

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Débora Esteves de Sá
Renatha Daiane Lopes Assunção
Viviane Ruela Souza
Wiliam Miranda Moraes**

**ALTAS TAXAS DE CESÁREAS NO BRASIL:
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA -
REVISÃO DELITERATURA**

IPATINGA

2013

Débora Esteves de Sá

Renatha Daiane Lopes Assunção

Viviane Ruela Souza

Wiliam Miranda Moraes

**ALTAS TAXAS DE CESÁREAS NO BRASIL: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA - REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – IMES/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof.^(a) orientador(a): Ivana Vilela Teixeira

IPATINGA

2013

ALTAS TAXAS DE CESÁREAS NO BRASIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Débora Esteves de Sá¹, Renatha Daiane Lopes Assunção¹, Viviane Ruela Souza¹, William Miranda Moraes¹ & Ivana Vilela Teixeira²

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

Objetivo: revisar conhecimentos sobre o parto cesáreo e parto vaginal, apresentando suas indicações absolutas e relativas, e também suas incidências e prevalências, a fim de combater ideias preconcebidas. Foi possível ainda avaliar as causas das altas taxas de cesárea, explicando os critérios técnicos que devem ser observados na indicação das mesmas, descrevendo dados que comprovem seu aumento e que permitam compreender a opção por parto operatório, mostrando ações futuramente eficazes para reverter este crescimento. **Fonte de dados:** uma vez utilizado a revisão bibliográfica, o estudo baseou-se na literatura vigente, na legislação que aborda a temática em estudo e nos periódicos indexados e disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para a seleção de artigos publicados no período de 2000 a 2012. **Síntese de dados:** no Brasil as cesáreas têm sido realizadas por diferentes motivos como: formação deficiente dos profissionais da saúde; falta de tempo do obstetra para acompanhar o parto normal; escolha das parturientes influenciadas pelo medo da dor e experiências anteriores; deficiência do pré-natal e desarticulação com o atendimento hospitalar. **Conclusão:** a opção pelo tipo de parto deve ser baseada em necessidade e em indicação médica, em avaliação dos riscos e complicações, dos benefícios e dos custos presentes e futuros. Por outro lado, para o enfrentamento das altas taxas de cesarianas no Brasil, é necessário implementar e exigir que as políticas nacionais sejam de fato executadas, envolvendo os diferentes atores através da implantação de práticas que favoreçam o parto vaginal.

Palavras-chave: Parto vaginal. Parto normal. Parto cesáreo. Cesariana.

1 Introdução

A opção pelo tipo de parto não é questão de preferência e deve ser baseada na indicação e na avaliação de riscos e de possíveis complicações e benefícios futuros. O parto normal é o vaginal, geralmente o mais seguro para a mãe e para a criança. O parto cesáreo deve ser indicado pelo obstetra, indicação esta restrita a situações médicas específicas. (COSTA et al., 2007, p. 27-28).

O Brasil está entre os países que possuem as mais elevadas taxas de cesárea, com aproximadamente 53% do total de partos, ainda muito acima do limite de 15% esperado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). (BRASIL, 2010).

Em alguns países da América do Sul, a frequência de cesarianas varia de 16,8% a 40%, apresentando associação direta com a renda per capita da população. Os determinantes das cesarianas são bastante complexos, incluindo condições financeiras e atitudes culturais e sociais das pacientes e das sociedades. (MARTINS-COSTA; RAMOS, 2005).

Atualmente cada vez mais as mulheres compartilham das decisões médicas, sendo natural que tenham o direito de optar pela forma de parto. Essa decisão deve ser guiada por princípios éticos, como o respeito à autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a veracidade da informação fornecida. Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), a melhor resposta que se pode fornecer a essa questão começa em informar à paciente sobre as evidências científicas que podem ou não apoiar essa prática. Com efeito, não existem evidências, a partir de ensaios clínicos aleatórios, que possam garantir que partos cirúrgicos agendados no termo, sem razões médicas, signifiquem melhor assistência obstétrica em relação ao parto normal. (SASS; HWANG, 2009).

Assim, a decisão para a realização de um parto operatório deve ser criteriosa e discutida com a paciente. Durante o período pré-natal, é necessário, com base em evidências, orientar às gestantes, de forma acessível, levando em conta cultura, língua, nível cognitivo e de escolaridade. Devem ser incluídas orientações sobre as indicações, os procedimentos envolvidos, os riscos e

benefícios associados e as implicações para as gestações futuras e os partos após um parto cesáreo.

A cesariana consiste no ato cirúrgico em incisar o abdome e a parede do útero para extração do feto aí desenvolvido, seguido da retirada da placenta. Do início do século XX, quando era uma operação arriscada, até o avanço tecnológico que possibilitou o aperfeiçoamento técnico e a equiparação dos riscos aos de qualquer operação cirúrgica, tem crescido a incidência da cesariana, a qual atingiu, no Brasil, um dos mais elevados índices do mundo. (REZENDE, 2004, p. 801- 803).

Vários profissionais e movimentos sociais ligados à assistência ao parto e ao nascimento tem se mostrado preocupados com o aumento das taxas de cesariana, visto que o abuso de indicações desse procedimento pode levar a complicações maternas e perinatais e trazer gastos desnecessários ao sistema de saúde pública. (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008, p. 1052).

Por considerar preocupante o crescimento da medicalização e do parto cirúrgico, várias iniciativas governamentais visando diminuir as altas taxas de cesárea e qualificar a assistência perinatal foram implementadas desde o início da década de 1990, no Brasil, tais como: instituição de porcentual máximo de cesáreas pelo SUS, por hospital e por estado; introdução do pagamento da analgesia no parto normal; inserção de enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco; criação do Prêmio Galba Araújo para as maternidades que disponibilizarem atendimento humanizado e programas de capacitação para parteiras; criação dos centros de parto normal e regulamentação da Lei de Planejamento Familiar, além da instituição do Programa do Pré-Natal e do Nascimento. (GAMA et al., 2009, p. 2480).

