileiras residentes nos países vizinhos, particularmente o Paraguai. Essa demanda é quase que exclusivamente para o atendimento de paraguaias, porque a procura por argentinas é menor (MELLO, GONÇALVES, VITORA, 2015).

A cidade de Foz do Iguaçu, no Brasil, faz fronteira com a Cidade do Leste, no Paraguai, com Porto Iguassu, na Argentina, e tem como referência para as gestantes o CNMI. Muitas gestantes argentinas e paraguaias procuram por esse atendimento, pois relatam que o serviço à saúde é melhor, o acesso a exames e o atendimento com os profissionais de saúde é rápido, diferente de seu país de origem (MELLO, GONÇALVES, VITORA, 2015).

O CNMI é referência para o atendimento de gestantes estrangeiras que procuram o atendimento e para as gestantes brasileiras domiciliadas nas cidades de fronteira. Em grande parte, os estrangeiros que buscam por atendimento à saúde ocultam informações importantes como endereço, dentre outras essenciais para os profissionais de saúde, e esse fato compromete a busca ativa em caso de agravos (MELLO, VICTORA, GONÇALVES, 2015).

Em 2005, o governo federal brasileiro, pensando em políticas específicas para as cidades de fronteira, lançou o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-fronteiras), ampliando os recursos financeiros para 121 municípios localizados na faixa de fronteira em uma expansão territorial de 15.719 km, com 9 países e com o departamento da França (Guiana Francesa). O Sis-Fronteira foi lançado com a proposta de promover a integração e ações de serviços de saúde

na região de fronteira, contribuindo com a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios (ALBUQUERQUE, 2012).

Entretanto, os recursos financeiros do Sis-fronteira não custeiam os aportes necessários para a manutenção dos servidores, e o município acaba por arcar com parte do custeio. A cidade de fronteira com Foz do Iguaçu conta também com recursos específicos da Usina Binacional de Itaipu, por meio do Grupo de Trabalho (GT) (ALBUQUERQUE, 2012).

O Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu (GT) foi criado em 2003, e seu objetivo primário era apoiar os hospitais mantidos pela Itaipu: o Hospital Ministro Costa Cavalcanti, do lado brasileiro, e a Fundação Tesai, do lado paraguaio. O GT funciona com um fórum de discussão para a implementação de projetos e ações que envolvem diversas entidades de saúde, governamentais e não governamentais do Brasil, Paraguai e Argentina. Com o passar dos anos, o GT ampliou as ações de saúde na região da tríplice fronteira, os projetos são apresentados por equipe multiprofissional em encontros programados todos os meses, quando aprovados os projetos recebem recursos financiados pela diretoria binacional da Itaipu (ALBUQUERQUE, 2012).

As principais áreas de atuação do GT são programas voltados para a saúde indígena, materno-infantil, do idoso, do trabalhador, mental, acidentes e violências, endemias, doenças emergentes e reemergentes. O programa está presente em 28 cidades brasileiras e 31 paraguaias, que, juntas, somam cerca de 1,5 milhão de habitantes (ITAIPU BINACIONAL, 2017).

Em 26 de março de 1991, realizou-se o Tratado de Assunção, o Mercado Comum do Sul (Mercosul), constituído por um conjunto de acordos regionais, a formação de um mercado comum entre Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, denominando-se Estados Partes, estabelecendo compromissos de legislação, garantindo uma livre circulação de bens, com o objetivo de alcançar integração e justiça social. Uma das propostas implantadas pelo Mercosul foi favorecer ações nos diferentes setores como a saúde, educação, justiça, cultura, transporte, meio ambiente, sendo incorporados a essa agenda os aspectos econômicos (FILHO, 2012).

#### 4.3 O ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A descoberta da gravidez, o preparo para o parto são momentos marcantes na vida da mulher, em que esta assume o papel de mãe e a maternidade, havendo mudanças fisiológicas e

psicológicas. O parto não é um acontecimento individual, envolve a reprodução social, reflexo de como a sociedade e a cultura se desenvolvem; o processo de parir ou dar à luz remete à criação de novos indivíduos, e a mulher que dá à luz se torna mãe e o parceiro se torna pai e novos papéis sociais são gerados (MCCOURT, 2014).

A gravidez é um marco de mudanças físicas e psicológicas, período que pode desencadear complicações durante o processo gravídico-puerperal, pois a gravidez é uma fase de transformação que exige da mulher a reestruturação e o reajuste de sua vida. O enfermeiro (a) é o profissional diretamente ligado e capacitado para ajudar nesse período, no momento vivenciado pela mulher e seus familiares. Nessa fase, a parturiente não necessita ser medicada ou tratada como doente, apenas necessita de cuidados e atenção (SIMAS, SOUZA, COMIN, 2013).

As práticas e ações voltadas à humanização da assistência durante o período gravídico-puerperal são importantes para a mulher e seus familiares. Nesse sentido está a relevância da atenção de profissionais capacitados, como o enfermeiro (a). O enfermeiro poderá contribuir em educação em saúde para que a mulher e seus familiares estejam preparados para o ápice de maior intensidade emocional; estabelecer o diálogo aberto durante as consultas de pré-natal com o acompanhamento do parceiro durante essas consultas; manter a proximidade entre profissionais e o casal; e estimular a formação do vínculo estabelecendo confiança, a qual resultará no empoderamento da mulher (GOMES, et al., 2014; CAMPOS, ALMEIDA, SANTOS, 2014).

As crenças religiosas e a cultura nas quais a gestante está inserida retratam as necessidades durante todo o período gravídico-puerperal, pois aspectos sociais peculiares de sua crença, raça e nacionalidade ficam em evidência. Assim sendo, os profissionais de saúde que trabalham e residem em região de fronteira estão indiretamente inseridos nas diversas culturas da região e compreendem, de forma direta ou indireta, os dialetos e linguagem das diferentes nacionalidades; portanto o enfermeiro torna-se protagonista de uma assistência específica e direcionada ao atendimento, promovendo a necessidade do cuidar específico para cada ser social (MIRANDA, MAROSTICA, MATÃO, 2015).

A cultura pode ser compreendida como um conjunto de significados, crenças, valores, imagens, imaginários e símbolos nos quais o homem se constitui e se insere diariamente, delineado pela sociedade em que vive e pela compreensão do viver (MIRANDA, MAROSTICA, MATÃO, 2015).



O cuidado de enfermagem voltado à obstetrícia abre espaço para a construção de práticas e saber, construindo a educação em saúde direcionada ao cuidado da mulher, que envolve as diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (GUERREIRO et al., 2014).

Ao participar e compreender os diferentes conceitos étnicos, o enfermeiro (a) se torna um agente potenciador do cuidado com competência cultural, o qual envolve o processo e o contexto ao proporcionar ajuda a indivíduos de diversas culturas. Isso ocorre porque o ser social não pode ser separado de seu contexto sociocultural: seus valores e crenças devem ser valorizados e integrados ao atendimento. Dessa maneira, a relação do profissional com a gestante e seus familiares pode ocorrer de forma horizontal, sem barreira no compartilhar de experiências, no ouvir e no diálogo aberto com os quais são construídas pontes importantes para desenvolver, de modo singular, o processo de cuidar (ALVES et al., 2013).

O enfermeiro da atenção primária de saúde (APS), o primeiro profissional com o qual a gestante tem o contato após a descoberta da gravidez, torna-se elemento fundamental para a construção positiva do processo de gestar. Ao estabelecer vínculo com a família, pode-se construir metas de cuidados relacionados à educação em saúde para o desfecho da gravidez, ou seja, o parto. O momento do nascimento está permeado de dúvidas e de sentimentos banhados por conceitos e crenças de suas culturas ou de conceitos estabelecidos pela própria sociedade. Pode ainda aconselhar a escolha da mulher pela via de parto (ALVES et al., 2013).

Em muitos serviços de APS e Centros Obstétricos nem sempre há um enfermeiro preparado para prestar suporte à gestante, parturiente e puérpera. O fato de colocar-se no lugar e ser acolhedor pode amenizar o medo do desconhecido ou ajudar na escolha do tipo de parto planejado pelo casal, que por intercorrência no tempo de trabalho de parto pode ser diferente, levando a mulher a desenvolver sentimento de frustração, fracasso e culpa por não conseguir parir seu filho. Nesse momento, o enfermeiro tem papel importante em prestar suporte para essa mulher e sua família (MCCOURT, 2014).

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE PESQUISA

O método proposto nesta pesquisa refere-se à observação, descrição e documentação dos aspectos e características em uma determinada população ou área de interesse relacionados nos anos de 2012 a 2016, de forma a avaliar e analisar fatos e situações ocorridas (PRODANOV, FREITAS, 2013).

A pesquisa foi de corte transversal, retrospectiva, de abordagem quantitativa, e compreendeu a análise da incidência e indicação de partos cirúrgicos ocorridos no período de 2012 a 2016 em uma instituição hospitalar referência para alto risco.

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

A instituição pesquisada está localizada em um município de tríplice fronteira, envolvendo o município de Foz do Iguaçu (Brasil), a Cidade do Leste (Paraguai) e o Puerto Iguassu (Argentina).

A coleta de dados foi realizada no setor de arquivos, sendo dados de prontuário eletrônico e documental de uma instituição hospitalar de Foz do Iguaçu-PR, localizada no sul do Brasil, com uma população estimada em 256.081 (IBGE, 2010) e 4.385 NV no ano de 2013. Destes, aproximadamente 50% nasceram de partos cirúrgicos (DATASUS, 2016).

A referida instituição é referência para atendimento à gestação de alto risco tanto para o SUS como para o privado, para os municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Compreendem os municípios de Foz do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, Missal, Matelândia, Medianeira e Itaipulândia.

### 5.3 BUSCA DE DADOS E POPULAÇÃO

A busca de dados ocorreu no primeiro semestre de 2017. A população foi composta por todas as mulheres que passaram pelo processo de parto na referida instituição hospitalar no

período de 2012 a 2016, totalizando aproximadamente 20.000 mulheres. Ressalta-se que para a seleção da amostra foram utilizados os critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir.

### **5.3.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Nesta pesquisa, foram incluídas, as mulheres submetidas a partos cesarianas e vaginais, os nascimentos ocorridos no período de 2012 a 2016, independentemente do local de procedência.

Os critérios de exclusão foram mulheres submetidas a procedimentos obstétricos como, curetagem uterina, cerclagem e laparotomia por gestação ectópica.

## **5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

O instrumento para a busca de dados foi estruturado (Apêndice I), contendo variáveis assim organizadas:

- a) Dados obstétricos: número de gestações incluindo a atual, tipo de parto anterior (normal ou cesárea), aborto anterior (sim ou não), número de consultas da gestação atual, local do pré-natal (unidade básica de saúde, consultório particular ou convênio), intercorrências atuais ou anteriores; Classificação de Robson (Anexo I);
- b) Dados de admissão da mulher: data, hora, dilatação da cérvix, dinâmica uterina (presente ou não), batimentos cardíacos fetais (presente ou ausente), condições da bolsa amniótica (íntegra ou rota), pressão arterial, tipo de convênio no hospital (público, particular, plano de saúde);
- c) Dados sociodemográficos: idade e nacionalidade;
- d) Dados do parto: admissão/nascimento, hora, indução do parto (sim ou não, tipo de indução), tipo de parto; apresentação fetal, anestesia, intercorrências, destino da mãe após o parto (alojamento conjunto; permanência no centro obstétrico; unidade de terapia intensiva);
- e) Dados do recém-nascido: sexo, peso, idade gestacional, Apgar 1º e 5º minuto, presença de mecônio (sim e não), intercorrências, destino do recém-nascido após o nascimento (alojamento conjunto, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI-NEO) e UTI-NEO).

