

CONIC SEMESP

17º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: BRASIL PAÍS DA CESÁREA

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: ENFERMAGEM

INSTITUIÇÃO: CENTRO UNIVERSITÁRIO CAPITAL

AUTOR(ES): IVO GOMES SAMPAIO, BRUNA MONTEIRO DA SILVA DOS SANTOS, CAMILA GONÇALVES PAMPONET DE ALMEIDA, JOSE ROBERTO CRUZ, LARISSA ALEXSANDRA DA SILVA SANTOS, LILIANE DOS SANTOS PARRA

ORIENTADOR(ES): SORAYA EL HAKIM

COLABORADOR(ES): NÃO HÁ

Realização:

SEMESP 

Apoio:


CENTRO UNIVERSITÁRIO ÍTALO BRASILEIRO

Brasil, País da Cesárea

Autores

Almeida. P.G. C ¹

Cruz.R. J ¹

Sampaio. B.I ¹

Santos. S.A. L ¹

Silva. S.M. B ¹

HAKIM S.E²

RESUMO:

O estudo foi elaborado em cima de artigos voltado para o índice de cesarianas no Brasil. Relacionados a taxas ao alto índice e quais os fatores relacionados a uma cesariana. O aperfeiçoamento de grandes avanços científicos mudou o panorama obstétrico e reduziu a taxa morbimortalidade materna e perinatal deixou de ser a forma de resolução da gestação utilizada apenas "na última hora", como tentativa de salva a vida da mãe ou do feto, para se tornar, em algumas situações de alto risco gestacional, a melhor opção de parto para o binômio. O alto índice de cesáreas no Brasil vem sendo um fator preocupante atualmente para o órgão de saúde. Os fatores que mais influenciam na hora de escolher o parto cesáreo são fatores sócios econômicos; região geográfica; idade materna; estruturas hospitalares; evolução tecnológica; idade gestacional; urbanização e patologias associadas. Uma das possíveis causas para o incremento nos indicadores de cesarianas seria a interferência dos médicos, com a justificativa de ser um procedimento confortável e seguro tanto para a mãe como para o feto. A realização desse procedimento inicialmente visava apenas salvar a vida da criança de uma mãe já morta, no entanto com a evolução das técnicas e o aprimoramento por parte dos profissionais, deixou de ser apenas um recurso de última hora e se tornou uma prática comum na atualidade.

Descritores: PARTO; CESÁREAS; BRASIL

1 Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Unicapital

1. INTRODUÇÃO

A incorporação de grandes avanços científicos mudou completamente o panorama obstétrico e reduziu drasticamente a morbimortalidade materna e perinatal. Dentro desse contexto, a cesárea (CS) deixou de ser a forma de resolução da gestação utilizada apenas "na última hora", como tentativa de salvaguardar a vida da mãe ou do feto, para se tornar, em algumas situações de alto risco gestacional, a melhor opção de parto para o binômio. Como o procedimento foi se tornando mais seguro ao longo do tempo, os obstetras não tinham mais argumentos para retardar a indicação de resolução da gestação por via alta em situações de risco materno e/ou fetal. Adicionalmente, questões religiosas, a urbanização das populações, a valorização do feto após o advento do exame ecográfico e a hospitalização do parto colaboraram para o incremento mundial do número de Cesárias. (CARMO 2014, ANO).

Na atualidade, é possível inferir que as taxas de CS variam de acordo com a localidade, os tipos de serviços de saúde, as características da população atendida e os profissionais que prestam a assistência obstétrica. Todavia, outros fatores menos comentados colaboram para o incremento na realização desse procedimento: o temor materno da ansiedade e dor do trabalho de parto. (MARCOLIN, 2014).

Por um lado, a indicação da cesárea é importante para mulher e o feto, por outro lado ela pode estar sendo indicada sem critérios clínicos, o Ministério da Saúde (MS), preconiza 15% de cesárias e o SUS tem 40% e os hospitais particulares representam 84% de cesárea no Brasil. (BRASIL, 2016).

