

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –
UNIPTAN**

CURSO DE MEDICINA

MELANIE RATES KIRSCH

ALTO ÍNDICE DE CESÁREA NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

**SÃO JOÃO DEL REI – MG
2021**

MELANIE RATES KIRSCH

ALTO ÍNDICE DE CESÁREA NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
médico no Curso de Medicina do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves, UNIPTAN.

Orientador: Prof. Letícia Alves .

SÃO JOÃO DEL REI – MG
2021

MELANIE RATES KIRSCH

ALTO ÍNDICE DE CESÁREA NO BRASIL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Médico, no Curso de Medicina do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, UNIPTAN.

São João Del Rei, 09 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Letícia Alves – Orientadora

Prof^a. Suelen Perobelli – Banca Examinadora

Prof. Allysson Dângelo de Carvalho – Banca Examinadora

RESUMO

Embora o parto cesárea seja realizado para resolver situações de risco materno e fetal com indicações estabelecidas, ele vem sendo utilizado de maneira indiscriminada pelos profissionais no Brasil, ultrapassando as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Neste sentido, a presente pesquisa visa atualizar os conhecimentos acerca das consequências e implicações na saúde da mulher, do bebê e da sociedade, especialmente na dimensão dos gastos públicos. Para tanto, partiu-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório. A partir dos autores selecionados, confirmou-se a prática indiscriminada por parte dos médicos. Sendo assim, conclui-se que existe uma falha na monitorização sobre as taxas de cesárea nos hospitais e também não existe um sistema padronizado de classificação de cesáreas.

Palavras-chave: Parto cesárea. Parto vaginal. Consequências do parto.

ABSTRACT

Although cesarean labor is performed to resolve situations of maternal and fetal risk with established indications, it has been used indiscriminately by professionals in Brazil, surpassing the recommendations of the World Health Organization. In this sense, this research aims to update knowledge about the consequences and implications for the health of women, babies and society, especially in terms of public spending. To do so, we started with an exploratory literature review. From the selected authors, the indiscriminate practice on the part of physicians was confirmed. Therefore, it is concluded that there is a failure in monitoring the rates of cesarean sections in hospitals and there is also no standardized system for classifying cesarean sections.

Keywords: Cesarean labor. Vaginal labor. Consequences of childbirth

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS.....	9
3.1 GERAL	9
3.2 ESPECÍFICOS	9
4 METODOLOGIA.....	10
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS.....	16

1 INTRODUÇÃO

O parto cesáreo é definido como a remoção do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e parede uterina (histerotomia). De um modo geral a cesariana é realizada quando o parto vaginal está contra-indicado, a fim de prevenir a morbidade materna e/ou fetal. Desde 3000 a.C, já se faziam partos cesáreas que eram impostas pela religião, na qual se extraíam fetos de mulheres grávidas e mortas. A primeira cesárea realizada em mulher viva data de 1500 e foi feita por um açougueiro suíço. Porém, desde a década de 70, o parto cesáreo tem sido usado abusivamente e rotineiramente no continente americano alcançando níveis injustificáveis, com repercussões maternas e neonatais negativas, aumentando os riscos de morbi-mortalidade de ambos.¹

A taxa de cesárea em 1970, nos hospitais públicos brasileiros, era em torno de 14,6%, saltando para 31% em 1980. Em 2009, o índice chegou a 50,1%. Acerca do último dado, o Brasil assumiu o primeiro lugar no mundo a ter mais da metade dos bebês nascendo de parto não natural. Além disso, o país vem liderando o ranking mundial de cesáreas, com 52 % de partos nesta categoria. Destaca-se, ainda, que esse número na rede privada é mais alarmante, chegando a 88%.^{2,3}

O aumento na incidência de cesárea é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo. Contudo, não é sabido de nenhum outro país onde a curva de aumento seja tão acentuada ou que as taxas tenham alcançado níveis tão altos¹. A preocupação com o elevado índice de cesarianas realizadas no Brasil tem sido foco de crescente número de estudos. Nas pesquisas, estes fenômenos são retratados, na maioria das vezes, como uma “epidemia”, e há um intenso apelo contra esta ser a principal via de nascimento de uma criança.²

Entretanto, vale ressaltar que, quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. De qualquer forma, não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitam traga benefícios. Isto porque, assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois do parto ter ocorrido, afetando a saúde da mulher e do seu filho e comprometendo futuras gestações⁴.

2 JUSTIFICATIVA

Há no mundo todo uma tendência crescente na execução cesáreas, entretanto, no Brasil, o problema é maior visto que não há declínio dessa prática médica, gerando consequências graves para a mãe e para o bebê a curto e a longo prazo³.