## 5.5 AGRUPAMENTO DAS VARIÁVEIS

A inserção no pré-natal foi classificada por intermédio do número de consultas em:

- a) Não realização do pré-natal; pré-natal insuficiente (com menos de seis consultas); pré-natal suficiente (acima de seis consultas); segundo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016);
- b) As parturientes são agrupadas em brasileiras, brasiguaias, paraguaias, argentinas e estrangeiras, independentemente da idade;

O recém-nascido foi classificado quanto à idade gestacional conforme a OMS (WHO, 1961) em:

- a) Prematuro (< 37 semanas);
- b) Termo ( $\geq 37$  semanas e  $\leq 41$  semanas);
- c) Pós-termo ( $\geq 42$  semanas).

O peso do recém-nascido foi classificado segundo a OMS (WHO, 1995) com:

- a) Baixo peso (peso inferior a 2500g);
- b) Peso insuficiente (peso entre 2500-2999g);
- c) Peso adequado (peso entre 3000-3999g);
- d) Excesso de peso ou macrossomia (4000g ou mais).

O Índice de Apgar de 1º e 5º minuto foram classificados como  $< 7$  e  $\geq 7$  (APGAR, 1963). O parto foi classificado como cirúrgico ou vaginal.

## 5.6 ANÁLISES DOS DADOS

As variáveis foram analisadas utilizando o teste  $\chi^2$  visando determinar a possível significância, sendo adotado um nível de significância de 5%. A análise multivariada foi empreendida utilizando o modelo de regressão logística, sendo estimadas as Odds Ratios (OR) brutas e respectivos intervalos de confiança de 95%. O valor de p considerado estatisticamente significativo foi de  $< 0.05$ . A análise dos dados foi efetuada mediante o uso do programa Statistica 8.0.

Todos os dados das mulheres que passaram pelo processo de parto no período de 2012 a 2016 foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel®. Para realizar o comparativo das condições dos recém-nascidos com a Classificação de Robson, foi utilizado o

teste Qui Quadrado para independência, com  $\alpha = 5\%$  de significância estatística, utilizando teste de acompanhamento de Resíduos Ajustados com nível idem de significância.

Para identificar as incidências e traçar os perfis dos recém-nascidos, considerou-se o teste Qui Quadrado para K proporções, com  $\alpha = 5\%$  de significância estatística. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para verificar a colinearidade entre as variáveis dinâmica uterina e dilatação, considerando para tal  $\alpha = 5\%$  de significância estatística. Todas as análises foram realizadas no programa licenciado XLStat Versão 2017 (ADDINSOFT, 2017).

### 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o Parecer 2.009.310 (Anexo II) e atende às normas da Resolução 466/2012, que envolve pesquisa com seres humanos.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

No período de 2012 a 2016, ocorreram 21.159 partos, sendo 11.442 vaginais e 9.717 partos cirúrgicos no hospital de referência para a 9ª Regional de Saúde em Foz do Iguaçu- PR. Das 21.159 parturientes, independentemente do tipo de parto, 14.771 (69,81%) apresentaram idade entre 20 e 34 anos, 3.766 (17,80%) com idade inferior a 19 anos e 2.605 (12,31%) idade superior a 35 anos. Apenas 16 (0,08%) não apresentaram informações para essa variável ou exibiram categorias inexistentes.

Em relação à nacionalidade, 19.097 (90,25%) são brasileiras, 1.011 (4,78%) paraguaias, 582 (2,75%) apresentam dupla cidadania, mulheres brasileiras que residem no Paraguai (as chamadas brasiguaias), 159 (0,75%) argentinas e 295 (1,40%) eram de outra nacionalidade. Somente 15 parturientes (0,07%) não apresentaram dados ou exibiram categorias inexistentes (Tabela 1).

**Tabela 1** - Frequência absoluta e relativa das parturientes que realizaram parto normal e cirúrgico, considerando as categorias das variáveis idade e nacionalidade. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Variável      | Categoria    | Frequência | %     |
|---------------|--------------|------------|-------|
| Idade         | < 19 anos    | 3766       | 17,80 |
|               | 20 a 34 anos | 14772      | 69,81 |
|               | > 35 anos    | 2605       | 12,31 |
|               | CE*          | 16         | 0,08  |
| Nacionalidade | Brasileira   | 19097      | 90,25 |
|               | Brasiguaias  | 582        | 2,75  |
|               | Paraguaias   | 1011       | 4,78  |
|               | Argentina    | 159        | 0,75  |
|               | Outra        | 295        | 1,40  |
|               | CE*          | 15         | 0,07  |

\*CE: classificada erroneamente em um grupo inexistente com dados faltante.

Fonte: Elaborada pelo autor.

## 6.2 RELAÇÃO ENTRE NACIONALIDADE E GRUPOS DE ROBSON CONSIDERANDO DADOS PROVENIENTES DE PARTO NORMAL E CIRÚRGICO

Não houve diferença entre brasileiras e estrangeiras; ambas obtiveram maior frequência no grupo de Robson 3: brasileiras 5.329 (27,92%) e estrangeiras (paraguaias, brasiguaias, argentinas e de outras nacionalidades) 559 (27,35%), respectivamente. O segundo grupo de Robson com maior frequência foi o 1, sendo 4.351 (22,80%) brasileiras e 491 (24,02%) das estrangeiras. O grupo de Robson com menor frequência foi o 9, no qual 33 (0,17%) brasileiras e apenas 1 (0,05%) estrangeira foi classificada.

Segundo o teste Qui Quadrado para independência, houve associação entre a nacionalidade das parturientes e os grupos de Robson (p-valor < 0,011) (Tabela 2). Considerando o teste dos resíduos ajustados, a frequência de estrangeiras foi significativamente maior apenas nos grupos de Robson 1, 6 e 10. Nos demais grupos, as frequências de brasileiras foram significativamente superiores à de estrangeiras.

**Tabela 2** - Frequência absoluta e relativa de parturientes brasileiras e estrangeiras estudadas, considerando tanto aquelas que realizaram parto normal quanto cirúrgico, em relação aos grupos de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Brasileira* |       | Estrangeira |       | P-valor |
|--------|-------------|-------|-------------|-------|---------|
|        | Frequência  | %     | Frequência  | %     |         |
| 1      | 4351        | 22,80 | 491         | 24,02 | 0,011   |
| 2      | 2110        | 11,06 | 211         | 10,32 |         |
| 3      | 5329        | 27,92 | 559         | 27,35 |         |
| 4      | 940         | 4,93  | 81          | 3,96  |         |
| 5      | 3897        | 20,42 | 404         | 19,77 |         |
| 6      | 293         | 1,54  | 46          | 2,25  |         |
| 7      | 340         | 1,78  | 35          | 1,71  |         |
| 8      | 244         | 1,28  | 41          | 2,01  |         |
| 9      | 33          | 0,17  | 1           | 0,05  |         |
| 10     | 1548        | 8,11  | 175         | 8,56  |         |

\*Somente brasileira.

Fonte: Elaborada pelo autor.

### 6.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS SUJEITOS QUE REALIZARAM PARTO CIRÚRGICO

Das 9.717 mulheres submetidas ao parto cirúrgico, 7.064 (72,70%) apresentaram idade entre 20 e 34 anos, 1.584 (16,30%) com idade maior a 35 anos e 1.066 (10,97%) idade menor que 19 anos. Apenas 3 (0,03%) não apresentaram dados para essa categoria (Figura 2a).

Em relação à nacionalidade, 8.789 (90,45%) são brasileiras, 422 (4,34%) paraguaias, 219 (2,25%) brasiguaias, 169 (1,74%) são de outra nacionalidade, 108 (1,11%) argentinas e 10 (0,10%) não apresentaram dados para essa categoria (Figura 2b).

**Figura 2** - Frequência das classes de idade e nacionalidade das parturientes submetidas ao parto cirúrgico amostradas em Foz do Iguaçu-PR, 2017.



Fonte: Elaborada pelo autor.

### 6.4 RELAÇÃO ENTRE NACIONALIDADE E GRUPOS DE ROBSON DAS PARTURIENTES QUE REALIZARAM PARTO CIRÚRGICO

As brasileiras e as estrangeiras obtiveram maior frequência no grupo de Robson 5: 3.278 (37,3%) e 344 (36,9%), respectivamente. Esse grupo representa mulheres multíparas com, pelo menos, uma cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, com período gestacional maior ou igual a 37 semanas (OMS, 2015).

O segundo grupo de Robson com maior frequência foi o 2, agregando 1685 (19,2%) das brasileiras e 162 (17,4%) das estrangeiras (Tabela 3). Esse grupo representa mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, com 37 semanas ou mais, com parto induzido ou cesariana antes do início de trabalho de parto (OMS, 2015).



O grupo de Robson com menor frequência foi o 9, no qual 32 (0,36%) brasileiras e apenas 1 (0,11%) estrangeira foram classificadas. Nesse grupo são agrupadas mulheres com gestação simples e feto em situação/apresentação anômala, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia (OMS, 2015).

Segundo o teste qui-quadrado para independência, houve associação entre a nacionalidade das parturientes e os grupos de Robson ( $\chi^2=35,35$ ; p-valor < 0,001). Considerando o teste dos resíduos ajustados, o grupo de Robson 3 apresenta, significativamente, maior frequência entre as brasileiras (p<0,05), enquanto que os grupos de Robson 6, 8 e 10 são significativamente mais frequentes entre as mulheres de nacionalidades estrangeiras (p<0,05; Tabela 3).

**Tabela 3** - Frequência de brasileiras e estrangeiras que realizaram cesárea de acordo com o grupo de Robson. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Grupo de Robson | Brasileira     |                    | Estrangeira     |                    | p-valor |
|-----------------|----------------|--------------------|-----------------|--------------------|---------|
|                 | Frequência (n) | Freq. relativa (%) | Frequência (n)  | Freq. relativa (%) |         |
| 1               | 1036           | 11,78              | 109             | 11,71              |         |
| 2               | 1685           | 19,15              | 162             | 17,40              |         |
| 3               | 497            | 5,65               | 35 <sup>b</sup> | 3,76               |         |
| 4               | 665            | 7,56               | 55              | 5,91               |         |
| 5               | 3278           | 37,26              | 344             | 36,95              |         |
| 6               | 271            | 3,08               | 46              | 4,94               | <0,001  |
| 7               | 317            | 3,60               | 33              | 3,54               |         |
| 8               | 203            | 2,31               | 37              | 3,97               |         |
| 9               | 32             | 0,36               | 1               | 0,11               |         |
| 10              | 813            | 9,24               | 109             | 11,71              |         |
| CE*             | 0              | 0,00               | 1               | 0,10               |         |
| Total           | 8796           | 100,00             | 932             | 100,00             |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

\*CE: classificada erroneamente em um grupo inexistente ou dado faltante.

