

## ANAIIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG

22-23 de Junho de 2012 - Goiânia, Goiás.

### CRESCENTE INCIDÊNCIA DE PARTOS CESÁREOS NO BRASIL

VIEIRA, Átila Brígida de Lima<sup>1</sup>

LIMA, Ricardo Elias do Vale<sup>2</sup>

#### RESUMO

O presente estudo foi abordado diante do aumento do número de partos cesáreos que vem ocorrendo no país, fato este que já atribuiu ao Brasil título de campeão mundial neste tipo de parto em anos anteriores. Leva-se a discussão dos motivos pelos quais as mulheres optam por esta alternativa para o parto, quando em muitos casos evoluiriam espontaneamente para um parto natural, sem que houvesse a necessidade de parto cesáreo. Os objetivos desta pesquisa foram conhecer a realidade dos índices de partos cesáreos e levantar os principais motivos para elevação da frequência de cesáreas no Brasil. Como metodologia utilizou-se a revisão bibliográfica.

**Palavras- chave:** Saúde pública. Saúde da mulher. Cesarianas. Parto. Fatores Determinantes.

#### 1 INTRODUÇÃO

Em relação à escolha do tipo de parto e as alternativas para o mesmo, sabe-se que:

A capacidade da mulher em procriar e trazer ao mundo outro ser através do parto é um ato fisiológico e natural, porém para algumas se define pela dor que o ato traz. Com a melhoria de assistência a saúde da mulher especialmente no período gestacional com os avanços nos estudos da medicina obstétrica e anestesia, houve como alternativa para a dor e também para as gestações de alto risco o parto cesáreo (WOETH, 2010, p.289).

Mesmo com essa melhoria o modelo de assistência ao parto e a saúde da mulher atual mostra-se insatisfatório quando se trata dos altos índices de cesarianas realizadas no Brasil (TORRES, 2011).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica originalmente realizada para reduzir o risco de complicações maternas e/ou fetal durante a gravidez e trabalho de

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem - UNEMAT (Universidade do Estado de Mato-Grosso), Enfermeira do Programa Saúde da Mulher em Mineiros- GO, Aluna do curso de Gestão em Saúde da UnUEAD/UEG. [brigidaatila@gmail.com](mailto:brigidaatila@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor Tutor-orientador Ricardo Elias do Vale Lima. [ricardoevll@yahoo.com.br](mailto:ricardoevll@yahoo.com.br)

parto. Essa intervenção não é isenta de riscos, mesmo com o avanço na qualidade e segurança desta operação oferecida a gestante e seu filho em situações de maior complexidade (PATAH, 2011, p.186)

Dentre os motivos de indicação para realização da cirurgia cesárea no lugar do parto vaginal ou parto normal, estão situações de sofrimento fetal agudo, placenta prévia, lesão por herpes ativa no momento do trabalho de parto, prolapso de cordão, feto em posição transversal no momento do parto, desproporção cefalo-pélvica, eclampsia na gravidez o que é amplamente conhecido e justificado já que há benefícios nestes casos, no entanto mesmo sem essas indicações muitas mulheres optam pela cesariana, ao invés do parto normal o que a tem tornado um evento natural e seguro de nascimento (TORRES, 2011).

Segundo Pinto (2006), as cesáreas sem indicação médica estão associadas a maiores riscos para a saúde materna e infantil, para a parturiente aumentam os riscos de intercorrências como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte materna, para o recém-nascido há mais chances de ocorrer problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anoxia e mortalidade neonatal entre outras.

As altas taxas de cesarianas são preocupantes, principalmente em países em desenvolvimento, tornando-se um problema de saúde pública, especialmente as cesarianas não justificáveis, estando associada a um maior período de internação, maior risco a mãe e a criança, contribuindo para o aumento do custo em financiamento público à saúde (TORRES, 2011).

A programação do parto cirúrgico deve ser rigorosa, sendo necessário que a mulher compreenda as indicações e os riscos de uma cesárea desnecessária, assim é importante verificar se as gestantes estão conscientes dos riscos do parto cesáreo e os benefícios do nascimento pela via natural (PINTO, 2006).

