



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANGELÍZIA DE FÁTIMA MARQUES ARRUDA

**PANORAMA DE INDICAÇÃO DE CESARIANAS REALIZADAS EM
MATERNIDADES NO ESTADO DO CEARÁ ENTRE 2017 E 2021**

FORTALEZA

2024

ANGELÍZIA DE FÁTIMA MARQUES ARRUDA

PANORAMA DE INDICAÇÃO DE CESARIANAS REALIZADAS EM
MATERNIDADES NO ESTADO DO CEARÁ ENTRE 2017 E 2021

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Lima Correia.

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A817p Arruda, Angelízia de Fátima Marques.

Panorama de indicação de cesarianas realizadas em maternidades no estado do Ceará entre 2017 e 2021 / Angelízia de Fátima Marques Arruda. – 2024.
60 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Luciano Lima Correia.

1. Cesárea. 2. Parturiente. 3. Saúde da mulher. I. Título.

|CDD 362.1

ANGELÍZIA DE FÁTIMA MARQUES ARRUDA

PANORAMA DE INDICAÇÃO DE CESARIANAS REALIZADAS EM
MATERNIDADES NO ESTADO DO CEARÁ ENTRE 2017 E 2021

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof Dr. Luciano Correia Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª Dra. Márcia Maria Tavares Machado de Aquino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

RESUMO

A taxa de cesáreas no Brasil é uma das mais altas no mundo e tem sido discutida com vistas à redução de complicações decorrentes deste procedimento, e de mortes maternas, fetais e infantis evitáveis. A pesquisa tem como objetivo analisar a adequação da indicação de cesarianas em maternidades no estado do Ceará, entre 2017 a 2021. Os dados, coletados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos(SINASC), da plataforma DATASUS-TABNET, passaram por procedimento de tabulação no Microsoft Office Excel ®, e processamento por meio do software R for Windows versão 3.5.1, onde foram aplicadas medidas de síntese (estatística descritiva) e a aplicação do teste analítico de *Qui-quadrado* de independência. Foram analisados 630.704 partos, com predominância destes por procedimento cirúrgico de cesariana (59%), sobretudo no ano de 2021 (61,45%). Observou-se ainda dados sociodemográficos, gestacionais e neonatais. A realização deste estudo possibilitou identificar os índices de cesarianas realizadas no Estado do Ceará, mediante a proposta e com base nos achados, conclui-se que o índice de cesáreas no Estado reflete a tendência observada no Brasil e no mundo. Concluindo-se que faz-se necessário a continuação de estudos que possibilitem nortear diretrizes das políticas elaboradas para a redução da proporção de partos cesáreos e que sejam capazes também de avaliar a implementação e eficácia das mesmas em cada setor de saúde.

Palavras-chave: cesárea; parturiente; saúde da mulher.

ABSTRACT

The rate of cesarean sections in Brazil is one of the highest in the world and has been discussed with a view to reducing complications resulting from this procedure, and preventable maternal, fetal and infant deaths. The research aims to analyze the adequacy of indicating cesarean sections in maternity hospitals in the state of Ceará, between 2017 and 2021. The data, collected in the Live Birth Information System (SINASC), on the DATASUS-TABNET platform, went through a tabulation procedure in Microsoft Office Excel®, and processing using the software R for Windows version 3.5.1, where synthesis measures (descriptive statistics) and the application of the Chi-square analytical test of independence were applied. 630,704 births were analyzed, with a predominance of these being surgical cesarean sections (59%), especially in 2021 (61.45%). Sociodemographic, gestational and neonatal data were also observed. Carrying out this study made it possible to identify the rates of cesarean sections performed in the State of Ceará, through the proposal and based on the findings, it is concluded that the rate of cesarean sections in the State reflects the trend observed in Brazil and the world. In conclusion, it is necessary to continue studies that make it possible to guide policy guidelines designed to reduce the proportion of cesarean births and that are also capable of evaluating their implementation and effectiveness in each health sector.

Keywords: cesarean section; parturient; women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fatores relacionados ao parto cesáreo	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com o ano de ocorrência e características maternas. Estado do Ceará, 2017 a 2021.	44
Tabela 2 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com as características do recém-nascido. Estado do Ceará, 2017 a 2021.....	44
Tabela 3 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com o número de consultas e adequação de acesso ao pré-natal. Estado do Ceará, 2017 a 2021	45
Tabela 4 - Taxa de ocorrência de partos normais e cesáreas em relação aos grupos de Robson. Estado do Ceará, 2017 a 2021	46

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACOG	Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCP	Desproporção Cefalo-pélvica
IC	Intervalo de Confiança
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MPF-SP	Ministério Público Federal de São Paulo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PC	Parto Cesáreo
PIB	Produto Interno Bruto
PSE	Posição Sócio-econômica
RN	Recém-nascido
SCRDG	Classificação de Robson em Dez Grupos
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Contextualização do objeto de pesquisa.....	14
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	Institucionalização do parto e suas contribuições.....	17
3.2	Epidemiologia do parto cesáreo no Brasil.....	21
3.2.1	Implicações das cesarianas à saúde da mãe e do filho.....	28
3.3	Fatores relacionados a realização do parto cesáreo.....	30
3.4	Repercussões da pandemia SARS-COV-2 e realização de cesáreas.....	35
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	Tipo de Estudo.....	39
4.2	População e Local do estudo.....	39
4.3	Amostragem.....	40
4.4	Variáveis do estudo.....	40
4.4.1	Dados sociodemográficos.....	40
4.4.2	Gestação e desfechos neonatais.....	40
4.5	Coleta de dados.....	41
4.6	Análise de dados.....	41
4.7	Aspectos éticos.....	41
5	RESULTADOS.....	42
6	DISCUSSÃO	48
7	CONCLUSÃO.....	54
	REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é um tema cada vez mais discutido na sociedade contemporânea, tendo sua origem de longa data (ZUGAIB; FRANCISCO, 2019). Tão importante e relevante é o tema que, verificou-se, em 2020, uma taxa de mortalidade materna que soma 44.603 mortes das mais variadas causas, o que deixa explícito a importância de ser abordado os cuidados com a saúde das mulheres e principalmente no período gestacional (BRASIL, 2021). Por ser um problema de saúde pública e de grande impacto na sociedade, a Organização das Nações Unidas (ONU), nos anos 2000, publicou os oito objetivos do milênio, no qual a “melhoria da saúde das gestantes” era uma das metas (BRASIL, 2020).

Corroborando com o exposto, nota-se a urgente necessidade na implementação de mais medidas para o cuidado com a saúde das mulheres e gestantes, podendo ser constatada com a alarmante taxa de morte materna por causas diretas (hipertensão, hemorragias, infecção puerperal e aborto), a qual, no ano de 2020, atingiu um número de 630 mulheres até o mês de agosto (BRASIL, 2021).

Um dos pontos importantes que tem contribuído com as elevadas taxas de morbimortalidade é o número exagerado de cesarianas que estão sendo realizadas, sem indicação médica, e que contribuem diretamente no aumento de complicações maternas e neonatais e, portanto, na mortalidade (BARROS *et al.*, 2018).

A gravidez é um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de oportunidade ímpar para uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreamento de enfermidades (COSTA *et al.*, 2020).

Nas primeiras décadas do século XX, o Brasil incorporou a saúde da mulher nas políticas públicas, apresentando alguns limites em relação à gravidez e ao parto. Esta limitação se explica tendo em vista que nas décadas de 30, 50 e 70 os programas de assistência materno-infantil apresentavam uma visão restrita da mulher, focada na dimensão biológica e no papel social de mãe e doméstica, e responsável pela educação, saúde e criação dos seus filhos (BRASIL, 2011).

O parto consiste no momento de resolução do ciclo grávido-puerperal, constituindo momento definitivo e condicionante do futuro da gestante e do recém-

nascido (OLIVA, 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza como objetivo da assistência ao parto a manutenção de mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (PATAH; MALIK, 2017).

O Brasil busca nos últimos anos uma visão mais ampla na atenção ao parto, considerando os aspectos físicos, emocionais e socioculturais que precisam ser respeitados, permitindo que a mulher vivencie a experiência da maternidade com segurança, crie vínculo com a equipe e sinta-se tranquila no momento do processo do nascimento (GOMES *et al.*, 2017).

A partir do momento em que os partos passaram a ocorrer prioritariamente em ambientes hospitalares e realizados por profissionais de saúde, passou-se a separar os partos em vaginal e abdominal. Muitas mulheres associam, especialmente após o nascimento vaginal sem intervenções médicas, sentimentos de realização, poder e alegria. Para outras mulheres o parto vaginal é associado a trauma, medo, dor e ansiedade (LAVENDER *et al.*, 2017).

Josipović, Stojkanović e Brković (2018) afirmam que o parto vaginal vem se tornando menos desejado pelas mulheres, por considerarem a via cesárea com menor sofrimento para a mesma e como sendo mais segura para a criança.

Importante lembrar que a cesariana, ou parto cesariano, é um procedimento médico cirúrgico, por meio do qual o obstetra, médico especialista da área, promove uma incisão na região abdominal e remove o feto. Já o parto vaginal, também chamado de parto normal, é aquele no qual o feto nasce por via vaginal, na grande maioria das vezes, sem necessidade de intervenção médica ou da equipe (ZUGAIB; FRANCISCO, 2016).

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Os fatores que aumentam o risco de uma gestação podem ser divididos em fatores presentes antes da gestação e os que surgem durante a gestação. Os fatores de risco presentes anteriormente à gestação podem estar relacionados às

características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, à história reprodutiva anterior ou às condições clínicas preexistentes. Já aqueles que surgem durante a gestação correspondem à exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos, doenças obstétricas na gravidez atual e intercorrências clínicas (BRASIL, 2012).

Em 2016, o Ministério da Saúde lançou o protocolo Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e a Diretriz de Atenção à Gestante: operação cesariana, onde o protocolo coloca que toda gestante precisa receber informações sobre os benefícios e riscos de uma cesárea, com dados da literatura, sendo apresentados para que a mulher possa tomar a decisão embasada em informações e evidências científicas, respeitando a sua autonomia e as características culturais (BRASIL, 2016).

Segundo o Projeto Parto Adequado, no qual foram levantados 4 pontos para explicar o excesso de cesarianas no Brasil, nos últimos 30 anos, avaliou-se como relevante a conveniência para o obstetra, a prática obstétrica autônoma e o modelo de cuidado obstétrico que proporciona a medicalização do nascimento, ou seja, a submissão do binômio materno-fetal aos cuidados inteiramente hospitalares e intervencionistas (BOREM *et al.*, 2020). Uma recente série de trabalhos publicados pela revista *The Lancet* alerta para o número excessivo de cesarianas e atribui essas taxas ao aumento do número de nascimentos em instituições de saúde e a maior frequência de cesarianas dentro das instituições (BOERMA *et al.*, 2018). Adicionalmente, há a relação entre o nível de escolaridade e a escolha da via de parto que nos grupos com menor escolaridade a taxa de cesarianas chega a 19,4%, enquanto em mulheres com nível educacional maior há um aumento para 54,4% (HOXHA I *et al.*, 2017).

As indicações de cesáreas são difíceis de serem definidas e aplicadas de forma consistente. Isto se justifica pelo fato de que os procedimentos de indicação são avaliados após a realização da cesárea, o que dificulta a classificação para obtenção de uma visão global na assistência. Um sistema de classificação geralmente determina a sua estrutura, porém, a classificação trabalha vários aspectos. Deve ser prospectiva para melhorar os resultados, ser simples, de fácil entendimento e de fácil implementação. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2017).

De acordo com a OMS (2015), a comunidade internacional de saúde tem considerado como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15% de todos os partos. No Brasil, de acordo com estudo realizado pela Fiocruz, este índice chega a 52% na

rede pública e 88% na rede privada, com cerca de um milhão de mulheres sendo submetidas anualmente a cesariana sem indicação obstétrica (FIOCRUZ, 2015).

Visando reduzir as cesarianas, faz-se necessário entender os fatores que causam a elevação das taxas de cesarianas, a fim de orientar as intervenções que podem conduzir à redução destas taxas. Uma forma de organizar e de controlar os níveis de partos por via abdominal é a utilização de uma classificação baseada em características obstétricas das pacientes, como a Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) (ROBSON, 2010). Estes sistemas de classificação são úteis na comparação entre grupos de pacientes com perfis obstétricos semelhantes, auxiliando na indicação de uma via de parto adequada (COSTA *et al.*, 2020).

1.1 Contextualização do objeto de pesquisa

Devido ao aprimoramento crescente das políticas públicas voltadas à saúde da mulher no nível nacional, podemos evidenciar o reconhecimento dos direitos das mulheres (LEAL *et al.*, 2019). Destacam-se os direitos da mulher a uma assistência obstétrica segura de qualidade e ao seu protagonismo no parto, tomando decisões junto com os profissionais que as atendem.