Observação: letras diferentes indicam diferença estatística entre as nacionalidades.

## 6.5 IDENTIFICAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NO PERÍODO INTRAPARTO DE GESTANTES SUBMETIDAS À CESÁREA

Dentre as 9.717 mulheres (brasileiras e estrangeiras) que realizaram cesárea entre os anos de 2012 e 2016 na referida instituição hospitalar, 1.257 (12,93%) apresentaram algum tipo de intercorrência no período intra-parto. Destas, 18 (1,4%) tiveram alguma intercorrência, mas não foi especificado o tipo (NA).

Houve diferença estatística entre a frequência de tipos de intercorrências ( $\chi^2=180,9$ ;  $p<0,0001$ ). Os tipos de intercorrência mais frequentes foram:

- a) Pré-eclâmpsia (n=192; 21,35%);
- b) Síndrome Hipertensiva da Gestação (SHG) (n=167; 18,57%);
- c) HIV positivo (n=62; 6,89%);
- d) Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) (n=48; 5,33%).

Os demais tipos de intercorrência foram apresentados, cada um, por menos de 2% dos sujeitos pesquisados (Tabela 4).

**Tabela 4** - Tipos de intercorrência materna no período intra-parto de mulheres submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| <b>Tipo de intercorrência</b> | <b>Frequência (n)</b> | <b>Freq. Relativa %</b> | <b>p-valor</b> |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------|
| PRÉ-ECLÂMPSIA                 | 192                   | 21,35                   | <0,0001        |
| SHG                           | 167                   | 18,57                   |                |
| HIV+                          | 62                    | 6,89                    |                |
| DPP                           | 48                    | 5,33                    |                |
| NA*                           | 18                    | 2,00                    |                |
| Outras intercorrências**      | 412                   | 45,82                   |                |
| Total                         | 899                   | 100,00                  |                |

Fonte: Elaborada pelo autor.

SHG: Síndrome Hipertensiva da Gestação.

CE: Cesárea Eletiva.

DPP: Descolamento Prematuro de Placenta.

\*NA: teve alguma intercorrência, mas não foi especificado o tipo.

\*\*Outras intercorrências: Enviado um anexo com a frequência de todas as intercorrências. Estas duas categorias não foram inseridas na análise estatística.

Letras diferentes indicam a significância estatística das frequências entre as categorias de intercorrências.

Ao se considerar as 9.717 mulheres (brasileiras e estrangeiras) que realizaram cesárea no período avaliado, 319 apresentaram algum tipo de intercorrência fetal no período intra-parto. Destas, 3 (0,3%) tiveram alguma intercorrência, mas não foi especificado o tipo (NA).

Houve diferenças estatísticas entre as frequências dos tipos de intercorrências entre as mulheres submetidas ao parto cirúrgico ( $\chi^2=24,67$ ;  $p<0,0001$ ). Os tipos de intercorrência mais frequentes foram:

- a) Desproporção céfalo-pelve (n=42; 14,63%);
- b) Sofrimento Fetal Agudo (SFA) (n=33; 11,49%);

- c) Falha de Indução (FI) (n=21; 7,31%);
- d) Macrossomia fetal (MF) (n=21; 7,31%);

Os demais tipos de intercorrência foram apresentados por menos de 4% dos sujeitos pesquisados (Tabela 5).

**Tabela 5** - Tipos de intercorrência intra parto e fetal entre mulheres submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Tipo de Intercorrência | Frequência<br>(n) | Freq. relativa<br>% | p-valor |
|------------------------|-------------------|---------------------|---------|
| DCP                    | 42                | 14,63               | <0,003  |
| SFA                    | 33                | 11,49               |         |
| FI                     | 21                | 7,31                |         |
| MF                     | 21                | 7,31                |         |
| NA*                    | 3                 | 1,04                |         |
| Outros**               | 167               | 58,18               |         |
| Total                  | 287               | 100,00              |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

DCP: Desproporção Céfalo-pelve

SFA: Sofrimento Fetal Agudo.

FI: Falha de Indução

MF: Macrossomia Fetal

\*NA: teve alguma intercorrência, mas não foi especificado o tipo.

\*\*Outras intercorrências: Enviado um anexo com a frequência de todas as intercorrências. Estas duas categorias não foram inseridas na análise estatística.

Letras diferentes indicam a significância estatística das frequências entre as categorias de intercorrências.

## 6.6 DESCRIÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES SUBMETIDAS AO PARTO CIRÚRGICO

Em relação aos recém-nascidos, a frequência de nascimentos do sexo masculino (51,66%) e feminino (48,25%) foram estatisticamente iguais ( $p < 0,001$ ). No tocante ao peso, neonatos com valor maior que 2.500 gramas foram mais frequentes na população ( $p < 0,001$ ), bem como idade gestacional no período termo ( $p < 0,001$ ). Os testes APGAR (1º e 5º minuto), para a avaliação dos sinais vitais do recém-nascido no primeiro e quinto minuto após o nascimento, apresentaram maiores frequências na categoria  $\geq 7$  ( $p < 0,001$ ). Intercorrências foram mais frequentes em idade gestacional a termo ( $p < 0,001$ ), e as intercorrências mais frequentes, de maneira geral, foram:

- a) Feto Morto (FM) (1,52%);
- b) Grande para Idade Gestacional (GIG) (1,37%);
- c) Gastrosquise (1,23%);
- d) Pequeno para Idade Gestacional (PIG) (1,23%);

e) Hidrocefalia (1,01%).

As intercorrências com frequência relativa (%) menor que 1% foram classificadas como “outras”. A maioria dos neonatos sendo 92,19% foram destinados a alojamentos conjuntos ( $p < 0,001$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6** - Variáveis relacionadas às condições de recém-nascidos de gestantes submetidas ao parto cirúrgico. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Variável               | Categoria da variável    | Freq. (n) | Freq. relativa % | p-valor |
|------------------------|--------------------------|-----------|------------------|---------|
| Sexo                   | Feminino                 | 4777      | 48,25%           | <0,001  |
|                        | Masculino                | 5115      | 51,66%           |         |
|                        | NA*                      | 9         | 0,09%            |         |
| Peso                   | ≤2500 gramas             | 1154      | 11,88%           | <0,001  |
|                        | >2500 gramas             | 8753      | 90,08%           |         |
|                        | NA*                      | 4         | 0,04%            |         |
| Idade gestacional      | Prematuro (< 36 semanas) | 1204      | 12,39%           | <0,001  |
|                        | Termo (37 - 41 semanas)  | 7893      | 81,23%           |         |
|                        | Pós-termo (> 42 semanas) | 597       | 6,14%            |         |
|                        | NA*                      | 27        | 0,28%            |         |
| Apgar 1º minuto        | <7                       | 682       | 7,02%            | <0,001  |
|                        | ≥7                       | 9107      | 93,73%           |         |
|                        | NA*                      | 22        | 0,23%            |         |
| Apgar 5º minuto        | <7                       | 153       | 1,57%            | <0,001  |
|                        | ≥7                       | 9622      | 99,04%           |         |
|                        | NA*                      | 22        | 0,23%            |         |
| Intecorrência          | Prematuro                | 399       | 4,11%            | <0,001  |
|                        | Termo                    | 9314      | 95,85%           |         |
|                        | Pós-termo                | 5         | 0,05%            |         |
| Tipo de intercorrência | FM                       | 21        | 1,52%            | **      |
|                        | GIG                      | 19        | 1,37%            |         |
|                        | GASTROSQUISE             | 17        | 1,23%            |         |
|                        | PIG                      | 17        | 1,23%            |         |
|                        | HIDROCEFALIA             | 14        | 1,01%            |         |
|                        | OUTRAS                   | 237       | 17,12%           |         |
| Destino                | Alojamento conjunto      | 8958      | 92,19%           | <0,001  |
|                        | UCI neonatal             | 89        | 0,92%            |         |
|                        | UTI-NEO                  | 595       | 6,12%            |         |
|                        | Óbito                    | 72        | 0,74%            |         |
|                        | Na*                      | 24        | 0,25%            |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

FM: Feto Morto.

GIG: Grande para Idade Gestacional.

PIG: Pequeno para Idade Gestacional.

\*NA= Ausência de informação

\*\*Não aplicado o teste estatístico em função de um número elevado de categorias com frequências únicas.

## 6.7 CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE GESTANTES SUBMETIDAS AO PARTO CIRÚRGICO COMPARADO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Para cada variável referente aos dados do recém-nascido foi tomada a categoria que representasse a “melhor condição” ou a mais comumente utilizada na literatura (por exemplo, no caso do sexo, o masculino). Sendo assim, foram consideradas as seguintes categorias em cada variável: sexo, peso maior ou igual 2500g; Apgar 1º minuto  $\geq 7$ ; Apgar 5º minuto  $\geq 7$ ; idade gestacional; intercorrência; destino.

As Tabelas de 7 a 11 mostram as frequências (absoluta e relativa) de parto normal e cesárea de gestantes cujos recém-nascidos enquadraram-se nas respectivas categorias selecionadas de cada variável, em relação às classificações de Robson. Dados com Classificação de Robson ausente ou errada foram descartados. Em caso de gêmeos/trigêmeos, se pelo menos um deles foi enquadrado na categoria selecionada da variável, então essa frequência foi contabilizada. Levando-se em conta a ocorrência de gêmeos/trigêmeos, se a gestante apresentou classificações de Robson diferentes em cada um deles (como posições distintas do feto no parto), foram somadas as frequências em ambas as categorias de Robson.

Os testes Qui Quadrado para independência realizados para a categoria selecionada de cada variável evidenciaram relação entre o tipo de parto e a Classificação de Robson, havendo associação entre as categorias das variáveis e as classificações do instrumento ( $p$ -valor $<0,0001$ ) (Tabelas 7).

Para todas as variáveis dos recém-nascidos nas respectivas categorias selecionadas, a frequência de partos normais foi maior para as Classificações de Robson 1 e 3. A frequência de partos cirúrgicos foi mais elevada nos demais grupos de Robson. O Grupo 1 de Robson é composto principalmente por mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica maior ou igual a 37 semanas em trabalho de parto espontâneo. O Grupo 3 foi composto, principalmente, por gestantes múltiplaras, sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, feto em apresentação cefálica maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo (Tabelas 7). A partir dos parágrafos a seguir, foi realizada a descrição por variável avaliada entre os recém-nascidos.

No que tange aos recém-nascidos com peso maior que 2500g, a maior parte das gestantes que fez parto normal (5.194; 91,05%) pertence ao grupo 3 de Robson. Considerando

aquelas submetidas ao parto cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência (3.507; 40,29%). Em relação a cada classificação de Robson, os grupos 1 e 3 exibiram os maiores percentuais de parturientes que realizaram parto normal (76,37%; 91,05%, respectivamente). Os demais grupos de Robson obtiveram maiores percentuais de gestantes que fizeram parto cirúrgico (Tabela 7).