Diante deste contexto, o interesse pelo assunto foi despertado ao observar no sistema de saúde do Brasil altas taxas de cesarianas. Assim sendo, considerou-se importante revisar conhecimentos sobre o parto cesáreo e parto vaginal, suas indicações e também suas incidências e prevalências. Objetivou-se ainda avaliar as causas das altas taxas de cesárea na saúde pública do Brasil, apresentando dados que comprovem seu aumento e que permitam compreender a opção por parto operatório em detrimento do parto vaginal, mostrando ações futuramente eficazes para reverter este crescimento. O tema,

portanto, é de interesse de profissionais da saúde, gestantes, sociedade e do Governo, como provedor do Sistema Único de Saúde.

2 Materiais e Método

Trata-se de uma revisão científica que segundo Hungler *et al* (2004) proporciona aos leitores e aos pesquisadores o acesso a um texto atual confrontando os principais trabalhos realizados facilitando o acúmulo de conhecimento.

Além da literatura vigente e da legislação que aborda a temática em estudo, foram utilizados vinte e oito periódicos indexados e disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, publicados no período de 2000 a 2012.

Para a busca dos artigos foram utilizados os descritores parto vaginal, parto normal, parto cesáreo e cesariana.

3 Desenvolvimento

3.1 Crescimento das taxas de cesarianas

“A gravidez e o parto são acontecimentos que se distanciam de atos meramente biológicos, visto serem processos sociais que refletem valores culturais de uma sociedade, imersa em aspectos político-econômicos”. (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000, p. 1). Por refletirem valores sociais, mudam conforme a sociedade. O parto já foi atividade realizada por parteiras e, só no século XX, foi institucionalizado, com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e infantil. (OBA, 1996, apud CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000, p. 3).

Anteriormente, o nascimento ocorria no seio das famílias, com o auxílio de parteiras. Até o ano de 1915 não havia relatos de cesáreas no Brasil. Com o avanço técnico na área de saúde, o parto foi se transformando em atividade médica e hospitalar, tendo-se passado a ver a cesariana como forma de preservar a vida da mãe, do feto ou de ambos. O avanço da ciência reduziu riscos, aumentou o controle das condições maternas e fetais, mas também

aumentou, algumas vezes sem necessidade, a prática desse procedimento. (ZAMBRANO et al., 2003, p. 177).

Até 30 anos atrás, continuou prevalecendo o parto vaginal principalmente porque a execução do parto operatório envolvia riscos anestésicos e cirúrgicos, os quais eram agravados pela urgência que caracterizava a indicação deste tipo de parto. Com os avanços médicos atuais, há maior segurança para mães e fetos, o que trouxe crescimento nas indicações. (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010, p. 428). Atualmente as taxas de cesarianas são elevadas, observando-se que a maioria das gestantes, favoráveis ao parto normal no início da gravidez, acaba optando por cesariana no momento do parto. (DIAS et al., 2008, p. 1521).

Embora sejam intervenções cirúrgicas destinadas a aliviar as condições maternas e fetais quando há riscos para a mãe ou para o feto, não são isentos de risco. (RATTNER, 1996; MARTINS-COSTA et al., 2002, apud BRASIL, 2006, p. 1).

Assim sendo, a OMS recomenda que as taxas de cesáreas sejam de 15% do total dos partos realizados e que haja o mínimo de intervenções médicas, para maior proteção das mães e dos recém-nascidos (HOTIMSKY et al., 2002, p. 1304).

Altos índices de cesarianas não indicam melhor assistência perinatal, por outro lado índices muito baixos podem ser resultado de difícil acesso aos serviços de

saúde. Enquanto os países nórdicos apresentam as menores taxas, países de renda média, como China e México apresentam média de 40%. No Brasil, esta taxa chega a ser 50%, atingindo, na rede privada, 80% de todos os partos. Estados Unidos e Austrália têm apresentado taxas superiores a 30% e a tendência tem sido aumentar na maior parte dos países. (BARROS et al., 2011, p. 636-637). O aumento proporcional do número de cesarianas com relação ao parto normal começou a ser observado no início da década de 1970. (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000, p. 3).

Em todo o mundo, a incidência de cesarianas tem-se elevado: a Dinamarca, por exemplo, passou de 4,1% em 1976, para 13% em 1989; os Estados Unidos elevaram o índice de 1970, que era de 5,5% para 24,4% em

1987. Essa significativa elevação tornou-se problema de saúde pública, por aumentar a morbimortalidade materna, e os custos em relação ao parto normal. (FABRI et al., 2002, p. 30).

No Brasil, as taxas de cesárea dobraram na década de 1980, mantiveram-se estáveis até a década de 2000, ocasião em que começaram a aumentar, até atingir os níveis atuais, apesar da reforma completa do sistema de saúde brasileiro, ocorrida em 1988, com o SUS. (BARROS et al., 2011, p. 637).

Através de um estudo realizado em hospitais de Porto Alegre foram observados índices elevados de partos cesáreos, mesmo em instituições acadêmicas que deveriam levar em conta as indicações absolutas e relativas para a realização do procedimento. (REIS et al., 2009, p. 8).

As explicações para a elevação das taxas de cesáreas em nosso país guardam estreita relação com a organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais e a demanda de cesarianas por parte das parturientes. A qualidade da atenção, particularmente na sala de pré-parto também repercute sobre o desejo de ter uma cesárea, sendo que as mulheres temem mais as reações dos profissionais às suas queixas que o próprio medo da dor do parto. (HOTIMSKY et al., 2002).

Segundo a OMS, nenhum benefício adicional é obtido nem para os recém-nascidos nem para as mães quando o nível das cesarianas excede 15% do total dos partos. Mas, quando a taxa é menor do que 5%, não significa melhoria à assistência a saúde, porque a causa pode ser a dificuldade de acesso da população à tecnologia e aos serviços médicos. (ALMEIDA et al., 2008, p. 2909).

Atingir as taxas recomendadas é um desafio que implica equilíbrio entre a necessidade e escolha da mãe ou, até, do próprio médico. (BARROS et al., 2011, p. 636).

