



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

MÉRIC LUZDAM MACIEL DE ANDRADE

**A REALIDADE DAS CESARIANAS NO BRASIL: REFLEXÕES ACERCA DE DUAS  
DÉCADAS DE REGISTROS**

CAJAZEIRAS – PB  
2020

MÉRIC LUZDAM MACIEL DE ANDRADE

**A REALIDADE DAS CESARIANAS NO BRASIL: REFLEXÕES ACERCA DE DUAS DÉCADAS DE REGISTROS**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Symara Abrantes A. de Oliveira Cabral

CAJAZEIRAS – PB  
2020

MÉRIC LUZDAM MACIEL DE ANDRADE

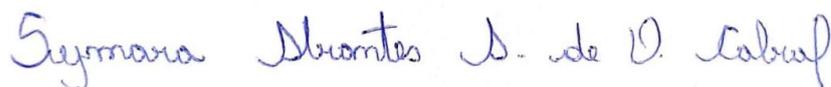
**A REALIDADE DAS CESARIANAS NO BRASIL: REFLEXÕES ACERCA DE DUAS DÉCADAS DE REGISTROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso Graduação em Enfermagem como parte dos pré-requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras-PB.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Symara Abrantes A. de Oliveira Cabral

Aprovado em 25 de NOVEMBRO de 2020

**Banca examinadora:**



**Prof. Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral**  
**Universidade Federal de Campina Grande – UAENF /CFP/UFCG**  
**Orientadora**



**Profa. Esp. Rozane Pereira de Sousa**  
**Universidade Federal de Campina Grande – UAENF /CFP/UFCG**  
**1º Membro**



**Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro**  
**Universidade Federal de Campina Grande – UAENF/CFP/UFCG**  
**2º Membro**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764  
Cajazeiras - Paraíba

A553r Andrade, Méric Luzdam Maciel de.  
A realidade das cesarianas no Brasil: reflexões acerca de duas décadas de registros / Méric Luzdam Maciel de Andrade. - Cajazeiras, 2020.  
47f.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2020.

1. Saúde da mulher. 2. Parto. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Cesárea.  
5. Indicadores de morbimortalidade. I. Cabral, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira. II. Universidade Federal de Campina Grande.  
III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.4

*Dedico este trabalho à minha família e em especial ao meu filho, Heitor, por todo apoio no decorrer desse caminhar. Meu amor incondicional de onde extraio as minhas forças, dia após dia.*

## AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar esse tópico sem falar dEle, o que me deu forças e discernimento, dia após dia, na construção deste estudo apesar dos obstáculos que tenham surgido. Glorifico a ele a oportunidade de ingressar na Universidade Federal de Campina Grande, na graduação de ENFERMAGEM na qual era almejado e idealizado há tempos. A Ele toda honra e glória.

Agradeço ao corpo docente do *campus* Cajazeiras pela grande contribuição na minha formação acadêmica e interpessoal.

Agradeço a minha família, pelo incentivo durante esses longos anos de graduação, que foi e é um sonho de todos nós, e hoje mais próximo de ser efetivado. Agradeço a vida do meu filho, que mesmo sem saber ou entender, me levanta e me faz continuar. Nenhuma barreira ou empecilho poderá nos pôr para baixo ao andarmos juntos. Sempre será por você, por nós.

Agradeço a turma XXIII pela receptividade desde o início. Apesar de não ser ingressante na turma, no momento em que cheguei me senti extremamente acolhida e acarinhada. Admiro a história acadêmica de cada um, e para mim foi um prazer fazer parte do pouco de vocês. Desejo sucesso e que tenham um futuro promissor. À Natani, agradeço a amizade construída na universidade que se exteriorizou para fora dela. Agradeço por todas as vezes que se propôs e ainda se propõem a ajudar sem medir esforços.

Agradeço a minha orientadora, Dra. Symara Abrantes, a qual não conhecia, mas ao meu convite para orientação o aceitou prontamente. Todos os receios que tive ao iniciar o trabalho acadêmico de tamanha importância sem conhecer o método de trabalho da orientadora foram cessados no decorrer da sua construção. Prestativa, acolhedora e incentivadora, são alguns adjetivos que representam a pessoa que foi para mim. Obrigada por aceitar participar da etapa final de uma das fases mais importantes da minha vida.

ANDRADE, Méric Luzdam Maciel de. **A realidade das cesarianas no brasil: Reflexões acerca de duas décadas de registros.** 2020, 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2020.

## RESUMO

**Introdução:** o ato de parir, originalmente, deu-se como um evento solitário. Com o passar dos anos e avanços tecnológicos foi sendo realizado com maior prevalência em ambiente hospitalar por profissionais especializados. Devido ao alto índice dos partos cesarianos no país, viu-se a necessidade de conhecer a realidade que leva à essa prevalência, tal como os grupos característicos nessa adesão. **Objetivos:** realizar uma análise histórica dos últimos 20 anos e a correlação com a morbimortalidade materna e neonatal. **Metodologia:** estudo ecológico abordando a população amostral de gestantes e conceptos com dados coletados, em novembro de 2020, através do DATASUS e SINASC, e de abordagem descritiva-quantitativa dos anos de 1998 a 2018. Dispensado da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos devido aos dados terem sido apurados em banco de dados públicos. **Resultados:** o índice de cesarianas obteve a sua menor taxa em 1999 com 37%, elevando os números nos anos subsequentes alcançando o alto índice em 2013 e 2014 com 57%. Foi registrado a maior taxa de mortalidade materna em 1998 e que no decorrer dos anos seguintes houveram oscilações, entretanto o nível não chegou a alcançar o ano citado. Já na mortalidade neonatal, observou-se o maior índice em 2017 no qual a causa dos óbitos foram advindas de complicações respiratórias adquiridas no parto. **Conclusão:** desta forma, o presente estudo pode vir a contribuir positivamente ao expor e analisar dados dos índices da via de parto e prováveis causas associadas. Ações em saúde e educação continuada se fazem importantes para a atenuação dos riscos do procedimento.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Cuidados de Enfermagem. Cesárea. Indicadores de Morbimortalidade.

ANDRADE, Méric Luzdam Maciel de. **The reality of cesarean sections in Brazil: Reflections on two decades of records.** 2020, 47f. Course completion Work (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, Paraíba: 2020.

## ABSTRACT

**Introduction:** the act of giving birth was originally a solitary event. Over the years and technological advances have been carried out with greater prevalence in the hospital environment by specialized professionals. Due to the high rate of cesarean deliveries in the country, there was a need to know the reality that leads to this prevalence, as well as the characteristic groups in this adherence. **Objectives:** to carry out a historical analysis of the last 20 years and the correlation with maternal and neonatal morbidity and mortality. **Methodology:** ecological study addressing the sample population of pregnant women and babies with data collected, in November 2020, through DATASUS and SINASC, and a descriptive-quantitative approach from the years 1998 to 2018. Exempted from the approval of the Research Ethics Committee with Human beings due to the fact that the data were obtained from public databases. **Results:** the cesarean section rate had its lowest rate in 1999 with 37%, raising the numbers in subsequent years reaching the high rate in 2013 and 2014 with 57%. The highest maternal mortality rate was registered in 1998 and that during the following years there were fluctuations, however the level did not reach the year mentioned. As for neonatal mortality, the highest rate was observed in 2017, in which the cause of death came from respiratory complications acquired during childbirth. **Conclusion:** in this way, the present study can contribute positively by exposing and analyzing data on the rates of delivery and probable associated causes. Actions in health and continuing education are important to mitigate the risks of the procedure.

**Keywords:** Women's Health. Nursing Care. Cesarean Section. Indicators of Morbidity and Mortality.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Frequência de partos por ano. Brasil, 1998-2018.....	29
<b>Figura 2</b> - Distribuição de partos cesáreos em porcentagem média acumulada. Brasil, 1998-2018.....	30
<b>Figura 3</b> - Frequência de cesarianas por idade materna. Brasil, 1998 – 2018.....	31
<b>Figura 4</b> – Prevalência de cesarianas por estado civil da mulher. Brasil, 1998 – 2018. ....	32
<b>Figura 5</b> – Realização de cesarianas correlacionadas com a cor/raça da mulher. Brasil, 1998 – 2018. ....	33
<b>Figura 6</b> – Porcentagem de cesarianas realizadas correlacionando com instrução da mãe. Brasil, 1998 – 2018. ....	34
<b>Figura 7</b> – Frequência na realização de cesarianas por grupos da Classificação de Robson. Brasil, 1998 – 2018.....	35
<b>Figura 8</b> – Frequência de partos cesarianos e vaginais correlacionados com o tempo da gestação. Brasil, 1998 – 2018.....	36
<b>Figura 9</b> – Média de permanência hospitalar por complicações obstétricas. Brasil, 1998-2018. ....	37
<b>Figura 10</b> – Média de permanência hospitalar do feto por complicações relacionadas ao parto. Brasil, 1998-2018. ....	38
<b>Figura 11</b> – Óbitos hospitalares por complicações obstétricas. Brasil, 1998-2018.....	39
<b>Figura 12</b> – Óbitos fetais hospitalares por complicações relacionadas ao parto. Frequência relativa por nascimentos. Brasil, 1998-2018. ....	40

## LISTA DE SIGLAS

<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar
<b>CR</b>	Classificação de Robson
<b>BCF</b>	Batimentos Cardíacos Fetais
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
<b>CLAP</b>	Centro Latinoamericano de Perinatologia
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>IC</b>	Índice de Cesariana
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>FEBRASGO</b>	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HSV</b>	Herpes Vírus
<b>IHI</b>	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<b>PPA</b>	Projeto Parto Adequado
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>RN</b>	Recém nascido
<b>SINASC</b>	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TP</b>	Trabalho de Parto

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	15
2.1 GERAL .....	15
2.2 ESPECÍFICOS .....	15
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
3.1 A HISTÓRIA DO NASCER NO BRASIL .....	16
3.2 MATERNIDADES, CASAS DE PARTO E PARTO DOMICILIAR NO BRASIL .....	17
3.3 TIPOS DE PARTO E SUAS PARTICULARIDADES .....	18
3.4 REDE CEGONHA .....	20
3.5 ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CESARIANAS .....	21
3.6 CONDIÇÕES SOCIAIS E AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NA INCIDÊNCIA DE PARTOS CESÁREOS .....	25
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	27
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	27
4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	27
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	28
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	28
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	29
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	42
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43

## 1 INTRODUÇÃO

Na sua origem, o parto era um evento solitário, a mulher, como os animais, paria sozinha. Ao agregar-se a cena de parto o homem, enquanto companheiro, na sua compreensão do parto enquanto doloroso, considerou a necessidade de cuidados, dando espaço para atuação das parteiras, que inicialmente atuavam apenas na orientação e fornecimento de subsídios para o parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). De tal modo, até o século XIX era comum que as mulheres parissem em casa com o auxílio de outras mulheres, as parteiras, porém, a partir do século XX, diante do avanço profissional e tecnológico, e como um reflexo da institucionalização da saúde, o parto no ambiente hospitalar, realizado por profissionais de saúde especializados, foi sendo popularizado (BRITO, 2013).

Importante se faz discorrer que são possíveis duas vias de parto para a liberação do concepto, a via alta e a via baixa, entretanto a escolha para a execução irá depender das particularidades que envolvem a paciente e o processo gestacional como um todo. De tal modo, a cesariana configura-se como a via de parto realizada, cirurgicamente, por intermédio de uma incisão no abdômen e parede do útero, respectivamente. Tal procedimento pode acarretar riscos à saúde e vida para gestante e concepto, bem como incidir em custos elevados para a saúde pública (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), considerando tais riscos, definiu a taxa ideal para a realização de parto por via abdominal em 15%. Em 2014, de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a taxa de cesarianas era em torno de 55%, variando entre instituições públicas (40%) e privadas (85%). Levando em conta a população brasileira e suas peculiaridades, a OMS ajustou uma taxa de referência entre 25 e 30% para tal finalidade (CONITEC, 2016).

Dentre as indicações para realização da cesariana, tem-se como mais comuns: apresentação fetal transversa, gravidez gemelar, quando o primeiro feto não tenha apresentação cefálica; feto que tenha apresentação de placenta prévia; mulheres portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), quando a sua carga viral for desconhecida ou superior a 1 mil cópias/ml; presença de Herpes vírus (HSV) em mulheres com infecção ativa; mulheres com três ou mais cesarianas prévias (CONITEC, 2016).