**Tabela 7** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com peso maior que 2500g provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Normal |                 |                 | Cesárea |                 |                 | p-valor |
|--------|--------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|
|        | Freq.  | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) | Freq.   | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |         |
| 1      | 3556   | 76,37           | 33,67           | 1100    | 23,62           | 12,64           |         |
| 2      | 465    | 20,87           | 4,40            | 1764    | 79,17           | 20,27           | <0,0001 |
| 3      | 5194   | 91,05           | 49,19           | 510     | 8,94            | 5,86            |         |
| 4      | 288    | 29,41           | 2,73            | 691     | 70,58           | 7,94            |         |
| 5      | 658    | 15,79           | 6,23            | 3507    | 84,20           | 40,29           |         |
| 6      | 11     | 4,03            | 0,10            | 264     | 96,70           | 3,03            | <0,0001 |
| 7      | 12     | 3,96            | 0,11            | 291     | 96,04           | 3,34            |         |
| 8      | 11     | 7,75            | 0,10            | 131     | 92,25           | 1,51            |         |
| 9      | 1      | 3,57            | 0,01            | 27      | 96,42           | 0,31            |         |
| 10     | 364    | 46,48           | 3,45            | 419     | 53,51           | 4,81            |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Freq.: Frequência absoluta; % (por lin.): % por linha; % (por col.): % por coluna.

Entre os neonatos com índice de Apgar 1º minuto maior ou igual a 7, a maior parte das gestantes que fez parto normal (5.168; 48,20%) pertence ao grupo 3 de Robson. Considerando aquelas submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência (3.472; 38,38%). No que se refere a cada classificação de Robson, os grupos 1 e 3 tiveram os maiores percentuais de parturientes com parto normal (76,84% e 91,19%, respectivamente). Os demais grupos de Robson obtiveram maiores percentuais de gestantes que fizeram cesárea (Tabela 8).

**Tabela 8** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com índice de Apgar 1º minuto maior ou igual a 7 provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Normal |                 |                 | Cesárea |                 |                 | p-valor |
|--------|--------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|
|        | Freq.  | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) | Freq.   | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |         |
| 1      | 3515   | 76,84           | 32,79           | 1059    | 23,15           | 11,71           |         |
| 2      | 443    | 20,09           | 4,13            | 1762    | 79,90           | 19,48           |         |
| 3      | 5168   | 91,19           | 48,20           | 499     | 8,80            | 5,52            | <0,0001 |
| 4      | 283    | 29,11           | 2,64            | 689     | 70,88           | 7,62            |         |

|    |     |       |      |      |       |       |
|----|-----|-------|------|------|-------|-------|
| 5  | 646 | 15,68 | 6,03 | 3472 | 84,31 | 38,38 |
| 6  | 11  | 3,70  | 0,10 | 286  | 96,30 | 3,16  |
| 7  | 10  | 3,25  | 0,09 | 298  | 96,75 | 3,29  |
| 8  | 25  | 10,21 | 0,23 | 224  | 91,43 | 2,48  |
| 9  | 1   | 3,70  | 0,01 | 26   | 96,29 | 0,29  |
| 10 | 619 | 45,85 | 5,77 | 731  | 54,14 | 8,08  |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Freq.: Frequência absoluta; % (por lin.): % por linha; % (por col.): % por coluna.

Quanto aos recém-nascidos com índice de Apgar 5º minuto maior ou igual a 7, ocorreu o mesmo padrão das variáveis anteriores: a maior parte das gestantes de parto normal (5.294; 47,46%) foi classificada no grupo 3 de Robson. Considerando aquelas submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência (3.589; 37,59%). No que tange a cada classificação de Robson, os grupos 1 e 3 tiveram os maiores percentuais de parturientes com parto normal (76,59%; 90,97%, respectivamente). Os demais grupos de Robson obtiveram percentuais mais elevados de gestantes que fizeram cesárea (Tabela 9).

**Tabela 9** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos com índice de Apgar 5º minuto maior ou igual a 7 provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Freq. | Normal          |                 | Freq. | Cesárea         |                 | p-valor |
|--------|-------|-----------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|---------|
|        |       | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |       | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |         |
| 1      | 3675  | 76,59           | 32,95           | 1124  | 23,42           | 11,77           | <0,0001 |
| 2      | 463   | 20,21           | 4,15            | 1827  | 79,78           | 19,13           |         |
| 3      | 5294  | 90,97           | 47,46           | 525   | 9,02            | 5,50            |         |
| 4      | 293   | 29,15           | 2,63            | 712   | 70,84           | 7,46            |         |
| 5      | 665   | 15,63           | 5,96            | 3589  | 84,36           | 37,59           |         |
| 6      | 18    | 5,45            | 0,16            | 312   | 94,55           | 3,27            |         |
| 7      | 15    | 4,36            | 0,13            | 332   | 95,64           | 3,48            |         |
| 8      | 30    | 11,37           | 0,27            | 238   | 89,82           | 2,49            |         |
| 9      | 1     | 3,12            | 0,01            | 31    | 96,87           | 0,32            |         |
| 10     | 700   | 44,90           | 6,28            | 859   | 55,09           | 9,00            |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Freq.: Frequência absoluta; % (por lin.): % por linha; % (por col.): % por coluna.

No tocante aos recém-nascidos sem nenhum tipo de intercorrência, a maior parte das gestantes que fez parto normal (5.232; 47,16%) pertence ao grupo 3 de Robson. Levando-se em conta aquelas submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência (3.512; 37,73%). Em relação a cada classificação de Robson, os grupos 1 e 3 tiveram os maiores

percentuais de gestantes com parto normal (76,84% e 91,30%, respectivamente). Os demais grupos de Robson obtiveram maiores percentuais de gestantes que fizeram cesárea (Tabela 10).

**Tabela 10** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos sem nenhum tipo de intercorrência provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Normal |                 |                 | Cesárea |                 |                 | p-valor |
|--------|--------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|
|        | Freq.  | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) | Freq.   | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |         |
| 1      | 3634   | 76,84           | 32,75           | 1095    | 23,15           | 11,76           | <0,0001 |
| 2      | 468    | 20,76           | 4,22            | 1786    | 79,23           | 19,19           |         |
| 3      | 5232   | 91,30           | 47,16           | 498     | 8,69            | 5,35            |         |
| 4      | 291    | 29,81           | 2,62            | 685     | 70,18           | 7,36            |         |
| 5      | 664    | 15,90           | 5,98            | 3512    | 84,10           | 37,73           |         |
| 6      | 22     | 6,75            | 0,20            | 304     | 93,25           | 3,27            |         |
| 7      | 15     | 4,40            | 0,14            | 326     | 95,60           | 3,50            |         |
| 8      | 35     | 13,94           | 0,32            | 216     | 86,06           | 2,32            |         |
| 9      | 1      | 3,03            | 0,01            | 32      | 96,97           | 0,34            |         |
| 10     | 733    | 46,19           | 6,61            | 854     | 53,81           | 9,17            |         |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Freq.: Frequência absoluta; % (por lin.): % por linha; % (por col.): % por coluna.

Ao se considerar os recém-nascidos que tiveram o alojamento conjunto como destino pós-parto, a maior parte das gestantes que fez parto normal (5.279; 48,50%) foi classificada no grupo 3 de Robson. Observando as submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência (3.528; 39,41%). No que se refere a cada classificação de Robson, os grupos 1 e 3 tiveram os maiores percentuais de parturientes com parto normal (76,70% e 91,26%, respectivamente). Os demais grupos de Robson obtiveram percentuais mais elevados de gestantes que fizeram cesárea (Tabela 11).

**Tabela 11** - Frequências absoluta e relativa de recém-nascidos encaminhados para o alojamento provenientes de gestantes que realizaram parto normal e cesárea, de acordo com a Classificação de Robson. P-valor do teste Qui Quadrado para independência. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| Robson | Normal |                 |                 | Cesárea |                 |                 | p-valor |
|--------|--------|-----------------|-----------------|---------|-----------------|-----------------|---------|
|        | Freq.  | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) | Freq.   | %<br>(por lin.) | %<br>(por col.) |         |
| 1      | 3652   | 76,70           | 33,55           | 1110    | 23,31           | 12,40           | <0,0001 |
| 2      | 461    | 20,47           | 4,24            | 1791    | 79,52           | 20,01           |         |
| 3      | 5279   | 91,26           | 48,50           | 505     | 8,73            | 5,64            |         |
| 4      | 291    | 29,75           | 2,67            | 687     | 70,24           | 7,68            |         |
| 5      | 663    | 15,82           | 6,09            | 3528    | 84,18           | 39,41           |         |
| 6      | 11     | 3,67            | 0,10            | 289     | 96,33           | 3,23            |         |
| 7      | 11     | 3,46            | 0,10            | 307     | 96,55           | 3,43            |         |



|    |     |       |      |     |       |      |
|----|-----|-------|------|-----|-------|------|
| 8  | 14  | 7,03  | 0,13 | 187 | 93,97 | 2,09 |
| 9  | 1   | 4,00  | 0,01 | 24  | 96,00 | 0,27 |
| 10 | 501 | 48,92 | 4,60 | 523 | 51,07 | 5,84 |

Fonte: Elaborada pelo autor.

Freq.: Frequência absoluta; % (por lin.): % por linha; % (por col.): % por coluna.

## 6.8 INCIDÊNCIA DE CESÁREA EM GESTANTES INTERNADAS POR CONVÊNIO PRIVADO E PELO SUS

A maior incidência de gestantes que fizeram parto cesárea foi observada naquelas internadas por convênio particular (80,74%). Entre as internadas por meio do SUS, pouco mais de 1/3 (36,83%) fez cesárea. Com 5% de significância, as categorias do convênio são estatisticamente distintas em relação à proporção da incidência do número de cesáreas (p-valor < 0,0001; Tabela 12).

**Tabela 12** - Incidência de cesárea em gestantes calculada em relação ao tipo de convênio. P-valor do teste Qui Quadrado para K proporções. Foz do Iguaçu-PR, 2017

| <b>Categoria</b> | <b>Nº de cesáreas</b> | <b>Nº total de partos</b> | <b>Incidência (%)</b> | <b>p-valor</b> |
|------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|----------------|
| Convênio         | 3543                  | 4388                      | 80,74                 | <0,0001        |
| SUS              | 6172                  | 16758                     | 36,83                 |                |

Fonte: Elaborada pelo autor.

## 7 DISCUSSÃO

Na região de fronteira em que o estudo foi realizado, a taxa de cesárea está muito acima do estabelecido, chegando a 47% de nascimentos por cesárea no período de 2012 a 2016. As recomendações da OMS são de que as taxas de cesáreas devem estar entre 10% a 15% (OMS, 2015).