Os riscos da cesárea para o recém-nascido são de dois tipos. O primeiro, é o risco de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente no caso de cesáreas com data marcada. O segundo, é o de angústia respiratória para os recém-nascidos em comparação com os de parto vaginal, mesmo que ambos estejam a termo². Do outro lado, a mortalidade entre mulheres submetidas à cesárea é elevada. Os dados brasileiros limitam-se às estatísticas de alguns hospitais, mas todos indicam maior risco de morte para a cesárea do que para o parto vaginal ¹.

Outra consequência que vale ressaltar é o custo desses altos índices de cesárea para o governo. Um deles é aquele resultante da cirurgia comparado ao do parto vaginal assistido, somado a uma estadia mais prolongada e ao maior uso de medicamentos e outros materiais de consumo. Dessa forma fica evidente que é necessário ir mais a fundo e buscar mais dados que comprovem que essa prática médica em excesso deixa várias sequelas tanto para os pacientes quanto para o sistema^{1,2}.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Atualizar os conhecimentos acerca da prática de cirurgias cesáreas no Brasil, refletindo e alertando sobre suas implicações e consequências para as mães, para os recém nascidos e para a sociedade em geral.

3.2 ESPECÍFICOS

- Realizar um levantamento acerca das taxas de partos cesáreas, bem como as consideração da literatura acerca deles;
- Relacionar as consequências do alto índice de cesárea para a mãe e para a criança;
- Analisar como os fatores negativos do parto cesárea interferem na sociedade de forma geral, particularmente nos cofres públicos.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa seguiu os parâmetros de uma revisão de literatura, de natureza qualitativa e de caráter exploratório. Para se chegar à questão-problema, utilizou-se a estratégia PICO, ou seja, levou-se em consideração a (P)opulação, a (I)ntervenção, a (C)omparação e o (O)utcome – como demonstrado no Quadro 1. Sendo assim, o estudo procurou responder: quais são as implicações e consequências da escolha médica do parto cesárea para a mulher, para o bebê e para a sociedade brasileira?

Quadro 1 - Estratégia PICO

Estratégia PICO	Abreviação	Descrição
População	P	Mulheres submetidas ao parto cesárea independentemente da idade.
Intervenção	I	Formas de atuação e motivos médicos para a realização do procedimento.
Comparação	C	Mulheres submetidas ao parto vaginal independentemente da idade.
Outcome (desfecho)	O	Implicações e consequências do parto cesárea para a mulher, para o bebê e para a sociedade em geral.

Fonte: Autoria própria.

Em seguida, partiu-se da seleção de artigos publicados em portais, plataformas e base de dados conceituadas, quais sejam, *PubMed*, *Medline*, *Cochrane Library* e *Scielo*. Utilizou-se, como termos de busca bibliográfica os seguintes descritores: *cesárea*; *cesarian section*; *parto normal*; e *natural childbirth*. Como complemento de busca, escolheu-se as seguintes palavras e expressões-chaves: *taxa de cesárea no Brasil*; *consequências de uma cesárea*; *parto normal e cesárea*; *custos financeiros e cesárea*. Ao integrar um termo ao outro, aplicou-se o operador booleano AND.

Como critérios de inclusão, adotou-se: acesso livre ao conteúdo; publicação de texto completo em português ou inglês; e materiais publicados nos últimos vinte anos, isto é, entre 2001 e 2021. No entanto, caso algum estudo fora deste recorte temporal se demonstrasse relevante, seria inserido após análise específica.

Em contrapartida, foram considerados os seguintes critérios de exclusão: publicações em duplicata; publicações cujos resumos (abstracts) não estavam relacionados a parto, cesárea,

consequências ou custos; publicações irrelevantes fora do período delimitado.

A coleta de dados, ainda, deu-se mediante a leitura completa de todas as publicações selecionadas, seguida da exploração sistemática dos resultados de cada pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro paradigma que se pode registrar remonta ao século XVII, o qual o modelo do dualismo mente-corpo evoluiu para o modelo do corpo como uma máquina. Neste sentido, o corpo humano é visto como uma máquina que pode ser desmontada e remontada para garantir seu funcionamento adequado. Ainda neste período, a utilidade prática desta metáfora estava na possibilidade da separação da alma (deixada para a religião), da mente (deixada para os filósofos) e do corpo (que poderia ser aberto para investigação científica).⁵⁻⁹

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.¹⁰

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.^{5,6} 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.¹⁰ Na configuração temporal e geográfica do problema, a OMS ressalta que o índice de partos por cesárea era de 6%, em 1980, triplicando para 18,6% em 2016.¹¹ A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde³ (2019), não existem evidências que justifiquem, em qualquer população, taxas de cesariana superiores a 15%. Apesar desta recomendação, o aumento das taxas de cesariana tem sido identificado em vários países, a partir das décadas de 70/80, mais notadamente em relação às cesáreas eletivas. Desde a década de 90, observa-se uma crescente preocupação da comunidade científica com este fenômeno.¹¹ O aumento das taxas de cesariana foi bastante expressivo no continente americano e mais especificamente no Brasil, com taxas próximas a 40%, mantendo-se relativamente estáveis nos

anos de 2000 a 2003. Entre os estados brasileiros, São Paulo e Rio de Janeiro ocupam, respectivamente, o primeiro e segundo lugar, com taxas em torno de 50%.⁷