Assim, como o procedimento cirúrgico pode trazer benefícios quando realizado de forma necessária, poderá, também, acarretar ameaça materna, dentre as quais a incidência de histerectomia no pós-parto, podendo ter um aumento do risco quando cesariana programada;

maior risco de trombose venosa profunda; choque cardiogênico; maior tempo de internação, favorecendo negativamente na contaminação de infecção hospitalar (CONITEC, 2016). Contudo, a criança também pode apresentar morbimortalidade neonatal, de modo que o mesmo pode vir a manifestar problemas respiratórios, dificuldades de sucção/amamentação, problemas auditivos, visuais, bem como dificuldades de controle térmico, pois, de acordo com *American College of Obstetricians and Gynecologists*, a realização da cesariana eletiva antes das 40 semanas pode vir a comprometer o pleno desenvolvimento neurológico (SILVA *et al.*, 2017).

Diante de tais pressupostos, sabe-se que o aumento na incidência de cesariana (IC) mundialmente, excetuando a sua recomendação, pode vir a ampliar a morbidez e provocar maior impacto orçamentário para o sistema de saúde, convertendo o procedimento que deveria ser resolutivo em um problema de saúde pública (MARTINS-COSTA, 2017). Dentre os problemas destaca-se a prematuridade, que vem crescendo no Brasil nos últimos anos e o excesso de partos cirúrgicos, apresentando relação direta com tal fato (BRASIL, 2016).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2016 o Brasil, com 53,8%, estava entre os países que apresentavam os maiores IC, juntamente com Estados Unidos, Portugal, China e entre outros. Para que esses números tenham avançado consideravelmente com o passar dos anos, transcorriam fatores influenciadores, como aprimoramento de técnicas anestésicas, beneficiando assim as parturientes, visto que resulta na diminuição de riscos pós-operatórios, aumento na segurança do procedimento pelas pacientes e profissionais, fatores sociodemográficos, entre outros (MARTINS-COSTA, 2017).

De acordo com Nakano; Bonan; Teixeira (2015), a possibilidade de uma cultura material voltada para a normalização da cesárea é um fator relevante para o impacto no aumento da taxa de cesariana atualmente. No estudo, partiu-se da hipótese de que o parto cirúrgico representasse uma sensação maior de segurança por parte das mulheres, bem como de controle do seu próprio corpo. Assim, constatou-se que as participantes tinham contato com tecnologias na área da saúde antes mesmo do planejamento da gravidez. Concluiu-se que o nascimento por cesariana está agregado popularmente a maior segurança e avanço na medicina, enquanto o parto por via baixa é visto, para algumas mulheres, como ultrapassado, primitivo e excêntrico atualmente, que difere do comum.

Outra pesquisa, realizada por Freitas *et al.*, (2015), traz questionamentos sobre como a relação de médico e paciente pode se tornar um ambiente favorável nos IC e, como o parecer de nº 39 de 2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que aduz “*é ético e não configura*

*dupla cobrança o pagamento de honorário pela gestante referente ao acompanhamento presencial do trabalho de parto*”, pode se tornar um meio ainda mais conveniente no aumento das taxas de cesarianas no Brasil. Para o CFM, a remuneração tem o intuito de incentivar o parto natural, visto que, um acompanhamento contínuo do médico com a gestante lhe trará um maior conhecimento do seu histórico de saúde podendo, assim, optar pelo parto natural e seguro (CFM, 2012). Todavia, nos resultados da pesquisa constata-se que gestantes acompanhadas no setor privado possuem maiores opções em seu poder de escolha, como o médico que a acompanhará no pré-natal e parto, aumentando assim a possibilidade de uma cesariana agendada (FREITAS *et al.*, 2015).

Ainda sobre os impactos na realização da cesariana, tem-se no estudo de Entriger *et al.*, (2018) uma discussão acerca do impacto orçamentário no sistema público quando da sua realização sem indicação clínica. Para análise, nos anos de 2016 a 2020, foi simulado pelos autores a diminuição e aumento no IC ao longo desses anos. Comparando um cenário de referência, que foi considerado excesso de cesariana ao ultrapassar 25% na sua realização, com um melhor cenário, no qual indica a taxa ideal de cesariana até 25%, de acordo com as diretrizes brasileiras, notou-se que nos 5 anos o IC causaria um impacto no sistema de saúde de US\$ 80 milhões por ano ao sistema público de saúde.

Já com base em estudo realizado pela OMS (WHO, 2010), estima-se que em 2008, 6,2 milhões de cesarianas foram realizadas sem indicações clínicas, enquanto apenas 3,18 milhões tiveram indicação. Esse excesso de procedimento dispôs de um custo orçamentário mundial de US\$ 2,32 bilhões, contrastando com o impacto de US\$ 432 milhões quando necessário. Fica explícito que um maior incentivo à realização do parto vaginal, além de benéfico na relação mãe e filho, também favorece a economia.

De tal modo, constata-se que estratégias podem e devem ser fomentadas, a fim de impactar no sentido de reduzir a incidência no IC. Para tanto, é importante definir as indicações de cesariana, amenizando a sua realização de maneira desnecessária (HADDAD; CECATTI, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) disponibilizou um manual abordando os pressupostos técnicos para acompanhamento do parto, aborto e pós-parto, o qual enfoca a assistência humanizada voltada para o protagonismo da parturiente frente ao processo assistencial, como estratégia benéfica na prevenção da morbimortalidade tanto materna quanto perinatal (BRASIL, 2001).

Uma das ações voltadas à redução do IC foi a implantação da estratégia denominada Classificação de Robson (CR), criada por Michael Robson, em 2001, objetivando identificar e classificar grupos de mulheres através de suas características clínicas obstétricas, podendo reduzir a taxa de cesarianas (OMS, 2015). No Brasil, há uma maior probabilidade na baixa incidência de cesariana quando a estratégia é voltada para nulípara e de gestação de baixo risco, visto que, quando a múltipara antecede uma cesariana, a viabilidade de repetir o procedimento na nova gestação é consideravelmente maior (CONITEC, 2016).

Ainda de acordo com a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC, 2016), o profissional responsável pelo pré-natal de baixo risco, o enfermeiro, tem papel fundamental no atendimento para com a gestante de modo holístico e informativo sobre o pré-natal, parto e pós-parto baseando-se em evidências, assim, dando autoridade em sua decisão final, expondo riscos/benefícios e indicações/contra indicações em ambas as vias de parto.

Tomando por base estudo de Entringer *et al.* (2018), o IC é capaz de mediar a qualidade do serviço prestado à gestante, de tal modo a melhor estratégia é a orientação durante o pré-natal, visto que as consultas de rotina são fundamentais, tanto para o acompanhamento do bebê, como para sanar dúvidas e desmistificar inverdades a respeito de ambas as vias de parto.

Diante das intervenções estratégicas para redução das cesarianas, faz-se importante conhecer a realidade das cesarianas no Brasil. De tal modo, a questão que norteou esse estudo se refere a: qual a realidade das cesarianas no Brasil e qual o impacto na morbimortalidade materna e neonatal? Assim, através dos dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), banco de dados utilizado como fonte para a pesquisa, será possível realizar análise crítica que permeia a compreensão dos aspectos relacionados pela questão norteadora da pesquisa.

Os resultados obtidos neste presente estudo poderão contribuir no entendimento do problema, acarretando em uma análise da prática por parte dos profissionais que terão acesso as informações disponibilizadas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar a realidade das cesarianas no Brasil e seus impactos na morbimortalidade materna e neonatal.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Realizar uma análise histórica da incidência de cesarianas nos últimos 20 anos.
- Avaliar a mortalidade neonatal associada com a realização de cesáreas.
- Identificar, pelo grupo de Robson, os fatores determinantes para a realização de cesáreas.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### A HISTÓRIA DO NASCER NO BRASIL

No decorrer dos anos 40, o Brasil implementou, pioneiramente, uma assistência na saúde pública voltada à saúde da mulher, a fim de reduzir a mortalidade materna e perinatal. Diante disso, a obstetrícia, especialidade médica voltada para a saúde da mulher enquanto gestante, foi se solidificando e sendo referência em regularizar a forma de nascer. Após a alta adesão das mulheres em resposta a política pública voltada para a classe, em 1984 foi fundado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de abranger um grupo maior de mulheres, conforme suas particularidades, envolvendo a atenção plena a gestantes, prevenção e cuidado nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, estratégias de Planejamento Familiar, entre outros (BRASIL, 2001).

A primeira cesariana realizada no Brasil é atribuída a José Correia Picanço em Recife, Pernambuco, no ano de 1817. Pelo baixo número de informações e referências de tal procedimento, a veracidade se torna duvidosa, bem como a existência de detalhamento de como se deu esse acontecimento. Para Pedro Affonso Denys, em sua tese datada em 1849, relata que, apesar de Picanço ter sido um médico renomado, já não era capaz de realizar procedimentos como esse devido a sua idade avançada. Passados 38 anos após a primeira cesariana já citada, em 1855, Feijó Pai opera uma mulher que, apesar de o bebê ter nascido bem, a parturiente morre dias depois ao cair do leito após convulsão. Em 1862, Feijó Pai realiza a sua segunda cesariana, em decorrência da qual a paciente foi a óbito, por provável peritonite, que é a perfuração do intestino. Mereceu elogios ao procedimento em virtude da época em que foi realizada (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Fernando Magalhães, médico ginecologista e obstetra, é um nome consideravelmente conhecido na área, ocupando altos cargos públicos durante a sua vida profissional, como presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, na Associação Brasileira de Educação, e do Sindicato Médico de Brasileiros, entre outros. Em 1915, Magalhães modifica a forma de realizar a cesariana, a fim de minimizar os riscos no pós-operatório. Foi notado pelo médico brasileiro que, ao isolar e expor o útero dos demais órgãos, decresce as consequências negativas decorrente da cesariana. O uso de lençóis de borracha protegendo a cavidade exposta foi evidenciado que também era capaz de diminuir a contaminação no sítio cirúrgico. Após sete

anos de pôr em prática a nova forma de operar, as estatísticas mostraram que a mortalidade materna, de 6,8% foi reduzida para 3,3% (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Por fim, em 1955, Jorge de Rezende, médico ginecologista e obstetra brasileiro, implementou a incisão de Pfannenstiel, que é a abertura em sentido transversal abaixo do umbigo, dando acesso ao ventre para, assim, liberar o concepto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

### 3.2 MATERNIDADES, CASAS DE PARTO E PARTO DOMICILIAR NO BRASIL

A partir de meados do século XX, as maternidades e casas de parto no Brasil vieram assimilando o mecanismo do parto, interligando diretamente com o emocional do corpo daquela parturiente e do bebê, remetendo ao conhecido parto humanizado no qual mãe e filho são os protagonistas na experiência do parto, reprovando a interferência médica, em algumas vezes desnecessária, a qual acarreta na privação do protagonismo e empoderamento da parturiente em sua própria parição (RUSSO; NUCCI, 2020).

Além de abordar a assistência prestada nas maternidades brasileiras, se faz importante relatar também que, em 2014, Bittencourt *et al.*, expõe sobre como a estruturação do serviço pode vir a refletir negativamente na assistência prestada a parturiente, visto que déficits nos recursos humanos, financeiros, e equipamentos tecnológicos são desfavoráveis no processo.

A Casa de Parto de Sapopemba foi fundada pela Fundação Zerbini, do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo a primeira do Brasil, inaugurada em 1998, que tinha o propósito de ofertar um atendimento holístico à mulher gestante de risco habitual, amparadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Os atendimentos obstétricos e neonatais eram realizados por enfermeiros obstétricos e auxiliares de enfermagem. As gestantes acompanhadas pelo PSF durante o pré-natal eram encaminhadas às casas de parto a partir da 37<sup>a</sup> semana de gestação, de modo que seria avaliada sobre os riscos de sua gestação para então ser acompanhada pela casa. Dentre os quesitos avaliativos, estavam: estar entre 37 e 41 semanas; gestante sem intercorrências clínicas prévias e gestação sem intercorrências obstétricas, anteriores e atuais; apresentação fetal cefálica; e gestação de feto único. Por fim, a equipe da casa de parto realizava o acompanhamento da gestante até o momento do parto para então ser admitida na instituição já na fase ativa do trabalho de parto (TP), até lá, era prestado o acolhimento com consultas frequentes, nas quais eram realizadas

todas as orientações sobre a evolução do TP e sessando dúvidas que vinham a surgir (SEPÚLVEDA, 2000).

Para Machado e Praça (2006) as casas de partos fogem da estruturação habitual que se vê na atenção hospitalar, de tal modo faz-se alusão a um ambiente familiar e íntimo, proporcionando a parturiente e família a calma e confiança necessárias no processo de parição.