Na avaliação de 21.159 prontuários de parturientes, o presente estudo mostra significância para partos entre mulheres com idade entre 20 a 34 anos, sendo 14.771 (69,81%) e 2.605 (12,31%) de nascimentos com mulheres com idade superior a 35 anos. Isso ocorre devido às maiores possibilidades de estudo e exigências do mercado de trabalho; assim sendo, há um planejamento tardio da gestação, levando a nascimentos entre mulheres com idade mais avançada (ALMEIDA, ALMEIDA, PEDREIRA, 2015).

Em relação aos nascimentos entre mulheres com idade inferior a 19 anos, o presente estudo demonstra que 3.766 (17,80%) gestantes pertencem a esse grupo, sendo o segundo maior percentual. No Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas ou filhos de mães adolescentes, número três vezes maior quando comparados com os resultados relativos ao número de nascimentos ocorridos na década de 1970. Estima-se que aproximadamente uma em cada cinco gestantes são adolescentes entre 14 e 20 anos de idade (RODRIGUES et al., 2014).

Segundo dados do MS, entre 2012 a 2015, no Estado do Paraná, cerca de 5.084 nascimentos ocorreram por intermédio de gestantes meninas, entre 10 e 14 anos de idade, e 108.260 nascimentos mediante gestação de adolescentes de 15 a 19 anos de idade (DATASUS, 2017).

No Brasil, a gravidez precoce tem se tornado um grande problema de saúde pública, pois com poucas informações quanto à sexualidade, a vida sexual tem se iniciado precocemente e muitas adolescentes engravidam em uma época na qual ainda se encontram despreparadas para assumir as responsabilidades de serem mãe. Há vários fatores que podem contribuir com esse quadro, como a falta de orientação ou educação sexual, a identificação com ídolos, a tendência grupal, a construção da independência, o exagero da erotização do corpo feminino realizada pela mídia, entre outros (TAVEIRA, SANTOS, ARAUJO, 2012)

No tocante aos resultados específicos de mulheres submetidas ao parto cirúrgico, pode-se perceber um aumento de cesárea em mulheres com idade entre 20 e 34 anos, chegando a

7.064 (72,70%), sendo que 1.584 (16,30%) apresentam idade > 35 anos. Alguns estudos revelam que não há diferença no que diz respeito a complicações da gestação, parto e nascimento de mulheres entre as idades de 20 a 34 anos comparadas com mulheres de 35 anos ou mais, e a via de parto, em grande parte, está diretamente ligada a fatores econômicos e sociais, principalmente no fator maior escolaridade (ALMEIDA, ALMEIDA, PEDREIRA, 2015; ALDRIGHI et al., 2016).

A mulher necessita capacitar-se profissionalmente devido a maiores exigências no mercado de trabalho, causando um adiamento da maternidade, fenômeno que ocorre em todo o mundo. Os índices de nascimento estão aumentando de 1 para 2 filhos, ao mesmo tempo em que a idade materna tem avançado. Acompanhando essas mudanças, a medicina reprodutiva tem crescido de forma a proporcionar, para essas mulheres, melhor assistência ao pré-natal e ao planejamento familiar (GONÇALVES et al., 2014; ALDRIGHI et al., 2016).

Em relação à nacionalidade das gestantes analisadas neste estudo, 19.097 (90,25%) são brasileiras, 1.011 (4,78%) paraguaias, 582 (2,75%) brasiguaias, 159 (0,75%) argentinas e 295 (1,39%) de outra nacionalidade. O número de estrangeiras atendidas no serviço de obstetrícia não representa prejuízos financeiros ou compromete o atendimentos de uma forma geral, pode-se pensar que as maiores complicações das políticas de saúde do município estejam realacionadas a atendimento de estrangeiros em outras especialidades como em Unidades de Pronto Atendimento e Pronto Socorro e não na obstetrícia.

Estudo realizado na Bélgica apresentou uma maior incidência de cesárea entre estrangeiras imigrantes, sendo os grupos 1 e 5 de Robson com maior prevalência para cesárea em que não houve conclusões claras das reais indicações de cesárea nesses grupos. Este estudo aponta nos resultados uma diferença, maior incidência de cesárea entre estrangeiras nos grupos 6, 8 e 10 de Robson (MINSART et al., 2013).

No que se refere à classificação dos 10 grupos de Robson, o grupo 3 foi o mais significativo para os nascimentos entre brasileiras (28%) e 27,35% para estrangeiras, o grupo 3 corresponde a múltíparas que internadas em trabalho de parto espontâneo com feto único em apresentação cefálica, já o grupo de maior prevalência de nascimentos entre nulíparas foi o grupo 1 com 22,8%, entre brasileiras e 24,02% entre as estrangeiras. Os grupos 1, 6 e 10 de Robson tiveram uma maior incidência entre estrangeiras (OMS, 2015).

Embora este estudo tenha ocorrido em uma região de fronteira, não houve aumento significativo de estrangeiras submetidas ao parto cirúrgico, e entre as brasileiras houve maior

prevalência (90,45%), seguidas das paraguaias (4,34%), e das que se caracterizam com dupla nacionalidade, as brasiguaias (2,25%). Apenas 1,74% são de outra nacionalidade e etnias não nativas da tríplice fronteira, mas residem na cidade de Foz do Iguaçu ou nas cidades que fazem fronteira; as argentinas submetidas ao parto cirúrgico foram 1,11%.

O estudo de Castro, Oliveira e Custódio (2015) aponta uma dificuldade por parte dos profissionais de saúde quanto ao atendimento a mulheres estrangeiras em relação ao trabalho de parto e parto devido à falta de compreensão da cultura e linguagem. A cultura do parto interfere em seu desfecho, embora os resultados demonstrem uma realidade diferente na região de tríplice fronteira, em que o aumento da taxa de cesárea está entre as brasileiras (TOPA, NEVES, NOGUEIRA, 2013).

Ao comparar os demais grupos entre os 2 e 5, independente da nacionalidade materna, leva a pensar que a escolha da via de parto pode não estar relacionada à cultura, mas ao medo do desconhecido e à falta de informação, devido à falta de diálogo com o obstetra ou com os profissionais do serviço de saúde em que a mulher é inserida (BARCAITÈ et al., 2015; OMS, 2015).

Os grupos 3 e 5 de Robson obtiveram uma maior prevalência de cesárea entre as brasileiras, já os grupos 6, 8 e 10, ocorreu uma maior significância para cesárea entre as mulheres de nacionalidade estrangeira. Isso leva a refletir se as estrangeiras têm maior incidência de fetos em apresentação pélvica, gestações múltiplas e fetos prematuros. Pode-se apontar esses aspectos como fatores para o aumento das taxas de cesárea entre estrangeiras nesses grupos, mas é necessário avaliar, em relação às brasileiras, quais as recomendações mundiais, se realmente é importante saber o aumento das taxas de cesáreas ou os reais motivos e indicações (MINSART et al., 2013; OMS, 2015).

Dentre as 9.717 mulheres (brasileiras e estrangeiras) que realizaram cesárea no período de 2012 a 2016, 1.257 (12,93%) apresentaram algum tipo de intercorrência no período intra-parto. Destacam-se nessas intercorrências a pré-eclâmpsia, com percentual de 21,35%, SHG 18,57%, HIV positivo 6,89%, DPP 5,33%. Analisando clinicamente a indicação e realização de parto cirúrgico, pode-se justificar determinadas situações em que se percebe risco de morte materna e fetal; nesse sentido, existe um critério concreto para tal procedimento (RATTNER, MOURA, 2016).

O estudo de Mylonas e Friese (2015) relata que a Pré-eclâmpsia, DHEG, Hellp Síndrome, entre outras complicações, são indicações absolutas para cesárea, pois trazem

complicações iminentes, as quais dependem da gravidade da doença materna e ou do sofrimento fetal como asfixia fetal, placenta prévia total, assim como as indicações que são relativas como a falha de indução ou a ausência de trabalho de parto, cesárea prévia (STÜTZER et al., 2017).

A realização de cesáreas eletivas em grande parte empregadas, são realizadas de forma desnecessária e elevam os índices de morbimortalidade materna. Em consequência, ocorre um aumento das complicações perinatais, que quando comparadas ao parto normal, podem trazer complicações adversas para o neonato como síndrome da angústia respiratória, hipertensão pulmonar persistente, asfixia, atraso no desenvolvimento neurológico, internamentos em UTI-NEO, entre outras complicações mais graves como toco traumatismos, que gera um atraso na amamentação. Este atraso ocorre porque o contato pele a pele é interrompido, aumentando o risco de óbito neonatal após a alta hospitalar (MARCOLIN, 2014; STÜTZER et al., 2017).

Entretanto, são inúmeras as complicações do parto cirúrgico, em que a primeira cesárea constitui a chave para o desfecho da próxima gestação. A cesárea eletiva está associada a maior risco de nascimentos prematuros, recém-nascido com baixo peso ao nascer, sobretudo um aumento de morte fetal e neonatal em gestações subsequentes, complicações que implicam em agravos para toda a família, à sociedade e ao sistema de saúde (MARCOLIN, 2014).

Em grande parte, a cesárea eletiva está diretamente relacionada à escolha da mulher, a qual demonstra, em outras pesquisas, que há casos nos quais o obstetra não concorda com a escolha de cesárea pela mulher e a mesma, sentindo-se desvalorizada, opta pela troca do médico e de hospital para o desfecho de nascimento, pois desfechos positivos em relação à cesárea anterior são motivos de escolha pela mulher para a gestação seguinte (DOMINGUES et al., 2014; STÜTZER et al., 2017).

Ocorreram diferenças estatísticas entre as frequências dos tipos de intercorrências entre as mulheres submetidas ao parto cirúrgico ( $\chi^2=24,67$ ;  $p<0,0001$ ), os tipos de intercorrência mais frequentes foram: DCP 13,2%, SFA 10,3%, FI 6,6% e MF 6,6%.

O estudo de Novo et al. (2017) analisou duas unidades hospitalares diferentes, uma de baixo risco e outra de alto risco, nas quais as complicações e indicações indiscutíveis para realização de cesárea são SFA, FI e a DCP, o qual se igualam aos resultados obtidos no presente estudo.

Em relação às condições de nascimento de gestantes submetidas a cesárea, não houve diferença estatística em relação a Apgar, sexo e peso, mas pode-se destacar quanto à idade gestacional, pois sendo cesáreas em taxas elevadas, estão sendo empregadas ou realizadas em

tempo em idade gestacional oportunos. Em relação aos recém-nascidos, no que se refere ao peso, neonatos com valor maior que 2.500 gramas foram mais frequentes na população ( $p < 0,001$ ), bem como idade gestacional no período termo ( $p < 0,001$ ) o que foi demonstrado na Tabela 6.

Quanto às elevadas taxas de cesáreas apontadas neste estudo, pode-se ressaltar que têm sido empregadas e realizadas respeitando as exigências governamentais, como preconiza a ANS. Mesmo sendo a cesárea escolha da mulher, ela só pode ser realizada com idade gestacional acima de 39 semanas, o que resulta em menor incidência de nascimentos de recém-nascidos prematuros e pré-termos, conseqüentemente, diminuindo o número de internações em UTI-NEO (BRASIL, 2016).