No bloco cirúrgico onde atuo como enfermeira assistencialista, a preocupação inicial e imediata é a preparação e inserção da gestante com indicação cirúrgica em sala operatória, visando a prestação de uma assistência humanizada, centrada na mulher, com práticas baseadas em evidência e com respeito à dignidade e aos direitos reprodutivos da mulher e da família, além da sobrevivência do recém-nascido.

O fluxo de cirurgias por parto via cesárea é intenso em todos os turnos, apresentando por vezes uma taxa maior do que a recomendada pela OMS, no qual identifiquei a necessidade de registros padronizados para a indispensável sistematização na coleta de dados sobre a mulher, o feto e antecedentes obstétricos, a fim de subsidiar a indicação apropriada de cesáreas, o monitoramento das taxas e análise dos motivos das indicações. Isso despertou-me o interesse em aprofundar uma pesquisa que avaliasse como encontra-se os índices de partos por via cesárea no Ceará.

Com isso, o problema do estudo em questão é o desconhecimento da adequação de indicação de cesarianas em maternidades no Ceará.

Conseqüentemente, idealizo esta pesquisa a partir da seguinte pergunta: Quais associações existentes entre as características clínico-epidemiológicas de parturientes, e a indicação de cesarianas nas maternidades no estado do Ceará?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a adequação da indicação de cesarianas em maternidades no estado do Ceará, entre 2017 a 2021.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar condições sociodemográficas, clínicas e antecedentes obstétricos de mulheres submetidas à cesárea;
- Estimar a proporção de mulheres submetidas à cesárea e suas indicações delimitadas;
- Descrever as características clínico-epidemiológicas das parturientes;
- Verificar a associação entre as características clínico-epidemiológicas e a indicação de cesarianas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Institucionalização do parto e suas contribuições

No ocidente, a história recente da assistência ao parto foi consolidada a partir de dois modelos polares de assistência, chamados por RATTNER e TRENCH (2005) de “paradigma europeu” e “paradigma americano” (p.65). No europeu, há a valorização da fisiologia e do bem-estar materno e perinatal, por meio do uso parcimonioso e apropriado das tecnologias e das intervenções. O parto, neste contexto, ocorre nos domicílios ou em casas de parto, ficando os hospitais designados para os casos em que, comprovadamente, há a presença ou o prenúncio de complicações materno-fetais. Enquanto que o paradigma americano está pautado pela institucionalização e tecnologização do parto, pelo emprego excessivo de intervenções e por práticas que atendem, na maior parte das vezes, à conveniência dos profissionais de saúde.

O modelo americano teve grande influência dos trabalhos de K. O’Driscoll, a partir da década de 1960. O’Driscoll, visando prevenir o trabalho de parto prolongado, entendido por ele como patológico, propôs algumas medidas que chamou de pacote para o manejo ativo do trabalho de parto, para que a mulher desse à luz no menor tempo possível. Objetivava, em sua teoria, garantir o bem estar materno e fetal e reduzir o número de cesarianas (O’DRISCOLL, 1969).

O modelo de assistência prevalente no Brasil segue o paradigma americano (RATTNER e TRENCH, 2005) influenciado por O’Driscoll, o que tem conferido ao país resultados maternos e perinatais muito aquém do desejado e esperado, a exemplo dos altos índices de cesariana, da medicalização excessiva no parto e da assistência desumanizada presente nas instituições de saúde.

Diante um contexto histórico o parto tem passado por diversas transformações, sem a existência das técnicas de partos que temos na atualidade, antes não existia a possibilidade de redução das dores do parto, tampouco como facilitar a realização do mesmo. A realidade da época era que as gestantes ao sentirem o aumento das contrações isolavam-se para parir sem nenhuma assistência ou cuidado especializado, simplesmente a partir deste momento deduziam por instinto que o momento do parto estava chegando (PINHEIRO; BITTAR, 2021).

Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. Por isso, há um movimento de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento (BRASIL, 2001; DONELLI, 2003; HELMAN, 2003; MALDONADO, 2002; MOTT, 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; TORNQUIST, 2002).

Dentro desse contexto de humanização, tendo em vista toda a complexidade que abarca o momento do parto, considera-se importante a presença de um acompanhante de escolha da mulher, a fim de apoiá-la durante o parto. Prática esta, recomendada pela Organização Mundial de Saúde e tem sido desenvolvida com êxito em diversos países (DOMINGUES, 2002).

Os cuidados mais específicos com relação à assistência ao parto só foram iniciados quando as próprias gestantes por questão “empática” passaram a ajudar umas às outras, contribuindo com melhorias no transcurso do parto, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido (RN). Em seguida, essas melhorias foram promovidas por parteiras, que ao logo da realização de cada parto, foram acumulando experiências, que foram passadas conseqüentemente de uma geração para outra, com finalidade de contribuir cada vez mais para o parto saudável, momento este tão esperado e importante na vida das mulheres (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2020).

Segundo os mesmos autores, após o período da Segunda Guerra Mundial o parto foi incorporado às instituições de saúde, justificados pelos novos conhecimentos e habilidades práticas por parte dos profissionais, adquiridas nos campos de assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, minimizando significativamente a morbimortalidade materna e infantil. Embora a institucionalização do parto e os avanços tecnológicos tenham proporcionado melhor controle dos riscos para mãe e filho, houve incorporação de grande número de intervenções desnecessárias, resultando conseqüentemente no aumento progressivo de cesarianas.

Nesse novo contexto, o parto que antes era realizado na própria residência da gestante e na convivência de seus familiares, assistido por uma parteira leiga, passou a ser realizado na instituição hospitalar, particularmente, na maternidade e praticado sob a condução de profissionais de saúde, entre eles os médicos, passando

erroneamente a ser visto apenas como um ato cirúrgico. Os médicos passaram a realizar cada vez mais procedimentos invasivos e intervencionistas, justificando requerer um menor tempo e uma maior praticidade (PINHEIRO; BITTAR, 2021).

As primeiras referências à retirada do feto pela via abdominal vêm de épocas milenares, cuja história nos chegou pelos relatos da mitologia greco-romana em inscrições nos manuscritos persas e assírios, e nos papiros egípcios (REZENDE, 2006; SEWELL, 1993). “Ibiq-iltum, filho de Sin-magir, nascido por cesariana e filho da mulher morta Atkasim”. A expressão original em acadiano (língua dos mesopotâmios da época), silip remin, pode significar tanto cesariana quanto o uso de um fórcepe. Como o uso do fórcepe só é relatado na Idade Média, presume-se que essa referência seja à cesariana. Esse texto, datado do ano 23 de Hamurabi da Babilônia (1795-1750 a.C), é provavelmente o primeiro relato de uma cesariana feita em mulher morta ou em vias de. Cesarianas em mulheres mortas eram realizadas provavelmente por egípcios antigos.

O primeiro registro de cesariana na qual tenham sobrevivido mãe e filho data de 1500, na Suíça. Não foi realizada por um médico, mas pelo castrador de porcos, Jacob Nufer, marido da parturiente. Sua esposa encontrava-se há vários dias em trabalho de parto, assistida por 13 parteiras, sem sucesso. Após conseguir permissão das autoridades legais, Nufer abriu o ventre da esposa em golpe único, como abatendo porcos, e extraiu seu filho vivo. A mulher sobreviveu e, posteriormente, deu à luz cinco filhos via parto vaginal, sendo um de gêmeos. O filho de Nufer viveu até os 77 anos. Alguns historiadores questionam a veracidade desse relato devido ao fato de a primeira descrição sobre o caso somente ter sido relatada 81 anos depois do acontecimento, no livro de Rousset (GULLERMEAU, 1612).

No Brasil, o cenário nesse período foi dominado por Fernando Magalhães (1878-1944), professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, grande nome no ensino da obstetrícia e na implantação do parto abdominal no país. Ele relatou que, durante seu internato na Maternidade da Santa Casa (1896-1990), houve apenas uma cesárea em 1889, fruto de extraordinária expectativa. O procedimento ocorreu em duas horas, perante assistência numerosa e comovida. Houve maior rigor no preparo do material e, ainda assim, a paciente não sobreviveu as 24 horas, sendo acometida pela tão temida peritonite (REZENDE, 1993).

Em 1915, Fernando Magalhães deu início a uma época de grande avanço na história do parto abdominal. Pôs em prática uma nova técnica: isolava-se o útero

exteriorizado com compressas e dois lençóis estendendo-se longitudinalmente sobre o órgão, depois de herniado e adaptado no segmento inferior um cordel resistente e elástico. O objetivo era proteger ao máximo a cavidade abdominal. Os resultados de Magalhães estão entre os melhores, mesmo quando comparados aos internacionais. De 161 casos houve mortalidade materna de 6,8%, e mortalidade fetal de 2,6%, índices já promissores (REZENDE, 1993). Em 1926, numa estatística americana, a mortalidade por cesariana era de 13% (MONTEIRO, 1922).

Naquela época, em 1922, as indicações absolutas de cesariana consistiam em condições que impediam por completo o trânsito transpélvico: desproporção cefalopélvica; estenose vaginal pronunciada; tumores do colo; segmento inferior do útero ou paredes pélvicas; “feto grande”. Outras indicações absolutas seriam: “eclâmpsia grave”, associada à rigidez do colo, “tetânia” uterina ou distócias; e proclividade de cordão, associada a vício pélvico e sofrimento fetal. Quanto à placenta prévia total, havia opiniões divergentes na época, e pesava-se o risco-benefício do parto abdominal para a mãe e para o feto (KRONIG, 1912). Nos casos de descolamento prematuro da placenta, optava-se pela cesariana com o objetivo de verificar a necessidade de histerectomia, realizada caso houvesse apoplexia uterina. Em 1924 foi realizada a primeira cesariana segmentar no Brasil, por Clovis Correa e Octavio de Souza. Deu-se início, então, ao período em que as cesarianas baixas estabeleceram-se como mais vantajosas no país (REZENDE, 1993).

Após a descoberta das técnicas de anestésias, essas passaram a ser utilizadas pela medicina, e também procedimentos que visassem à minimização ou até mesmo a não infecção, a realização de partos por procedimentos cirúrgicos tornou-se ainda erroneamente uma opção por escolha das usuárias de saúde não só no Brasil como em todo o mundo. Deste modo, as cesarianas progressivamente passaram a ser consideradas os partos mais seguros e menos sofridos, principalmente quando há risco para gestantes e bebês, porém esta realidade não funciona precisamente apenas nestes aspectos (BASTOS *et al.*, 2019).

No ranking da OMS, o Brasil aparece em segunda colocação entre os países com maior número de cesarianas em relação ao total de nascimentos. Desde o início do novo milênio até o final da primeira década do mesmo, dos novos brasileiros que vieram ao mundo, 43,8% foram mediante a realização de partos cesarianos, deixando o país atrás apenas do Chipre, que teve 50,9% (PINHEIRO; BITTAR, 2021).

Após décadas vivenciadas nesta realidade, os profissionais de saúde, mais especificamente “médicos obstetras e enfermeiros obstetras” mediante o domínio de conhecimento científico e por incentivo de políticas de saúde que visem à humanização no parto veem tentando reeducar as gestantes quanto aos estigmas criados com os medos ou inseguranças geradas pelo medo e dor inerentes ao parto normal, na tentativa de estimular cada vez mais a realização do mesmo, conseqüentemente reduzindo os altos índices de nascimentos por cesarianas que poderiam simplesmente ter um nascimento de um modo natural, menos doloroso e mais saudável (BASTOS *et al.*, 2019).

A obstetrícia moderna é caracterizada em três dimensões: Primeiro, ela elimina a mulher como sujeito do parto e coloca o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do parto; segundo, impede os médicos de reconhecerem como legítimas as situações nas quais o ambiente externo e o estado emocional da mulher atuam, dificultando ou facilitando o trabalho de parto e o parto; terceiro, define e determina a atuação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino apropriadamente (MARTINS, 2020).

3.2 Epidemiologia do parto cesáreo no Brasil

Le foetus sort vivant, sans franchir le pelvis.

O feto sai vivo, sem passar pela pélvis.

Neste pequeno verso de lenda francesa, ilustra-se a história de um famoso touro que abriu a barriga de uma mulher grávida de tal maneira, que o bebê nasceu vivo sem passar pela pelve. Na mitologia grega, Esculápio, o Deus da Medicina, nasceu quando seu pai, Apolo, cortou o abdome da amada Coronis, depois desta ter sido morta por infidelidade. O procedimento também é retratado em antigas gravuras chinesas. No “Épico dos reis”, que narra a história de heróis do Irã pré-islâmico, escrito por volta de 1000 d.C., há uma descrição em detalhes de um “nascimento por cima”. Estes exemplos ilustram que, possivelmente, a prática da cesariana é uma das intervenções de urgência mais antigas de que se tem conhecimento, geralmente realizada pós-morte (ODENT, 2004; TANAKA, 1995).