3.2 Modelos de atenção ao parto

Segundo Patah e Malik (2011) existem três modelos de atenção ao parto na atualidade:

1. Modelo altamente medicalizado, que usa alta tecnologia e pouca participação de

obstetizes, adotado pelos Estados Unidos, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil.

- a. Nos Estados Unidos o parto cesáreo é o procedimento cirúrgico mais comum entre as mulheres, o que é atribuído à prática médica defensiva, por médicos receosos de processos judiciais. Há grande participação de obstetras no pré-natal, na assistência ao parto e nos cuidados à maternidade. Além disso, a remuneração dos médicos que atendem mulheres com seguros privados é mais elevada no caso das cesáreas quando comparada à remuneração do sistema público de saúde. Tudo isso explica a taxa de cesárea em 2007 ter atingido 31,8%.
 - b. No Brasil, a maioria dos nascimentos ocorre em hospitais, sob a responsabilidade de médicos. Para a minoria da população que possui plano de saúde (25,9%), o mesmo médico que acompanha o pré-natal assiste o parto, o que favorece a decisão pela cesariana. A maior parte da população que usa o serviço público não tem chance de escolher o médico e o tipo de parto, que geralmente é realizado por um médico diferente do que fez o pré-natal. Aliás, prevalece a conduta de que todos os casos devam ser resolvidos no próprio plantão em que deram entrada.
2. Modelo humanizado, menos medicalizado, com maior participação de obstetizes e menor número de intervenções cirúrgicas, adotado pela Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos.
- a. Na Holanda, a atuação de parteiras é vista de forma favorável. As taxas de cesáreas são reduzidas e cerca de 30% dos partos de baixo risco ocorrem no domicílio da gestante. Quando há suspeita de complicações, a parteira providencia o encaminhamento ao hospital. Por isso, mesmo com o aumento da taxa de cesáreas, este percentual foi de 14,6% em 2004.

3. Modelo intermediário, encontrado na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha e Austrália.
 - a. Na Grã-Bretanha, no Canadá e na Alemanha, o modelo assistencial baseia-se na participação de parteiras e de médicos generalistas no atendimento à gestante. Há menor incidência de parto domiciliar e as taxas de cesárea ficaram, em 2004, entre 22 e 23%. Houve aumento que pode ser atribuído ao receio de processos jurídicos por erros médicos, ao aumento da idade das mães e à melhora do nível socioeconômico da população.
 - b. Na Grã-Bretanha a atuação das parteiras é vista de forma favorável. No Canadá, os partos são feitos por médicos ou parteiras e financiados pelo governo. Na Alemanha, tem ocorrido aumento nas taxas de parto operatório: de 1999 para 2004, a taxa de cesariana saltou de 19,8% para 25,9%.

3.3 Indicações absolutas e relativas de cesariana

Percebe-se a ampliação das indicações de partos cirúrgicos nas últimas décadas. Porém, as justificativas médicas nem sempre são adequadas. (ZAMBRANO et al., 2003, p. 180).

O Quadro 1 apresenta as condições absolutas e relativas de cesarianas conforme alude Freitas *et al.* (2011).

Quadro 1: Indicações absolutas e relativas de cesariana

Indicações absolutas de cesariana	Indicações relativas de cesarianas
<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção céfalo-pélvica • Cicatriz uterina corporal prévia • Placenta prévia oclusiva • Herpes genital ativo • Procidência de cordão • Morte materna com feto vivo • Apresentação fetal anômala 	<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento fetal • Mais de uma cesariana segmentar prévia • Macrosomia fetal em gestante diabética (depende do peso fetal estimado e do controle glicêmico) • Distócias de contração e/ou dilatação • Gestação múltipla (depende das relações entre as situações dos fetos) • Colo desfavorável à indução do parto em paciente com cesariana prévia • Gestante HIV-positivo (depende da carga viral)* • Descolamento prematuro de placenta** • Apresentação pélvica***

Freitas *et al.* (2011)

* Em gestantes HIV- positivo com carga viral desconhecida ou > 1.000 cópia/mL = cesariana;

** Em casos de descolamento prematuro de placenta, com feto vivo, em sofrimento e cuja resolução via vaginal não possa ser imediata = cesariana de emergência.

*** Em casos de apresentação pélvica em primíparas a indicação será absoluta.

São indicações absolutas para a realização de cesárea, das quais a desproporção céfalo-pélvica e o sofrimento fetal crônico são as indicações mais frequentemente usadas quando não há indicação médica confirmada (FREITAS *et al.*, 2011; HADDAD; CECATTI, 2011; p. 253-257):

- a) Desproporção céfalo-pélvica entre a cabeça do feto e o canal do parto, condição que só pode ser adequadamente avaliada após a prova do trabalho de parto e uso do partograma;
- b) Descolamento da placenta da parede uterina antes do nascimento, o que pode causar hipóxia grave e óbito fetal; sangramento materno e distúrbios de coagulação; a cesárea de emergência é indicada quando há sangramento intenso, quando o colo do útero for desfavorável ao parto vaginal imediato, quando o feto estiver vivo ou com alterações na frequência cardíaca. Em casos de descolamento prematuro de placenta, com feto vivo, em sofrimento e cuja resolução via vaginal não possa ser imediata deve-se realizar cesariana de emergência.
- c) Cicatriz cirúrgica miometral, a existência de incisão prévia no miométrio

da região do corpo uterino (miomectomias, correções de malformações uterinas, cesariana corporal) é indicativa de parto por via abdominal porque há risco maior de ruptura uterina durante as contrações do parto. No entanto, se a cicatriz da cesárea anterior for segmentar, não há contra-indicação ao parto vaginal;