Esses critérios estão estabelecidos por meio da Resolução Normativa nº 368, a qual estabelece que as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e partos vaginais por estabelecimento de saúde e por profissional. Também serão obrigadas a fornecer o partograma, o cartão de saúde da gestante e a carta de informação à gestante, no qual deverá constar o registro de todo o pré-natal (BRASIL, 2016). Essa estratégia permitirá que ANS possa identificar as reais necessidades da intervenção cirúrgica, e se esta foi por conveniência médica ou a pedido da gestante.

O presente estudo não apresentou diferença significativa entre o sexo de RN, sendo frequência de nascimentos do sexo masculino (51,66%) e feminino (48,25%), apesar de ocorrer um aumento de nascimentos entre o sexo masculino alguns estudos apontam para uma maior sobrevivência para os do sexo feminino em relação à prematuridade, sendo que recém-nascido do sexo feminino confere uma maior proteção para o óbito neonatal (CHIAVEGATTO-FILHO, LAURENTI, 2012; SANTOS et al., 2016).

Um dos motivos de maior risco para o óbito entre recém-nascidos do sexo masculino, ainda no período neonatal, se relaciona ao amadurecimento pulmonar mais precoce no sexo feminino, pois os recém-nascidos do sexo masculino têm uma maior incidência de doença da membrana hialina, a qual se refere à principal causa de morbimortalidade entre os meninos. Entretanto, as causas para essas diferenças ainda são pouco investigadas (SANTOS et al., 2016).

Em relação ao peso, o presente estudo apresenta uma maior incidência de nascimentos em fetos com peso superior a 2500g com o percentual de 90,08%, e 11,88% com peso inferior a 2500g.

Os recém-nascidos com baixo peso são aqueles com peso inferior a 2.500g e que apresentam maiores riscos de complicações quando comparados aos recém-nascidos com peso adequado, entre 2.500g a 4.000g. O estudo de Agranonik (2016) mostra que quanto maior o peso ao nascimento, menor a ocorrência de complicações e mortes por causa preveníveis. O baixo peso está fortemente relacionado à prematuridade e também com o estado civil da gestante, pois segundo os autores, o estado emocional alterado da gestante poderá influenciar, de forma significativa, no crescimento e desenvolvimento do feto (MARTINS et al., 2013).

Estudo de Careti, Scarpelini e Furtado (2014), realizado entre os anos de 2000 e 2011, revela que existe uma incidência maior em óbitos de criança menor de um ano relacionados com o nascimento prematuro e boa parte desses óbitos foram classificados como morte por causas evitáveis. Nessa direção, pode-se questionar como está o acesso para essas mulheres no período gravídico, o acompanhamento médico, as consultas de pré-natal e a solicitação e realização de exames.

Nos anos de 2012, 2013 e 2015, no município em que este estudo foi realizado, a taxa de mortalidade entre crianças menores de um ano foi de, aproximadamente, 6,7%. Em 2014, essa taxa subiu para 9,44%, e em 2016 baixou para 8,66%, um aumento de 3% dos óbitos no município. Tal aumento pode estar relacionado, diretamente, às condições políticas e à gestão inadequada dos recursos públicos (TAKIZAWA, GRIEP, 2016; DATASUS, 2017b).

O pré-natal é considerado o primeiro passo para o parto e nascimento seguro. Para tanto, as consultas devem ser realizadas em quantidade e qualidade adequadas, possibilitando a realização de diagnósticos de alterações em tempo oportuno e, assim, prevenir complicações que possam desencadear um desfecho desfavorável ao nascimento. Embora muitas mulheres iniciem o pré-natal precocemente, a qualidade e o número de consultas ficam superficiais em algumas ocasiões, sendo essas falhas relacionadas principalmente à falta de comprometimento e reconhecimento dos riscos gestacionais por parte dos profissionais atuantes nos serviços de APS (VILARINHO, NOGUEIRA, NAGAHAMA, 2012; COSTA et al., 2013).

A assistência pré-natal pode contribuir para desfechos favoráveis ao permitir a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Todavia, salienta-se que de nada adianta realizar o trabalho efetivo na esfera primária se este não for registrado, de forma coerente, para que os profissionais que acompanharão a mulher no momento da parturição tenham as informações completas para o atendimento eficaz (DOMINGUES et al., 2012).

Para verificar as condições e necessidade de intervenções no momento de nascimento, a equipe assistencial tem utilizado a escala de Índice de Apgar, a qual consiste em avaliar, criteriosamente, as condições dos recém-nascidos nos primeiros minutos de vida. A escala de Apgar é realizada no primeiro e quinto minuto de vida (RÜDIGER et al., 2015).

No presente trabalho, o índice de Apgar no 1º e 5º minuto foi >7, sendo 94% e 99% respectivamente. As intercorrências de maior frequência ficaram entre os recém-nascidos a termo, idade gestacional entre 37 e 40 semanas.

A saúde do recém-nascido deve ser estabelecida durante a gestação, para que a mulher tenha uma assistência pré-natal adequada, diagnósticos de possíveis complicações ainda no início do período gravídico. A assistência pré-natal consiste em três planos: o rastreamento dessa mulher caso esteja classificada em uma gestação de alto risco, ações que envolvem fatores profiláticos e, sobretudo, a educação em saúde (COSTA et al., 2014).

Costa et al. (2014) declaram que o recém-nascido de risco é aquele em que a gestante-parturiente passou por intercorrências no período gravídico, no período de parto e no pós-natal, em que este, por complicações maternas, levou a sofrimento fetal intrauterino, além dos fatores genéticos, demográficos e psicossocial.

Entre os neonatos que tiveram nascimentos por parto normal ou cirúrgico, o índice de Apgar no 1º minuto, comparados com Robson, os grupos 3 e 5 tiveram maior significância, pois a maior parte das gestantes que fizeram parto normal (48,20%) pertence ao grupo 3 de Robson. Entre as submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apontou maior frequência, 38,38% dos nascimentos.

Em relação ao índice de Apgar no 5º minuto, notou-se o mesmo padrão das variáveis anteriores, a maior parte das gestantes que fez parto normal, 47,46%, foi classificada no grupo 3 de Robson. E aquelas submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência 37,59%. Na classificação de Robson, os grupos 1 e 3 tiveram os maiores percentuais de parturientes com parto normal (76,59%); 90,97% dos demais grupos de Robson obtiveram percentuais mais elevados de gestantes que fizeram cesárea. Sendo assim, pode-se pontuar que os resultados em relação a Apgar, no 1º e 5º minuto de vida dos recém-nascido, não apresentaram diferenças significativas, demonstrando uma boa vitalidade dos neonatos nos primeiros minutos de vida, em que o tipo de parto não interferiu no desfecho de nascimento.



As maiores incidência de óbitos de crianças menores de um ano estão relacionadas aos nascimentos prematuros; boa parte desses óbitos são considerados mortes por causas evitáveis. Entre os fatores protetores de mortes de neonatos por causas evitáveis estão um pré-natal adequado, acompanhamento, avaliação e medidas que proporcionem um trabalho de parto e parto de forma segura e confortável para a mulher e o concepto, requisitos para minimizar a incidência de partos prematuros e intervenções obstétricas desnecessárias (CARETI, SCARPELINI, FURTADO, 2014; TAKIZAWA, GRIEP, 2016).

Quanto às intercorrências de recém-nascidos por parto normal ou parto cirúrgico, este estudo não aponta relação significativa em relação a complicações no período de nascimento entre recém-nascidos prematuros e a termo. O que se pode ressaltar acerca dessa variável são os recém-nascidos que não apresentaram intercorrências ou complicações no período de nascimento. No aspecto gestantes que fizeram parto normal houve maior incidência, sendo 47%, classificadas no grupo 3 de Robson. Considerando as gestantes submetidas à cesárea, o grupo 5 de Robson apresentou maior frequência: 38%. No que tange a cada classificação de Robson, os grupos 1, (77%) e 3, (91,30%) tiveram os maiores percentuais de gestantes com parto normal.

Grande parte dos recém-nascidos encaminhados para o alojamento conjunto nasceram de parto normal, sendo 48,50%, 40% nasceram por cesárea. Os grupos 1 e 3 tiveram um maior percentual de parto normal: respectivamente 77% e 91,26%.

Destaca-se que, nesta pesquisa, em que o número total de nascimentos foi elevado, não se constataram intercorrências ou complicações nas condições de nascimentos de gestantes submetidas ao parto cirúrgico quando comparadas à Classificação de Robson. Estudos apontam para desfechos de nascimentos com uma incidência de intercorrências e complicações mais elevadas como SFA, DCP, dentre outras complicações. Contudo, salienta-se que o presente estudo, por ter sido desenvolvido em uma região de tríplice fronteira e os dados resultantes de uma instituição hospitalar de referência para gestação de alto risco e de risco habitual, apresenta os resultados de parto normal e cesárea relativamente semelhantes (HANS, ROHATGI, 2017).

No tocante à realização de cesárea, houve maior incidência entre as gestantes internadas por particular e convênio, somando 81% das internações comparadas às gestantes internadas pelo SUS, que foi de 37% dos partos via cesárea.

O estudo realizado por Francisco e Zugbi (2013) relata a realização de cesáreas eletivas com idade gestacional menor que 39 semanas na Inglaterra e nos Estados Unidos da América,

onde houve maior incidência de cesárea eletiva em gestantes com idade gestacional menor que 39 semanas e os índices de cesárea foram significantes. Tal aumento se deu pela escolha da paciente ou indicação médica por alguma comorbidade materna; tal escolha ou indicação pode resultar em complicações para o neonato, porque pode ocorrer uma falha quanto ao cálculo da idade gestacional, obtendo nascimentos prematuros, internação em UTI-NEO, sepse e parada cardiorrespiratória, entre as complicações mais graves. As situações consideradas mais leves são hipoglicemia no período neonatal e hospitalização por mais de cinco dias (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014).

Destaca-se que entre as internações por convênio/particular, tais aumentos podem estar relacionados à escolha da mulher e aos aspectos econômicos, sobretudo ao medo da dor ou melhor programação para o obstetra, por ser a forma rápida de realizar o desfecho da gestação. Como este estudo foi realizado em uma região de fronteira, salienta-se quanto a essa escolha do tipo de parto no que tange às diferentes etnias, uma vez que, a data e o dia do nascimento se dão por questões culturais (DOMINGUES, et al., 2014; FREITAS, FERNANDES, 2016; STÜTZER et al., 2017).

No que se refere à incidência de cesáreas pelo SUS, ressalta-se que a escolha pela via de parto fica a critério do obstetra, sendo o parto vaginal a via de maior escolha. As cesareas realizadas pelo SUS são empregadas quando há algum tipo de intercorrências durante o período intraparto com a parturiente ou com o feto, também sendo realizadas em mulheres com cicatriz uterina prévia, nas quais há um elevado risco de complicações maternas e fetais (ANJOS, WESTPHAL, GOLDMAN, 2014; TABILE et al., 2016).

A classificação dos 10 grupos de Robson soma no sentido de classificar as mulheres atendidas no serviço de obstetrícia e direcionar os profissionais quanto ao procedimento mais seguro para o binômio. Pode-se apontar para os grupos que requerem maior atenção e acompanhamento de mulheres no período gravídico e puerperal, proporcionando maior atenção aos grupos de risco que apresentam maiores possibilidades das gestantes serem submetidas ao parto cirúrgico (CHONG, SU, BISWAS, 2012; ACHILLE et al., 2017; HANS, ROHATGI, 2017).