De modo geral os países da América do Sul que representam índice maiores de cesárias são o Brasil 84,6%, Colômbia 43% e Argentina 40%. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012)

A cesariana provoca sempre um trauma no organismo da mulher, maior que o causado quando há um parto normal. O abdômen é cortado, a musculatura é afastada de seu lugar e a cavidade abdominal invadida. Tudo isso provoca acúmulo de gases, dores, menor movimentação intestinal e uma recuperação pós-parto mais lenta. Avaliando as sérias complicações da cesárea, nos perguntamos quais são os reais motivos da cesárea sem indicação, pois

Centro Universitário Unicapital

umenta o risco de hemorragia pós-parto, infecção, admissão em UTI, mortalidade e em gravidezes futuras de placentação anormal, ruptura uterina, Infecções de ferida cirúrgica dentre outros. (LOCKS, 2012).

Realizar cesariana eletiva isto é (quando a mãe faz a escolha pela cirurgia cesariana sem necessidade prévia) pode resultar em prematuridade iatrogênica, prolongar a internação hospitalar e prejudicar a amamentação. A cesariana implica riscos cirúrgicos e anestésicos e pode ter consequências tardias nas gestações subsequentes, como doenças de grande potencial hemorrágico (inserção baixa de placenta e acretismo placentário) cujas complicações, muitas vezes, ocasionam o óbito da mulher. Com vistas a diminuir esses problemas, esforços têm sido empreendidos para evitar cesarianas primárias ou de repetição. (OSAVA; SILVALL; TUESTAI; OLIVEIRA; AMARAL, 2014).

Está em curso no país um movimento pela adoção de um modelo de atenção baseado em tecnologias apropriadas para o parto e nascimento. Iniciativas importantes do Ministério da Saúde, tais como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Lei do Acompanhante, o Programa de Qualificação das Maternidades no Nordeste e Amazônia Legal e, mais recentemente, a Rede Cegonha, são exemplos desse esforço. (LEAL, 2012).

Com esse índice tão alto de parto Cesário no Brasil, o estudo tem como finalidade, descrever os reais motivos da realização da cesariana, quando não é utilizada para diminuir a mortalidade materno fetal. A importância desse estudo é conscientizar a equipe multiprofissional da saúde, sobre os motivos que hoje são também utilizados para a realização da Cesária, motivos esses não fisiológicos.

2. OBJETIVO

- Descrever os reais motivos da realização da cesariana, quando não é utilizada para diminuir a mortalidade materno fetal

3. MÉTODO

O referido estudo está baseado na revisão da literatura, utilizando os descritores: cesárea; parto; Brasil. as bases de dados utilizadas foram...BNENF-enfermagem 5;.Lilac.3.;Medline.;5.nos últimos 5 anos

Centro Universitário Unicapital

respectivos, foram utilizados artigos somente na língua portuguesa, pois o estudo tem como foco avaliar a situação da cesárea no país.

4. RESULTADOS E DISCURSÃO

Foram utilizados para esse estudo artigos. O alto índice de cesáreas no Brasil vem sendo um fator preocupante atualmente para o órgão de saúde. Podemos observar a correlação de diversos fatores que colaboraram de maneira significativa ao longo do tempo para o aumento do número de partos por via alta (cesárea) no Brasil, tais como fatores sócio econômicos; região geográfica; idade materna; estruturas hospitalares; evolução tecnológica; idade gestacional; urbanização e patologias associadas. (Cardoso JE, Barbosa RHS, 2012)

A tendência ao aumento das taxas de cesárea ocorreu mundialmente, sobretudo no Brasil a partir da década de 1970. O avanço do respeito as pacientes e a autonomia das mulheres do novo papel na família e na sociedade contribuíram para a progressiva participação feminina na escolha da via de parto, presumindo-se que a inclusão de suas preferências na decisão estaria influenciando o aumento do número de cesáreas em todo o mundo. Uma das possíveis causas para o incremento nos indicadores de cesarianas seria a interferência dos médicos, com a justificativa de ser um procedimento confortável e seguro tanto para a mãe como para o feto. (Ferrari J, Lima NM. Atitudes, 2010).