O crescimento dos nascimentos por parto via cesárea é um fenômeno em escala mundial. Existem alguns fatores que contribuíram para este fato, dentre tais, podemos citar a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e consequente remuneração, além da própria demanda das pacientes (VILAR *et al.*, 2020).

A medicalização dos partos, principalmente depois que as políticas de saúde começaram a promover iniciativas voltadas a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da intervenção na forma de assistência ao parto, que antes eram dominadas por parteiras emerge como um dos pilares desta transformação (MARTINS, 2019).

No Brasil, a assistência ao parto registra número elevado de cesarianas e uso excessivo de intervenções no parto vaginal. Dentre estas intervenções, pode-se citar a episiotomia, restrição da parturiente ao leito durante o trabalho de parto, uso de ocitocina, entre outros (LEAL *et al.*, 2019).

A medicalização dos partos transformou as maternidades em locais modernos e adequados para realização dos nascimentos, pois nestes locais as gestantes têm acesso a assistência médica, repouso e procedimentos assépticos que diminuem os riscos de infecções pós-parto (AMARAL, 2018).

Estudo sobre taxas de cesariana em 126 países evidenciou que, apesar da distribuição desigual, 15% dos nascimentos em todo o mundo ocorrem por cesariana. A América Latina e Caribe apresentaram as taxas mais elevadas (29,2%) e a África apresentou a menor proporção (3,5%). Na região da América Latina e Caribe, as taxas variaram de 1,7% no Haiti a 36,7% no Brasil e 39,1% no México. Na Europa, a proporção média de nascimentos por cesariana foi de 19%, com taxas mais elevadas na Itália (36%) e em Portugal (30,2%) e mais baixas na Moldávia (6,2%). Nas regiões mais desenvolvidas, incluindo Europa, América do Norte, Japão, Austrália e Nova Zelândia, as taxas variaram entre 6,2% e 36%, com uma média de 21,1% (BÉTRAN *et al.*, 2007).

A taxa ideal de cesarianas deve ter como base a maximização dos melhores resultados maternos e neonatais, considerando os recursos médicos e de saúde disponíveis e as preferências maternas (EUA, 2006). Assim, essa taxa irá variar ao longo do tempo e entre as diferentes populações de acordo com as circunstâncias individuais, locais e sociais.

Considerando a necessidade de se maximizar os resultados maternos e neonatais, ressalta-se a relação inversa entre razão de mortalidade materna e neonatal e a taxa de cesariana, apresentada por Bétran *et al.* (2007) No entanto, em níveis muito baixos de mortalidade, a força da associação enfraqueceu, mostrando uma relação positiva, em vez de inversa.

Essa realidade evidencia que o uso abusivo da cesariana pode causar mais dano que benefício e ilustra o que Illich (1981) conceitua como contraprodutividade. A contraprodutividade é descrita como uma ferramenta que passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções como, por exemplo, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. No caso em questão, a cesariana que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal.

A consequência da contraprodutividade é a perda da sinergia produtiva entre as ações de saúde autônomas, produzidas pelos indivíduos no meio social, e as ações de saúde heterônomas, produzidas pelos profissionais de saúde institucionalizados e especializados. O desequilíbrio entre ações autônomas e heterônomas, com predominância desta última, induz a um círculo vicioso de contraprodutividade, que produz a ilusão da necessidade de mais ação heterônoma para corrigir os efeitos indesejáveis e paradoxais produzidos. Em relação ao parto, a medicalização influenciou a capacidade da mulher de enfrentamento autônomo da experiência de parir, gerando dependência excessiva, heteronomia e um consumo abusivo e contraprodutivo de cesarianas (ILLICH, 1981).

Estudos observacionais realizados sobre preferência da via de parto pelas mulheres, no Brasil, evidenciam que a maioria prefere o parto normal. Um dos principais motivos referidos é a recuperação mais rápida após o parto. Apesar disso, a cesariana é o tipo de parto da maioria das usuárias do setor suplementar de saúde, o que põe em risco a autonomia e a satisfação feminina com a experiência de parir (POTTER *et al.*, 2008).

Embora o aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda seja parcialmente atribuído ao pedido da mulher, revisão sistemática concluiu que apenas uma minoria delas, em uma ampla variedade de países, manifestou preferência por essa via de parto. A revisão que incluiu 38 estudos (n = 19.403) indicou uma taxa de preferência pela cesariana de 15,6% e mostrou que essa foi maior entre

as mulheres com cesariana anterior e entre as que moram em países de renda média (MAZZONI *et al.*, 2011).

Com relação aos procedimentos cirúrgicos a cesárea, no Brasil, é muito comum, tanto que o país é conhecido como líder mundial deste procedimento. Esta questão está relacionada a boa assistência obstétrica e a tecnologia, e também as questões socioeconômicas, que são evidentes, pois a quantidade de cesarianas no setor privado corresponde a quase 80% dos procedimentos para nascimentos; enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS), está próximo à 30% (AMORIM; SOUSA; PORTO, 2020).

Fatores também relacionados a escolha da parturiente pela cesárea estão relacionados ao medo da dor, a flexibilidade de decidir o dia e o horário do nascimento, manter a integridade da vagina e do períneo, além da ideia cultural e equivocada que o parto vaginal para o feto é mais arriscado que a cesariana (VILAR *et al.*, 2020).

Vivemos em uma dinâmica em que cada vez mais as mulheres compartilham das decisões médicas, sendo natural que tenham o direito de optar pela forma de parto. Isso resulta em dois opostos: um grupo opta pela “cesárea a pedido” enquanto o outro extremo prefere ter seus bebês em sua casa. A cesárea a pedido compõe um evento obstétrico comum e a forma como lidar com esta questão exige do obstetra atenção a diversos pontos. Essa decisão deve ser guiada por princípios éticos, como o respeito à autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e veracidade da informação fornecida (SURGERY, 2008).

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: não existem evidências a partir de ensaios clínicos aleatórios que possam garantir que cesáreas agendadas no termo, sem razões médicas, signifiquem melhor assistência obstétrica em relação ao parto normal. Também não existem estudos consistentes que possam avaliar os efeitos em curto e longo prazos dessa opção (LAVENDER *et al.*, 2018).

Devido ao número elevado de cesarianas, o Ministério da Saúde promove ações para humanização da assistência aos partos e aos nascimentos baseando-se em normas da OMS e nas desvantagens que a cesárea possui quando comparada ao parto vaginal em relação a mortalidade perinatal e materna (AMORIM; SOUSA; PORTO, 2020).

Além disso, estudos recentes, relacionados a práticas de humanização na saúde, vem mostrando os benefícios do parto vaginal em relação ao parto cesáreo, tanto para mãe quanto para o filho, além da importância da conscientização quanto a desmistificação da cultura de que parto cesáreo é a melhor opção para o bebê (MELO; DAVIM; SILVA, 2018).

De acordo com a OMS, nos últimos 20 anos, o parto cesáreo tornou-se uma “epidemia”, e recomenda-se que a realização de apenas 10 a 15% dos partos sejam por esta prática, pois este é o valor médio de partos que realmente expõe uma situação de risco para mãe e/ou para o bebê, necessitando de intervenção cirúrgica (WHO,2015).

Por isso, a cesariana é considerada um problema de saúde pública, e tem sido objeto de várias pesquisas relacionadas à busca de entendimento sobre este tema, relacionando-o com as características socioeconômicas das parturientes, região geográfica, tipo de instituição pública ou privada, dentre outros (VICENTE; LIMA; LIMA, 2018).

A mortalidade materna é outro problema de saúde pública na maioria dos países. Em alguns casos está associada a realização de procedimentos invasivos, como a cesariana sem indicação. A análise das taxas de cesarianas é importante para que se possa identificar se as políticas públicas relacionadas a boas práticas na atenção obstétrica estão sendo eficazes, e para que se possa propor e implementar medidas efetivas para reduzir as taxas de cesárea (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2019).

A realização desta proposta apresenta vários pontos positivos. O levantamento de dados sobre o perfil sócio demográfico e obstétrico das mulheres submetidas a cesárias, poderá auxiliar os gestores públicos no âmbito da saúde, na elaboração de medidas mais eficazes para a redução dessas taxas (LEAL; GAMA, 2019).

Em 2004, o governo brasileiro lançou o Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tendo em vista o desafio de promover a maternidade segura e atingir o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio nº 5 para redução de 75% da mortalidade materna e neonatal até 2015 (DINIZ, 2009). Dentre as estratégias do pacto está o apoio à criação de Centros de Parto Normal (BRASIL, 2004).

Em 2008, o Ministério da Saúde iniciou uma campanha nacional para incentivo ao parto normal, com o slogan “*Parto Normal. Deixe a vida acontecer naturalmente*”. Propagandas, cartazes e folders foram veiculados na TV e internet, afixados e distribuídos nos serviços de saúde. Tinha como público alvo não só as mulheres e seus familiares, mas também os profissionais de saúde, atentando para a relação direta entre os melhores resultados maternos e perinatais e o baixo índice de cesarianas.

No atual governo federal, a Rede Cegonha – estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS -, busca garantir às mães e bebês, dentre outras medidas, o parto e o nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção (BRASIL, 2012).

No âmbito privado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2007) também iniciou há poucos anos um discreto movimento em favor do parto normal. Nele, reconhece o abuso das cesarianas, sobretudo as eletivas, por aumentarem o risco de complicações e de morte à mulher e ao recém-nascido.

Em uma Análise da Situação de Saúde do Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2018, verificou-se que as taxas de cesárea em 2014 foram de 57%, e em 2015 de 55,5%. No mesmo período que houve esse aumento dos partos cesáreos, como citado acima, houve a construção de importantes documentos incentivando a assistência ao parto vaginal e a prática da humanização (BRASIL, 2018).

A Diretriz de Atenção à Gestante relata que a realização excessiva de cesarianas está relacionada a forma como a assistência ao parto é disposta no Brasil. A atenção voltada para a atuação individual dos profissionais, oposto à abordagem multidisciplinar e o trabalho em equipe. As características socioculturais, a qualidade do serviço ofertado ao nascimento, o modelo de assistência do pré-natal, que não possui o hábito de preparar adequadamente as mulheres para o parto (BRASIL, 2016).

A taxa de cesariana é influenciada por vários fatores, que podem ser individuais, de ordem estrutural e sistêmica (modelo de atenção obstétrica), e a preferência dos profissionais de saúde e das gestantes. As características individuais estão relacionadas às características demográficas, clínicas e obstétricas. As características obstétricas destacam-se a paridade, cesariana prévia, apresentação fetal, modo de início do trabalho de parto entre outras características (BRASIL, 2016).

No século passado e, sobretudo, a partir dos anos 1950, a saúde no mundo passou por mudanças radicais, considerando as rápidas modificações nos padrões de natalidade e morbimortalidade. Este processo conhecido como "transição epidemiológica", com evolução própria para cada doença além das características mais genéricas do complexo de eventos que define o processo de transição, tem como denominador comum a passagem da polarização das infecções/carências nutricionais para um novo modelo epidemiológico dominado pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que atualmente congrega cerca de 70% das causas de morte no mundo, sendo 68% no Brasil (CARVALHO *et al.*, 2018).

Nesse contexto de grandes e rápidas mudanças, o que singulariza o problema das cesáreas como epidemia é o fato de que uma intervenção de saúde, em princípio concebida e aplicada como um instrumento de proteção, exercendo e ainda cumprindo este papel relevante, tenha ingressado na categoria de fator de risco, caracterizando uma epidemia iatrogênica. Na realidade, os efeitos adversos das intervenções de saúde, sejam em nível de procedimentos diagnósticos, de condutas terapêuticas medicamentosas ou cirúrgicas e até no estabelecimento de dependências dentro e fora da área de saúde, representando uma iatrogenia social, estabelece, de fato, um novo contexto da problemática saúde/doença em nível de cada e de praticamente todos os países, sejam ricos ou pobres. E nesta perspectiva e suas múltiplas consequências positivas e negativas que se projeta o novo documento da Organização Mundial da Saúde, divulgado no mês de fevereiro e encaminhado formalmente a todos os governos do mundo (WHO, 2018).

É pertinente ressaltar que, em termos formais, o Brasil tem um histórico interessante no que se refere à busca de um consenso universal sobre a padronização das intervenções cesarianas. Recorda-se que foi em Fortaleza, no Ceará, que se realizou, com o patrocínio da OMS, o primeiro documento internacional sobre as práticas recomendadas de assistência hospitalar ao parto, estabelecendo-se como diretriz uma taxa de 12% a 15% de cesarianas. O documento de validação fundamentava-se então em dados de poucos países de nível de desenvolvimento socioeconômico mais adiantado. No entanto, até hoje se trata do pacto público e consenso técnico mais referenciado, como princípio normativo de políticas, programas e condutas profissionais sobre o recurso das cesarianas (BETRAN *et al.*, 2015).