## 8 CONCLUSÕES

Esta investigação teve início a partir de questionamentos do pesquisador frente à realidade da atenção à saúde da gestante e puérperas no momento de decisão quanto à forma de nascimento. Nesse sentido, as seguintes interrogativas balizaram a pesquisa: ‘Qual a incidência e as indicações do parto cirúrgico em regiões de fronteira segundo os dez grupos propostos pela Classificação de Robson?’; ‘Quais as condições de nascimento de crianças cujas mães foram submetidas ao parto cirúrgico?’; ‘Existem complicações maternas no período intraparto imediato de mulheres submetidas ao parto cirúrgico?’.

Diante dos pontos estudados neste trabalho, observa-se que os serviços de saúde pública e/ou público-privado necessitam de mudanças e reformas em seus protocolos assistenciais para melhorar a saúde de gestantes, parturientes, puérperas e neonatos,. Desse modo, será possível minimizar os efeitos negativos como uma gravidez complicada e a incidência de cesáreas desnecessárias, bem como diminuir as mortes materna e infantil por causas evitáveis.

Ao analisar a incidência de cesárea com a Classificação de Robson entre brasileiras e estrangeiras, apresentou-se nesta pesquisa maior relevância de nascimentos por cesárea entre brasileiras que em estrangeiras; a hipótese era que as maiores taxas de cesárea estaria entre as estrangeiras. Outros estudos apontaram para maior incidência de cesáreas entre estrangeiras, e tal aumento se dá devido à dificuldade de compreensão por ser a mulher de outra etnia, em que a linguagem dificulta o entendimento entre os profissionais de saúde, podendo resultar em cesáreas desnecessárias.

A organização de políticas públicas voltadas especificamente para a região de fronteira é um passo importante para proporcionar melhorias na assistência à saúde da mulher, pensando em brasileiros e brasileiras que residem nos países vizinhos, os brasiguaios e brasiguaias, assim chamados na fronteira entre o Brasil e Paraguai.

Os grupos de Robson com maior incidência de cesárea no presente trabalho foram os grupos 1, 3 e 5, tal classificação dos 10 grupos de Robson apontou para a necessidade de uma reestruturação da assistência voltada à mulher no período gravídico e puerperal. Estudos apontam para grupos específicos de Robson que merecem atenção como os 1, 2, 3 e 4, pois são grupos de nulíparas e múltíparas sem cesárea anterior, em que a maior preocupação está em evitar cesáreas nestes grupos.

O grupo 5 de Robson teve a maior incidência de cesáreas entre múltiparas com cicatriz uterina prévia, em que se tem a fala de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Existem complicações que podem ocorrer em uma gestante com cicatriz uterina prévia, e devido a isso, a gestante necessita de uma assistência adequada, não significando que essa mulher não possa ter um parto vaginal após uma cesárea, apenas necessita de cuidados peculiares.

A classificação utilizada demonstrou-se uma ferramenta importante de avaliação para classificar os grupos mais propensos a cesáreas, de forma a direcionar a assistência prestada. A classificação de Robson tem como objetivo principal destacar qual a real necessidade de submeter uma mulher ao parto cirúrgico quando existe uma gestação não complicada, e que se empregada a cesárea de maneira desnecessária, o desfecho do nascimento pode ser negativo em um procedimento realizado de forma eletiva.

A utilização desse método de classificação é simples, e pode trazer resultados benéficos, apontando para melhorias, uma vez que os profissionais poderão avaliar suas ações e também comparar os resultados entre uma instituição e outra. Acredita-se que isto seja um grande passo para o estabelecimento de mudanças.

O presente estudo fortalece a ideia que o desfecho da gestação a saúde do binômio depende da interação de múltiplos fatores como assistência pré-natal e atenção ao parto. Em relação à assistência pré-natal, verifica-se que esta necessita ser priorizada com políticas de melhor acesso aos serviços de saúde, exames laboratoriais, ultrassonografia, cuidados essenciais para a intervenção segura de uma gestação.

A atenção pré-natal de qualidade envolve ações que possibilitam garantir segurança à vida materna e fetal, refletindo para o desfecho favorável no momento do parto e puerpério, pois o acompanhamento efetivo da gestante facilitará identificar situações de risco de forma precoce, reduzindo a ocorrência da morbimortalidade materna e neonatal.

Somente a partir das melhorias nos serviços e do engajamento dos profissionais é que a população, de forma geral, poderá ter melhores condições de saúde e desfechos não complicados nos nascimentos.

Diante da complexidade da temática ora apresentada, torna-se necessário o constante incentivo à qualificação profissional para que a assistência às gestantes, no momento do parto, seja adequada, contínua e proativa. Contudo, há de se demonstrar caminhos para efetivar as práticas sem que o saber técnico se sobreponha à origem humana do cuidar.

Por fim, este estudo poderá subsidiar pesquisas vindouras, pois incorpora evidências, por meio de síntese e oferece acesso rápido aos resultados que fundamentam condutas e tomadas de decisões, proporcionando o saber reflexivo entre os profissionais de saúde, em especial na área da enfermagem materna e infantil, voltadas para regiões de fronteira.

## REFERÊNCIAS

ACHILLE, K. et al. How Referred Patients Influence Cesarean Sections Rate Pattern: Analysis according to the Robson Classification. **Open Journal of Obstetrics and Gynecology**, China, p. 1132-1140, 2017.

AGRANONIK, M. Fatores de risco e tendências das taxas de mortalidade infantil e da prevalência de baixo peso ao nascer no RS: uma análise do período 2000-13. **Indic. Econ. FEE**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 155-168, 2016.

AGUIAR, L. D. C. et al. Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza. **Enfermería Global**, Espanha, v. 12, n. 29, p. 118, 2013.

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Departamento de Ciências Sociais, Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (EFLCH) Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

ALDRIGHI, J. D. et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Rev. Esc; Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016.

ALMEIDA, D. et al. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2014.

ALMEIDA, K. N.; ALMEIDA, R. M. V. R.; PEDREIRA, C. E. Adverse perinatal outcomes for advanced Maternal age: a Cross-sectional study of Brazilian births. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 5, p. 493-498, 2015.

ALVES, C. N. et al. O cuidado de enfermagem à gestante na perspectiva cultural: nota prévia. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, p. 5047-50, jul. 2013.

AMORIM, R. M. M.; SOUZA, R. S. A.; PORTO, F. M. A. Indicações de cesareana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, São Paulo, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010.

ANJOS, C. D. S. D.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R. E. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 86-94, set./dez. 2014.

APGAR, V.; JAMES, L. S. Further observations on the newborn scoring system. **American Journal of Disease of Child**, Chicago, p. 104-419, 1963.

AZEVEDO, S. T. **A transfronteirização entre Brasil e Paraguai: a saúde nos municípios margeados pelo Lago de Itaipu**. 2015. 145 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, 2015.

BARCAITÈ, E. et al. Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group. **Department of Obstetrics and Gynaecology, Medical Academy, Lithuanian University of Health Sciences**, Kaunas, Lithuania, v. 51, p. 280-285, 2015.

BETRAN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **BioMed Central**, Canadá, p. 2-10, Jun., 2015.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do Humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BONTEMPO, C. G. C.; NOGUEIRA, V. M. R.; GIMENEZ, R. P. Cooperação em saúde em fronteiras internacionais: a busca da igualdade em saúde. **Cad. IberAmer. Direito. Sanit.**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 908-919, jul./ dez, 2013.

BRANCO, M. L. Saúde nas fronteiras: o direito do estrangeiro ao SUS. **Cad. Ibero-amer.**, Brasília, v. 2, n. 1, jan./jul., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Executiva. **Programa de Humanização do parto, pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde: [s.n.], 2002.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres**. 1ª Edição. Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde: [s.n.], 2016.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde - UNA-SUS. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: < <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **DIREITO INTERNACIONAL**. Disponível em: <<https://advocaciainternacional.wordpress.com/tratados-internacionais/convencao-sobre-os-es>>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

CAMPOS, A. S.; ALMEIDA, A. C. C. H. D.; SANTOS, R. P. D. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto natural. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria - RS, v. 2, n. 4, p. 332-341, abr./mai., 2014.

CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. ; FURTADO, M. C. D. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, GO, v. 16, n. 2, p. 352-60, abr./jun., 2014.

CASTRO. C, M; OLIVEIRA. R, C; CUSTÓDIO. M, C. S. Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. e59-e74, abr.-jun. 2015

CHIANCA, L. M. et al. Índice de risco cirúrgico e infecção de ferida operatória em puérperas submetidas a cesarianas. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção.**, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 1, p. 1-6, jan./mar., 2015.

CHIAVEGATTO-FILHO, C. P. D. A.; LAURENTI, R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. **Caderno de Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 720-728, 2012.

CHONG, C.; SU, L. L.; BISWAS, A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. **Acta Obstetricia et Gynecologica, Scandinavica**, p. 1422-1427, 2012.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COSTA, A. L. D. R. R. et al. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.

DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nipr.def>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 101-116, 2014.

FERRAZA, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, abr./jun., 2012.

FILHO, W. A. A gestão do trabalho em saúde no MERCOSUL. **Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, p. 12-94, 2012.

FRANCISCO, R. P. V.; ZUGBI, M. Intercorrências neonatais da cesárea eletiva antes de 39 semanas de gestação. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 59, n. 2, p. 59-93, abril, 2013.

FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. M. B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 525-538, jul./set., 2016.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien. Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 11, p. 23-27, 2014.

GONÇALVES, I. S. et al. Impacto de estratégias com vista à redução da proporção de cesarianas. **Acta Obstet Ginecol Port.**, Porto - Portugal, v. 8, n. 1, p. 29-35, 2014.



GUERREIRO, C. Indicações para cesarianas num hospital terciário durante 7 anos. **Acta Médica Portuguesa.**, Portugal, v. 6, n. 26, p. 630-632, 2013.

GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, DF., v. 67, n. 1, p. 13-21, jan.-fev., 2014.

HANS, P.; ROHATGI, R. R. Proposing a Hybrid Model Based on Robson's Classification for Better Impact on Trends of Cesarean Deliveries. **The Journal of Obstetrics and Gynecology.** Índia, v. 67, n. 3, p. 183-189, May/June 2017.

ITAIPU Binacional. Disponível em: <<https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

LIMA, T. N. B. D. Contextualização do cuidado de enfermagem humanizado ao processo de parto: Revisão Integrativa da literatura. **Universidade Estadual da Paraíba**, Campina Grande - PB, 2014.

MARCOLIN, A. C. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 36, n. 7, p. 283-9, 2014.

MARTINS, E. L. et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem-UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p. 155-163, jan./abr., 2013.

MCCOURT, C. Qual é o valor da aplicação da teoria social no cuidado à maternidade. **Revista Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 7-8, jan.-mar., 2014.

MELLO, F. D.; GONÇALVES, H.; VITORA, C. G. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro materno infantil de Foz do Iguaçu-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015.