O parto domiciliar planejado, de acordo com a OMS e MS, pode ser realizado por enfermeiros obstetras, obstetrizes e médicos obstetra, pois são os profissionais capacitados para sua execução. O parto se enquadra no grupo das boas práticas, pois o número de intervenções é reduzido, focando no protagonismo da mãe e bebê. Durante o TP a parturiente tem a liberdade de escolha sobre deambulação, alimentação, participação da família, e posição para parir. É estimulado também o aleitamento materno na primeira hora de vida fortalecendo ainda mais o elo mãe e filho. Os benefícios do parto domiciliar envolvem a prática do nascer de forma saudável para ambos os envolvidos, a diminuição do parto cirúrgico, mesmo quando há cesariana prévia, e a autonomia da mulher no seu processo de parição, proporcionando a toda família participante boas recordações (KOETTKER *et al.*, 2018).

### 3.3 TIPOS DE PARTO E SUAS PARTICULARIDADES

Durante o ciclo gravídico, a parturição é um dos processos mais importante na vida da mulher, portanto, seus desejos e anseios devem ser respeitados conforme as suas necessidades, tornando o momento *sui generis* de boas recordações (SOUZA *et al.*, 2018). Apesar das duas trajetórias possíveis para a realização de parto, vaginal e cesariano, há singularidades para a realização de cada uma.

A via de parto vaginal, conhecida popularmente como parto normal, é determinada pela OMS (1996) como espontânea e de risco habitual durante o decorrer do sua tramitação, entre 37 a 42 semanas gestacionais, permitindo que mãe e filho evoluam em boas condições de saúde (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). O trabalho de parto (TP) tem início nas contrações uterinas contínuas e regulares agregado ao apagamento do colo uterino e dilatação até a fase de expulsão e dequitação (MARTINS-COSTA, 2017).

O parto vaginal operatório ou instrumental é o procedimento no qual o médico obstetra faz uso de instrumentação, que visa auxiliar no período de expulsão do concepto, como o

fórceps, vácuo-extrator ou dispositivo de Odón. O propósito em usar instrumentais na via de parto em questão deve ser analisado, a depender da singularidade do caso e tendo em vista os riscos e benefícios no impacto materno e fetal na escolha de cada instrumento (MARTINS-COSTA, 2017). A indicação mais comumente utilizada dar-se por estagnação uterina, concepto mal posicionado, ou anormalidade na anatomia da via de parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

O ato da cesariana consiste, quando indicado a sua realização, no nascimento do bebê por via abdominal (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). A tomotocia, realizada excepcionalmente pelo médico obstetra, é classificada como de grande porte e para a sua realização devem ser levados em consideração os risco e benefícios, a depender da recomendação. Há subtipos capazes de conceder a sua implementação, como: cesárea de emergência – quando há ameaça eminente à vida da mãe ou do feto; cesárea de urgência – quando não há risco de vida imediato da gestante ou feto, todavia há comprometimento na saúde materno fetal; cesárea programada – não tem comprometimento, mas há a indicação para a descontinuidade da gestação; cesárea a pedido – procedimento eletivo; cesárea *perimortem* – realizada com o objetivo de salvar a vida do feto ou da mãe pois a parturiente situa-se em estado de saúde grave; e Cesária *post mortem* – executado após morte da mãe para salvar exclusivamente o concepto (EBSERH, 2017).

Conforme o Ministério da Saúde, no Protocolo da Atenção Básica à Saúde da Mulher (BRASIL, 2016), os profissionais prestadores de serviço à gestante devem atentar-se já no pré-parto sobre as indicações absolutas para o procedimento cirúrgico: presença de prolapso de cordão com dilatação não completa; descolamento de placenta antes do nascimento do feto; apresentação de placenta prévia total ou parcial e/ou ruptura da vasa prévia; apresentação fetal transversa. Qualquer uma dessas ações isoladas ou em conjunto podem prejudicar o andamento do TP, colocando em risco a vida da parturiente e/ou bebê.

Habitualmente, é comum a realização de indicações de cesáreas que fogem da sua indicação real, fazendo com o que seja realizada de forma exacerbada, excedendo o índice estabelecido para o país. Sobre o assunto, é possível destacar como condições que não indicam a cesárea: gestante adolescente; baixa estatura da parturiente; feto apresentando macrossomia; cesariana prévia; circular de cordão; gestante diabética; infecção urinária; trabalho de parto prematuro; entre outros. (BRASIL, 2016).

Ainda de acordo com Brasil (2016), em ocasiões como apresentação fetal pélvica, parturiente soropositiva para o vírus HIV ou gestante com duas ou mais cesarianas prévias, os

casos devem ser avaliados de forma singular, considerando o histórico clínico da atual gestação e anterior, quando for o caso. É preconizado pelo MS o encorajamento e estímulo dos profissionais à via de parto natural visando seus benefícios (BRASIL, 2016).

Algumas intervenções inadequadas no acompanhamento do trabalho de parto, de acordo com o MS (BRASIL, 2016) são contraindicadas, por não oferecerem benefícios para a parturiente e/ou evolução do TP: lavagem intestinal; episiotomia; manobra de Kristeller; não permitir que a parturiente se movimente e/ou escolha a posição de parir no TP ativo; e rompimento da bolsa amniótica.

Portanto, conclui-se que, tanto a via de parto alta quanto a baixa podem oferecer riscos e benefícios, a depender do caso, para o binômio mãe-feto. Relato de dor e dificuldade na prestação de cuidado para com o filho, risco de hemorragia na mãe, risco de parto prematuro, e risco de desenvolver alergias e/ou problemas respiratórios no bebê podem vir a ocorrer na realização da cesariana. Em contrapartida, no parto vaginal, a rápida recuperação no pós-parto, diminuição de riscos em gestações futuras, baixo risco de intercorrências no bebê, pois o seu corpo como um todo foi estimulado para a vida extrauterina por intermédio das contrações uterinas, e processo de reocupação natural e fisiológico são alguns benefícios da execução da via de parto vaginal. O profissional da saúde prestador do cuidado deve exercer uma avaliação contínua do progresso do parto, para intervir prontamente quando necessário respeitando a autonomia da mulher e promovendo saúde e bem estar de ambos (BRASIL, 2016).

### 3.4 REDE CEGONHA

Nos últimos 30 anos, o Brasil, apesar dos avanços na atenção à Saúde da Mulher, ainda se via a necessidade de adoção de medidas que visassem à redução da morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011).

Devido à necessidade vista na melhora da qualidade de uma assistência efetiva e contínua à mulher, foi implantada, em 2011, no âmbito da saúde pública do Brasil, a Rede Cegonha (RC), através da Portaria de nº 1.459/2011. É um artifício pelo qual tencionava-se a implementação de uma rede de cuidados assistenciais na atenção à Saúde da Mulher, garantindo o seu direito ao planejamento reprodutivo no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a uma atenção humanizada no pré-natal, parto, feticídio e puerpério. Garante também atenção no

desenvolvimento infantil, desde proporcionar um nascimento seguro, bem como crescimento e desenvolvimento de maneira saudável.

O mesmo é composto por quatro segmentos: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança até 2 (dois) anos, e sistema logístico (regulação e transporte sanitário) (BRASIL, 2011).

Acredita-se que a implantação da rede de cuidados é eficiente e racional, pois é capaz de abranger todos os públicos independentes da existência de desigualdades sociais presentes dentro do perfil sociodemográfico (FERNANDES; VILELA, 2014).

Para Menezes e Soares (2010), o momento a implantação da RC foi fator contributivo para o aprimoramento da assistência, qualificação da equipe multiprofissional e, conseqüentemente, redução dos índices de cesarianas desnecessárias, resultando na redução da mortalidade infantil. Andrade *et al.* (2016) menciona também que notou-se um aumento no número das consultas de pré-natais e intercorrências clínicas diagnosticadas precocemente, evitando complicações futuras no andamento da gestação e parto. A identificação prematura de tais informações refletem em uma melhora significativa no atendimento à gestante, evidenciando os riscos na gestação que fogem do habitual, na disponibilidade na oferta de acompanhamento com equipe multidisciplinar e exames de imagem e diagnóstico.

Dando continuidade a implantação da rede de cuidados, no que tange a prematuridade e o peso dos bebês, fazendo um comparativo com o antes e o depois à implantação, os autores evidenciam que, como anteriormente o cuidado ofertado para a gestante era com falhas, não era identificado com eficiência as anormalidade neonatais ou maternas. Normalmente os partos eram realizados no local a parturiente residia, pois não havia referência para unidades de atendimento de alto risco, quando fosse o caso, de forma que, muitas das vezes, contava com uma baixa disponibilidade de recursos para intervir em casos de urgência e/ou emergência, tendo então que se deslocar para uma unidade de referência próxima, a depender da disponibilidade de vaga, retardando assim a resolutividade do caso, favorecendo ainda mais risco materno fetal (ANDRADE *et al.*, 2016).

### 3.5 ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE CESARIANAS

O parto cesariano necessita, teoricamente, de indicação para a sua execução. Definir essa designação para o parto age como estratégia na atenuação do seu índice e a mesma virá a

depende principalmente do histórico da mãe, antes e durante a gravidez, quando o avanço ao TP poderá colocar em risco a vida da gestante e/ou concepto. Placenta prévia, cardiopatia materna, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia são algumas indicações absolutas de cesariana (HADDAD; CECATTI, 2011).

Intervir com a mulher durante o Planejamento Familiar produz resultados positivos para essa redução. Intervir com a família no empoderamento da gestante para exercer a sua autonomia na tomada de decisão irá advir em uma escolha final mais consciente e autoral (OMS, 2018). Permitir que a parturiente possua conhecimento para o acesso às boas práticas durante o seu TP também são fatores contribuintes na redução dos partos cirúrgicos (MADEIRO; RUFINO; SANTOS, 2017).

O uso de protocolos, embasados em evidências científicas, também é um meio capaz de reduzir os IC. O MS elabora, frequentemente, estudos e pesquisas, realizadas por profissionais atuantes na área, com o objetivo de orientar a prática no campo de atuação. Durante o TP quase todas as gestantes sofrem algum nível de dor. É importante que os profissionais que irão prestar o cuidado, antes de tudo, tenham conhecimento da escala de dor que a paciente pode chegar a ter no TP ativo e, assim, tranquilizá-las quanto a essa queixa, que pode chegar a causar medos e ansiosos. Também é importante oferecer opções para o alívio e/ou controle da mesma, como ofertar banho morno, deambular com a paciente e aplicação da acupuntura, são meios não farmacológicos capazes de controlar o sintoma (HADDAD; CECATTI, 2011).

O respeito ao desejo do tipo de parto escolhido pelas mulheres é reconhecido tanto pelo CFM como pelo MS. Portanto, em 2016, ao ocorrer a decisão pela via alta de parto, é imprescindível que a gestante tenha percorrido, no mínimo, 39 semanas de gestação e a mesma tenha conhecimento dos riscos do procedimento sem indicação clínica ao assinar um termo de consentimento. Contudo, é esperado que, ao conhecer melhor o procedimento a ser realizado, possa repensar sobre a via (CARLOTTO, 2020).

Devido à alta incidência na realização de cesarianas no país, a ANS, em parceria com Institute for Healthcare Improvement (IHI) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), desenvolveram o Projeto Parto Adequado (PPA) que tem a finalidade de reverter o alto índice do procedimento qualificando o serviço prestado, valorizando o parto natural e assim melhorando a experiência de parturição e nascimento (BRASIL, 2016).

Na implementação do PPA, alguns pontos foram destacados, pois os mesmos precisavam ser reorganizados para que a finalidade do projeto fosse alcançada. Viu-se a necessidade de uma regulação no agendamento das cesarianas eletivas, visto que o processo é

de fácil acessibilidade. A troca de experiência entre os profissionais médicos é importante, pois, ao ter conhecimento acerca dos indicadores do procedimento que se realiza, se torna mais fácil qualificar o método realizado, melhorando a assistência. Implementação e a adoção da prática de protocolos para melhoria do cuidado também é uma mudança que visa melhorar a taxa do IC. Apesar de que já existam protocolos institucionais com essa finalidade, ainda fica a critério médico a sua implementação. Contudo, o projeto almeja tornar a instituição mais presente e responsável nessa prática de adoção melhorando assim as estatísticas (BRASIL, 2016).

Dentre as ferramentas estratégicas implementadas para redução dos índices de cesariana, tem-se a utilização do partograma, que faz parte das “boas práticas” na assistência ao parto (BRASIL, 2018). É implementado através de uma ilustração gráfica no acompanhamento da evolução clínica do TP (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Nele, é avaliado e registrado a evolução do TP, considerando parâmetros como: Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), contrações uterinas e dilatação do colo uterino. Ao reunir tais informações, o profissional avaliador se torna capaz de determinar um melhor desfecho obstétrico através da visualização gráfica (BRASIL, 2001).