- d) Apresentação fetal anômala, como a apresentação pélvica, deve-se realizar a cesariana eletiva em primíparas uma vez que traz mais benefícios para o feto. A apresentação transversa quando se evolui para trabalho de parto apresenta altos índices de morbidez, logo devendo ser recomendado a cesariana.
- e) Placenta prévia indica-se cesariana antes do trabalho de parto em gestações com placenta prévia oclusiva, mas as gestações com placenta prévia marginal podem ser submetidas ao trabalho de parto.
- f) Herpes genital ativo deve-se realizar cesariana, assim que possível para mulheres que apresentem lesões ativas de herpes genital no momento do nascimento. Não é recomendada a cesariana para mulheres com herpes recorrente e que não tenham lesões ativas. Tal medida visa limitar a transmissão da infecção ao feto. Se amniorrexe por mais de 4 horas o efeito protetor ao feto que a cesariana proporciona é limitado.
- g) Prolapso, proclivência ou circular de cordão umbilical, a compressão do cordão pelo feto interrompe a circulação, causando hipoxemia aguda e risco de óbito fetal, motivo pelo qual a via abdominal é recomendada se o nascimento não puder ser imediato por via vaginal. Ou seja, se a apresentação fetal é baixa e o colo uterino está completamente dilatado e é possível o nascimento imediato, e a via vaginal deve ser escolhida.
- h) Morte materna em feto vivo, nos casos em que ocorre parada cardiorrespiratória em uma gestante com 24 semanas ou mais, deve-se realizar uma cesariana de emergência antes do quinto minuto após o diagnóstico da parada.

Já as indicações relativas referem-se a situações onde o parto normal apresenta algum risco para o feto, mas os casos devem ser avaliados criteriosamente para que os riscos que a cesariana também provoca não

sobressaiam aos primeiros. Sendo assim, destacam-se (FREITAS *et al.*, 2011; HADDAD; CECATTI, 2011; p. 253-257):

- a) Condição fetal não tranquilizadora, se o feto não se apresentar reativo com cardiotocografia apresentando desacelerações do tipo II ou III, ou desfavoráveis, associada a redução da variabilidade e/ou bradicardia, com ou sem mecônio, a probabilidade de sofrimento fetal agudo é grande, logo há consenso de que o nascimento pela via mais rápida é necessário, e quase sempre nesses casos a cesariana é mais rápida.
- b) Gestantes HIV-positivo, com carga viral desconhecida ou > 1.000 cópia/mL, deve-se realizar cesariana;
- c) Macrossomia, os recém-nascidos com peso acima de 4.000 g têm um risco maior de distócia de ombro;
- d) Distócias de contração e/ou dilatação, sem resposta com infusão de ocitocina ou por meio de amniotomia. Se o parto não ocorrer com essas medidas, deve-se considerar algum fator mecânico envolvido, como uma desproporção cefalopélvica por um mau posicionamento do polo cefálico. Algumas más posições da cabeça fetal podem ser corrigidas durante a assistência ao parto vaginal, particularmente se a dilatação está completa, porém muitas pacientes necessitam de cesariana;
- e) Gestação múltipla, a cesariana estará indicada nos casos em que o primeiro gemelar não se encontrar em apresentação cefálica, quando um dos dois não estiver em situação longitudinal, nas gestações monoamnióticas e quando existir mais de dois fetos na presença de crescimento fetal discordante para gestações com idade de 28 a 32 semanas;
- f) Deslocamento prematuro de placenta, a cesariana está indicada nos episódios agudos com feto vivo e viável, porém o parto vaginal, se rápido e factível, pode ser tentado nos casos de óbito fetal, visando à redução das complicações hemorrágicas que podem se agravar com a cirurgia.
- g) Apresentação pélvica deve-se considerar como indicação relativa apenas as múltiparas.
- h) Colo desfavorável à indução do parto em paciente com cesariana prévia deve-se avaliar as condições fetais. Apenas se sinais de sofrimento fetal

e rotura prematura de membrana em gestação pré-termo, deve-ser realizara cesariana.

3.4 Comparação entre cesárea e parto normal

A cesariana é um grande progresso da assistência obstétrica, mas não substitui o parto vaginal. No entanto, sua indicação vem sendo banalizada: têm sido realizadas cerca de 850 mil cirurgias desnecessárias por ano, na América Latina, mostrando a necessidade de investimentos no parto vaginal. (SASS; HWANG, 2009, p. 133). Este procedimento deve ser evitado se não houver recomendações médicas, pois é uma intervenção cirúrgica concebida para reduzir o risco de complicações maternas ou fetais durante a gravidez e o parto. Mas não é isenta de riscos, mesmo com melhorias na segurança da intervenção. (PATAH; MALIK, 2011, p. 186).

Os países que mantêm índices de parto operatório abaixo de 40% são os que apresentam menores taxas de mortalidade perinatal. Enquanto a OMS defende índices inferiores a 15% dos partos, o Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia atualmente prega que nada justifica cesáreas por razões não médicas e o ACOG especifica que o procedimento só deve ser realizado se o médico concluir que este tipo de procedimento é o ideal para promover maior saúde e bem-estar para a mulher e para o feto. (PATAH; MALIK, 2011, p. 187).

Em concomitância com o início do aumento da taxa de cesárea, houve a diminuição da mortalidade e morbidade materna e neonatal. Quando não há indicações restritas de cesárea, não há benefícios para o feto, pois a cirurgia pode aumentar as taxas de mortalidade e morbidade perinatal, principalmente se houver admissão na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal. Os riscos maternos são relacionados com o aumento da necessidade de nova cesárea, de placenta prévia e de placenta acreta em gestação seguinte, entre outros. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010, p. 506).

Segundo Dias e Deslandes (2004), após uma cesariana pode ocorrer desde febre até complicações maiores como lacerações de vísceras e acidentes

anestésicos. O parto operatório eleva desnecessariamente os gastos com saúde e sobrecarrega um sistema já enfraquecido, enquanto que outras áreas poderiam ser beneficiadas. (FREITAS et al., 2005, p. 766).

A cesárea, quando ocorre prematuramente, abaixo de 37 semanas, pode afetar a segurança dos recém-nascidos, porque eles têm maior possibilidade de necessitarem de suporte ventilatório quando comparados com bebês que nasceram a termo. (SASS; HWANG, 2009, p. 134-135).