Em todo o mundo observa-se um aumento expressivo no número de cirurgias cesáreas comparadas ao número de partos normais realizados (PATAH, 2011). O Brasil não difere do restante do mundo, na verdade recentemente, devido ao grande aumento desse tipo de parto recebeu o título de campeão mundial na categoria,

referente ao descumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde que desde 1985 preconiza que a incidência desse tipo de parto deve ser menor que 15%, e indicada somente para os casos de risco, enquanto no Brasil, essa média gira em torno de 50% chegando a 80% na rede hospitalar privada, onde não são justificadas do ponto de vista médico, podendo aumentar os gastos com saúde e a morbimortalidade materna e fetal, fazendo se necessário conhecer os fatores determinantes desta alta incidência de parto cesariana para auxílio no desenvolvimento de programas que possam mudar a situação atual (HOFFMANN, 2007).

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Estudos revelam que a maioria das mulheres tem preferência pelo parto normal tanto na saúde pública como no setor privado, no entanto apesar desse desejo inicial o setor privado apresenta mais que o dobro de partos cirúrgicos moldados pela conduta intervencionista do médico (DIAS, 2008).

Entre os fatores que são apontados na maioria dos estudos para justificar a crescente frequência de partos cesáreos estão fatores sociais, demográficos, culturais, associados pela solicitação materna para o tipo de parto e fatores associados ao modelo assistencial desenvolvido (PATAH, 2011). Para Amorim (2010), no mundo Desenvolvido, cerca de 30% das cesarianas devem se a cesarianas anteriores, 30% por distócia, 11% por apresentação pélvica e 10% por frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora. Em alguns países da América do Sul, a frequência de cesarianas já chegou a 80%, apresentando associação direta com a renda per capita do país. Reconhece-se que os determinantes das cesarianas são bastante complexos, incluindo condições financeiras, atitudes culturais e sociais das pacientes e das sociedades.

Há uma grande variação entre as regiões do Brasil nas taxas de cesáreas, principalmente ao comparar a assistência do Sistema Único de saúde (SUS) com a assistência privada (AMORIM, 2010).

De acordo com Patah (2011), A maioria dos autores concorda que a cesárea deve ser evitada na ausência de indicação médica, porém outros relatam que melhorias nas técnicas cirúrgicas, medidas de prevenção de infecção e transfusões sanguíneas

permitiriam indicar o procedimento também para a satisfação dos anseios da mãe e/ou da família.

O aumento da frequência de partos cesáreos não tem uma associação positiva comparado aos benefícios do parto natural segundo os riscos materno e neonatal, em relação a morbimortalidade, quando o parto cesáreo apresenta maior risco devido a infecções puerperais, acidentes (FAUNDES, 1991).

O aumento das taxas de cesariana no Brasil notadamente a partir de 1970 ressalta a importância de identificar e estudar os fatores associados à decisão pelo tipo de parto. Na cadeia de assistência ao parto há diversos agentes, interessados e atuantes, influenciando todo o processo assistencial. Esses atores, incluindo médicos, pacientes e seguradoras (seguros de saúde para pacientes e seguros para médicos contra processos por má prática médica), além dos hospitais e do governo, por meio de políticas de saúde, determinam a utilização de procedimentos médicos, o que torna necessário identificar a motivação de cada ator e seu efeito sobre esse uso (PATAH, 2011).

Para Amorim (2010), a alta incidência de cesariana é preocupante caracterizando um grave problema de saúde pública, destaca-se que se deve dar preferência à realização da cesariana, quando indicada, durante o trabalho de parto. Dentre as várias indicações de cesarianas, as mais frequentes estão na distocia de progressão.

Antes de indicar a cesariana, deve-se tentar solucionar sua principal causa, com a utilização de ocitocina e/ou ruptura artificial das membranas, quando ocorrerem contrações uterinas ineficazes. Na desproporção cefalopélvica, a cesariana é indicada corretamente, por meio do partograma. No mau posicionamento dos fetos, como nas variedades de posição posteriores e transversas persistentes, a rotação do polo cefálico deve ser tentada e, caso o trabalho de parto não evolua, deve-se realizar a cesariana. AMORIM (2010).

A via de parto na apresentação pélvica ainda permanece controversa, pois o parto normal é possível em algumas situações, e sua indicação deve ser discutida com a paciente. A versão cefálica externa na 37ª semana de gravidez é uma alternativa que

pode viabilizar o parto normal. A apresentação de face não é indicação de cesariana, e o parto vaginal deve ser tentado. Na apresentação córmica, a cesariana é preferível, mas a versão cefálica externa pode ser tentada, quando o obstetra for habilitado. AMORIM (2010).