Leal *et al.*, (2014) expôs em seu estudo, realizado através do Nascer no Brasil, com objetivo de identificar as boas práticas na atenção ao parto, que menos de 45% das parturientes tiveram o partograma implementado na sua evolução de TP.

Para entender a evolução do TP, deve-se, à priori, identificar como a dilatação cervical acontece fisiologicamente. Segundo o Centro Latinoamericano de Perinatologia (CLAP) (SCHWARCZ *et al.*, 1996), a curva que media o avanço da cervicodilatação decorre de maneira mais lenta no início do TP podendo dilatar apenas 2/3 do tempo, caracterizando a fase inicial do processo (Fase Latente). A fase final, denominada de fase ativa, o tempo de evolução aumenta consideravelmente após 4 centímetros (BRASIL, 2001).

Friedman, em 1978, analisou evolução clínica de TP por meio de gráficos em milhares de partos, possibilitando a percepção dos traços normais, dentro dos parâmetros da evolução, e não normais. O pesquisador expôs que a curva gráfica representante no período da dilatação cervical tem duas fases, a fase latente e a fase ativa (MARTINS-COSTA, 2017). Na fase latente, a conduta é, prioritariamente observatória e ambulatorial, monitorando a vitalidade fetal e materna durante o andamento da fase, a pode durar horas, a depender da singularidade do caso. Deve-se estar atento a sinais de alerta que podem ocorrer durante o processo inicial, como sangramento uterino, perda de líquido amniótico e queda nos movimentos fetais (BRASIL, 2001).

O uso clínico do instrumento foi adaptado por Philpott e Castle (1972) no qual foi convencionado no gráfico o sistema da linha de alerta e a linha de ação, paralelas e equidistantes em 4 horas, favorável na atenção ao parto, no qual será facilmente observado quando o TP não está evoluindo dentro dos parâmetros normais (MARTINS-COSTA, 2017). A linha de alerta foi construída com base nos conhecimentos a respeito da dilatação cervical, melhorando a observação clínica na identificação das parturientes em TP de risco (BRASIL, 2001).

O uso do partograma é indicado pelo MS e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) (CONITEC, 2016). A interpretação gráfica na evolução é simples e benéfica, de modo que o objetivo maior para a realização é a diminuição de intervenções desnecessárias na parturiente (BRASIL, 2001).

Não existem evidências científicas suficientes que assegurem o controle do TP no uso frequente do partograma, entretanto, as pesquisas que abordam a temática mostram benefícios significantes na sua implementação (PRADO *et al.*, 2017). Ainda como estratégia de redução das cesáreas, a OMS (2015) esclarece que a CR é composta por dez grupos, investigando os antecedentes obstétricos, tipo e tempo gestacional que possam intervir diretamente na via de parto final, devendo ser aplicada a todas as gestantes.

O grupo 1 é composto por nulíparas com feto único, de apresentação cefálica com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e início de TP espontâneo; grupo 2 está também nulíparas com feto único, cefálica e idade gestacional maior ou igual a 37 semanas porém com parto induzido ou com cesariana antes do início do TP ativo; grupo 3 possui múltiparas sem cesariana anterior, apresentação cefálica e com feto maior ou igual a 37 semanas em TP espontâneo; grupo 4 inclui múltiparas sem cesariana anterior, cefálica e com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas com parto induzido ou cesariana antes do início do TP; grupo 5 enquadra múltiparas com cesárea anterior, feto único de apresentação cefálica com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas; grupo 6 estão as nulíparas com feto único de apresentação pélvica; grupo 7 reúne múltiparas com feto único incluindo também com cesárea anterior; grupo 8 compõe mulheres de gestação múltipla, incluindo as que se submeteram a cesariana anterior; grupo 9, múltipara com feto transversal incluindo com cesariana anterior; grupo 10, gestante com feto único e cefálico, porém com a idade gestacional menor ou igual a 37 semanas, incluindo cesariana(s) anterior(es) (OMS, 2015).

Instituições de referência não estão sendo implantadas na rotina com as parturientes a CR, ficando o seu tipo de parto a mercê da instituição que o realizará (PINTO *et al.* 2020). Entretanto, em 2014, a OMS avaliou evidências que validassem a implementação da CR nas

rotinas das instituições e então foi efetivado o uso mundial, tornando-se um método estratégico para acompanhamento e comparação das taxas da sua realização (OMS, 2015).

No Brasil, há uma maior probabilidade na baixa incidência de cesariana quando a estratégia é voltada para nulípara e de gestação de baixo risco, visto que, quando a múltipara antecede uma cesariana, a viabilidade de repetir o procedimento na nova gestação é consideravelmente maior (CONITEC, 2016).

### 3.6 CONDIÇÕES SOCIAIS E AMBIENTAIS QUE INTERFEREM NA INCIDÊNCIA DE PARTOS CESÁREOS

Dentre as condições ambientais que interferem no tipo de parto, tem-se a ocorrência dos processos epidêmicos e pandêmicos, sobretudo aqueles que interferem no gestar e parir, como foi o processo desencadeado pelo vírus Zika (ZIKV) e, mais recentemente, pelo COVID-19.

Em 2015, médicos de instituições públicas do Recife, no Pernambuco, presenciaram uma mudança dos parâmetros nos recém-nascidos (RN) com microcefalia e anomalias cerebrais (BRASIL, 2017). Diante do que foi observado, foi designada averiguação em uma maternidade referência no Pernambuco, a fim de constatar a gênese da problemática. Em 70% das gestantes que tiveram sintomatologia compatível com a fisiopatologia da doença foi identificado a presença do ZIKV no líquido amniótico em fetos com microcefalia diagnosticada ainda na gestação, em tecido cerebral e presente também em placentas de RNs (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

O ZIKV é denominado um arbovírus pertencente à família Flaviviridae que tem sua transmissão veiculada pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Foi isolado pioneiramente em 1947 na Uganda no continente Africano, porém foi em 1952 que foi notificado o primeiro caso em humanos. As mutações decorrentes das suas replicações o fizeram se adequar a diferentes climas, chegando ao Brasil em 2015 (RIBEIRO *et al.*, 2017).

No “Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo Zika vírus” publicado no final de 2015, pelo MS, aborda que gestantes infectadas pelo arbovírus devem ter suas consultas de pré-natal continuadas e inalteráveis, uma vez que a infecção não é razão isolada para classifica-la de alto risco. No TP é preconizada a adoção das boas práticas como a permissibilidade da presença do acompanhante, ressaltado pela Lei do Acompanhante nº 11.108/2005, a não prática de intervenções desnecessárias, autonomia da parturiente em deambular na sala de parto e escolher a posição que julga mais confortável

(BRASIL, 2016). Um segundo protocolo, este produzido pela Secretaria de Saúde da Bahia, em 2016, ressalta que deve ser encorajado pelos profissionais prestadores do cuidado o parto natural, uma vez que parturientes infectadas pelo ZIKV ou feto com microcefalia não é indicativo absoluto para cesariana.

Fetos de mães diagnosticadas com o vírus durante a gestação, caso não apresentem microcefalia, poderão ter seus partos classificados como de risco habitual não necessitando de maternidade de referência (BAHIA, 2016).

A Covid-19, por sua vez, é classificada como uma Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), descoberto no final do ano de 2019, na China. Durante um surto de uma síndrome respiratória, até então desconhecida, que se multiplicou de forma súbita em todo o mundo, levando a OMS, em março de 2020, a classificar a sua epidemiologia como uma pandemia (FEBRASGO, 2020).

Diante uma maior ameaça de ser manifestada a forma grave da patologia nos grupos de riscos, dentre estes incluem-se as gestantes e puérperas, fazendo necessário um planejamento de um cuidado profissional personalizado e singular (ESTRELA *et al.*, 2020).

Durante a gestação vários medos e ansiedades circundam a gestante tanto em relação à saúde como do TP, porém, atualmente, as mesmas somaram mais uma preocupação como a possibilidade da transmissão vertical do vírus quando contraído por ela. Apesar de Hoffmann *et al.*, (2020) relatar que, por se tratar de um vírus novo, não há estudos suficientes na literatura que possam ser resolutivos nessas questões, pois ao mesmo tempo em que há pesquisadores que descrevem a possibilidade do bebê, quando nascido, desenvolver a mesma sintomatologia da mãe ao contrair o vírus, há quem exponha a não possibilidade da transmissão para o feto.

Devido à alta transmissibilidade do vírus por gotículas, a OMS recomendou medidas de distanciamento ou isolamento social (AQUINO *et al.*, 2020). Todavia, o mesmo entra em conflito com o direito da gestante de ter acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, de modo que esse acompanhamento se torna benéfico, promovendo bem-estar e segurança para a parturiente neste momento. O direito da gestante deve ser prevalecido, porém, deve-se atentar aos protocolos abordados pela instituição para a permissibilidade devido à alta taxa de transmissão do vírus (ESTRELA *et al.*, 2020).

No que diz respeito ao parto, Estrela *et al.* (2020) traz que há certo amedrontamento também na escolha da via de parto, visto que gestantes com infecção de Sars-Cov-2 em estado grave tem uma maior chance a ser submetida a uma cesariana de emergência podendo acarretar prematuridade e complicações futuras.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Titula-se como um estudo ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa dos dados. No tipo de estudo em questão irá ser explorado a população amostral, analisando o grupo como um todo. O estudo ecológico pode vir a ser benéfico na identificação dos fatores que caracterizam a amostra podendo assim haver uma apuração minuciosa do grupo. A análise pode vir a ser feita por estudos e dados disponibilizados publicamente podendo assim investigar a questão norteadora da pesquisa de forma indireta (ANDRADE, 2010).

Ainda sobre o estudo de Marconni; Lakatos (2010), no que diz respeito ao estudo quantitativo-descritivo, é examinada a questão norteadora, observando as características dos dados coletados.

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A coleta de dados foi realizada através de dados secundários, através do DATASUS, por meio de coleta no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e dados de morbidade e mortalidades constantes nos dados de internações hospitalares.

Importante considerar que o departamento tem o objetivo de coletar, organizar e compartilhar informações sobre a saúde da população. Já o SINASC propõe-se a coletar informações epidemiológicas remetendo aos nascidos vivos no país (BRASIL, 2020).

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população amostral do presente estudo foi estimada por gestantes e conceptos registrados no SINASC e sistema de informações hospitalares, tomando por base o intervalo entre 1998 e 2018.

### **4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

A coleta dos dados foi executada durante o mês de novembro de 2020. Inicialmente foi definido o período final pelo último ano disponível de registros, posteriormente definiu-se os últimos vinte anos de dados. Os dados foram triados, baixados em extensão XLS para o *Microsoft Excel® 2019*, e posteriormente distribuídos em figuras para melhor visualização.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados a partir da estatística descritiva, com utilização de variáveis estatísticas básicas. Após tratamento dos dados, foram criadas figuras com auxílio do *Microsoft Excel*.

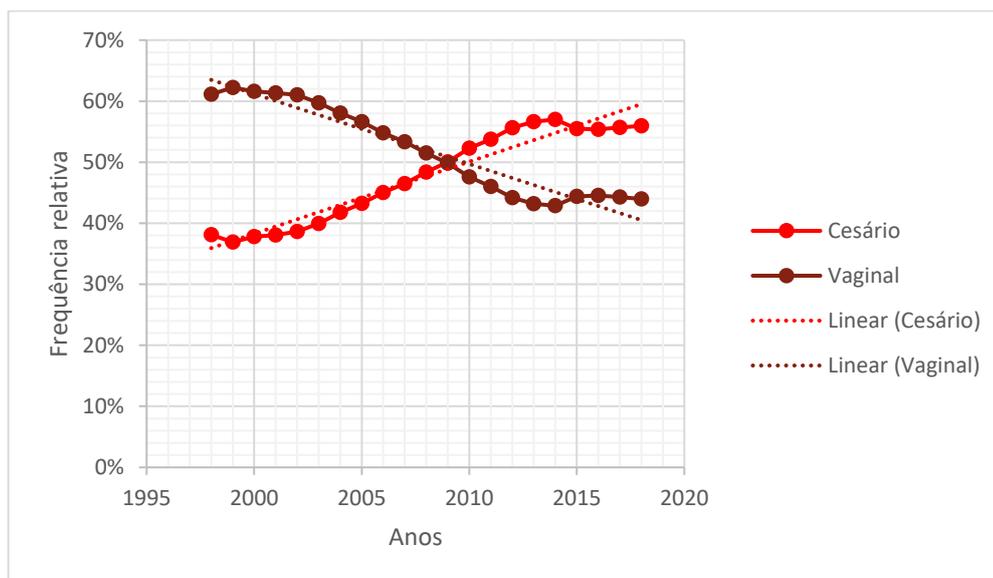
#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram consideradas as normas éticas do Conselho Nacional de Saúde com Resolução de N° 510/2016 no qual é preconizado de forma respeitosa a individualidade do grupo amostral e também considera a produção científica benéfica para a população promovendo a qualidade de vida respeitando-os socialmente e culturalmente. Dispensado de julgamento e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, uma vez que foram utilizados dados disponibilizados em banco de dados públicos, resguardando a identidade individual das componentes do grupo amostral.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente foram analisados o número de partos cesáreos, tomando por base a porcentagem de partos por ano do total declarado, conforme expresso na figura 01.