MINSART, A.-F. et al. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. **Acta Obstetrica et Gynecologica**, Scandinavica, n. 92, p. 204-209, 2013.

MIRANDA, D. B.; MAROSTICA, F. C.; MATÃO, E. L. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, Brasília - DF, v. 6, n. 3, p. 2444-59, 2015.

MOURA., R.; CARDOSO, A. Mobilidade transfronteiriça: o ir e vir na fronteira do possível. **Encontro Nacional da Anpur**, p. 1-17, 2013.

MYLONAS, I.; FRIESE.,. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. **Deutsches Ärzteblatt International.**, Germany, v. 112, p. 489-95, 2015.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, M. S. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil.**, Recife, v. 11, p. 415-425, out./dez., 2011. ISSN 4.

NOVO, J. L.V. G; PELLICCIARI, C. R; CAMRGO, L. A.; BÁLSAMO, S. B; NOVO, N. F. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.** 2017;19(2):67-71

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Genebra (Suíça), 2015.

OMS. **Nascimentos Prematuros** Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

ONU. Nações Unidas no Brasil. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/cai-a-mortalidade-materna-no-mundo-aponta-oms-reducao-no-brasil-chega-a-43/>>. Acesso em: 09 ago. 2017.

PADILHA, F. J. E. A. A saúde da mulher e assistência a gestação no Sistema Único de Saúde (SUS): Uma Revisão Bibliográfica. **Acadêmicas do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA, Grupo Promoção da Saúde e Tecnol**, Santa Maria, RS, 2011.

PATAH, M. E. L.; MALIK, M. A. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública.**, São Paulo, v. 1, n. 45, p. 185-94, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª Edição. Ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, jan./mar., 2016.

RAYA, C. L. et al. Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.**, France, v. 44, p. 605-613, 2015.

REIS, Z. S. N. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** 2014; 36(2):65-71, Rio de Janeiro, v. 2, n. 36, p. 65-71, 2014.

ROBSON, M. S. ROBSON, MS. Classification of caesarean sections. **Revista Fetal and Maternal Medicine**, Cambridge, US, v. 12, n. 1, p. 23-39, 2001.

ROBSON, M.; MURPHY, M.; BYRNE,. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Irlanda, n. 131, p. S23-S27, 2015.

RODRIGUES, Z. J. et al. O enfermeiro na atenção integral às mães adolescentes diante das transformações sociais e econômicas vivenciadas após o nascimento do filho. **Revista Panorâmica On-Line.**, Barra do Garça, v. 16, p. 19–31, jan./jul. 2014.

ROMANELLI, R. M. D. C.; ET AL. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de infecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospital universitário no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 4, n. 21, p. 569-578, out.-dez., 2012.

RÜDIGER, M. et al. Neonatal assessment in the delivery room – Trial to Evaluate a Specified Type of Apgar (TEST-Apgar). **BMC Pediatrics**, London, 2015.

SANTOS, E. P. D. et al. Mortalidade entre menores de um ano: análise dos casos após alta das maternidades. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 390-398, 2016.

SERRUYA, S. J. A morte materna no Brasil: razão e sensibilidade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 531-5, 2012.

SILVA, F. M. B. D. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1031-1038, 2013.

SILVA, L. S. et al. Assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público. **Revista Cubana de Enfermagem.**, Cuba, v. 30, n. 3, 2014.

SILVEIRA, I. P. D.; FERNANDES, A. F. C. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 78-84, jan-abr. 2007.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; COMIN, F. S. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. **Revista Psicologia: Teoria e Prática.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 19-34, 2013.

SÓCRATES. Frases de Sócrates. Disponível em: [https://www.pensador.com/socrates\\_frases/](https://www.pensador.com/socrates_frases/). Acesso em: 18 ago. 2017.

STÜTZER, P. P. et al. Elective Caesarean section on maternal request in Germany: factors affecting decision making concerning mode of delivery. **Springer-Verlag**, Berlin, March 2017.

TABILE, P. M. et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre - RS, v. 3, n. 60, p. 168-172, jul.-set., 2016.

TAKIZAWA, M. C. H.; GRIEP., R. Mortalidade neonatal no município de Cascavel/PR no ano de 2013 e sua relação com fatores de risco selecionados. **Revista Thêma et Scientia.**, Cascavel, v. 6, n. 14, p. 234-245, jul./dez., 2016.

TANAKA, K.; MAHOMED , K. The Ten-Group Robson Classification: A Single Centre Approach Identifying Strategies to Optimise Caesarean Section Rates. **Obstetrics and Gynecology International**, p. 5, 2017.

TAVEIRA, A. M.; SANTOS, L. A.; ARAUJO, A. Perfil das adolescentes grávidas no município de São Gonçalo do Pará-MG. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Divinópolis, v. 2, n. 3, p. 326-336, set./dez., 2012.

TOPA, J.; NEVES, ; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Rev. Saúde Soc.** , São Paulo, v. 22, n. 2, p. 328-341, 2013.

UNRIC. Centro Regional de Informação das Nações Unidas. **Objetivo de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <<https://www.unric.org/pt/objectivos-de-desenvolvimento-do-milenio-actualidade>>. Acesso em: 16 mar. 2017.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. D.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem. REBEn**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 282-9, mar.-abr., 2014.

VIEIRA, B. D.; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun., 2013.

VILARINHO, M. L.; NOGUEIRA, T. L.; NAGAHAMA, I. E. E. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** , Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 312-319, abr./jun., 2012.

VOGEL, J. P. et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **The Lancet Global Health**, Reino Unido - Europa, v. 3, p. 260-270, Mai 2015.

WHO. World Health Organization. Public health aspects of low birth weight. **Report Geneva;**, (Who- Technical Reports Series, 217), 1961.

WHO. World Health Organization. Physical status: the use end interpretation of anthropometry.. (**Who- Technical Reports Series, 854**)., Report Geneva, 1995.

## APÊNDICE I

### Modelo de formulário para coleta de dados pesquisa

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Nº Atendimento:                                                                                                                                                                | Iniciais nome:                                                                                                           | Idade: |
| <u>Dados Obstétricos:</u><br>Gesta:<br>Para:<br>Cesárea:<br>Aborto:<br>Tipagem sanguínea:<br>Nº consultas:<br>Local Pré-natal:<br>Intercorrências:<br>Classificação de Robson: | <u>Dados de Admissão:</u><br>Data:<br>Hora:<br>Dilatação:<br>DU:<br>BCF:<br>Bolsa:<br>PA:<br>Convênio:<br>Nacionalidade: |        |
| <u>Dados do Parto:</u><br>Admissão/Nascimento:<br>Hora:<br>Tipo de parto:<br>Apresentação:<br>Anestesia:<br>Intercorrências:<br><br>Destino:                                   | <u>Dados do Recém-nascido:</u><br>Sexo:<br>Peso:<br>IG:<br>Apgar 1º:<br>Apgar 5º:<br>Intercorrências:<br><br>Destino:    |        |

## ANEXO I

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ/****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: **CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PARTOS E NASCIMENTOS EM UMA**INSTITUIÇÃO HOSPITALAR REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO NA TRÍPLICE  
FRONTEIRA**Pesquisador:** Rosane Meire Munhak da Silva**Área****Temática****Versão:** 2**CAAE:** 39317914.6.0000.0107**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 954.557**Data da Relatoria:** 15/02/2015**Apresentação do Projeto:**

Projeto a ser desenvolvido em um hospital que atende gestantes de alto risco no município de Foz do Iguaçu.

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar a caracterização epidemiológica dos partos vaginais e cesarianas que ocorreram em uma Instituição hospitalar referência para alto risco na tríplice fronteira.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta a descrição dos riscos e benefícios de modo claro e adequado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa possui importância social e econômica e relevância científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

**Endereço:** UNIVERSITÁRIA**Bairro:** UNIVERSITÁRIO**UF:** PR**Município:** CASCAVEL**CEP:** 85.819-110**Telefone:** (45)3220-3272**E-mail:** [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
OESTE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 954.557

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

CASCADEL, 13 de fevereiro de 2015.

---

**Assinado por:**  
**João Fernando Christofolletti**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** UNIVERSITÁRIA

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**UF:** PR

**Município:** CASCADEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**CEP:** 85.819-110

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE PARTOS E NASCIMENTOS EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR REFERÊNCIA PARA ALTO RISCO NA TRÍPLICE FRONTEIRA

**Pesquisador:** Rosane Meire Munhak da Silva

**Área**

**Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 39317914.6.0000.0107

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

**Patrocinador Principal:** Financiamento próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.009.310

**Apresentação do Projeto:**

Projeto a ser desenvolvido em um hospital que atende gestantes de alto risco no município de Foz do Iguaçu, visando caracterizar epidemiologicamente essa população. Inicialmente apresentou o projeto como proposta de especialização, solicita emenda para execução de uma dissertação de mestrado e alteração do período da coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar a caracterização epidemiológica dos partos vaginais e cesarianas que ocorreram em uma instituição hospitalar referência para alto risco na tríplice fronteira.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Apresenta a descrição dos riscos e benefícios de modo claro e adequado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Relevante para a área.

**Endereço:** UNIVERSITÁRIA

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br)



**UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 2.009.310

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados estão adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                            | Arquivo                                                                                | Postagem               | Autor                           | Situação |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_730867_E1.pdf                                                   | 07/04/2017<br>16:53:27 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | SolicitacaoCEP.pdf                                                                     | 07/04/2017<br>16:47:46 | Rosane Meire<br>Munhak da Silva | Aceito   |
| Outros                                    | Termo de comp.ass.pdf                                                                  | 11/11/2014<br>14:14:52 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Autorização2.pdf                                                                       | 06/11/2014<br>19:06:47 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Autorização1.pdf                                                                       | 06/11/2014<br>19:06:28 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Instrumento PE.docx                                                                    | 06/11/2014<br>19:02:45 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Sheila Cristina Rocha Brischiliari) (1).pdf | 06/11/2014<br>19:02:15 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Rosane Meire Munhak da Silva) 2.pdf         | 06/11/2014<br>19:01:56 |                                 | Aceito   |
| Outros                                    | Declaração.pdf                                                                         | 06/11/2014<br>19:01:18 |                                 | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto geral (2).docx                                                                 | 06/11/2014<br>19:00:50 |                                 | Aceito   |
| Folha de Rosto                            | Folha de rosto.pdf                                                                     | 06/11/2014<br>18:59:55 |                                 | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** UNIVERSITÁRIA

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**UF:** PR

**Município:** CASCAVEL

**CEP:** 85.819-110

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE  
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.009.310

CASCADEL, 10 de Abril de 2017.

---

**Assinado por:**  
**Fausto José da**  
**Fonseca Zamboni**  
**(Coordenador)**

**Endereço**

: UNIVERSITÁRIA

**Bairro:** UNIVERSITÁRIO

**CEP:** 85.819-110

**UF:** PR

**Município:** CASCADEL

**Telefone:** (45)3220-3272

**E-mail:** [cep.prppg@unioeste.br](mailto:cep.prppg@unioeste.br)