A cesariana está associada a complicações maternas e fetais, embora muitas das complicações observadas com este tipo de parto decorram de comprometimento por doença da gestante (hipertensão, diabetes e infecções) ou de escolha de emergência. As complicações podem ser:

[...] acidentes anestésicos, hemorragias, lesões vesicais e intestinais, alongamento da incisão miometrial, embolia amniótica e infecção puerperal [...] complicações tardias como a obstrução intestinal por aderências, endometriose nas incisões, acretismo placentário nas gestações subsequentes, placenta prévia e aumento dos índices de cesariana (ZIMMERMANN et al., 2009, p. 110).

O custo de um parto cesariano chega a ser em média 31% mais dispendioso comparado ao parto vaginal, sem considerar o valor da internação, pois necessita de no mínimo 12 horas a mais de hospitalização. (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

O uso de tecnologia, necessária nas cesarianas, transmite sensação de segurança para os envolvidos e, de fato, reduziu os riscos maternos quando comparados os dados da atualidade com os de décadas passadas. Mas estudos patrocinados pela OMS, destinados a avaliar a associação entre cesarianas e os desfechos maternos e perinatais, mostraram que as cesáreas ocorrem em maior proporção em entidades privadas quando comparadas aos serviços de referência, e que este tipo de intervenção é mais associado a “[...] eventos adversos, como maior necessidade de antibióticos após o parto, prematuridade, permanência em UTI ou morte neonatal”. (SASS; HWANG, 2009, p. 135-136).

Segundo Cardoso; Alberti Petroianu (2010, p. 428) não existem dados consistentes o bastante para justificar que cesárea previne danos ao recém-nascido. Ao contrário, mesmo quando o nascimento ocorre a termo, há maior probabilidade de desenvolvimento de desordens respiratórias e maiores chances de interrupção da amamentação aos trinta dias de vida. Com relação à parturiente, o parto cesáreo implica maior risco de infecções, pneumonia,

necessidade de transfusão sanguínea, complicações cardiopulmonares, tromboembolismo e desordens gastrointestinais.

A maior morbidade materna na cesariana deve-se ao trabalho de parto superior há doze horas, toques vaginais repetidos, anemia, obesidade, baixo nível socioeconômico. As complicações mais observadas são hematomas, abscessos de parede, deiscência de cicatriz cutânea, pelviperitonite, tromboflebite, íleo paralítico e acidentes anestésicos. A morbidade perinatal é de avaliação mais difícil porque muitos conceptos não têm condições de sobrevivência ou já estão mortos no momento da cirurgia. (REZENDE, 2004, p. 810).

Conforme Oliva (2010), que o parto vaginal, com relação ao feto, observa-se que apresenta melhores resultados do que o parto operatório:

- a) A cesariana traz maiores riscos de complicações a curto e a longo prazo, como o aumento das complicações respiratórias pós-natais;
- b) As taxas de mortalidade neonatal são 2,9 maiores nos recém-nascidos por cesariana;
- c) Há aumento no risco absoluto de nascimento de nati-morto inexplicado com 39 semanas de gestação, o que pode ser atribuído à estenose de vasos uterinos resultante de cesariana prévia, o que também explica a implantação anormal da placenta e o aumento dos riscos nas gestações posteriores de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e morte neonatal;
- d) Após a cesárea a adaptação neurológica é mais lenta, há risco de laceração do feto durante a extração e complicações no estabelecimento da amamentação;
- e) Há associação entre cesariana e desenvolvimento de asma e diabetes tipo 1, ocorrência de alergia alimentar e obesidade durante a infância e idade adulta;
- f) A cesariana pode contribuir para o distúrbio de déficit de atenção.

De acordo com Oliva (2010, p. 8), quem realizou parto cesáreo possui maior risco de re-hospitalização por infecções, enquanto as que tiveram parto vaginal podem ser readmitidas por dano pélvico. Com relação à função sexual observa-se que, oito semanas após o parto, há maior incidência de dispareunia entre mulheres que passaram por cesariana ou por episiotomia. No entanto, a

taxa de dispareunia torna-se semelhante após seis meses do parto, tanto para mulheres que tiveram parto vaginal sem laceração quanto para quem realizou cesariana sem complicações.

O parto vaginal proporciona melhor qualidade de vida no pós-parto e melhores padrões de saúde. No entanto, com relação à depressão pós-parto, a diferença é significativa. As mulheres no parto natural tem interação maior com o filho logo nas primeiras horas o que proporciona melhores condições psicológicas, neurológicas e comportamentais, maior vínculo entre mãe e filho e maior sucesso na amamentação. Já a cesariana reduz o risco de patologias do assoalho pélvico, de natimortos, da morbidade neonatal associada ao prolapso do cordão umbilical, à corioamnionite e à apresentação pélvica. (OLIVA, 2010, p. 9).

O parto operatório não é necessariamente a melhor opção para a mãe ou para a criança:

O fenômeno do parto deve contemplar três variáveis fundamentais: ter segurança técnica, ser uma experiência prazerosa para a mãe e ser visto como um momento de investimento emocional. Com toda a certeza dispomos de tecnologia e sensatez para proporcionar essa harmonização. Altas taxas de cesáreas não indicam melhor qualificação obstétrica em nenhum cenário assistencial, pois essa opção implica em maior risco de graves complicações maternas e perinatais. (SASS; HWANG, 2009, p.136).

Assim sendo, é necessário que se desmitifiquem as vantagens da cesariana e que se realcem os efeitos positivos do parto vaginal sobre a mãe e o recém-nascido, além de aumentar a confiança dos profissionais da área de saúde na sua própria capacidade para realizar partos vaginais. (FREITAS et al., 2005, p. 767).

O parto vaginal é defendido como primeira escolha por muitos médicos, com vários argumentos: é fisiológico; o corpo da mulher é preparado para isso; a recuperação pós-parto é mais rápida; há menor risco de hematomas, infecções e outras complicações cirúrgicas; a maioria das parturientes é capaz de passar de forma saudável pelo momento do nascimento, sem necessidade de intervenção médica. A dor é prevenida pelas técnicas atuais de analgesia. (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010, p. 428).