**Figura 1** - Frequência de partos por ano. Brasil, 1998-2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Observa-se no gráfico o número crescente nos IC nos últimos 20 (vinte) anos e, paralelamente, a atenuação nos partos vaginais tendo seu pico em 2014 com 57% da frequência.

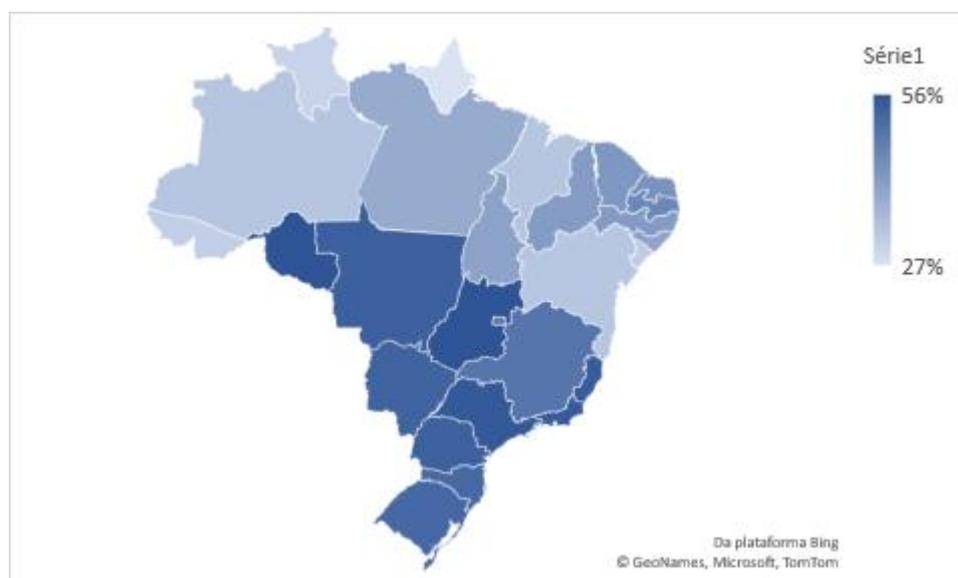
A partir do século XX, o mecanismo do parto e a forma de nascer foram transformadas, passando pelo processo de medicalização, levando o processo de nascer para o âmbito hospitalar executado por profissionais médicos. Devido à alta taxa de morbimortalidade materna para a época, foi pensado meios que pudessem ser benéficos na sua redução, o que sucedeu na implementação de diversas intervenções médicas nas práticas. A atual conjuntura do parto é permeada da medicalização nessas práticas mudando o contexto do parto que originalmente se dava como algo natural e fisiológico. Diante disso, o processo do parto foi se transformando para uma ação mais instrumentada e intervencionista aumentando assim a interferência médica e diminuindo o protagonismo da parturiente em seu TP (SILVA *et al.*, 2019).

Em novembro de 2020 o site da UOL publicou uma pesquisa realizada pela ANS retratando a grande evasão de gestantes usuárias de planos de saúde no qual almejam o parto

natural e humanizado no SUS. É identificado pela agência que a informatização das informações sobre parto e TP é a primeira fonte de informação buscada por essas mulheres, desmistificando assim o parto por via baixa. Nos dados coletados pela agência, entre julho de 2017 a dezembro de 2018, é possível identificar essa evasão. O procedimento mais executado em instituições públicas com mulheres no qual frequentam instituições privadas se deu o parto vaginal totalizando 15.704 e logo atrás vem o parto cesariano com 13.026.

Buscando agora uma abordagem detalhada com base em uma análise do número de partos por residência das progenitoras, tem-se uma distribuição espacial conforme figura 02.

**Figura 2** - Distribuição de partos cesáreos em porcentagem média acumulada. Brasil, 1998-2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

De tal modo, quanto à distribuição espacial tem-se a região sudeste em maior prevalência dos partos cirúrgicos, seguido pela região centro-oeste, ambas com 54% de prevalência.

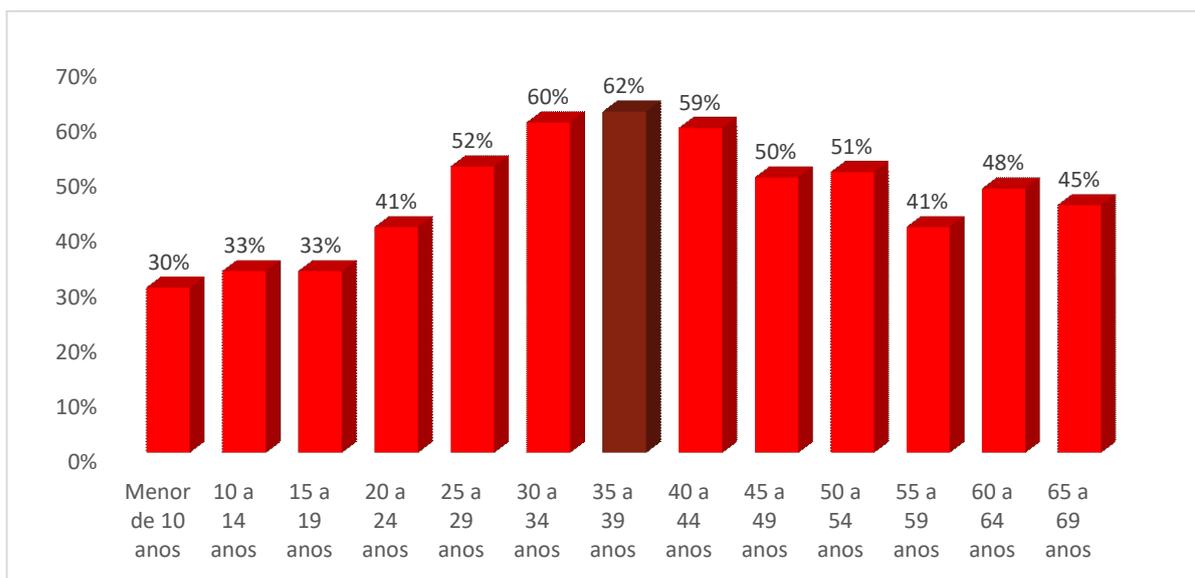
Através dos dados triados no DATASUS pode-se observar que as menores taxas de cesarianas se deram nas regiões Norte e Nordeste, ambas com 38% de frequência. A maior prevalência se deu nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste com taxas de partos cesáreos em 53% no Sul e 54% na região Centro-Oeste e Sudeste.

Para Oliveira *et al.* (2016) as taxas de cesariana tendem a ser maiores em regiões desenvolvidas e o mesmo relata que as condições socioeconômicas tem relação direta com esse dado. No ano de 2012 o número de cesarianas realizadas no sistema público chegou à frequência

de 56,6% em Maringá, no Paraná, região sudeste. Em comparativo com o sistema público, o setor privado alcançou a marca alarmante de 97,7%. Em 2013, no Paraná, foi obtido as taxas mais elevadas em comparativo com os demais estados, totalizando 63,5%.

Ao analisar a prevalência de cesarianas em relação a idade materna tem-se os seguintes dados:

**Figura 3** - Frequência de cesarianas por idade materna. Brasil, 1998 – 2018.



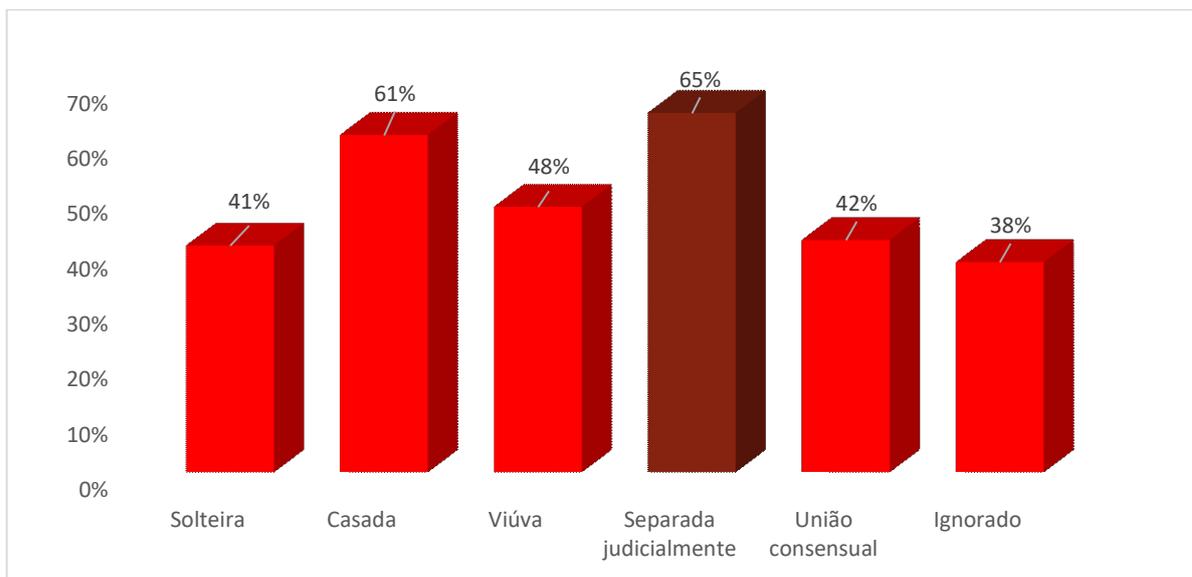
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Observa-se na figura acima que a frequência relativa, em comparativo entre a realização das cesarianas com a idade materna, tem-se o resultado de que essa prevalência se dá em mulheres com idade materna entre 35 a 39 anos.

Uma pesquisa realizada no ano de 2006 com pacientes atendidas em um Hospital Universitário, no estado do Maranhão, relata que as mulheres com idade de 35 anos acima há maior prevalência em complicações obstétricas como *diabetes mellitus*, pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas podendo assim corroborar em altos índices de partos cesarianos chegando a 60,3% (SANTOS *et al.* 2009).

A seguir, na figura 04, tem-se um comparativo entre os IC nas últimas duas décadas equiparado com o estado civil da mulher.

**Figura 4** – Prevalência de cesarianas por estado civil da mulher. Brasil, 1998 – 2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Tem-se nos dados que as mulheres divorciadas foram as mais submetidas à cesarianas nos últimos 20 anos (65%). Acerca de tais dados, nos anos de 2012 a 2014, uma pesquisa realizada por Alcantara (2018), tendo seus dados coletados no SINASC e DATASUS no Brasil, mostram que, no que tange à incidência de cesarianas, 36,8% totalizam as intervenções dos partos cirúrgicos realizados em mulher que não tinham companheiro, onde se encaixam as que são separadas judicialmente no estudo em questão.

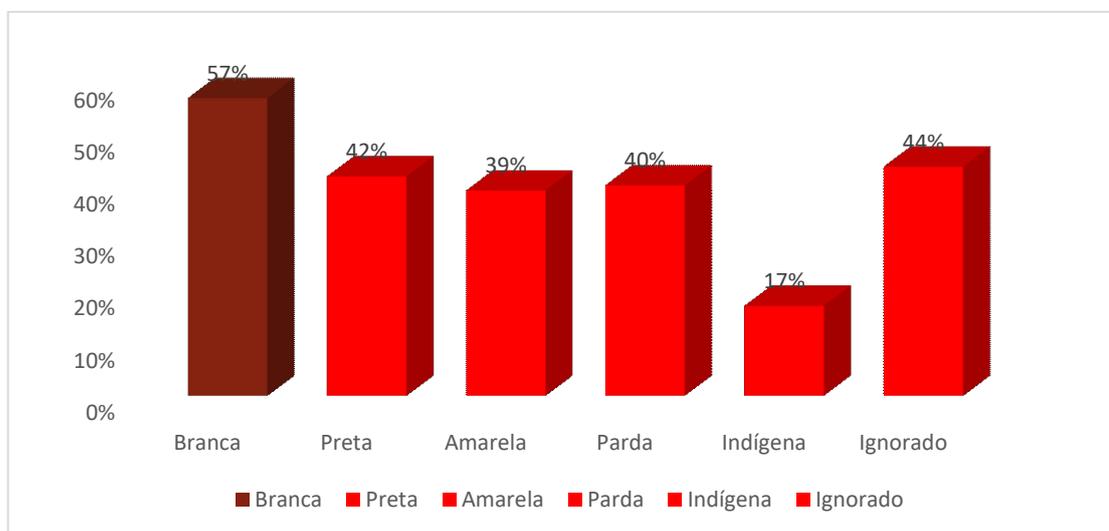
Para contextualizar a prevalência do tipo de parto em mulheres divorciadas, trago o filósofo e sociólogo polonês Zygmunt Bauman o qual aborda em seu livro *“Amor Líquido”*, de 2004, a retratação de as relações líquidas, estabelecidas entre os homens e mulheres na sociedade moderna, acabarem por induzir à relacionamentos superficiais e menos duradouros. Nos relacionamentos da modernidade atual há a necessidade humana em estar junto a outrem e concomitantemente não construir algo duradouro. A época atual retrata tempos de incertezas e inseguranças, corroborando com relações levianas e breves (BAUMAN, 2004).