A escolha da mulher pelo parto cesáreo tem sido apontada como uma das razões para o aumento nas taxas de cesariana. No dia a dia das maternidades, não é difícil encontrarmos mulheres pedindo aos profissionais que realizem a cesárea, por motivo de limiar de dor alterado.

Segundo Autor (ano), refere que as variáveis sociais, as taxas de cesariana foram mais altas entre as mulheres de cor da pele branca, de escolaridade mais elevada e entre aquelas que fizeram consultas pré-natal e partos no setor privado ou por intermédio de convênio, ou seja, entre aquelas potencialmente

Centro Universitário Unicapital

com melhores condições socioeconômicas no ponto de vista delas o parto Cesário traz benefícios como; Praticidade: a cesariana é mais prática, medo de sofrimento e dor durante o parto normal. A forma como se percebe e se responde à dor pode ser influenciada pela origem cultural e social. (, Cardoso JE, Barbosa RHS 2012)

Em outros grupos culturais, a dor do parto não é temida, diferentemente das mulheres de países ocidentais, conforto e segurança para o bebê em parto cesariano. A cesariana vai atrapalhar menos minha vida sexual futuramente. No que diz respeito à principal fonte de informações sobre a gestação e o parto. Nesse estudo as gestantes disseram ter obtido informações por intermédio de profissionais de saúde, por familiares, amigos ou televisão e por médicos, sobre a escolha do parto. (Teixeira C, Correia S, Victora CG, Barros H. 2013)

Outras variáveis cuja influência na ocorrência de cesariana foi explorada, ainda que em menor grau, são gravidez planejada e preferência por tipo de parto, e se mostraram associadas a uma maior ocorrência de parto cesáreo neste estudo. O enfoque maior, as decisões quanto ao tipo de parto, em geral, e da cesariana, em particular, se desenvolvem do pré-natal ao parto. Infelizmente o Brasil tem sido citado frequentemente como líder na utilização da cesariana, sobre a qual fatores socioculturais, institucionais, financeiros e da prática obstétrica estariam por trás da assim denominada “cultura da cesariana no Brasil”.

(Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D’Orsi E, 2003)

Disponibilidade de informações sobre gravidez favorece a inclusão das gestantes no processo decisório, oportunizando a manifestação de sua autonomia em relação à via de parto. A falta de informação adequada no pré-natal sobre o parto e pós-parto acaba elevando a taxa de parto cesáreo no Brasil, por acreditar que o processo cirúrgico é mais seguro do o parto via vaginal. Podemos observar que o fato da gestante ter o mesmo medico no pré-natal até o momento do parto contribuir com indecência dos altos índice de cesárea como mostra a tabela abaixo.

(Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, BritoLMO, Lamy ZC, Nina VJS, 2009).