As vantagens e desvantagens do parto vaginal e da cesariana estão esquematizadas no do Quadro 2 a seguir.

Quadro 2– Vantagens e desvantagens do parto normal e da cesariana

	Parto Vaginal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia	É sempre realizada com anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior, necessidade de analgésicos mais fortes
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos, hemorragias mais comuns
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (quando há episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior que no parto normal
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

FONTE: Costa et al. ([2007], p. 29).

A aceitação de um pedido de cesariana apenas em razão da ansiedade materna não resulta em comportamento médico ético. Cabe ao médico e aos demais profissionais de saúde contrapor vantagens e desvantagens, discutindo as opções com a mãe, de forma que a escolha desta não seja baseada em histórias de amigas, família ou grupo social. A melhor opção é que as gestantes sigam, de forma consciente, a orientação do obstetra. (OLIVA, 2010, p. 19).

3.5 Preferência por cesárea em determinado grupo de mulheres

Geralmente, as mulheres que preferem parto cesáreo são de nível socioeconômico elevado, tem maior escolaridade, maior índice de massa corporal, idade mais avançada e realizam consultas de pré-natal. Sua escolha também sofre influência de experiências reprodutivas anteriores, de familiares e amigas, do medo da dor do parto vaginal, de alteração da vida sexual e da insuficiência de informações. Quando a decisão é tomada no momento do parto, ela é fortemente relacionada com a evolução do trabalho de parto e com a assistência recebida. A opinião do obstetra e o seu poder de convencimento a

favor do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto vaginal. (DIAS et al., 2008, p. 1522, 1530).

Como demonstrado em vários estudos, no início da gestação verifica-se uma preferência das mulheres, de todos os níveis socioeconômicos, pelo parto vaginal. Sendo assim, a decisão final será conduzida na maior parte das vezes pela modalidade de serviço de saúde a qual a cidadã se vincula (SUS ou Sistema Suplementar). (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 252).

Para avaliar com maior precisão os fatores associados a elevada percentagem de cesarianas em grupos populacionais de melhores condições econômicas, ainda são necessários estudos com maior número de partos atendidos com pagamento particular ou por convênio. (PÁDUA et al., 2010, p.70).

Atualmente os profissionais de saúde tem mais prática no uso da tecnologia sofisticada do que na aprendizagem da assistência ao parto vaginal. Se, por um lado, este demanda uma grande disponibilidade do obstetra, na intervenção programada o médico só investirá um tempo padrão, mais reduzido, para a assistência obstétrica. (YAZLLE et al, 2001).

As gestantes que optam por um parto programado sem uma indicação médica, aceitam a possibilidade de complicações para elas próprias e seus bebês com o objetivo de evitar as incertas consequências do parto normal. (FERRARI, 2010).

A gestante costuma optar por cesariana por receio das possíveis consequências, por conveniência e por considerar o parto normal uma experiência arriscada. (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010, p. 428). Há também preocupações com a criança e conservação do assoalho pélvico. (BARROS et al. 2011, p. 636). A analgesia raramente é oferecida pelos serviços públicos em partos vaginais. E, como em alguns dos partos normais ainda é realizada a episiotomia (incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto), a mãe sente desconforto durante o período puerperal. (BARROS et al., 2011, p. 642).

Atualmente, a escolha da esterilização tubária (método de esterilização feminina caracterizado pelo corte e/ou ligamento cirúrgico das tubas uterinas) como método contraceptivo não deve ser motivo determinante para a opção por cesariana.

Segundo o Artigo 10 da Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996, somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes;

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

A mulher vivencia várias alterações físicas e emocionais durante a gestação e parto. Para um pré-natal adequado, é necessário que o profissional médico procure sanar as dúvidas, inseguranças e preocupações da gestante, principalmente as que se relacionam ao parto vaginal. A falta de preparo psicológico e o medo da dor podem levar a parturiente a optar por uma cesárea desnecessária. Porém, quando há suporte psicológico e diálogo esclarecedor durante a gestação, no momento do parto o medo é superado. (PIRES et al., 2010).

3.6 Ações destinadas à diminuição das taxas de cesáreas

Brasil (2008) destaca que muitas estratégias destinadas à diminuição das taxas de cesáreas têm sido propostas nos serviços públicos e privados pelo Ministério da Saúde e são orientadas a partir de três vertentes: intervenções psicossociais e orientações individuais e em grupo direcionadas às mulheres; ações direcionadas às instituições com implantação e implementação de diretrizes e criação de serviços de auditoria; e ações direcionadas aos profissionais da saúde com estratégias de redução baseadas em evidência científica. Leal (2007) considera as estratégias relacionadas aos profissionais como a intervenção mais importante e de mais difícil implantação, pois vão de encontro ao modelo de atenção predominante, focado no profissional médico, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos

psicossociais do parto e nascimento.

O Parto Humanizado é apontado por Nagahama e Santiago (2011) como importante no processo de redução das altas taxas de cesarianas. Os autores o definem como um conjunto de condutas e procedimentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e à prevenção da morbimortalidade perinatal. O respeito ao processo fisiológico e a individualização de cada nascimento evitam os excessos e a escolha errônea dos recursos tecnológicos.

Por outro lado, a maior redução das taxas de cesáreas tem sido obtida com uso de protocolos baseados em evidências, manuais e orientações implantadas dentro de um conjunto de estratégias variadas. Entre as estratégias recomendadas estão a educação sobre os manuais, a reforma da organização hospitalar, *feedback* dos resultados aos profissionais envolvidos e ações que incentivam os profissionais a mudar sua prática clínica. (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 256).

O *feedback* e a auditoria são estratégias eficientes, embora lentas, para diminuir a incidência de cesáreas. Nesse contexto, a auditoria tem trazido redução pequena, mas significativa nos hospitais públicos brasileiros. Outra estratégia é concentrar o trabalho de esclarecimento e suporte psicológico para as mulheres primigestas, evitando que seu primeiro parto seja por cesárea e os subsequentes também. (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000, p. 2).