Se tratando do casal na escolha da via de parto, o que antes era denominado somente a mulher decidir, com o passar dos anos os companheiros foram sendo inclusos nas políticas públicas voltadas a atenção à Saúde da Mulher e Família. A via de parto vaginal, na maioria das vezes, é temida pelo casal e alguns anseios circundam o mesmo, como dor no TP, incontinência urinário, lacerações no períneo, e desempenho e retorno às atividades sexuais. Todos esses fatores contribuem quanto a escolha da via de parto alta, elevando as taxas da

mesma. De tal modo, os profissionais de saúde têm papel fundamental no repasse de orientações a esses pais tanto na atenção a gestante quanto no atendimento pré-parto proporcionando-os um parto e nascimento saudável e sem complicações imediatas e/ou a longo prazo. Deve ser priorizado também o acolhimento a esse pai desde o pré-natal assim o instigando no cuidado com o filho e melhorando os laços afetivos entre a família (GAMA *et al.*, 2009).

Em outra análise é passível observar a relação entre a cor das parturientes com a incidência do parto cirúrgico.

**Figura 5** – Realização de cesarianas correlacionadas com a cor/raça da mulher. Brasil, 1998 – 2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

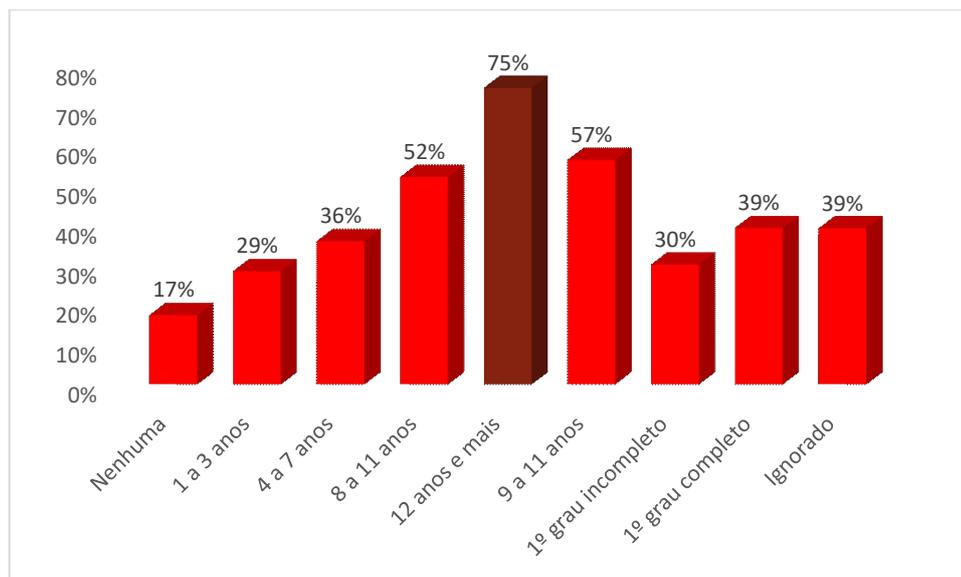
Na figura 05 é possível identificar que, ao fazer um comparativo entre a incidência de cesariana e a cor/raça materna, conclui-se que há prevalência de 57% do procedimento em mulheres consideradas de pele branca. Observa-se a discrepância em relação às mulheres indígenas, no qual a frequência das realizações se deu em 17%.

Um estudo ecológico, que teve seus dados coletados em 2018 nas plataformas digitais SINASC e DATASUS, comprova que o predomínio das cesarianas se deu em mulheres consideradas de pele branca, e, paralelamente, um baixo índice em mulheres indígenas. Todavia, as mulheres indígenas que residem nas regiões Sul e Sudeste se submetem mais ao procedimento cirúrgico contrapondo as da região Norte. Também se torna relevante retratar que as mulheres denominadas de pele branca, que lideram os índices de cesarianas, também há a prevalência das mesmas nas regiões Centro Oeste e Sul (ROTHSTEIN *et al.*, 2019).

Para Diniz *et al.* (2016), nos últimos dez anos houve uma redução nas diferenças raciais, diminuindo a disparidade existente entre as diferentes raças. Porém, as mulheres consideradas de pele negra ainda são as que detêm de menores números de consultas de pré-natais, proporcionando assim um acompanhamento a gestação deficiente. Em contrapartida, as mulheres consideradas pretas e pardas são as que mais entraram em TP e obtiveram o parto vaginal. Na atenção ao parto, as mesmas que não possuem um acompanhamento adequado no pré-natal também não dispuseram de acompanhantes durante o pré-parto e parto, favorecendo assim a violência obstétrica.

Viu-se a necessidade também de mensurar o grau de instrução das mulheres submetidas à cesariana. A figura 06 expressa tais dados.

**Figura 6** – Porcentagem de cesarianas realizadas correlacionando com instrução da mãe. Brasil, 1998 – 2018.



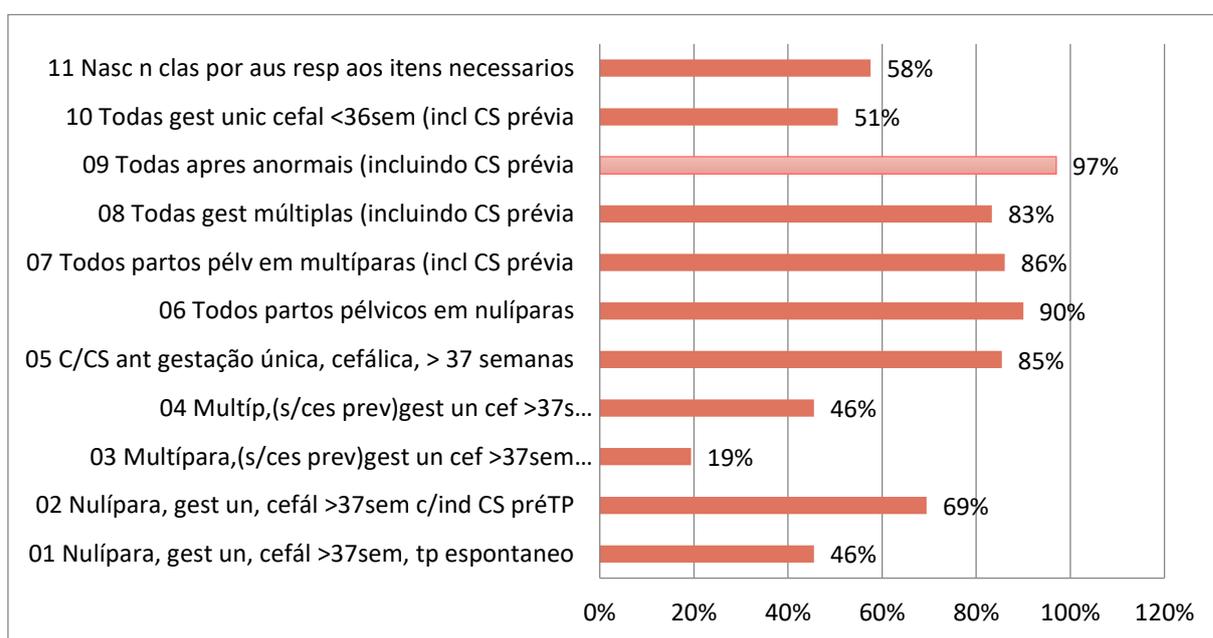
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Ao se contrastar a incidência de cesarianas com o nível de instrução da mãe, obtemos a informação de que mulheres com 12 anos ou mais de instrução são as mais submetidas à via de parto em questão, chegando a 75%. O que diverge do entendimento de que as mulheres mais instruídas, conseqüentemente, são as que têm melhores condições socioeconômicas, dessa maneira, portadoras de maiores informações sobre as vias de parto e seus riscos e benefícios, entretanto ainda sim são as mais frequentes no procedimento cirúrgico.

Ainda acerca dos estudos de Rothstein *et al.* (2019), a pesquisa conclui que quanto maior o nível de escolaridade materna, independente da região que resida, maior os índices apresentados da tomotocia. Todavia, a proporção de cesarianas, nesse grupo de mulheres, se deu mais elevada na região Centro Oeste.

O gráfico 07 ilustra a incidência das tomotocias após ser implantado a Classificação de Robson das parturientes.

**Figura 7** – Frequência na realização de cesarianas por grupos da Classificação de Robson. Brasil, 1998 – 2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Constata-se, na figura 07, no que diz respeito aos grupos na CR, que a frequências das mulheres submetidas à tomotocia se deu nos últimos anos prevalentemente no grupo 9 (nove) no qual engloba múltipara com feto transverso incluindo cesariana anterior.

Dados obtidos no município de São Paulo, em 2017, através do SINASC, destaca que 100% das gestantes, da rede privada, agrupadas no grupo 9 da CR foram submetidas à cesariana. Já em instituição pública há uma diminuição dessa incidência, chegando a 94,3% das gestantes também no grupo 9 (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018).

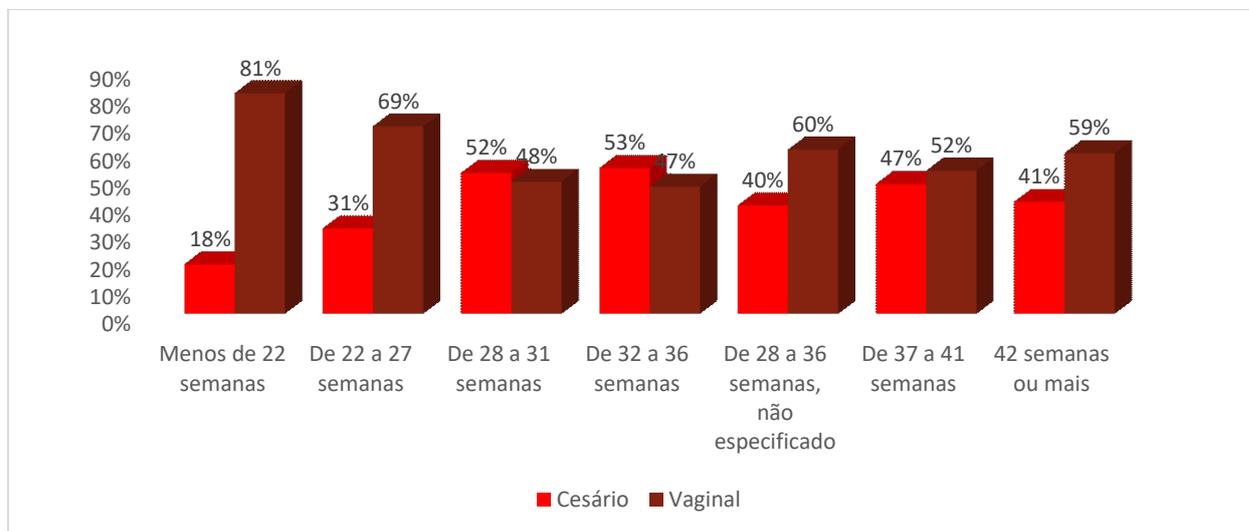
Ao avaliar a implementação da CR correlacionada com as taxas de cesarianas, obtém-se, nos resultados, que os IC superavam 70% em quase todos os grupos de mulheres. A elevação deu-se principalmente em gestantes com fetos de apresentação não cefálica em nulíparas e em múltiparas sem cesariana anterior (FREITAS; VIEIRA, 2019).