O parto normal após cesariana anterior ainda é questionado pelos obstetras pelo risco de ruptura uterina. A literatura, entretanto, sugere que deva ser tentado, pois apresenta uma taxa de sucesso de 70% e baixa incidência de ruptura uterina. A realização de cesarianas em fetos centralizados é frequente pela justificativa de ser uma adaptação inicial ao sofrimento fetal crônico, porém não existe respaldo na literatura. Nos fetos com frequência cardíaca não-tranquilizadora, o ideal é que a cesariana seja indicada apenas com o respaldo do pH do couro cabeludo do feto. Contudo, como no Brasil essa tecnologia não se encontra disponível em todos os centros, manobras de ressuscitação intraútero e vigilância rigorosa da FCF devem ser realizadas o mais precocemente. A presença de mecônio no líquido amniótico não é indicação absoluta de cesariana. A sua presença requer vigilância rigorosa da FCF e avaliação do pH fetal, podendo ainda ser realizada amnioinfusão, permitindo o parto normal. AMORIM (2010).

De acordo com Camara (2000), no que diz respeito aos fatores associados ao aumento da incidência de cesáreas sem indicação médica correta, consta os seguintes fatores:

- Ausência de alternativas apropriadas à cesárea para fazer ligadura tubária dentro do sistema oficial de saúde;
- “Sofrimento” do obstetra, decorrente de sua insegurança no acompanhamento do parto transpélvico ;
- “Falta de tempo” do obstetra para estar ao lado da paciente durante o período de dilatação, necessidade de chegar no horário nos múltiplos empregos.
- Falhas na administração em saúde, o não pagamento da analgesia em parto vaginal, que deixa a cesárea como única alternativa reconhecida pelo SUS para aliviar a dor do parto;

- Ausência de auditoria médica na maioria dos hospitais e nas Instituições responsáveis pela saúde.
- Por último, a ausência de um atendimento pré-natal que prepare a gestante para o parto vaginal e o despreparo psicológico das mulheres, condicionado pelo ambiente social e pelos meios de comunicação, gerando cesáreas a pedidos da paciente, por vários motivos, desde o medo da parturição até a preservação perineal.

Ainda quanto às causas da elevação do número de cesáreas realizadas, destacamos o pouco tempo dedicado pelo médico obstetra no acompanhamento do trabalho de parto em função de desempenhar outras atividades médicas em sua maioria, o desconhecimento da parturiente em relação ao parto vaginal, falta de conhecimento da gestante sobre o motivo de indicação da cesárea anterior, a realização de laqueadura tubárea durante a cesariana, falta de enfermeiras obstetras para assistir o parto (OLIVEIRA, 2002).

O pré-natal é o principal norteador quanto a escolha do parto pela gestante, sua expectativa em relação ao parto está intimamente relacionada ao modo como as informações sobre o assunto são disponíveis ou chegam até ela, sendo assim a orientação durante o pré-natal deve fazer parte da assistência como um instrumento educativo de grande potencial, fortalecendo vínculos da equipe profissional com os usuários (gestante ou casal), para estabelecer em conjunto onde e por quem o parto será realizado e conhecer as possíveis alternativas da assistência em situações normais e no caso de surgirem complicações (OLIVEIRA, 2002).

Outra indicação frequente de cesariana é a cesárea em parto anterior, uma vez que muitos obstetras temem uma ruptura da cicatriz uterina, porém estudos diversos descrevem a segurança do parto vaginal após uma cesárea prévia. No Brasil, a indicação de parto vaginal após uma cesariana ainda é baixa comparada a de outros países (AMORIM, 2010).

## 2.1 Recomendações Internacionais Sobre a Utilização da Cesárea

Após a década de 70, iniciou-se uma colaboração internacional para avaliar a assistência ao parto, sendo realizada em 1985 a “Conferência sobre Tecnologia Adequada para o Parto” coordenada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), marco na saúde pública e na defesa dos direitos das mulheres, assim como a Carta de Fortaleza, texto produzido neste evento e que buscou inspirar ações de mudança e organização e no modelo da assistência obstétrica. O documento recomendava, por exemplo, a participação das mulheres no desenho e na avaliação dos programas, a liberdade de escolha materna da melhor posição para o nascimento, a presença de acompanhantes no trabalho de parto e parto e o fim de certos procedimentos médicos durante o trabalho de parto (como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto). A partir dessa conferência, ao argumentar que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índice de cesárea abaixo de 10%, a OMS passou a afirmar que nada justificaria índices superiores a 10%-15%.