Centro Universitário Unicapital

| Variáveis | Mesmo médico no pré-natal e parto | | | | Valor de p |
|--|-----------------------------------|------|-----|------|------------|
| | Sim | | Não | | |
| | n | % | n | % | |
| Idade materna (anos) | | | | | |
| 14-19 | 5 | 2,8 | 68 | 16,5 | < 0,001 |
| 20-30 | 106 | 58,5 | 245 | 59,6 | |
| 30+ | 70 | 38,7 | 98 | 23,8 | |
| Estado civil | | | | | |
| Casada | 131 | 72,4 | 206 | 50,1 | < 0,001 |
| Solteira/Viúva/Separada | 14 | 7,7 | 37 | 9,0 | |
| União estável | 36 | 19,9 | 168 | 40,9 | |
| Cor da pele | | | | | |
| Branca | 159 | 87,8 | 291 | 70,8 | < 0,001 |
| Não branca | 22 | 12,2 | 120 | 29,2 | |
| Anos de estudos | | | | | |
| Até 8 completos | 21 | 11,6 | 125 | 30,4 | < 0,001 |
| 9+ | 160 | 80,4 | 286 | 69,6 | |
| <i>Status do pré-natal</i> | | | | | |
| Privado | 58 | 32 | 45 | 10,9 | < 0,001 |
| Convênio | 82 | 45,3 | 38 | 9,2 | |
| SUS | 41 | 22,7 | 328 | 79,8 | |
| <i>Status do parto</i> | | | | | |
| Privado | 60 | 33,1 | 14 | 3,4 | < 0,001 |
| Convênio | 70 | 38,7 | 27 | 6,6 | |
| SUS | 51 | 28,2 | 370 | 90 | |
| <i>Trabalho de parto</i> | | | | | |
| Espontâneo | 21 | 11,6 | 149 | 36,3 | < 0,001 |
| Induzido | 16 | 8,8 | 120 | 29,2 | |
| Não | 144 | 79,6 | 142 | 34,5 | |
| <i>História reprodutiva</i> | | | | | |
| Múltipara (sem cesárea prévia) | 22 | 12,1 | 130 | 31,6 | < 0,001 |
| Múltipara (com cesárea prévia) | 58 | 32,1 | 92 | 22,4 | |
| Primípara | 101 | 55,8 | 189 | 46 | |
| <i>Gravidez planejada</i> | | | | | |
| Sim | 118 | 65,2 | 173 | 42,1 | < 0,001 |
| Não | 63 | 34,8 | 238 | 57,9 | |
| <i>Frequência ao pré-natal (consultas)</i> | | | | | |
| 0-6 | 13 | 7,2 | 99 | 24,1 | < 0,001 |
| 7+ | 168 | 92,8 | 312 | 75,9 | |
| <i>Preferência por cesárea</i> | | | | | |
| Sim | 107 | 59,1 | 94 | 22,9 | < 0,001 |
| Não | 74 | 40,9 | 317 | 77,1 | |
| <i>Doença na gestação</i> | | | | | |
| Sim | 41 | 22,7 | 99 | 24,1 | 0,705 |

Centro Universitário Unicapital

| | | | | | |
|---------------------------|-----|------|-----|------|---------|
| Não | 140 | 77,3 | 312 | 75,9 | |
| <hr/> | | | | | |
| Dilatação à admissão (cm) | | | | | |
| 0-3 | 147 | 90,2 | 240 | 62,5 | < 0,001 |
| 4-10 | 16 | 9,8 | 144 | 37,5 | |
| <hr/> | | | | | |
| Tipo de parto | | | | | |
| Cesariana | 167 | 92,3 | 188 | 45,7 | < 0,001 |
| Vaginal | 14 | 7,7 | 223 | 54,3 | |

Fonte: Fonte: Rev Paul Pediatria 2007

5. CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos, concluímos que o alto índice de cesáreas no Brasil aumenta drasticamente a cada ano por diversos fatores sejam eles patológicos ou não. A realização desse procedimento inicialmente visava apenas salvar a vida da criança de uma mãe já morta, no entanto com a evolução das técnicas e o aprimoramento por parte dos profissionais, deixou de ser apenas um recurso de última hora e se tornou uma prática comum na atualidade. Os estudos mostraram que os fatores que levam a mulher a escolher essa via de parto são: medo; sofrimento da dor do parto e influência do médico.