Para mediar os IC através da classificação no território nacional, a pesquisa abordada obteve os seguintes resultados: o grupo 5 foi o que deteve maior prevalência nos partos cirúrgicos; apesar do grupo 9 possuir uma elevada taxa de cesariana (97%), tais casos caracterizam apenas 0,21% dos nascidos vivos. No ano de 2018, as mulheres multíparas com cesárea anterior somaram 85%, em contrapartida as que não foram submetidas a cesariana anteriormente somaram apenas 18,68% de cesariana na gestação atual (SILVA *et al.* 2020). Dados esses índices, nota-se a importância da atenção a gestantes nulíparas no pré-natal visto que a primeira via de parto pode vir a influenciar diretamente nos partos seguintes.

Dando continuidade à Silva *et al.* (2020), conclui-se que dentre os fatores que podem estar associados à elevada adesão estão pelos pais verem o procedimento como mais seguro e indolor a priori e a comodidade para o obstetra ao se tratar de um parto agendado.

A prematuridade corrobora com um alto índice de morbimortalidade no país. Diante disso, notou-se a necessidade de introduzir a frequência dos partos cesarianos com o tempo de gestação, conforme figura 08.

**Figura 8** – Frequência de partos cesarianos e vaginais correlacionados com o tempo da gestação. Brasil, 1998 – 2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Nota-se no gráfico da figura 08 que mulheres com tempo gestacional de 32 a 36 semanas foram as mais submetidas à cesariana, totalizando 53% de ocorrência. A alta taxa de prematuridade recorrente de cesarianas levanta o questionamento sobre em que circunstâncias esses procedimentos foram realizados, se houveram consultas de pré-natais suficientes e de

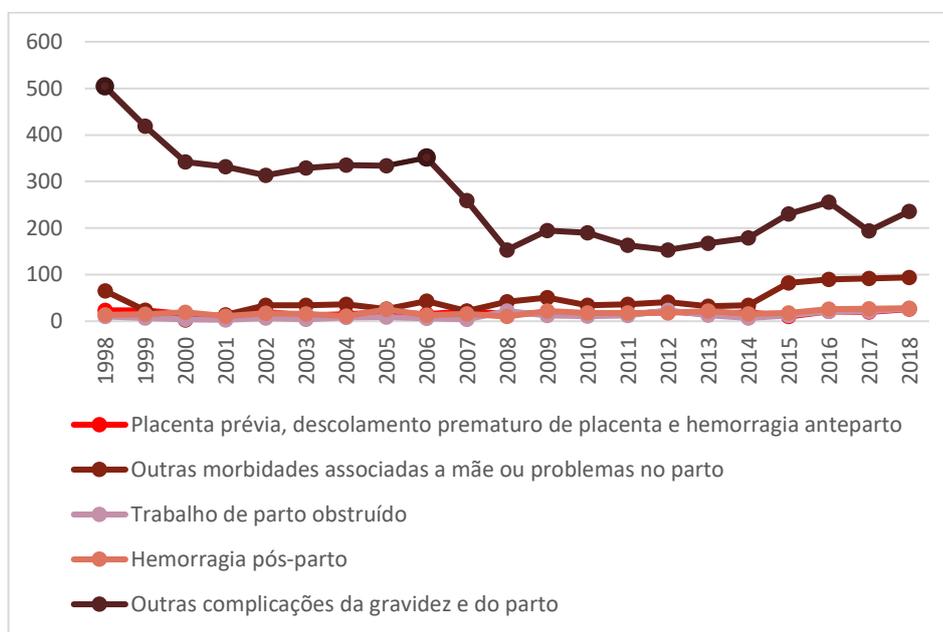
qualidades que fossem capazes da troca de informações sobre as vias de parto, e se a via foi uma escolha autônoma da gestante embasada de conhecimentos.

O CFM (2016) publica resolução de nº 2.144 no qual visa impedir prematuridade iatrogênica após a gestante ser submetida a uma cesariana agendada sem indicação clínica. O Art. 2º da resolução resolve “*Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.*”. Apesar de assegurar que o profissional médico deve atender o desejo da gestante pela via de parto, deve também ser preconizado o tempo gestacional em casos de cesarianas evitando morbimortalidade neonatal.

A prematuridade corrobora com a mortalidade neonatal, visto que o risco se dá em 50 vezes maior em fetos com menos de 28 semanas de tempo gestacional (PEDROSA; SARINHO; ORDONHA, 2005).

A permanência hospitalar materna advinda de complicações obstétricas associadas a gravidez ou parto, são influenciáveis na evolução clínica favorecendo na taxa de infecções hospitalar. As causas da média dessas permanências estão ilustradas na figura a seguir.

**Figura 9** – Média de permanência hospitalar por complicações obstétricas. Brasil, 1998-2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

No gráfico da figura 09 percebe-se que, no que diz respeito a fatores contribuintes na permanência hospitalar materna, há uma alta prevalência, iniciando em 1998 por complicações

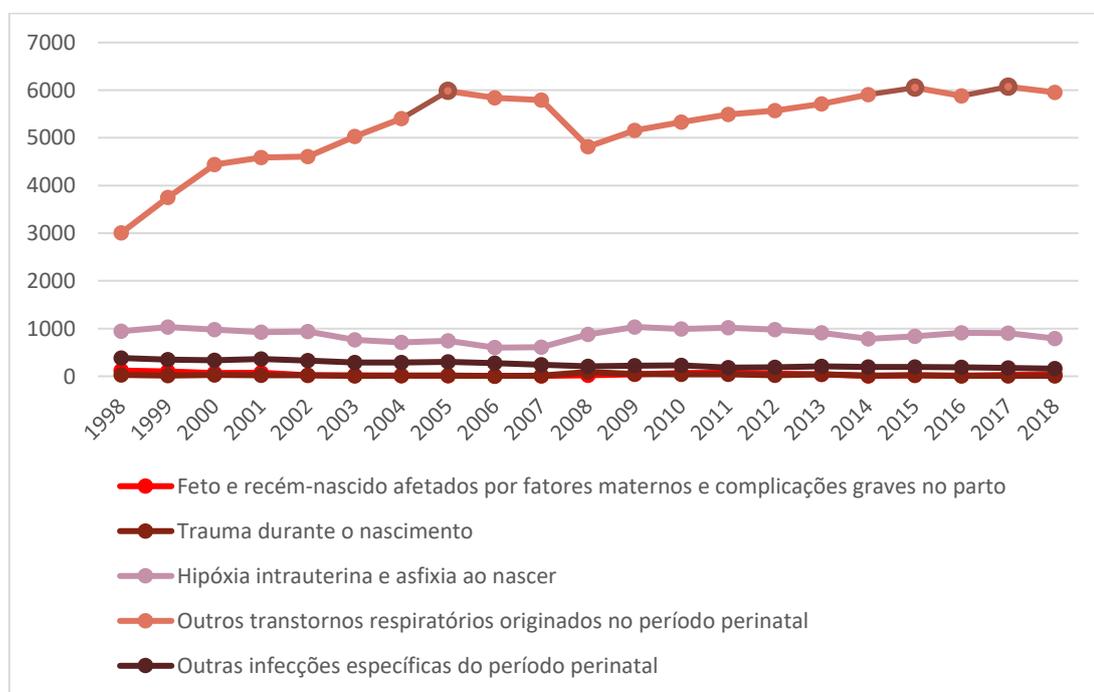
obstétricas na gravidez e parto. No ano seguinte há um decaimento considerável no gráfico e volta a elevar-se em 2006, porém com menor proporção.

Silva *et al.* (2019) descreve em seu estudo que complicações decorrentes de cesarianas tendem a ampliar o tempo de internação hospitalar. Algumas condições podem ser somadas a esse tempo como doenças adquiridas na gestação, pós-aborto sem cirurgia e/ou complicações clínicas na instituição. Uma dessas razões para essa permanência se dá pelo processo de cicatrização podendo ser de fácil infecção, hemorragias no pós-parto e cefaleia pós anestésica, denominada de cefaleia pós raqui.

Trazendo outro estudo sobre o mesmo assunto, realizado de 2012 a 2017, apresenta que os fatores contribuintes que pode acarretar maior tempo de internação hospitalar se deram por comorbidades como hipertensão gestacional, eclampsia, distúrbio hipertensivo antecedente (PEREIRA *et al.*, 2019).

A prematuridade pode colaborar com a permanência hospitalar do neonato, visto que a imaturidade do sistema imunológico pode vir a desfavorecer o seu quadro clínico e prognóstico. Na figura 10 tem-se a ilustração dos dados coletados nas últimas duas décadas.

**Figura 10** – Média de permanência hospitalar do feto por complicações relacionadas ao parto. Brasil, 1998-2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

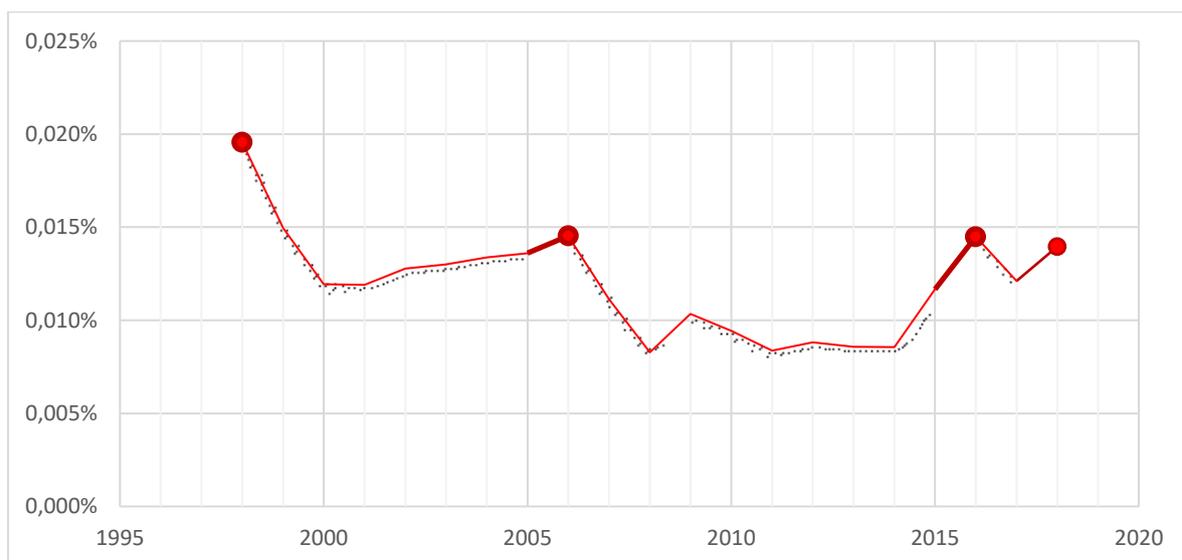
Na imagem acima fica evidente a elevada taxa de permanência no ano de 2005, no qual se deu, prevalentemente, por transtornos respiratórios consequentes do nascimento. Nos anos de 2015 e 2017 voltou a ser elevado mediante as mesmas complicações.

Em um estudo voltado a RNs internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Hospital Universitário Regional de Maringá, no Paraná em 2011, revela que, dos 6 (seis) neonatos internos pesquisados, 5 (cinco) são advindos de cesarianas realizadas entre as 27 e 34 semanas de gestação. As complicações relacionadas a admissão do neonato se deram, predominantemente, por complicações no trato respiratório. A imaturidade do sistema imunológico e pulmonar são fatores favoráveis à essas complicações devido aos partos prematuros (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

As afecções respiratórias ainda são as causas predominantes na morbimortalidade em neonatais. O Guia para os Profissionais de Saúde no qual retrata a Atenção à Saúde do Recém-Nascido, apresenta que o tempo de internação hospitalar é fator relevante no prognóstico do RN. Todavia, tornar o quadro do mesmo estável, é desafiador levando em consideração quando se trata de uma prematuridade com baixo peso extremo (BRASIL, 2012).

As complicações obstétricas, a depender da evolução do caso clínico no pós parto, podem vir a evoluir para um óbito, aumentando a incidência da mortalidade materna no país. Na figura a seguir é exposto os índices dos anos de 1998 a 2018.