Publicada na revista Lancet, essa recomendação da OMS definindo a taxa ideal de parto cesáreo para o mundo, limites referenciados até os dias atuais, pode ser criticada em virtude de não diferenciar países e regiões com características culturais e sistemas de saúde diversos. Tampouco foi atualizada, apesar das novas tecnologias disponíveis e de mudanças no comportamento da população feminina, que se inseriu mais fortemente no mercado de trabalho, do aumento na disponibilidade de informações – científicas ou não – sobre assuntos de saúde, bem como da tentativa de maior controle sobre seus horários por parte dos profissionais ocorridas no período (PATAH, 2011).

## 2.2 Modelo Assistencial Brasileiro

O Brasil apresenta elevadas taxas de cesárea, ainda crescentes no decorrer dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2008 indicam

48,4%. O modelo assistencial ao parto praticado no Brasil é definido como médico ou tecnológico, observando a mulher como paciente, os nascimentos são, em sua maioria, hospitalares e o médico é o profissional responsável pela execução do procedimento. Para a pequena parcela da população que é assistida por planos de saúde privado há uma estreita relação da gestante com o médico o que favorece a cesárea eletiva, pois a paciente poderá escolher ser atendida por seu médico na hora do parto, já a grande maioria da população brasileira que é assistida pelo SUS, não tem a chance de escolher o médico que irá assisti-la, não podendo negociar o tipo de parto e atendimento que gostaria, e frequentemente é assistida por um profissional diferente daquele que realizou seu pré-natal, a falta de vínculo entre pré-natal e parto pode ser fator desencadeante de cesáreas em função da ausência de informações na hora do parto. Mesmo com realidades diferentes os dois modelos assistenciais apresentam taxas elevadas de cesáreas garantindo ao Brasil uma posição de destaque mundial neste quesito (PATAH, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%. No entanto, o que se tem observado são taxas universais em geral superiores, até em países considerados desenvolvidos. À semelhança de outros países em desenvolvimento, o Brasil apresenta taxas de cesarianas superiores às preconizadas pela OMS, superando os 35% em geral e ultrapassando os 70%, quando se considera apenas o serviço privado (DIAS, 2008).

Segundo Patah (2011), somente cerca de 25,9% da população possui planos ou seguros saúde e, em função disso, pode escolher os profissionais médicos que desejar e negociar com eles o tipo de assistência médica que lhe convém. Essa clientela, geralmente é atendida pelo mesmo médico tanto no pré-natal como durante o parto, mantendo estreito relacionamento médico-paciente. A grande maioria da população brasileira, porém, é atendida pelo SUS, que presta serviços de assistência médica pelo serviço público, ambulatorial e hospitalar.

Nos dias atuais existe maior abertura e conhecimento da população em relação as decisões a serem tomadas a cerca do parto, não sendo mais uma decisão única e

exclusiva da equipe médica, pelo contrário a paciente participa e opina sobre suas vontades, na primeira visita pré-natal, abre-se discussão sobre o planejamento do nascimento, incluindo preferências pela anestesia, episiotomia, uso de fórceps, parto cesáreo, amamentação e outros aspectos relevantes para a cliente, que hoje dispõe de acesso a essas informações. As taxas de cesárea no sistema de saúde privado atingem proporções ao redor de 80%, enquanto no sistema público chegam em média a 35%, com essa dualidade dos sistemas de saúde, observa-se no país grande disparidade regional das taxas de cesárea. Nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também o são (PATAH, 2011).

### 3 METODOLOGIA

Para realização deste trabalho, foi feito levantamento bibliográfico de artigos, selecionando as mais recentes publicações relacionadas ao assunto, se trata de um estudo descritivo simples. A análise inicial foi realizada a partir da leitura de resumos das publicações encontradas e selecionando as que abordavam o tema estudado.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Debater sobre as práticas de atenção ao parto requer antes de tudo considerar as políticas de atenção à saúde da mulher as quais não devem se restringir ao período reprodutivo, uma vez que todas as mulheres necessitam do seu direito de saúde sexual, reprodutivo, acesso aos serviços de assistência e saúde de qualidade.

A elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde o final do século XX, diante disso o número crescente de trabalhos científicos vem analisando sob vários pontos de vista baseando-se principalmente sobre os modelos assistenciais obstétricos e as características socioculturais das mulheres assistidas.