A partir do final da década de 1990, com a popularização da *Internet*, observa-se, no Brasil, a ampliação e o fortalecimento do movimento de ativistas pela

humanização do parto, especialmente dos movimentos de usuárias, que se organizam por meio de redes sociais, listas de discussões *on-line* e encontros presenciais, destacando-se: Organização Não Governamental (ONG) "Amigas do Parto" e "Bem Nascer"; as listas de discussão "Parto Natural", "Parto Humanizado", "Parto Nosso", "Materna", dentre outras; a rede "Parto do Princípio"; e os grupos apoiados pela rede "Parto do Princípio" (GAPP), como os "Ihstar" de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Recife, Rio de Janeiro e Sorocaba (SP), dentre outros (GOER, 2004).

Um exemplo da potencialidade desses movimentos ocorreu em 2007, quando a rede "Parto do Princípio" moveu uma ação no Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP) contra o abuso de cesarianas no setor suplementar. Foi entregue ao referido órgão um dossiê de 35 páginas, baseado em mais de 30 artigos científicos, contendo propostas e soluções para a epidemia de cesarianas.

O MPF-SP elegeu as seguintes medidas, a serem adotadas pela Agência Nacional de Saúde, como um passo inicial para a regulamentação estatal do setor de serviços obstétricos da saúde suplementar, com vistas à redução do número de cesarianas desnecessárias: fornecimento pelas operadoras de saúde aos seus clientes, a pedido destes e em determinado prazo, dos percentuais de cesarianas e partos vaginais efetuados pelos obstetras e hospitais; adoção do partograma como documento obrigatório; implantação obrigatória do cartão da gestante; partos acompanhados por enfermeiras obstetras; incentivo às práticas humanizadoras e formas diferenciadas de remuneração para o parto vaginal e a cesariana, privilegiando o parto vaginal (SÃO PAULO, 2012).

Assim, considerando que a autonomia é imprescindível no exercício do direito à saúde e que a mulher deve participar ativamente das decisões sobre seu processo de gestação e parto, torna-se imprescindível a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia das mulheres.

3.2.1 Implicações das cesarianas à saúde da mãe e do filho

Não há dúvidas sobre a importância da cesariana. Trata-se de uma tecnologia apropriada para o manejo de complicações obstétricas específicas, que requerem a interrupção da gestação para a preservação da saúde materna e fetal (BRASIL, 2001).

No entanto, existe a falsa sensação de segurança absoluta da cesariana em relação à saúde do binômio mãe e filho. Isoladamente, a cesariana apresenta riscos específicos de intercorrências “associadas à sua indicação e realização, como infecções, embolia pulmonar, acidentes anestésicos, hemorragias, acretismo placentário e outras” (CECATTI *et al.*, 1999, p.246).

Revisores da Biblioteca Cochrane registraram que não há ensaios clínicos que comparem os riscos e os benefícios da cesariana planejada a termo sem razões médicas, com os riscos e benefícios do parto vaginal planejado, mas apontam para a necessidade urgente de revisões de estudos observacionais e síntese de estudos qualitativos sobre os efeitos a curto e longo prazo da cesariana e do parto vaginal (LAVENDER *et al.*, 2006).

Revisão narrativa sobre o impacto da cesariana eletiva nos desfechos respiratórios neonatais pondera que há evidências de alta incidência de complicações respiratórias e internação neonatal em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) entre bebês de mulheres que não entraram em trabalho de parto (RAMACHANDRAPPA; JAIN, 2018).

Diniz (2010) destaca que, no Brasil, no cenário da atenção ao parto convive-se com o pior dos dois mundos: "o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada". Alerta que a adoção da "cesárea de rotina", no setor privado, e do parto vaginal com intervenções rotineiras, no setor público, desconsidera as evidências científicas e as reais necessidades de saúde da população.

A morbidade materna após cesariana não foi estudada de forma sistemática tal como foi a mortalidade materna associada à cirurgia. No entanto, trata-se de uma questão importante. A infecção pós-operatória parece suceder a cesariana em pelo menos uma a cada cinco mulheres. “As infecções graves, como abscesso pélvico, choque séptico e tromboflebite venosa pélvica séptica, não são raras” (ENKIN *et al.*, 2005, p.218).

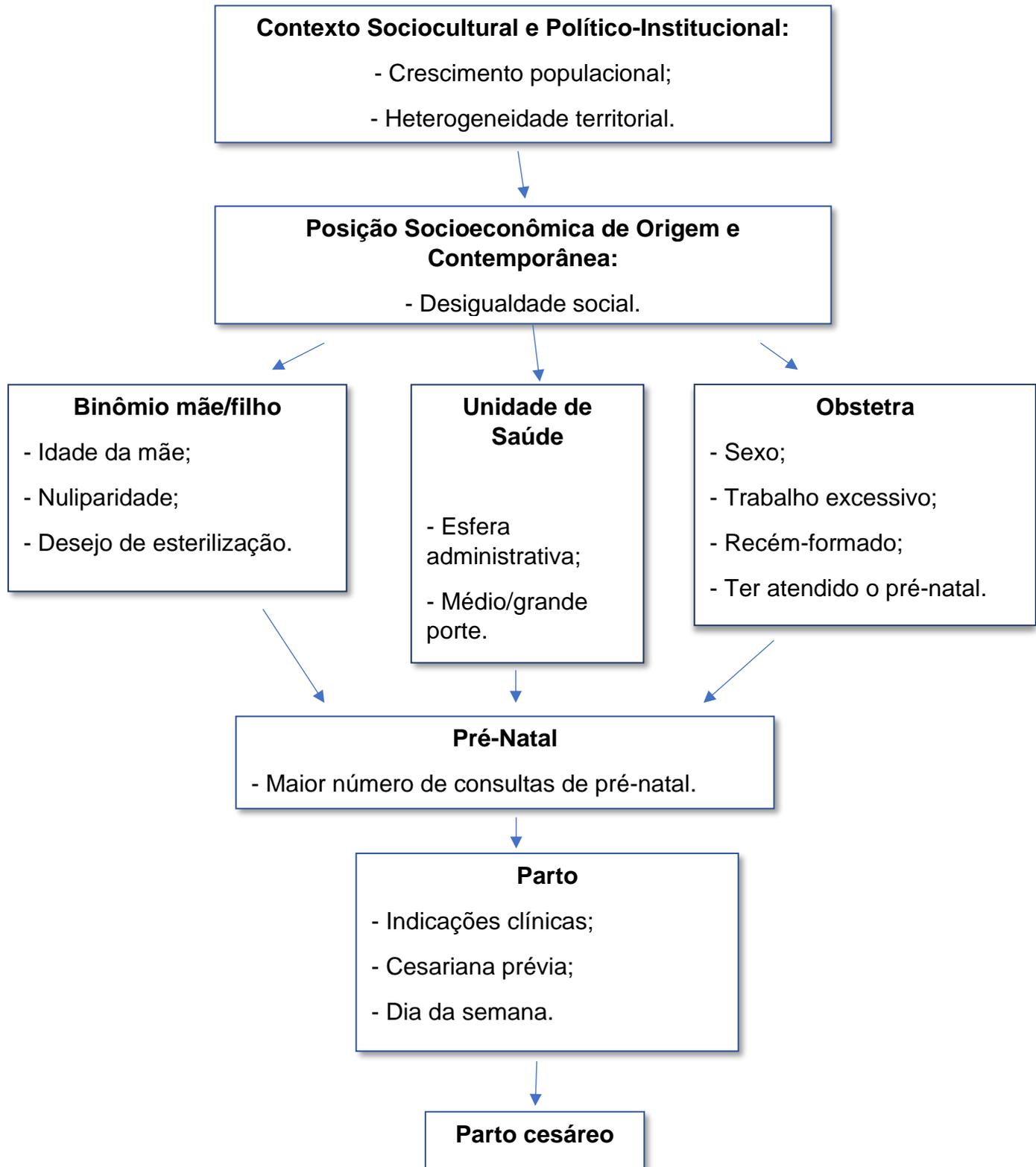
Para o neonato, os riscos iminentes são: o nascimento pré-termo, a síndrome da angústia respiratória e diversas outras intercorrências, como hipoglicemia e sepse neonatal, desencadeadas em função de maior necessidade de internação do recém-nascido em terapia intensiva (CLARK *et al.*, 2019).

A longo prazo, ODEB (2004) relata um estudo finlandês que pesquisou os riscos de asma entre adultos. Os resultados demonstraram que aqueles que haviam nascido por cesariana tinham um risco 3,23 vezes maior de ter asma, quando comparados com os indivíduos que haviam nascido via parto vaginal. Ao binômio mãe e filho, fala-se da dificuldade de cuidados ao bebê e auto-cuidado materno, bem como de dificuldades na amamentação após o nascimento, haja vista as limitações motoras da mãe pós-anestesia. Além disso, verifica-se um impacto sobre o vínculo com o bebê, em função da recuperação mais lenta da mãe (BRASIL, 2001).

3.3 Fatores relacionados a realização de parto cesáreo

Vários estudos buscam avaliar os fatores associados aos indicadores de parto cesáreo no Brasil e outros países no mundo, classificando-os como proximais e distais. Os fatores proximais são aqueles ligados ao binômio mãe/recém-nascido, (idade da mãe, nuliparidade e desejo de esterilização); ao pré-natal (maior número de consultas) e parto (indicações clínicas, cesariana prévia e dia da semana); ao obstetra (sexo, trabalho excessivo, assistência do pré-natal e parto prestada por um único médico e ser recém-formado) e ao tipo de unidade de saúde onde o parto ocorreu (esfera administrativa, médio/grande porte). Já o domínio distal é representado pela posição socioeconômica (PSE) da mãe e o contexto sociocultural e político institucional, marcados pelo crescimento populacional e heterogeneidade territorial, acompanhados pela permanência da desigualdade social. As diferentes dimensões e os fatores relacionados são apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Fatores relacionados ao parto cesáreo



Fonte: Autoria própria

Entre as indicações de cesariana já citadas no texto, com relação ao binômio mãe/recém-nascido as mais encontradas na prática médica são: sofrimento fetal intrauterino, desproporção feto pélvica, apresentação pélvica, hipertensão arterial induzida pela gestação (pré-eclâmpsia), gestações múltiplas, cesariana prévia, diabetes, síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, ruptura do seio marginal ou ruptura de vasa prévia), gestação pós-termo, ruptura prematura de membranas e oligoâmnio (SILVA *et al.*, 2020; YAZLE *et al.*, 2021), com a ressalva de que grande parte dessas condições não são por si só, indicações absolutas para a realização de cesariana.

Um dos fatores de risco para o parto cesáreo que aparece em destaque em diversos estudos, está a primiparidade sob a hipótese de que os obstetras considerariam essas mulheres com menor capacidade de lidar com as dificuldades do trabalho de parto ou por terem um maior número de consultas de pré-natal, também associado ao fenômeno (D'Orsi *et al.*, 2006; GOMES *et al.*, 1999).

Em controvérsia, alguns estudos evidenciam o parto cesáreo relacionado ao aumento da paridade, o que pode estar influenciando o crescimento dessa prática entre as primíparas, pela dificuldade da realização do parto normal após uma cesariana. Outro fator que poderia justificar o aumento da proporção de partos cesáreos entre múltiparas é o desejo e a possibilidade de realizar laqueadura tubária durante o parto (COSTA *et al.*, 2019; FREITAS *et al.*, 2018; MORAES & GOLDENBERG, 2021; Gomes *et al.*, 1999; Barros *et al.*, 1991), apesar da legislação do Brasil ser extremamente rígida e restrita sobre o assunto.

Atualmente, através da portaria do Ministério da Saúde SAS/MS-48 de 11/2/99 que regulamenta a Lei Federal nº 9.263, só é permitida a esterilização durante o período de parto, aborto ou puerpério nos casos de comprovada necessidade, de mulheres com cesarianas sucessivas e / ou portadoras de doenças prévias onde a exposição a um segundo ato cirúrgico ou anestésico representa risco de vida, devidamente documentado e assinado por dois médicos (BRASIL, 2006).

Ainda em relação às características maternas, o aumento da proporção do parto cesáreo se associa mundialmente com maior nível educacional e econômico, residência urbana, idade avançada (≥ 35 anos) e acesso ao serviço privado de saúde (GOMES *et al.*, 1999; FREITAS *et al.*, 2018; GAREEN *et al.*, 2003; COSTA *et al.*, 2019). A idade avançada, em muitos casos, se relaciona às indicações clínicas de cesariana, pela frequência de complicações como hipertensão e diabetes.

O fato do setor privado de saúde ter maior concentração de parto cesáreo é realmente intrigante pelas suas usuárias serem, frequentemente, gestantes com melhores condições sociais e de saúde, apresentando, em princípio, menor risco gestacional. Esses dados indicam a preferência dessas mulheres de alto nível social pela cesariana eletiva, por medo de sentir dor e de ocorrer lesões anatômicas no assoalho pélvico, pela crença de que há menor risco fetal e que seria um método “moderno” de se ter filhos (BARBOSA *et al.*, 2003); além da possibilidade de esterilização durante o parto cirúrgico (MORAES; GOLDENBERG, 2021).