**Figura 11** – Óbitos hospitalares por complicações obstétricas. Brasil, 1998-2018.



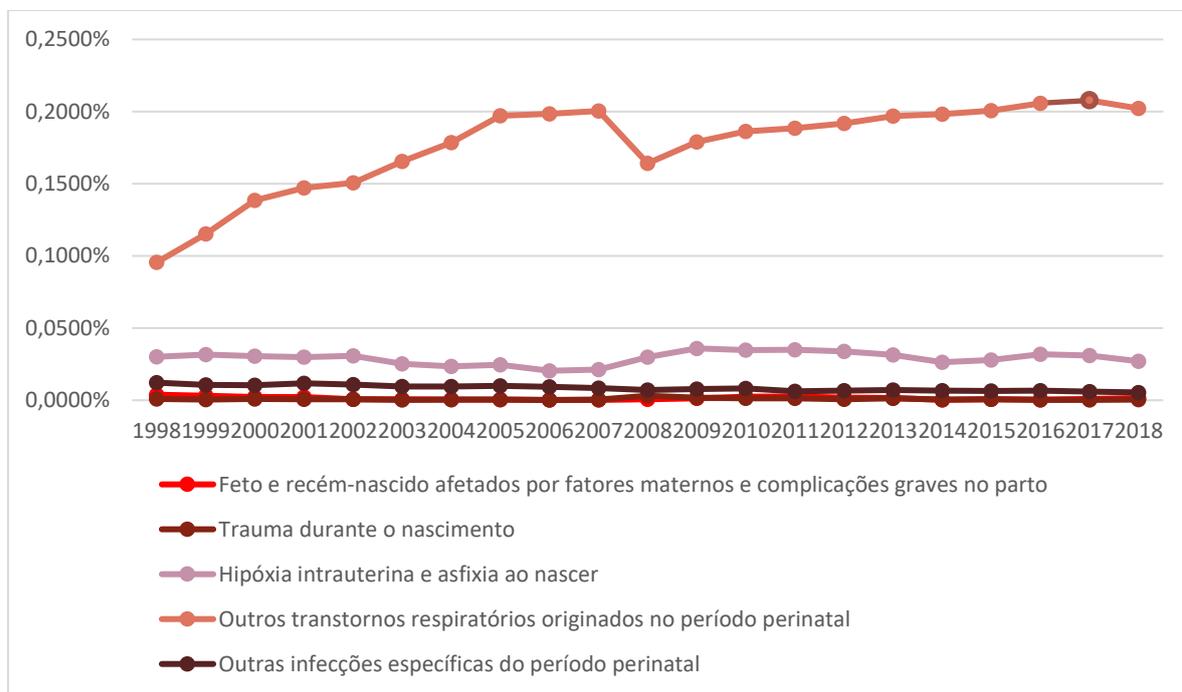
Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

O ano de 1998, no qual se iniciou a coleta, foi o ano onde houve a maior taxa de mortalidade materna totalizando 0,020%. Posteriormente os índices de prevalência caíram, e nos anos de 2006 e 2016 houveram elevação alcançando 0,015%.

No ano de 2015 foi publicada uma pesquisa abordando a mortalidade materna puerperal no Brasil. O mesmo relata que a mortalidade na gestação, no parto ou pós parto é resultante de uma quebra na implementação das diretrizes políticas que atendem à Saúde da Mulher. É retratado nos resultados que, em 2010, a mortalidade materna foi de 1.719 no Brasil, com prevalência na região Sudeste, com 604 óbitos. O estudo define que doenças hipertensivas está entre as principais causas de mortalidade no mundo. Ações educativas no planejamento familiar, pré-natal e atenção ao parto são fatores capazes de influenciar benéficamente no andamento do parto e pós parto (DIAS *et al.* 2015).

Na figura 12 são expressas as taxas da mortalidade neonatal no Brasil e, dentre elas, as causas de óbitos.

**Figura 12** – Óbitos fetais hospitalares por complicações relacionadas ao parto. Frequência relativa por nascimentos. Brasil, 1998-2018.



Fonte: elaborado pela autora com base nos dados do SINASC, 2020.

Por fim, na última figura apresentada, a preponderância nas taxas de mortalidade neonatal nas últimas duas décadas é resultante de transtornos respiratórios decorrentes do

nascimento, chegando a 0,20% no ano de 2017. É importante observar a predominância de transtornos respiratórios nos óbitos em comparativo à outras complicações ilustradas.

A ANS (2014) publica em matéria retratando que a implementação da cesariana quando não há indicação clínica, pode vir a acarreta riscos e complicações à saúde do recém-nato proporcionando um aumento em 120 vezes no quis diz respeito a afecções no trato respiratório resultante da imaturidade pulmonar no nascimento prematuro, que antecede as 39 semanas de gestação, podendo culminar no óbito.

Silva e Gois (2016), ao pesquisarem questões relacionadas à mortalidade neonatal em um Hospital Pediátrico em Fortaleza, no Ceará, retratam que os 64 neonatos que foram à óbito adicionados na pesquisa, representam que 23,4% destes foram decorrentes de problemas respiratório, ficando atrás apenas da prematuridade (28,5%).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas duas décadas a taxa de cesariana foi em média 48% no território brasileiro, ficando abaixo dos partos vaginais, no qual totalizaram em média 52%. Apesar dos altos índices das cesarianas observados em pesquisas de terceiros citadas nesse trabalho, é notório uma pequena atenuação nas incidências dos partos cirúrgicos, porém ainda distantes do preconizado mundialmente e nacionalmente.

Nota-se ainda que a região Sudeste alcançou a média de partos cirúrgico de 54%, seguida pela região Centro Oeste. Observado também que gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são as mais submetidas à cesarianas no país advindas de complicações obstétricas como *diabetes mellitus* e doenças hipertensivas. Dados esses que revelam a ineficiência das ações de saúde voltadas a gestante e família, pois a alta incidência dos partos cirúrgicos, vezes optado pelos médicos vezes pelas mulheres, deixa a duvidar se elas têm propriedade informativa dos riscos que tal procedimento possa acarretar quando realizado indiscriminadamente.

Já na análise dos óbitos neonatais em conceptos advindo de cesarianas tem-se predominância de complicações precedentes de distúrbios respiratórios acometidos no nascimento, com o pico no índice em 2017 totalizando 0,20%.

Na caracterização da frequência das tomotocia em gestantes abordadas na CR, a marca alcançou a prevalência de 97% de 1998 a 2018 deixando evidente que as mulheres com feto transverso e com cesariana prévia são as mais submetidas à via de parto. Apesar de feto transverso não ser indicação absoluta de cesariana, necessitando de intervenção profissional especializada almejando o controle da incidência, o mesmo é realizado discriminadamente, impossibilitando assim o controle em suas taxas.

Ações em saúde se fazem necessárias, desde o planejamento familiar, perpassando pelo pré-natal e pré-parto, visto que essa troca de informações seguida de orientações a assegura sobre seus direitos e a possibilita escolher a via de parto com segurança e embasamento. É perceptível que ações voltadas principalmente às nulíparas são fundamentais visto que a primeira via de parto pode vir a refletir diretamente nas vias de parto subsequentes. Cabe aos órgãos administrativos de saúde uma fiscalização mais precisa sobre como esse acompanhamento se dá e também a capacitação dos profissionais que prestam essa assistência visando esse controle.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: Projeto Parto Adequado - fase 1.** Rio de Janeiro: ANS, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesarianas.** 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/2614-coletiva#sthash.69mYdhHU.dpuf>>. Acesso em: novembro de 2020.

Alcantara, L. M. M. **Relação das Características Obstétricas Maternas, Óbito Neonatal e Modalidade de Parto no Brasil, 2012-2014.** Rio de Janeiro: UFRJ / COPPE, 2018.

ANDRADE, S.M.A.S. *et al.* Impacto da implantação da Rede Cegonha nas hospitalizações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Rene*, v.17, n. 3, 2016, p.:310-7.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.25 supl.1 Rio de Janeiro jun. 2020 Epub 05-Jun-2020.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BITTENCOURT, S.D.A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S208-S219, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS / CONITEC. Brasília – DF. N° 179. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N° 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Atenção às gestantes no contexto da infecção covid 19 causada pelo novo coronavírus (sars-cov-2). Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Preenchimento de partograma: Aplicação prática do gráfico de evolução do trabalho de parto.** Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). 9 de abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITO, A. O. Modelos de parto no Distrito Federal: perspectivas das mulheres e dos profissionais de saúde. 2013. 94 f., il. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM 39/12. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2012/39>. Acesso em 04 de setembro de 2020.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM 2.144/2016**. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>. Acesso em 16 de novembro de 2020.

DIAS, J. M. G. *et al.* Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**, v.25, n.2, 2015, p: 173-179.

DINIZ et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional *Nascer no Brasil* (2011-2012). **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.3, p.561-572, 2016.

EBSERH. UFBA. Maternidade Climério de Oliveira. **Parto Cesariano**. Cap 16. 2017.

ENTRINGER, A.P. *Et al.* Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* v. 42, 2018, p.:e116.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300215, 2020.

FEBRASGO. **Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento Durante a Pandemia da Covid-19**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/ FEBRASGO. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19>. Acessado em 29 de out de 2020.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G.. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 11, p. 4457-4466, 2014.

FREITAS, P. F. *et al.* O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(9):1839-1855, set, 2015.

FREITAS, P. F. VIEIRA, H. G. M. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. **J. Health Biol Sci.** V.8, n.1, 2019.

FRIEDMAN, E. A. *Labor: Clinical evaluation and management.* New York, Appleton, 1978.

GAMA, A. S. *et al.* Representações experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.:2480-2488, nov, 2009.

HADDAD, S.M.T., CECATTI, J.G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.*V.33, n.5, 2011, p.:252-62.

HOFFMANN, M. *et al.* SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor. *Cell*, 2020.

KOETTKER, J. G., *et al.* Práticas obstétricas nos partos domiciliares planejados assistidos no Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* V.52, 2018, p.:e03371.

LEAL, M.C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

MADEIRO, A.; RUFINO, A. C.; SANTOS, A. O. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v.26, n.1, p.:81-90, jan-mar 2017.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa.* São Paulo: Atlas, 2010.

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

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

NAKANO, A. R., BONAN, C., TEIXEIRA, L.A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Rev de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.:885-904, 2015.

OLIVEIRA, K. *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em uti neonatal. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.17, n.1, 2013, p:46-53.

OLIVEIRA, R.R. *et al.* Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP**. V.50, n.5, 2016, p. 733-740.

Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Hum. Reprod. Program. 2015.

PEDROSA, L. D. C. O. P. SARINHO, S. W. ORDONHA, M, A, R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 411-418, out. / dez., 2005.

PEREIRA *et al.* Fatores associados ao tempo de permanência hospitalar de mulheres submetidas à cesariana. **Rev. Saúde Pública**, n. 53, 02 Set 2019.

PINTO, K.C.L.R. *et al.*; Avaliação de gestantes admitidas em um hospital público segundo a classificação de Robson. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 9, p.67660-67670, sep. 2020.

PRADO *et al.* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras**. V.63, n.12, 2017, p.:1039-1048.

ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal Matern. Med Rev**. v. 12, n.1, 2001, p.:23-39.

RUSSO, J.A.; NUCCI, M.F. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface** (Botucatu). V.24, 2020, p.e180390.

SANTOS, G. H. N., *et al.* Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v.31, n.7, 2009, p.:326-34.

São Paulo. **Monitoramento de Cesáreas e a Classificação de Robson**. 2018. Acesso em: 16 de nov. de 2020. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia\\_e\\_informacao/nascidos\\_vivos/index.php?p=29577](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/nascidos_vivos/index.php?p=29577).

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo de Atenção à Gestante com Suspeita de Zika e à Criança com Microcefalia**. 2016.

SEPÚLVEDA, M.A.C. **A casa de parto de Sapopemba**. Disponível em <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sapopemba.htm>>. Acessado em: 27 de outubro de 2020.

SILVA *et al.* Condições hospitalares adquiridas e tempo de permanência no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Saúde Pública** 53 19 Ago 2019.

SILVA *et al.* Expoente sobre a prática de cesarianas no brasil: análise a partir dos grupos de Robson. **Revista de Patologia do Tocantins** 2020; 7(1):.105-107.

SILVA, A. P. M. GOIS, R. P. Fatores relacionados ao óbito hospitalar neonatal. **Rev Med UFC**. V.56, n.2, 2016, p:16-20.

SILVA, A. C. L. *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados a expectativa e satisfação com o parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2017.

SOUZA, C. L. *et al.* Fatores associados à ocorrência do parto cesáreo em um hospital público da Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 42, n.1, p. 76-91 jan./mar. 2018.

SILVA, F. Nucci, M. Nakano, A. R. Teixeira, L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde Soc. São Paulo**, v.28, n.3, p.171-184, 2019. Doi: 10.1590/S0104-12902019180819.

UOL. Metro Jornal. **Para fugir da cesárea, grávidas largam plano e optam pelo SUS**. 2020. Acesso em: 17 de novembro de 2020. Disponível em: <https://www.band.uol.com.br/noticias/para-fugir-da-cesarea-gravidas-largam-plano-e-optam-pelo-sus-16315883>.

World Health Organization. Appropriate technology for birth. 1. **Lancet**. 1985;2 (8452):436-7.