Ainda não há um número exato da quantidade ideal de partos cesárea, mesmo tendo uma proporção preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há mais de 25 anos, o que se sabe é que o parto ideal deve permitir o bem estar da mãe e do recém-nascido independente de ser parto vaginal ou cesáreo.

Dentre os determinantes socioculturais responsáveis pela preferência das mulheres em realizar cesárea esta o medo da dor e a realização a pedido para que seja feito também a laqueadura tubária, a crença de que o parto operatório será um atendimento diferenciado, mulheres acima de 20 anos com maior escolaridade devido sua maior participação no mercado de trabalho que optam pela cesariana em função de uma possível facilidade em determinar a data e a hora para sua realização, não comprometendo suas atividades.

Considerando que a maioria das mulheres realizam mais de quatro consultas de pré-natal durante a gestação, o Brasil já poderia apresentar melhores resultados em saúde materna e perinatal, os resultados encontrados demonstra a fragilidade da assistência prestada a gestante no pré-natal e o desafio que existe na qualidade do serviço prestado para melhorar a assistência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que pela complexidade dos fatores envolvidos na decisão pelo parto cesáreo, não é possível responsabilizar apenas a classe médica pela elevada taxa de cesárea, é preciso considerar os aspectos da relação médico- paciente, bem como os aspectos do contexto social, do modelo assistencial público ou privado, avaliando o interesse de todos os envolvidos nesta cadeia assistencial, para assim poder organizar a prática obstétrica e possíveis mudanças na assistência ao parto.

Para garantir a qualidade da assistência deve-se buscar respeitar a fisiologia da mulher e considerar as preferências evidenciadas no pré-natal pela gestante quanto à escolha do seu tipo de parto, desde que elas tenham condições de escolher aquele que melhor lhes convém.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Roland; PORTO, Ana Maria Feitosa. **Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I.** *Femina*; 38(8), Agosto. 2010. Disponível em [http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ZpUspkdb-E0J:scholar.google.com/+indica%C3%A7oes+de+cesariana+baseadas+em+evidencia+melania+maria&hl=pt-BR&as\\_sdt=0,5](http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:ZpUspkdb-E0J:scholar.google.com/+indica%C3%A7oes+de+cesariana+baseadas+em+evidencia+melania+maria&hl=pt-BR&as_sdt=0,5) .Acesso em 13 de Fevereiro de 2012.

CAMARA, M.F.B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M.A. **Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2000;2(1). Disponível [http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1) em /Cesarea.html Acesso em 13 de Março de 2012.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1521-1534. ISSN 1413-8123.

FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. **A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação.** *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, n.2, abr/jun.1991.p 150-173. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1991000200003&script=sci_arttext). Acesso em 20 de Dezembro de 2011.

HOFFMANN, Bianca Dell'Oglio et al. **Fatores associados a prevalência de cesarianas em Pelotas RS em 2007.** Universidade Federal de Pelotas.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos et al. **Tipo de parto: expectativas das mulheres.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n.5,out. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 13 de Março de 2012.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. **Modelo de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** *Revista de Saúde Pública*, 2011; 45 (1): 185-94 Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf> acessado em 03 de Fevereiro de 2012.

PINTO, Ana Carolina Martins et al. **Parto cesáreo eletivo no Brasil uma análise dos fatores associados com base na pesquisa nacional de demografia e saúde (PNDS), 2006.** Disponível em [http://www.alapop.org/2009/Docs/Pinto\\_ST2.pdf](http://www.alapop.org/2009/Docs/Pinto_ST2.pdf) acesso em 16 de Fevereiro de 2012

TORRES, Ulysses dos Santos; MORAES, Maria Silvia; PRIULI, Roseana Mara Aredes. **O parto cesáreo e o sistema de saúde brasileiro: um estudo em um hospital escola.** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto – SP, 2011. Disponível em [http://www.aads.org.br/arquivos/artigo\\_de\\_cesariana.pdf](http://www.aads.org.br/arquivos/artigo_de_cesariana.pdf) acessado em 10 de fevereiro de 2012.

WOETH, Natalia Peres. **Fatores associados à ocorrência de cesáreas em um hospital no município de Dourados MS.** Caderno Abenfo. Revista técnico científica de enfermagem, v.8, n 26, 2010. P. 288-293, 2010.

HOTIMSKY, SN, Rattner D, Venancio SI, Bogus CM, Miranda MM. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca**

do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica.* 2002;18(5):1303-11.  
DOI:10.1590/S0102-311X2002000500023