O Brasil se destaca nesse cenário como campeão mundial em números de cesáreas o que de certa forma é um quadro preocupante quando o ideal seria a preferência pelo parto vaginal. Por outro lado, quando realizadas por motivos clínicos e obstétricos desfavoráveis, a cesárea pode efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal, porém as cesáreas realizadas em mulheres cujo o quadro clínico e obstétrico tanto do bebê quanto da mãe não necessita do procedimento, fica claro a inexistência de algum benefício significativo, pelo, contrário pode implicar em várias complicações. Ficou claro a necessidade de um monitoramento das taxas de cesáreas nos hospitais de todo o país, tanto do Sistema Único de Saúde, como os privados, com o propósito de reduzir ao máximo as taxas excessivas e desnecessárias desse procedimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, fez-se uma reflexão sobre a promoção da saúde à gestante, ressaltando as recomendações durante a gestação para melhor escolha para via de parto. É de suma importância que a enfermagem tendo à frente o enfermeiro, cumpra o papel de promover a saúde da mulher e do recém-nascido. Grupos educativos durante o pré-natal podem esclarecer as dúvidas das mulheres em relação a via de parto, prevenindo assim um procedimento invasivo desnecessário.

Lembrando que a mulher no contexto da gestação e parturição não está sozinha, o companheiro e os familiares como a comunidade participam de maneira efetiva ou não desse momento singular, podendo interferir de maneira positiva ou negativa do processo de nascimento.

FONTES CONSULTADAS

1. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo? Quem o deseja e em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública*. 2003 Nov-Dez; 19(6):1611-20.
2. BASKETT T. F, O'CONNELL C.M. Severeobstetric maternal morbidity: a 15-year population basedstudy. *J ObstetGynaecol* 2005;25(1):7-9.
3. BETRÁN A .P, MERIALDI, M, LAUNER J .A, BING-SHUN, W, THOMA, J, Van LOOK, P, et al. Rates ofcaesareansection: analysisof global, regional andnational estimates. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2):98-113.
4. BRASIL . **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998 [2014 Jul 4]. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm>>
5. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2012; 22(1):35-52.
6. DRESAN L .T, LEEMAN, L. Cesarean Delivery. *Prim Care*. 2012;39(1):145-65
7. DUMONT, A, de BERNIS, L, Bouvier-Colle MH, BRÉART, G, MOMA study group. Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematicreview. *Lancet*. 2001;358(9290):1328-33.
8. Ferrari J, Lima NM. Atitudes de profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Rev Bioét*. 2010 Set-Dez; 18(3):645-58
9. GIBBON, L, BELIZAN J .M, LAUNER J ...A, BETRAN A .P, MERIALDI, M, ALTHABEL, F. Inequities in the use of caesareansection deliveries in the world. *Am J ObstetGynecol*. 2012;206(4):331.e1-19 .
10. GREGORY K ...D, JACKSON, S, KORST, L, FRIDMAN, M. Cesarean versus vaginal delivery: *Am J Perinatol* . 2012;29(1):7-18.
11. HANNAH, M, WHYTE, H, HANNAH, W, Hewson S, AMANKAWAH, K, CHEG, M, et al.; Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal Outcomes at

Centro Universitário Unicapital

12. LIU S, LISTON R .M, Joseph KS HEAMAN .M, SAUVE.R, KRAMER M. S; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007;176(4):455-60.

13. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. Aspectos relacionados À escolha do tipo de parto: um estudo comparativo Entre uma maternidade pública, outra privada, em São Luís Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009

14. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Júnior FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS et al. Aspectos relacionados À escolha do tipo de parto: um estudo comparativo Entre uma maternidade pública, outra privada, em São Luís Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 Jul; 25(7):1587-96.

15. Teixeira C, Correia S, Victora CG, Barros H. The brazilian preference: cesarean delivery among immigrants in Portugal. *PLoS One*. 2013 Mar; 8(3)

16. VILLAR, J, VALLADARE, E, WOJDYLA, D, ZAVALETA, N, CARROLI, G, VELAZO, A, et al.; WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29

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

18. years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(13):917-27.