Algumas características do obstetra foram identificadas como facilitadoras para a indicação do parto cesáreo: sexo masculino, trabalho com mais de 24 horas de plantão semanal, assistência do pré-natal e parto realizada pelo mesmo médico, trabalho no serviço privado de saúde (D’Orsi *et al.*, 2006; Silveira & Santos, 2004; Gomes *et al.*, 1999). O excesso de trabalho, mais frequente em homens, se relaciona com condutas intervencionistas, porém não há consenso sobre o tempo de formado do médico. Outro fator relevante é a conveniência do planejamento do nascimento para o profissional (BARBOSA *et al.*, 2003).

Os recém-formados, ao completarem sua formação profissional, já estão convencidos da inviabilidade da prática ampla do parto normal, pelo temor de serem alvo de processos judiciais, pela inexperiência na realização do procedimento via vaginal, bem como na aplicação de fórceps, entre outros (MORAES; GOLDENBERG, 2021).

Por outro lado, geralmente, são profissionais com pequena inserção no mercado de saúde privado, o que diminuiria a realização da cesariana eletiva. Apesar da falta de documentação, cada vez mais o obstetra vem adotando a cesariana como “prática defensiva”, frente ao temor de processos por erro médico, levando-se em conta a imprevisibilidade do desfecho do trabalho de parto.

Na América do Norte, a questão processual é também responsável pelo aumento na proporção de cesarianas (SIGNORELLI *et al.*, 1995); no Brasil, cerca de 40% dos processos por erro médico no Rio de Janeiro são contra médicos ginecologistas-obstetras (FEBRASGO, 2002), o que gera mudanças comportamentais significativas na vida do profissional. Além de ter um médico único no pré-natal e parto, o número elevado de consultas (>8) também já foi identificado como fator associado à maior realização da cesariana (SILVEIRA & SANTOS, 2019).

Vários estudos mostram a concentração de partos cesáreos em determinados horários e dias da semana, geralmente no período diurno (entre 7h e 18h / 9h e 15h), e nas sextas-feiras ou sábados. Parte do procedimento provém de marcação prévia, de acordo com a disponibilidade do médico, que também por motivos operacionais, evita lidar com possíveis complicações no período noturno (GOMES *et al.*, 1999; D'Orsi *et al.*, 2006), fomentando a ideia de “maior praticidade” da cesariana em relação ao parto normal.

Uma grande dificuldade a ser enfrentada, principalmente no setor privado de saúde, é o fato da maior parte da assistência obstétrica realizada ser individualizada e centralizada por um médico, estando ausente o acompanhamento em conjunto por uma equipe multidisciplinar com intuito de favorecer o parto normal. Isso também aumenta a indisponibilidade do profissional para a condução do trabalho de parto, dependendo do número de pacientes atendidas por ele no pré-natal (FAÚNDES *et al.*, 1991).

Todos esses dados refletem a grande influência dos fatores socioculturais e políticos na prática obstétrica, assim como dos fatores institucionais, financeiros e legais. Mulheres de maior estrato social e renda, e conseqüentemente menor risco obstétrico, mais facilmente solicitam e se submetem ao parto cesáreo (BARROS *et al.*, 1991; COSTA *et al.*, 2019), que passou a significar acesso a atendimento médico diferenciado, de “maior qualidade”, em detrimento ao parto vaginal, muitas vezes interpretado pelas camadas mais pobres como discriminação, por não terem condições para financiar o procedimento cirúrgico (FREITAS *et al.*, 2018).

As condições institucionais nos serviços de saúde também dificultam a prática do parto normal, como a falta de disponibilidade da analgesia peridural para todos os partos, muitas vezes por problemas de organização estrutural e de recursos humanos dos hospitais. Um estudo longitudinal brasileiro mostrou que 79% das mulheres usuárias do SUS são submetidas ao medicamento ocitocina como forma de aceleração do parto, porém apenas 16% recebem medicação para aliviar a dor no parto (COSTA *et al.*, 2019).

Estudos têm sido realizados na tentativa de se estabelecer e diferenciar qual seria realmente a preferência da via de parto de mulheres e médicos, que são, em última análise, os detentores do poder de decisão e realização final do procedimento.

Os resultados apontam para maior manifestação de vontade das mulheres pelo parto normal (FAÚNDES *et al.*, 2004; OSIS *et al.*, 2001), porém há necessidade de melhores investigações, pois inúmeros fatores podem influenciar essa manifestação, como o momento da gestação, parto ou puerpério em que a mulher se encontra, tipo e grau de satisfação com o parto anterior (FAISAL-CURY; MENZES, 2019) e quantidade e qualidade de informação sobre os tipos de parto obtida por ela.

Assim, muitas mulheres ao serem abordadas, acabam por achar que é socialmente apropriado preferir o parto vaginal (FAISAL-CURY & MENZES, 2019). Além disso, alguns dados mostram que, apesar da expressão da vontade por um parto normal, a quase totalidade das pacientes submetidas ao parto cesáreo se dizem satisfeitas com essa via de parto.

Assim, no Brasil e no mundo, instituiu-se uma verdadeira “cultura da cesariana”, que vigora em toda a sociedade (BARBOSA *et al.*, 2003; FREITAS *et al.*, 2018). Essa cultura ignora os riscos do aumento das morbidades e mortalidades materna e perinatal da cesariana realizada sem indicação médica, sendo necessário a melhor informação das parturientes sobre os tipos de parto, incluindo o fórcepe, como uma possibilidade de desfecho do parto normal, e de seus riscos e benefícios, a fim de poder participar do processo de decisão da via de parto, tanto quanto for possível, de maneira consciente.

3.4 Repercussões da pandemia SARS-COV-2 e realização de cesáreas

No final do ano de 2019, na cidade de Wuhan, houve o surgimento de um novo vírus nomeado como Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), sendo a sua manifestação clínica denominada como (COVID-19), classificado como pandemia em 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, com o avanço da doença, observam-se controvérsias ou ações na direção contrária das evidências em relação à assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, tornando esse cenário desafiador.

Em virtude da pandemia de COVID-19, foi necessária a adequação dos serviços de saúde no mundo e, também no Brasil, pois a situação epidemiológica e a história natural da doença exigiam a modificação de protocolos, a organização dos serviços e dos fluxos. Dentre as diversas linhas de cuidado, as gestantes, puérperas

e recém-nascidos também sofreram com os impactos dessas mudanças, especialmente pela doença ser nova e não permitir uma visão clara a respeito de seus desfechos.

A COVID-19 trouxe consigo os desafios de gestão de uma pandemia global, incluindo as mudanças nos protocolos de biossegurança. Essas mudanças também afetaram as grávidas e parturientes. Tais protocolos visavam controlar a transmissibilidade da doença e diminuir a contaminação durante os cuidados obstétricos por conta dos riscos que a COVID-19 pode gerar às gestantes confirmadas e suspeitas, bem como a seus acompanhantes (SILVA *et al.*, 2021).

As gestantes e suas famílias vivenciaram o aumento de incertezas em relação ao futuro, pois a pandemia acentuou a imprevisibilidade do parto, a exposição ao risco e a diminuição nas escolhas pessoais. Houve (re)organizações significativas nas práticas obstétricas para atendimento da gestante e de sua família, como o controle de acompanhante no parto, suspensão de doulas e restrição de visitantes. Ademais, o contato pele a pele, alojamento conjunto e amamentação foram desencorajados em casos suspeitos ou confirmados, em mulheres com diagnósticos da Covid-19 (SOUTO *et al.*, 2020).

Em tempos da pandemia, os sentimentos provenientes da gestação, parto e pós-parto somam-se ao sentimento gerado pelo enfrentamento da enfermidade causada pela Covid-19. Além disso, o isolamento social dificultou o acesso ao serviço de saúde, restringiu o contato com familiares e amigos, aumentando a vulnerabilidade de gestantes e puérperas (LIMA *et al.*, 2021).

Ademais, mulheres grávidas com COVID-19 apresentam risco aumentado de parto prematuro, o que, por vezes, exige que seus bebês sejam internados na unidade neonatal. Uma revisão sistemática de Dashraath *et al.* (2020), incluindo mais de 11.580 mulheres grávidas com COVID-19, relatou uma taxa de parto prematuro antes de 37 semanas de gestação de 17% e uma taxa de parto cesáreo de 65%. Apenas 6% das pacientes com COVID-19 tiveram partos espontâneos (KRISHNAN *et al.*, 2021).

É inegável que a pandemia de COVID-19 afetou profundamente a assistência à saúde no Brasil, acelerando tendências e ressaltando fragilidades. No cenário obstétrico, o país já apresentava sinais de aumento na taxa de cesáreas a partir de 2017, e a pandemia acentuou esse processo. Não obstante tenha havido reorganização da rede de assistência à saúde para manter o atendimento pré-natal

durante a pandemia, especialmente às pacientes com risco obstétrico, na prática, isso foi limitado.

Isso resultou na chegada às maternidades de gestantes com complicações obstétricas em estágios de maior gravidade, com indicações de cesariana para minorar desfechos materno-perinatais desfavoráveis. Além disso, e embora não tenha havido orientação explícita, muitas cesarianas foram feitas, em especial no início da pandemia, por se acreditar, equivocadamente, que isso traria melhores desfechos maternos.

Com a vivência no manejo da COVID-19, observou-se que, sempre que plausível, a resolução deveria ser postergada até a estabilização clínica da gestante, mas, quando houve indicação precisa de resolução da gravidez devido a quadros graves, a via de parto possível, na maioria das vezes, foi a cesariana.

Em um estudo transversal conduzido na China durante o surto de COVID-19 entre abril e maio de 2020, a pesquisa de Zhang *et al.* (2020) é a primeira a relatar que há uma taxa relativamente alta de partos cesáreos na China durante a pandemia, especialmente nas áreas que foram gravemente afetadas pela doença.

O autor supracitado associa as altas taxas de partos cesáreos durante a pandemia às restrições de vida diária, onde mulheres residentes em áreas gravemente afetadas, em decorrência do rígido isolamento social, podem ter perdido alguns dos exames pré-natais, ter tido alterações no ritmo circadiano e consequente ganho de peso gestacional.

A assistência ao parto foi desafiadora durante a pandemia de COVID-19, o que também pode ter contribuído para o aumento de cesarianas. Podem ter contribuído para aumentar as taxas de cesarianas nesse período fatores como: restrições quanto à presença de acompanhantes durante a internação para o parto em muitos serviços; falta de orientações às gestantes para o trabalho de parto, decorrente da menor participação em grupos de orientação durante o pré-natal, devido ao isolamento social; receio da internação hospitalar, percebido como fonte de transmissão da doença; aumento da ansiedade, tristeza e medo com intenso sofrimento psicológico causado pela pandemia e potencializado pela desestruturação da rede de apoio à gestante (LAMBELET *et al.*, 2020).

Contudo, a pandemia de COVID-19 também ressaltou a fragilidade da rede de atenção materno-infantil no Brasil. A ausência de uma gestão sincronizada e adequada para as diversas maternidades do país e um frágil sistema de

hierarquização para referência dos casos de alto risco obstétrico refletem a complexidade desse problema.

O tamanho continental de nosso país, a heterogeneidade dos serviços de saúde, a ausência de equipe médica completa em todos os dias da semana nas pequenas cidades, bem como a existência de vazios sanitários, por vezes determinam a realização de cesarianas agendadas eletivamente, nos dias em que há equipe completa disponível, pelo receio de situações de emergência obstétrica na vigência do trabalho de parto (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir dos dados partos realizados e sua via de desfecho, ocorridos no Estado do Ceará.

O estudo transversal é uma estratégia de estudo epidemiológico, de cunho observacional, que analisa dados coletados ao longo de um determinado período. Constitui-se uma ferramenta útil para descrever características de uma população: identificação de grupo de risco e suporte na ação e planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2017). A abordagem quantitativa refere-se a investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chaves. Todos eles empregam artifícios quantitativos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas.

Quanto aos fins, foi realizada por meio de um estudo descritivo. Segundo Vergara (2018), a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza e, ainda, defende que não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

4.2 População e Local do estudo

O estudo utilizou dados referentes a admissões hospitalares de gestantes por desfecho da via de partos ocorridos em todo o Estado do Ceará, localizado na região Nordeste, Brasil. O Estado do Ceará é dividido em 184 municípios, com área aproximada de 148.895 km². Possui uma população de 9.178.363 habitantes, dos quais 75,09% se encontram na zona urbana, e 24,91% residem na zona rural, segundo o último censo (IBGE, 2022).

As pessoas com 25 anos ou mais correspondem à maior parcela da população do estado. E, segundo levantamento, 55,8% deste grupo não chegou a concluir o ensino médio. No estado, o número de mulheres de 25 anos ou mais com ensino médio completo (46,5%) é maior que o de homens na mesma faixa etária (41,7%).