Analizando as causas do aumento das taxas de cesáreas no Brasil, fatores como o conforto de uma cirurgia agendada para o médico se destacam. Este aspecto se contrapõe, por exemplo, à imprevisibilidade do parto normal, à incerteza dos profissionais sobre sua capacidade de conduzir complicações no trabalho de parto, à falta de preparação da mulher para o parto durante o acompanhamento pré-natal e à ausência de equipes profissionais.⁵

A literatura apontou também que as complicações maternas na cesariana podem variar de eventos menores – como um episódio de febre ou uma perda maior de volume de sangue – até eventos maiores – como lacerações acidentais de vísceras, infecções puerperais e acidentes anestésicos. Outro aspecto a ser considerado é o futuro obstétrico da mulher. A cesariana tem consequências negativas futuras para a vida reprodutiva da mulher, como prevalência de patologias de grande potencial hemorrágico, placenta prévia e o acretismo placentário – reponsáveis por complicações graves podendo levar ao óbito. Já as complicações nos recém-nascidos estão associados a uma maior frequência de prematuridade e síndrome da angústia respiratória.¹

O procedimento do parto vaginal tem um custo unitário superior ao da cesariana eletiva. Porém, no modelo de decisão analítico, que incluiu desfechos de saúde materna e neonatal, o parto vaginal foi mais custo-efetivo que a cesariana para primíparas de risco habitual. Como a cesariana acarreta maior risco de internação da mãe e do bebê em UTI, há aumento do valor esperado. Estes achados reforçam a atual política governamental da ANS que incentiva o parto vaginal para as primíparas de risco habitual.⁴

Na análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar feito pela Revista de Saúde Pública⁴, observou-se que o custo total de uma cesariana eletiva foi de R\$5.753,54 sendo superior ao parto vaginal no qual foi de R\$5.210,96. Além disso, a eficiência do parto vaginal se mostrou muito aquém do parto cesárea por diversos motivos como: morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito materno e fetal evitados.⁴

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como Classificação de Robson⁸) tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em outra oportunidade, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson. A OMS propõe que

a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.^{3,4}

Esse sistema classifica todas gestantes em um dentre 10 grupos que são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos. Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades: Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior); Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); Idade gestacional (pré-termo ou termo); Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e Número de fetos (único ou múltiplo). A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva – o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos.⁴

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que o parto cesárea teve um processo de imposição desde a antiguidade, sem que se desse explicação à mãe do motivo que se deve ser realizado. Dessa forma, diversos fatores como a preferência dos médicos pela cesariana devido aos seus benefícios em relação ao tempo que uma cesárea leva, comparado a um parto normal e a falta de preparo obstétrico para com o parto vaginal, levaram ao aumento indiscriminado dessa prática, ultrapassando a recomendação da OMS e levando a um custo desnecessário a saúde do país. A cesárea quando não realizada por motivos médicos pode causar complicações significativas para mãe e o bebê.

Sendo assim, a cesárea é uma intervenção cirúrgica para salvar a vida materna e fetal, porém apenas quando indicada por motivos médicos. Entretanto, há, cada vez mais, a necessidade da adoção e fiscalização de uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente, como a Classificação de Robson⁸, para que permita comparar de forma assertiva as suas taxas em hospitais e cidades, e dessa forma avaliar a efetividade, qualidade de assistência, otimizando, portanto, o uso dessa prática.

REFERÊNCIAS

- 1 Modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar – Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- 2 Frasso G. Ministério lança protocolo com diretrizes para parto cesariana. Portal da Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/23000-ministerio-lanca-protocolo-com-diretrizes-para-parto-cesariana>>. Acesso em: 15 jun. 2019. 2019.
- 3 Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=B19B06DB4B8E5533F95CD025F448764E?sequence=3> Acesso em : 7 abr. 2019.
- 4 WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data.
- 5 Pichet SF, Crubellate JM, Verdu FC. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1063-1082.
- 6 S. G. Diniz, A. S. Chacham / Questões de Saúde Reprodutiva 2006;I(1):80-91.
- 7 Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Cesarianas desnecessárias: Causas, consequências e estratégias para sua redução. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Cesarianas_desnecessarias.pdf>. Acesso em: 1/06/2020.
- 8 O uso da classificação de Robson para avaliar a taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB e Moreira ME.
- 9 Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro : ANS, 2016.
- 10 Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 18 (1): 5-6, jan. / mar., 2018.
- 11 Faúndes A, Cecatti JG. Cadernos de Saúde Pública , RJ, 7 (2): 150-173, abr/jun, 1991.