Existem práticas que tem sido eficientes e úteis durante o nascimento, devendo, então, ser encorajadas. Um exemplo é o partograma, a representação gráfica do trabalho de parto, o qual permite acompanhar sua evolução, identificar alterações e orientar a indicação de condutas apropriadas para corrigir os desvios observados, evitando intervenções desnecessárias e respeitando a fisiologia do trabalho de parto. (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 258).

Também são muito importantes os mecanismos de combate à dor durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito. A dor excessiva e a ansiedade por ela gerada podem alterar a contratilidade uterina e trazer alterações metabólicas fetais, como hipoxemia e sofrimento fetal agudo. Mesmo a sensibilidade à dor sendo dependente de fatores psicológicos, culturais e étnicos, é direito da mulher receber cuidados capazes de aliviar e controlar a dor, caso deseje. Nem todos os métodos de combate à dor precisam ser

farmacológicos. Por exemplo, o esclarecimento sobre a fisiologia do parto traz maior segurança à mulher e a seus familiares e acompanhantes e reduz a ansiedade. Também são aconselháveis massagens, técnicas de relaxamento, música, deambulação, acupuntura, banhos e liberdade de mudança de posição. (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 258-259).

O Quadro 3 apresenta medidas capazes de reduzir a incidência de cesáreas.

Quadro 3 - Medidas que reduzem a incidência de cesarianas

Recomendação	Grau de recomendação
Suporte contínuo às gestantes durante o trabalho de parto	A
Segunda opinião na vigência de indicações de cesárea	A
Utilização adequada do partograma	A
Discussão da via de parto com a gestante	C
Adoção pelos diversos serviços e para a prática clínica individual de normas específicas e diretrizes baseadas em evidências	A

FONTE: Souza; Amorim; Porto (2010, p. 507).

Por outro lado, existem outras medidas que não reduzem a incidência de cesáreas, embora possam ter influência positiva para tal. Estas medidas estão no Quadro 4 e foram observadas por Souza et al (2010) em uma revisão bibliográfica.

Quadro 4– Medidas que não reduzem a incidência de cesarianas, mas podem influenciar favoravelmente outros desfechos

Recomendação	Grau de recomendação
Deambulação durante o trabalho de parto	A
Adoção de posição não supina durante o segundo estágio do trabalho de parto	A
Imersão em água durante o trabalho de parto	A
Analgesia peridural no trabalho de parto	A
Uso de medicina alternativa (acupuntura, aromaterapia, hipnose, produtos herbais, suplementos nutricionais, medicina homeopática e medicina chinesa)	D

FONTE: Souza; Amorim; Porto (2010, p. 507).

Entre os métodos farmacológicos de controle à dor está o uso de agentes farmacológicos sistêmicos. No entanto, apresentam efeitos colaterais, pois todos atravessam a barreira placentária e podem causar depressão

respiratória no recém-nascido, letargia e dificuldade de amamentação. O bloqueio regional da dor (analgesia peridural, uso de raquianestesia ou de bloqueio combinado) tem-se demonstrado mais efetivo e apresentado menores efeitos colaterais. No período expulsivo pode ser usado o bloqueio pudendo. (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 259).

A escolha decisiva do tipo de parto depende da avaliação do bem-estar do feto. Dependendo do tipo de gestação, varia a forma de avaliação, essencial para a condução do trabalho de parto. As gestações de alto risco requerem monitorização específica e frequente, já as gestações de baixo risco requerem monitorização menos complexa. A capacitação do profissional para a assistência ao parto é essencial para que a gestante se sinta segura, para o sucesso de um parto vaginal e para a redução do número de cesáreas desnecessárias. (HADDAD; CECATTI, 2011, p. 259).

Estudos têm demonstrado que o incentivo ao parto vaginal e humanizado, por meio de cursos, palestras, visitas à maternidade que irá receber a gestante e trocas de experiências entre as puérperas é um incentivo à maternidade e ao parto natural. (ZAMBRANO et al., 2003, p. 180).

A disponibilização de informações às gestantes é um passo efetivo para mostrar as vantagens do parto normal sobre a cesariana, mas esta medida deve ser acompanhada pelo profissional médico encarregado da assistência ao parto. Cabe a ele esclarecer e passar segurança à futura mãe que se encontra frágil pela iminência do parto. (DIAS et al., 2008, p. 1532).

O modelo de assistência ao parto e ao nascimento, no Brasil, não tem tido resultados compatíveis com os investimentos realizados, pois são altas as taxas de cesarianas, mortalidade materna, mortalidade perinatal e bebês prematuros. Um fator preocupante é a inexistência de dados sobre as consequências futuras do número excessivo de cesarianas, nem sempre realizadas com indicação médica precisa e, muitas vezes, antes do completo desenvolvimento da criança. (BRASIL, 2006, p. 1-2).

Osava et al. (2011) reforça que uma das estratégias adotadas desde 1998 por meio da Portaria GM 985/99 do Ministério da Saúde que é a criação de Centros de Parto Normal que procuram valorizar a fisiologia do parto vaginal, a presença do acompanhante e o contato precoce da mãe com o recém-nascido.

A prevalência da operação cesariana neste Centro de Parto Normal apresentou taxas menores comparadas a outras maternidades do Brasil, tanto em serviços públicos como privados.

4. Conclusão

A opção pelo tipo de parto deve ser baseada em necessidade e em indicação médica, em avaliação dos riscos e complicações, dos benefícios e dos custos presentes e futuros. Por outro lado, no Brasil, as cesáreas têm sido indicadas por causa da assistência médica inadequada, pela insuficiente educação das gestantes e por fatores socioeconômicos.

É importante destacar, ainda, outros motivos que contribuem para o excesso de indicações de cesarianas no país como: a formação deficiente dos profissionais de saúde; a falta de tempo do obstetra para acompanhar um parto normal; a ausência ou deficiência de atendimento pré-natal; a desarticulação entre o atendimento pré-natal e o atendimento hospitalar; e a escolha das parturientes influenciada por medo da dor, pela falta de informações e por experiências prévias.