Em relação à cor, 51,9% das pessoas brancas concluíram o ensino médio, já entre pessoas pretas e pardas este percentual cai para 41,5%. No País, a taxa média de analfabetismo é de 5,6%. A taxa do Ceará é de 12%, ficando em quinto lugar em relação ao maior número de analfabetos.

A expectativa de vida do cearense em 2023 era de 75,25 anos, inferior à nacional (77,4 anos). Em relação à mortalidade infantil, o Ceará está acima da média nacional (10,58) com 11,24 por mil habitantes.

O Produto Interno Bruto (PIB) do Estado no ano de 2023, de acordo com dados do Instituto de Pesquisa Econômica do Ceará (IPECE), é da ordem R\$ 194,88 bilhões, em valores correntes, sendo que 37,68% estão concentrados em Fortaleza. A renda média per capita em 2023 foi de R\$ 1.736, somada a todas as fontes de renda.

Por fim, o desenvolvimento humano ainda é muito incipiente: passou de 0,701 em 2012, para 0,755 em 2020, com uma redução em 2021, chegando a 0,734, dois fatores contribuíram para este decréscimo no índice de desenvolvimento humano: a redução da esperança média de vida associada à mortalidade e; as contrações econômicas, ambas associadas a Covid-19 (IPECE, 2022).

4.3 Amostragem

Foram estudados todos os desfechos de partos de gestantes submetidas a internamentos, ocorridos no Estado do Ceará no período de 2017 a 2021, tanto na rede pública, como na privada-conveniada.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Dados sociodemográficos

A pesquisa de dados sociodemográficos possibilita apurar informações de um grupo de pessoas e conhecer um perfil populacional. Neste estudo foram coletados os seguintes dados: idade, escolaridade, estado civil, raça/cor da pele.

4.4.2 Gestação e desfechos neonatais

Dados sobre a gestação permitem conhecer o contexto obstétrico e analisar com mais precisão o desfecho do parto. Para isso, as informações

necessárias para essa análise foram a idade gestacional, se houve adequação no acesso ao pré-natal e o número de consultas realizadas. Ademais, os dados sobre os índices neonatais são importantes para verificação de possível relação entre gestação e desfecho neonatal, os utilizados para o presente estudo analisaram o peso ao nascer e o índice de Apgar no 1º e 5º minuto.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em fonte secundária, ou seja, cujo os dados foram coletados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>).

4.6 Análise de dados

Após a obtenção dos dados, os mesmos foram organizados em uma planilha para processo de tabulação no programa Microsoft Office Excel®, e processamento por meio do software R for Windows versão 3.5.1, onde foram aplicadas medidas de síntese (estatística descritiva e distribuição de frequência) e a aplicação do teste analítico de *Qui-quadrado* de independência, com o objetivo de estabelecer associação entre variáveis preditoras e o desfecho da via de parto. Adotou-se um Intervalo de confiança (IC) de 95%, erro amostral (ϵ) de 5% e o nível de significância de $p \leq 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

O estudo trabalhou com dados secundários do banco de dados oficial do Ministério da Saúde, de domínio público. Foi preservado o anonimato de todos os casos estudados. O Estudo não envolveu nenhum tipo de experimentos com seres humanos.

5 RESULTADOS

A partir da análise do tipo de parto, foi possível identificar as taxas de cesáreas e de partos vaginais realizados nas maternidades cearenses, com dados coletados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos(SINASC), da plataforma DATASUS-TABNET. A proporção de partos cesáreos no estado, no período de 2017 a 2021 se manteve estável, sempre com uma proporção acima do número de partos por via vaginal.

O ano de 2021 indicou a maior porcentagem, 61,45%, e 2017, os menores valores, 57%, disposto na (Tabela 1), havendo ainda um percentual de partos que foram ignorados nos registros, não podendo assim ser caracterizados na quantificação das vias de partos.

Características	Total n (%)	Parto Normal n (%)	Cesárea n (%)	Ignorado n (%)
Total	630.704 (100)	257.975 (41)	371.752 (59)	977 (0.1)
Ano				
2017	127.853 (100)	54.941 (43)	72.673 (57)	239 (0,02)
2018	131.540 (100)	58.844 (44,73)	76.437 (58,1)	259 (0,19)
2019	129.158 (100)	53.481 (41,4)	75.455 (58,42)	222 (0,17)
2020	121.891 (100)	48.483 (39,77)	73.282 (60,12)	126 (0,10)
2021	120.262 (100)	46.226 (38,43)	73.905 (61,45)	131 (0,10)
Idade (anos)				
10 a 14	5.285 (8,3)	3.022 (57)	2.257 (42.7)	6 (0.3)
15 a 19	92.928 (14,7)	51.156 (55)	41.643 (45)	129 (0,1)
20 a 24	159.982 (25,3)	73.841 (46.1)	85.902 (53.7)	239 (0.2)
25 a 29	152.925 (24,2)	58.716 (38.3)	93.977 (61.4)	232 (0.3)
30 a 34	128.272 (20,3)	43.055 (33.6)	84.993 (66.2)	224 (0.2)
≥ 35	91.312 (14,5)	28.185 (31)	62.980 (69)	147 (0.1)
Escolaridade				
≤ Fundamental I	15.669 (2.5)	8.472 (54)	7172 (46)	25 (0.1)
Fundamental II	100.780 (16)	50.677 (50)	49.960 (49.6)	143 (0.4)
Ensino Médio	384.050 (61)	163.906 (42,5)	219.691 (77,3)	453 (0,2)
Superior	99.501 (18)	23.066 (23)	76.237 (77)	198 (0.1)
Estado Civil				
Solteira	260.012 (41.2)	113.311 (43.5)	146.454 (56.4)	347 (0.1)
Casada	186.986 (30)	57.355 (30.7)	129.313 (69.1)	318 (0.2)
Viúva	1.179 (0.2)	463 (39.2)	716 (61)	-
Separada judicialmente	4.591 (1)	1361 (30)	3.222 (70)	08 (0.1)

União consensual	159.207 (25.2)	76.061 (48)	82.978 (52)	168 (0.1)
Raça/ cor da pele				
Branca	47.131 (7.5)	14.864 (31,5)	32.200(68,3)	67 (0,2)
Preta	6.186 (1)	3.044 (49,2)	3.138 (50,7)	4 (0,1)
Amarela	1.390 (0.2)	541 (39)	849 (61)	-
Parda	464.765 (74)	200.130 (40)	264.106 (59)	549 (1)
Indígena	1.612 (0.25)	933 (58)	678 (42)	1
Ignorado	109.600 (17.3)	38.463 (35)	70.781 (64,5)	356 (0,5)

Tabela 1 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com o ano de ocorrência e características maternas. Estado do Ceará, 2017 a 2021.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Considerando características relativas ao recém-nascido, as taxas de cesárea foram mais frequentes nas gestações pré-termo, com cerca de 60% dos partos de recém-nascidos com 28 a 36 semanas de gestação tendo sido cesáreas. Similarmente, partos de recém-nascidos de baixo peso (<2.500g) e de muito baixo peso (<1.500g) também apresentaram maior proporção de cesáreas. Quanto ao índice de Apgar, no primeiro e no quinto minuto, o valor de ≤ 7 esteve associado a uma maior proporção em partos cesáreos, assim como os maiores que sete em ambas as avaliações, como evidencia a (Tabela 2).

Tabela 2 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com as características do recém-nascido. Estado do Ceará, 2017 a 2021

Características	Total n (%)	Parto Normal n (%)	Cesárea n (%)	Ignorado n (%)
Total	630,704 (100)	257,975 (41)	371.752 (59)	977 (0,1)

Idade gestacional (semanas)				
22 semanas	454 (1)	390 (86)	63 (13,9)	1 (0,1)
De 22 a 27 semanas	3.529 (1)	1.245 (35,3)	1.279 (36,2)	5 (28,5)
De 28 a 31 semanas	7.264 (1)	3.083 (42,4)	4.169 (57,4)	12 (0,2)
De 32 a 36 semanas	64.364 (10)	25.516 (39,1)	38.790 (60)	58 (0,1)
37 a 41	511.634 (81)	207.851 (40,9)	303.049 (59)	734 (0,1)
≥ 42	21.415 (3,4)	9.489 (44,4)	11.894 (55,4)	32 (0,2)
Ignorado	22.044 (3,5)	9.401 (42,3)	12.508 (57)	135 (0,7)
Peso ao nascer (g)				
< 1.500	9.298 (1,5)	4.152 (44,9)	5.129 (55)	17 (0,1)
≥ 1.500 a < 2.500	43.157 (6,9)	16.401 (37,8)	26.711 (62)	45 (0,2)
≥ 2.500 a < 4.000	539.791 (85,6)	227.328 (42)	311.604 (57,8)	859 (0,2)
≥ 4.000	38.444 (6,1)	10.083 (25,9)	28.308 (74)	53 (0,1)
Ignorado	14 (0,1)	11 (79)	-	03 (21)
Apgar 1º minuto				
≤ 7	79.219 (12,6)	33.581 (43,9)	45.638 (56)	91 (0,1)
> 7	538.561 (85,4)	216.396 (40)	321.391 (59,1)	774 (0,9)
Ignorado	12.924 (2)	7.998 (62)	4.814 (37)	112 (1)
Apgar 5º minuto				
≤ 7	15.510 (2,5)	7.280 (47)	8.230 (52,9)	12 (0,1)
> 7	602.249 (95,5)	242.750 (38,5)	358.652 (60)	852 (0,5)
Ignorado	12.933 (2)	7.950 (61)	4.870 (38)	113 (1)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A associação entre as taxas de cesárea e pré-natal foi avaliada considerando o número de consultas realizadas e a adequação de acesso. No qual, verifica-se índice de cesáreas mais elevados em gestantes que realizaram 7 consultas ou mais e nas pacientes com acesso ao pré-natal considerado mais que adequado (Tabela 3).

Tabela 3 - Número (%) de partos (total e por tipos) de acordo com o número de consultas e adequação de acesso ao pré-natal. Estado do Ceará, 2017 a 2021

Características	Total n (%)	Parto Normal n (%)	Cesárea n (%)	Ignorado
Total	630.704 (100)	257.975 (41)	371.752 (59)	977 (0.1)
Número de consultas				

de pré-natal				
Nenhuma	13.615 (2,16)	5.410 (40)	8.050 (59)	155 (1)
De 1 a 3 consultas	26.318 (4,17)	14.705 (56)	11.598 (43)	15 (1)
De 4 a 6 consultas	121.176 (19,2)	56.676 (47)	64.333 (52)	167 (1)
7 ou mais consultas	467.490 (74,1)	180.194 (38)	286.662 (61)	634 (1)
Ignorado	2.105 (0,37)	990 (46,9)	1.109 (53)	6 (0,1)
Adequação do acesso ao pré-natal				
Não fez pré- natal	1.277 (0,2)	894 (70)	381 (28,9)	2 (0,1)
Inadequado	96.675 (15,3)	48.354 (50)	48.229 (49)	92 (1)
Intermediário	35.932 (5,7)	16.735 (45,7)	19.162 (53,3)	35 (1)
Adequado	40.563 (6,4)	17.234 (42)	23.279 (57,9)	50 (0,1)
Mais que adequado	390.792 (62)	148.664 (38)	242.665 (61,8)	463 (0,2)
Não classificados	65.404 (10,4)	26.069 (39,5)	38.998 (60)	337 (0,5)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Em relação a ocorrência de partos cesáreos, houve predominância no grupo 5 de Robson (C/CS ant gestação única, cefálica, > 37 semanas), seguidos pelo grupo 01(Nulípara, gest un, cefál > 37sem, tp espontâneo), como evidencia a (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxa de ocorrência de partos normais e cesáreas em relação aos grupos de Robson. Estado do Ceará, 2017 a 2021

Grupos de Robson	Total n (%)	Parto Normal n (%)	Cesárea n (%)	Ignorado n (%)
Total	630.704 (100)	257.975 (41)	371.752 (59)	977 (0.1)
01 Nulípara, gest un, cefál > 37 sem, tp espontâneo	127.633 (20)	67.170 (53)	60.330 (46,8)	133 (0,2)

02 Nulípara, gest um, cefál > 37 sem c/ind CS pré TP	59.308 (9,4)	11.730 (20)	47.559 (80)	19 (0,01)
03 Multípara, (s/ces prev) gest um cef > 37 sem espon	132.582 (21)	101.655 (77)	30.792 (22,9)	135 (0,1)
04 Multípara, (s/ces prev) gest, um cef > 37 s ind/ CS préTP	39.808 (6,3)	12.460 (33)	27.334 (67)	14 (0,03)
05 C/CS ant gestação única, cefálica, > 37 semanas	124.991 (20)	13.241 (11)	111.677 (89)	73 (0,05)
06 Todos partos pélvicos em multíparas	7.031 (1,11)	754 (11)	6.269 (89)	8 (0,01)
07 Todos partos pélv. Em multíparas (incl CS prévia	10.042 (1,6)	1.476 (14,7)	8.551 (85)	15 (0,3)
08 Todas gest múltiplas (incluindo CS prévia	11.844 (1,9)	1.762 (15)	10.068 (85)	14 (0,1)
09 Todas apres anormais (incluindo CS prévia	1.249 (0,2)	27 (2,1)	1.219 (97,6)	3 (0,2)
10 Todas gest unic cefal < 36 sem (incl CS prévia	61.345 (9,7)	28.123 (46)	33.181 (54)	41 (0,07)
11 Nasc n clas por aus resp	54.871 (8,7)	19.577 (36)	34.772 (63,4)	522 (0,6)

aos itens necessários				
-----------------------	--	--	--	--

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

6 DISCUSSÃO

A partir dos dados apresentados nesta pesquisa (630.704), é possível constatar um aumento na realização de cesáreas em detrimento do parto normal. Essa tendência não é exclusiva da amostragem estudada, reflete uma realidade mundial.

No estudo realizado, entre os anos 2020 e 2021, houve um aumento de cesarianas, realizadas, o que pode estar associado, além das indicações conhecidas, a pandemia então vivenciada. Entre esses partos, os maiores índices de faixa etária, idade, escolaridade, estado civil e raça/cor da pele foram de 30 – 34 anos, com ensino médio completo, separada judicialmente e branca, respectivamente.

As intervenções cirúrgicas de cesarianas, foram realizadas em um maior número de idade gestacional de 32 a 36 semanas (60%), com o peso ao nascer 4 kg (74%). O índice de Apgar no 1º e no 5º minuto se mantiveram 7.

Dentre essas gestantes, a maioria teve uma boa adequação ao pré-natal, tendo realizado 7 ou mais consultas. Em relação a Classificação de Robson, houve predominância no grupo 05 (C/CS ant gestação única, cefálica, > 37 semanas), seguidos pelo grupo 01 (Nulípara, gest un, cefál > 37sem, tp espontâneo).

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as operações cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde a taxa é consideravelmente menor de 40%.

No presente trabalho o parto cesáreo teve predomínio sobre o parto vaginal (Tabela 1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) discorre que não há justificativa para um percentual de partos cesáreos superior a 15% em nenhuma região do mundo.

O Ministério da Saúde do Brasil, igualmente, discorre que elevadas taxas de cesáreas são razões determinantes da morbimortalidade materna e perinatal.

Além do desejo por parte da gestante, de evitar dor e sofrimento tanto físico como psicológico, do senso comum entendido como ser um processo mais fácil, menos arriscado, com a possibilidade de marcar uma data desejada pela família ou realizar laqueadura, um maior controle sobre o nascimento, e, ainda em razão do receio quanto à possíveis complicações. ARIK *et al.*, (2019) ressaltam que as cesáreas eletivas geralmente cursam a pedido de gestantes com escolaridade elevada, à maior renda familiar e, conseqüentemente ao maior acesso à tecnologia. A literatura evidencia que o aumento de cesáreas desnecessárias pode acarretar conseqüências negativas para a saúde da mãe e do bebê. Dentre as principais complicações relacionadas às cesarianas destacam-se o risco de infecções, hemorragias, problemas respiratórios e cardiovasculares, trombose e até mesmo a morte materna. Ademais, a recuperação pós-parto tende a ser mais dolorosa, lenta e complicada em comparativo ao parto normal. Isso se deve ao fato de que é um procedimento cirúrgico (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Leal (2020) aborda o motivo da internação obstétrica para as mulheres segundo a cor da pele autodeclarada e verifica-se que as de cor preta se hospitalizam mais por aborto do que as pardas e brancas, bem como, junto com as pardas, têm maior frequência de gestantes adolescentes, enquanto as brancas são mais velhas (35 anos e mais). A baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) e a ausência de trabalho remunerado foram maiores nas pardas e pretas do que nas brancas, mas, a situação conjugal de estar sozinha, sem companheiro, foi mais frequente nas pretas. Quanto aos antecedentes obstétricos, as mulheres pretas e pardas tem maior paridade e as pretas, maior frequência de hipertensão crônica e história de pré-eclâmpsia, enquanto as brancas têm mais cesarianas e diabetes gestacional.

Na (Tabela 1), podemos observar a redução de partos normais entre os anos estudados, Simões *et al.*, (2022), relacionam à falta de informação sobre os benefícios do parto normal, o medo da dor, a influência da mídia e até mesmo pressões familiares, como fatores que impactam negativamente na incidência de partos normais. Ainda na (Tabela 1), é possível observar a redução no número total de partos normal a partir do ano de 2020, em relação aos anos anteriores. É válido ressaltar que, coincidentemente este foi o período da pandemia por Covid-19, e os

autores Saenz *et al.*, (2020) consideram que esse declínio dos partos normal deve se dar pela prevenção de possíveis complicações, visto que se tratava de um período incerto e desconhecido na área da saúde, demonstrado também em seu estudo uma maior incidência de cesáreas, superando anos anteriores.

O aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, antes dos 20 e após os 35 anos de idade, é uma realidade. Muitos estudos descrevem o impacto dos extremos da vida reprodutiva, adolescência e idade avançada sobre os resultados maternos e perinatais com conclusões conflitantes. Algumas condições maternas associadas ao possível comprometimento fetal costumam ser mais frequentes e mais graves nesta faixa etária e, portanto, elevam o número de cesáreas. Quando analisando a correlação do tipo de parto com a idade materna, constatou-se que à medida que a idade materna avança, a frequência de partos normais diminui (Tabela 1), corroborando com a literatura.

Nas últimas décadas, a maternidade na adolescência tem ocupado as agendas de saúde pública, em nível mundial. Estudos dos determinantes de risco neonatal relacionados à gravidez na adolescência sugerem múltiplas interferências, de acordo com o contexto familiar, inserção social, situação conjugal e estado de saúde. Mães adolescentes muito jovens (com menos de 16 anos) parecem mais susceptíveis e vulneráveis em alguns aspectos, cabendo considerar os fatores ligados ao estilo de vida, à condição social e econômica, além dos possíveis fatores biológicos e relativos à saúde (Chalem *et al.*, 2020).

Quanto ao tipo de parto correlacionada com o grau de escolaridade, aquelas que detêm maior grau, neste grupo de mulheres, há uma maior taxa de parto cesáreo, sugerindo a existência de outras condições além dos clínicos. A escolaridade materna está fortemente associada ao tipo de parto quando as mães com maior grau de instrução apresentam uma chance seis vezes maior de terem seus filhos de parto cesáreo. Esses achados na literatura corroboram com os resultados do presente trabalho, conforme visualizado na (Tabela 1). Em síntese, ao referirem da “cultura da cesariana no Brasil”, o parto operatório passou a simbolizar para a parturiente e sua família um atendimento médico diferenciado (“parto sem dor”, “ausência de asfixia ao nascimento”, “sexualidade, e para o obstetra, maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho).

De acordo com dados colhidos, tanto os partos de via vaginal como de cesáreo, os maiores percentuais estiveram na idade gestacional de 37-41 semanas

(Tabela 2). Corroborados em análises científicas, econômicas e fundadas no direito de escolha da mulher, vários países incluindo o Brasil, têm se mobilizado através de seus serviços nacionais de saúde, entidades de classe e movimentos sociais em prol do resgate do nascimento como um processo biológico natural, destinando a cesariana para condições de excepcionalidade, quando justificadas cientificamente. Por outro lado, algumas interpretações menos elaboradas do ponto de vista científico atribuem ao procedimento cesariano o indutor de resultados maternos e neonatais desfavoráveis, sem levar em conta as indicações do referido procedimento.

Para alguns autores a vitalidade do recém-nascido é um fator que pode estar relacionado ao tipo de parto. Essa vitalidade é estimada pelo índice de Apgar, no primeiro e quinto minutos de vida, cujos valores apresentando-se baixos indicam menos oportunidade de sobrevivência, indicando a importância da vigilância adequada do trabalho de parto e auxílio adequado logo após o nascimento. No presente estudo foi observado que os índices de Apgar tiveram bons valores tanto no parto cesáreo quanto no vaginal, mostrando percentuais semelhantes (Tabela 2). O índice de Apgar demonstra as condições de vitalidade do recém-nascido e está diretamente relacionado com a qualidade do atendimento ao parto. Este, quando em deficiência, pode resultar em sofrimento fetal e levar a baixos índices de Apgar, mesmo que o bebê nasça a termo e com peso adequado.

A associação entre as taxas de cesáreas com o pré-natal foi avaliada considerando o número de consultas realizadas e a adequação do acesso (Tabela 3), no qual verifica-se índices mais elevados de cesáreas nas gestantes que fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal e nas pacientes com acesso ao pré-natal classificado como mais do que adequado. O elevado número de consultas durante o pré-natal associados ao desfecho gestacional de parto cesáreo, pode estar correlacionado a problemas obstétricos como doenças hipertensivas, diabetes gestacional, distocia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, entre outros. Acredita-se que a adequação de equipes multidisciplinares, melhor orientação durante as consultas, incentivo à participação de gestantes, acesso às medidas não farmacológicas para alívio da dor, ambientação adequada, livre escolha de acompanhante por parte da gestante durante o trabalho de parto e pós-parto, uso de ocitocina somente com recomendação do protocolo e respeitar o tempo fisiológico de parto são exemplos de fatores que podem contribuir de forma positiva para redução do número de cesarianas (CHEN *et al.*, 2018).

Mesmo sendo oferecidas gratuitamente pelo Ministério da Saúde (MS) as consultas de acompanhamento mínimo no pré-natal por gravidez, nem todas as mulheres têm frequentado as consultas marcadas, seja pelo desconhecimento da importância desse tipo de atendimento ou pela falta de comprometimento ou ainda, em virtude de algumas culturas não permitirem o acesso.

É ideal também que no pré-natal o profissional preste as devidas orientações acerca do momento do trabalho de parto e parto, sendo essas informações fundamentais, pois previnem comportamentos que aumentem a ansiedade, os medos e as inseguranças no momento de parir, além de estimular a própria gestante a exercer a autonomia na escolha deste processo não deixando se influenciar a respeito de decisões que envolvem seu próprio corpo. São essenciais encontros para que se sanem as possíveis dúvidas, e propiciar que os conflitos vividos não interfiram de forma negativa nesse momento tão especial de nascimento de um filho.

O parto é visto como um processo psicossomático, no qual as escolhas das grávidas estão relacionadas não só com a própria evolução da gestação, mas também com o nível de informação da mulher, experiências prévias em outras gestações, e principalmente, a influência do profissional de saúde a respeito da decisão na hora de parir, onde a assistência pré-natal tem potencial influência na escolha da via de parto das gestantes.

Todavia, a pouca ou nenhuma orientação durante o pré-natal sobre as reais indicações de cesariana e os benefícios e desvantagens de cada tipo de parto, afiliada ao progresso científico e ao aprimoramento da técnica cirúrgica, caracterizam um modelo de assistência médica fortemente decisiva da opção pelo parto operatório. Muitas vezes é transmitida à gestante, durante o pré-natal, a ideia injustificável de que o parto cesáreo é mais seguro para a mãe e para o bebê e, portanto, uma forma mais “moderna” de parto.

Baseado em um estudo realizado em 24 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que cesarianas estão associadas com maiores riscos, quando comparadas com o parto vaginal, portanto devem ser realizadas quando há um benefício claro. Com essas problemáticas em mente, em 2011, a OMS recomendou o uso da classificação de Robson para monitorar e comparar a prevalência de parto cesáreo (PC), uma vez que essa ferramenta é de fácil aplicabilidade e clinicamente relevante ao apresentar dados importantes para a análise das condutas em hospitais.

A classificação de Robson é, portanto, um instrumento prospectivo que analisa parâmetros na gestante, sendo eles: antecedentes obstétricos (presença de PC anterior), número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional – e os divide em 10 grupos diferentes. Esses grupos são inclusivos e únicos, significando que todas as gestantes podem ser inseridas nessa classificação. Sua simplicidade e reprodutibilidade fez com que a classificação se popularizasse e tivesse seu uso apoiado pela OMS. Em 2014, o MS optou por substituir as suas estatísticas anuais de nascidos vivos pela classificação de Robson, o que possibilitou a avaliação nacional da associação dos parâmetros obstétricos selecionados com o modo de parto.

Com base nos dados coletados, e segundo a classificação de Robson, conforme evidenciado na (Tabela 4), o grupo 5, terceiro maior grupo da amostra, foi o que mais contribuiu para a estatística, com 46,8% das cesáreas. Ou seja, as maternidades do Estado do Ceará já atendem a uma população com alta taxa de PCs anteriores, por isso existe grande contribuição desse grupo para o número de cesáreas. Esse índice elevado corrobora com o aumento do grupo 5 em todo Brasil, tendo se destacado como grupo ampliador progressivo atual da taxa de cesariana no país.