Como forma de mudar este panorama é indispensável a adoção de manuais e a implantação de protocolos específicos; cuidado com a orientação dos profissionais e gestantes, reformas hospitalares, educação em saúde para as gestantes e acompanhamento multidisciplinar durante o parto. Durante todo o trabalho de parto, é importante o uso de mecanismos de combate à dor e uso de técnicas de relaxamento e de massagens, pois podem minimizar o medo e desconforto das gestantes. Desta forma, entende-se que o enfrentamento do problema das altas taxas de cesarianas e suas consequências implicaria o envolvimento de diferentes atores sociais e que é preciso garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades, de forma a garantir um atendimento integral e humanizado à gestante e a sua família.

HIGH CESAREAN SECTION RATES IN BRAZIL: A PUBLIC HEALTH PROBLEM -LITERATURE REVIEW

Abstract

Objective: review knowledge about the cesarean section delivery and vaginal delivery, presenting their absolute and relative indications and also their incidence and prevalence to oppose preconceived ideas. It was still possible to evaluate the causes of the high rates of cesarean, explaining the technical criteria that should be observed in their indication, describing data that prove its increase and that allow the understanding of the choice of cesarean section, showing future effective actions to reverse this increase. **Data source:** once used the bibliographic research, the study was based on the current literature, on the legislation that addresses the issue under study and in journals indexed and available at the Virtual Library of Health (SciELO, MEDLINE, LILACS and PubMed) for the selection of papers published from 2000 to 2012. **Data synthesis:** in Brazil the C-section has been performed by different factors, such as: poor training of health professionals, lack of time of the obstetrician to monitor the normal delivery, choice of pregnant women affected by fear of pain and previous experiences, deficiency of prenatal and disarticulation with hospital care. **Conclusion:** The choice of the type of delivery should be based on need and medical direction, risks assessments and complications, benefits and present and future costs. On the other hand, to cope with high rates of cesarean sections in Brazil, it is necessary to implement national policies and demand their execution, involving different stakeholders by implementing practices that promote vaginal delivery.

Keywords: vaginal delivery, cesarean section, cesarean.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. de. et al.. Diferença notável nas taxas de parto cesariano em hospital público e hospital privado no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008001200020&script=sci_abstract>. Acesso em: 11 fev. 2012.

BARROS, A. J.D. et al.. Padrões dos partos em um coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n. 4, p. 635-643, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BRASIL, Lei 9.263 de 12 de Janeiro de 1996. Regulamenta o §7º do art. 266 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na saúde suplementar. *Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)*, p.3, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 06 abr.2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática. 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 06 abr.2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor da saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: *Agência Nacional da Saúde*, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/livro_parto_web.pdf>. Acesso em: 22mar. 2013.

CAMARA, M. F.B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. Fatores socioculturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 2, n. 1, p.15, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html>. Acesso em: 15 fev. 2012.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.427- 433, mar. 2010. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200019>. Acesso em: 15 fev. 2012.

COSTA, A. M.; CECATTI, J. G.; SORRENTINO, S. R.; CANELLA, P. R. B. Saúde materna: componente essencial dos direitos reprodutivos. *Cartilha Saúde Materna*, p.45, 2007. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-deapoio/publicacoes/saude/cartilha-saude-materna-rede-feminista>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2013.

DIAS, M. A. B. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2013.

FABRI, R. H.; SILVA, H. de S. L. e; LIMA, R. V. de; MURTA, E. F. C. Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um hospital privado. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 2, n. 1, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 fev. 2012.

FERRARI, J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2013.

FREITAS, F. et al. *Rotinas em obstetrícia*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 903.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*. v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 24, mai. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/12.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

GAMA, A. de S. et al.. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 fev. 2012.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.5, n. 33, p. 252-262, mai. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n5/a08v33n5.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.5, n. 18, p. 1303-1311, set./out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

HUNGLER, B. P.; BECK, C. T.; POLIT, D. F. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004. 487 p.

LEAL, M. do C. Cesarianas desnecessárias: Causas, consequências e estratégias para sua redução. *Escola Nacional de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p.133, 2007. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/FIOCRUZ_Ces%C3%A1reas.pdf>. Acesso em: 22 mar de 2013.

LEAL, M. do C. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, out. 2008. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000500017&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 fev. 2012.

MARTINS-COSTA, S.; RAMOS, J. G. L. A questão das cesarianas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2013.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 11, n. 4, dez. 2011. Disponível em:

<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3337.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

OLIVA, C. M. P. S. Cesariana versus parto vaginal: como nascer? *Dissertação de Mestrado em Medicina*, Universidade do Porto, p.31, 2010. Disponível em: < <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52793>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

OSAVA, R. H. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011. Disponível em: < <http://www.ccs.uel.br/nesco/eghss/mono/12.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

PÁDUA, K. S. de. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008>. Acesso em: 15 fev. 2012.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, fev. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n1/1759.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2013.

REIS, S. L. S. dos. et al. Parto normal X Parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/53-01/08-262-parto_normal_x_parto_cesario.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.

REZENDE, J. de. C. CORRÊA, M. D.; MELO, V. H. de; AGUIAR, R. A. L. P. de; CORRÊA JÚNIOR, M. D. *Noções práticas de obstetrícia*, 13. ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2004. 915 p.

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 4, n. 14, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, v.

38, n. 10, set. 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>>.

Acesso em: 12 fev. 2012.

ZAMBRANO, E.; BARIZON, J. B.; LUCHESI, L. B.; SANTOS, C. B. dos; GOMES, F.

A. Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto.

Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, 2003.

Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a09.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2012.

ZIMMERMANN, J. B. et al. Complicações puerperais associadas à via de parto.

Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 109-116, 2009.

Disponível em:

<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/110/91>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

YAZLLE, M. E. H. D. et al. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 2, abr.

2001. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102001000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mar. 2013.