Esse aumento tem sido correlacionado com a presença de cicatriz uterina prévia, como fator de grande influência nas decisões de partos futuros. Ainda persiste o temor quanto à ruptura uterina durante o parto vaginal em mulheres que possuem parto cesárea prévio por fragilidade da parede do órgão no local da cicatriz, apesar de estudos indicarem um sucesso em torno de 70% para prática de parto vaginal após cesárea. Tendo em vista esse aumento do grupo 5, estudos sugerem que políticas públicas sejam realizadas com foco nessa subpopulação, uma vez que a mudança é possível e alteraria significativamente os indicadores do país. Muitos autores recomendam, como primeira medida a ser adotada, evitar a primeira cesariana em nulíparas e a segunda em gestantes com somente uma cesárea anterior, de modo a não perpetuar e quebrar o ciclo estabelecido de uma vez cesárea, sempre cesárea.

Outro fato foi a alta taxa de cesáreas do grupo 1, sendo elas de 34,8% e 87,7%, respectivamente. Isso significa que grande parte das gestantes nulíparas passou a ter antecedente de PC já em seu primeiro parto, classificando-se como grupo 5 para gestações futuras.

7 CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou identificar os índices de cesarianas realizadas no Estado do Ceará, mediante a proposta e com base nos achados, conclui-se que o índice de cesáreas no Estado reflete a tendência observada no Brasil e no mundo.

Conclui-se que o perfil sociodemográfico das mulheres analisadas, foi caracterizado pela faixa etária 20-24 anos, de cor parda, solteira, com ensino médio completo. Foram evidenciados também os dados da gestação atual e desfecho neonatal em relação a ocorrência do parto e associação da adequação de pré-natal, peso ao nascer e índice de Apgar no 1º e 5º minuto.

Diante dos resultados encontrados com a realização dessa pesquisa, observa-se que é necessário um melhor suporte assistencial e informativo por parte da equipe multiprofissional que presta cuidados às gestantes desde o momento do pré-natal, que devem ser acompanhadas recebendo informações não só sobre a gravidez, mas também sobre o parto. Nesse contexto, é crucial que essas mulheres tenham conhecimento acerca via de parto, como serão realizados, seus benefícios, riscos e consequências, para assim, desenvolverem um senso crítico a fim de nortear as suas escolhas.

Uma forma que mostra-se bastante eficaz, e pode ser utilizada pelos gestores para traçar melhores estratégias para com os grupos de mulheres que contribuem com a taxa geral de cesáreas é a Classificação de Robson, de uso fácil e objetivo, que permite identificar a distribuição de gestantes atendidas nos serviços de saúde e quais destes contribuem para a taxa geral de cesáreas. No estudo em questão, houve predominância no grupo 05 de Robson (C/CS ant gestação única,

cefálica, > 37 semanas), seguidos pelo grupo 01 (Nulípara, gest ún, cefál >37 sem, tp espontâneo).

Como limitação do estudo, pode-se destacar o fato da coleta de dados ter sido realizada de maneira secundária, com informações de domínio público, não sendo possível a verificação de demais elementos que poderiam nortear melhor a análise. Adicionalmente, reforça a ideia de que levantamentos de indicadores, a partir de informações obtidas nos Sistemas de Informação, em nível nacional, como o SINASC, permitem avaliar a qualidade da informação, quanto à captação e qualidade dos dados, assim como pode contribuir para o aprofundamento científico nesta área e subsidiar políticas, programas e ações voltadas à saúde materno-infantil, saúde reprodutiva e assistência neonatal.

Quanto às contribuições da pesquisa, ressalta-se a importância de conhecer e analisar os principais fatores associados ao processo e desfecho de cesarianas realizadas no Estado do Ceará, observando o impacto de tal, tanto para mãe quanto para o recém-nascido, completando os dados disponíveis na literatura e constituindo informações necessárias para uma assistência segura, respeitosa e de qualidade.

Assim, faz-se necessário a continuação de estudos que possibilitem nortear diretrizes das políticas elaboradas para a redução da proporção de partos cesáreos e que sejam capazes também de avaliar a implementação e eficácia das mesmas em cada setor de saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, M.C. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. 2008;15(4):927-944.
- AMORIM, M.M.R; SOUZA, A.S.R; PORTO, A.M.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**. 2020;38(8):415-422.
- BARBOSA, G.P; GIFFIN, K; ÂNGULO-TUESTA, A; GAMA, A.S; CHOR, D, D'ORSI E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**. 2003.
- BARBETTA, PA. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 7th ed. Florianópolis: UFSC;2004.
- BARROS FC, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, 2018; 8: 1-9.
- BASTOS et al. Pesquisas científicas relacionadas a Emergências obstétricas. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2019.
- BÉTRAN AP, MERIALDI M, LAUER JA, BING-SHUN W, THOMAS J, VAN LOOK P, WAGNER M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatr Perinat Epidemiol** 2007; 21(2):98-113.
- BETRAN, A.P; TORLONI, M.R; ZHANG, J.Y.E.J; MIKOLAJCZYK, R; DENEUX-THARAUX C, OLADAPO OT, SOUZA JP, TUNÇALP Ö, VOGEL JP, GÜLME-ZOGLU AM. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reprod Health**. 2015; 12 (1): 57.
- BOERMA T, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, 2018; 392: 1341- 1348.

BRASIL. (2016). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Conitec, p. 101.

BRASIL. (2017). Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. [s.l: s.n.].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz de atenção à gestante: operação cesariana**. Brasília, DF: Conitec, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília, DF: MS; 2012.

CARVALHO, S.P.S; CESSE, E.D.P; LIRA, P.I.C; RISSIN, A; CRUZ, R.S.B.L.C; BATISTA, F. M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do Nordeste Brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva**. (2018/Fev).

CECATTI, J.G; ANDREUCCI, C.B; CACHEIRA, O.S; PIRES, H.M; SILVA, J.L; AQUINO, M.M. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. 2000; 22(3):175-9.

CHALEM, E; MITSUHIRO, S.S; FERRI, C.P; BARROS, M.C.M; GUINSBURG, R; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2007; 23(1):177-186.

CLARK, S.L; MILLER, D.D; BELFORT, M.A; DILDY, G.A; FRYE, D.K; MEYERS, J.A. Neonatal and Maternal outcomes associated with elective term delivery. **Am.J.Obst.Gynecol**. 2019; 200(2):156.e1-156.e4.

COSTA, M. L.; CECATTI, J. G.; SOUZA, J. P.; MILANEZ, H. M.; GÜLMEZOGLU, M. A. Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. **Reprod Health**, v. 7(13), p. 1-8, Jun 2020.

COSTA, G.R.C; CHEIN, M.B.C; GAMA, M.E.A; COELHO, L.S.C; COSTA, A.S.V; CUNHA, C.L.F, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev Bras Enferm**. 2020;63(6):1005-9. 2.

DINIZ, C.S.G. Gênero, Saúde Materna E O Paradoxo Perinatal. **REV BRAS** Crescimento Desenvolv Hum 2010; 19(2):13-26.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da maternidade**. Leila Diniz. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. 212p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de endemias, ambiente e sociedade, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

D'ORSI E, CHOR D, GIFFIN K, ANGULO-TUESTA A, BARBOSA GP, GAMA AS, REIS AC. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(10): 2067-78.

EUA. National Institutes of Health (NIA). NIH **State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request**. Maryland: NIH; 2006.

ENKIN, M; KEIRSE, M.J.N.C; NEILSON, J; CROWTHER, C; DULEY, L; HODNETT, E, et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAISAL-CURY, A; MENEZES, P.R. Factors associated with preference for cesarean delivery. **Rev Saúde Pública** 2006; 40(2): 1-7.

FAÚNDES, A; PÁDUA, K.S; OSIS, M.J; CECATTI, J.G; SOUZA, M.H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev Saúde Pública** 2004; 38(4): 488-94

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação. **Assistência ao parto e tococirurgia**. São Paulo: Ponto, 2002.

FREITAS, P.F; DRACHLER, M.L; LEITE, J.C.C; GRASSI, P.R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública** 2005; 39(5): 761-7.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura, **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014.

FIOCRUZ. Nascer no Brasil: **Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento** [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Leal M C, Gama SGN (Editores); 2015.

GOER, H. **Humanizing birth: a global grassroots movement**. *Birth* 2004; 31(4):308-314.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. Revista Recien - **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.11, p.23-27, 2017.

GOMES, U.A; SILVA, A.A; BETTIOL, H; BARBIERI, M.A. **Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts**, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 687-94.

GUILLEMEAU, J. **Childbirth or the happy delivery of women**. London: A Hartfield, 1612.

HOXHA I, et al. **Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis**. *BMJ Open*, 2017; 7(2): 1-9.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4ª Edição. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ceará. **Panorama 2022**.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. Perfil do Estado do Ceará, 2022.

JOSIPOVIĆ, L.B; STOJKANOVIĆ, J.D; BRKOVIĆ, I. **Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson Classification**. *Coll Antropol*. 2018 Mar; 39(1): 145-50.

KRÖNIG, B. **Transperitoneale Cervikaler Kaiserschnitt**. In: Doderlein A, Krönig B, eds. *Operative Gynakologie*. Leipzig, Germany: G. Thieme, 1912.

LAVENDER, T; HOFMEYR, G.J; NEILSON, J.P; KINGDON, C; GYTE, G.M. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database Syst Rev**. 2006;3:CD004660.

LEAL, et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. 2020.

LEAL, G. C. G. **Avaliação da atenção perinatal na perspectiva dos direitos das mulheres em maternidades de risco habitual**. 145f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

MARTINS, A.P.V. **A medicina da mulher: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XX**. [Tese de Doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. (2017). Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–12.

MELO, J.K.F; DAVIM, R.M.B; SILVA, R.R.A. Vantagens e desvantagens do parto transpélvico e cesariano: opinião das puérperas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. 2015;7(4):3197-3205.

MONTEIRO A C. **Indicações, techina e vantagens da cesariana moderna** [These]. Rio de Janeiro; 1922.

MORAES, M.S; GOLDENBERG, G.P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad Saúde Pública** 2001; 17(3): 509-19

ODENT, M. **A cesariana. São José:** Saint Germain, 2004.

O'DRISCOLL, K; JACKSON, R.J.A; GALLAGHER, J.T. **Prevention of prolonged labour.** BMJ. 1969; n.2, p.477-480.

OLIVA, C.M.P.S. **Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer** [Internet] [Dissertação de Mestrado]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto; 2018.

OLIVEIRA, S.M.J.V; GOZALEZ, R. M.L; ROSAS, M.I.Y.A C.F; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev Latinoam Enferm.** 2021;10(5):667-74.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genebra: Programa de Reprodução Humana, 2015.

OSIS, M.J; PÁDUA, K.S; DUARTE, G.A; SOUZA, T.R; FAÚNDES, A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 2001; 75:S59-S66.

PATAH, L.E.M; MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública.** 2017;45(1):185-94.

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** Aletheia, jan./abr., 2012. 37, p.212-227.

POTTER, J.E; FAUNDES, A; HOPKINS, K; PERPÉTUO, I.H.O. **Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale.** Birth 2008; 35(1): 33-40.

RAMACHANDRAPPA, A; JAIN, L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. **Clin Perinatol** 2018; 35(2):373-393.

RATTNER, D; TRENCH, B. (orgs). **Humanizando nascimentos e partos.** São Paulo: Editora Senac, 2005.

REZENDE, J. Operação Cesariana. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. Sewell JE. Cesarean Section: a brief history. **The American College of Obstetricians and Gynecologists in cooperation with the National Library of Medicine.** 1993.

ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal Matern Med Rev.** 2010 Feb; 12(1): 23-39.

ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining appropriate caesarean section rate. **Best Practiv e & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v.27, n.2, p.297.

São Paulo. Ministério Público Federal (MPF). **Ação Cível Pública em face da Agência Nacional de Saúde Suplementar.**

SIGNORELLI, C; CATTARUZZA, M.S & OSBORN, J.F. **Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study.** Am J Public Health 1995; 109: 191-9.

SILVA, R.L.D.T. Cesáreas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais, Maringá, Paraná. **Ciência Cuid.Saúde.** Maringá, v. 5, supl., p. 157-65, dez. 2006

SILVEIRA DS & SANTOS IS. Fatores associados à cesariana entre mulheres de baixa renda em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 Supl 2: S231-41.

SURGERY AND PATIENT CHOICE. **ACOG Committee Opinion.** 2008;395:1-5.

VICENTE, A.C; LIMA, A.K.B.S; LIMA, C.B. **Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios.** Temas em Saúde. 2017;17(4):24-35.

YAZLLE, M.E.H.D; ROCHA, J.S.Y; MENDES, M.C; PATTA, M.C; MARCOLIN, A.C; AZEVEDO, G.D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública.** . 95, n. 5, p. 619-24, maio 2012.

WHO. World Health Organization. **WHO statement on Caesarean section rates;** 2015

ZUGAIB, M; FRANCISCO, R.P.V. **Zugaib obstetrícia.** 3. ed. Barueri: Manole, 2016; 02p.

