

**FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DA AMAZÔNIA
FADESA**

RINDA CONCEIÇÃO PINHEIRO DE ALMEIDA

**O IMPACTO DO PARTO CESARIANO SEM JUSTIFICATIVAS PARA
PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS**

PARAUPEBAS

2022

RINDA CONCEIÇÃO PINHEIRO DE ALMEIDA

**O IMPACTO DO PARTO CESARIANO SEM JUSTIFICATIVAS PARA
PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do programa do curso de Enfermagem para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Évila Ellen Sá de Moraes Matias

Rinda Conceição Pinheiro de Almeida

PARAUAPEBAS

2022

RINDA CONCEIÇÃO PINHEIRO DE ALMEIDA

**O IMPACTO DO PARTO CESARIANO SEM JUSTIFICATIVAS PARA
PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Faculdade para o Desenvolvimento Sustentável da Amazônia (FADESA), como parte das exigências do programa do curso de Enfermagem para obtenção do título de enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Évila Ellen Sá de Moraes Matias

APROVADO EM: _____ / _____ / _____

Prof. Msc. Fabricio Eleres
(FADESA)

Prof. Esp. Felipe Prado
(FADESA)

Prof. Esp. Évila Ellen Sá de Moraes Matias
(Presidente/Orientadora – FADESA)

Dedico este trabalho em especial a Deus, por ter me capacitado para vencer cada obstáculo nessa trajetória. A minha filha Clara Rayssa, meu esposo Rui de Lima, as minhas irmãs, Odilanda, Telma e Luana pelas orações e a minha amiga guerreira Sandra Lucas.

AGRADECIMENTOS

Deus Pai, Criador dos céus e da Terra, obrigada de coração meu Redentor, Senhor e Salvador, pelo presente de viver cada dia, obrigada por ter cuidado de todos os detalhes, obrigada por me fazer forte e corajosa para continuar enfrentando e vencendo os desafios, obrigada por todos os livramentos e proteção visíveis e invisíveis do trajeto até a faculdade, obrigada por ter suprido minhas necessidades e ter permitindo a minha chegada até aqui. Agradeço o apoio, incentivo e compreensão da minha família, pelas orações em todos os momentos simples e complexos da realização desse sonho, obrigada a todos os colegas de classe pela força nos seminários. Imensa gratidão aos meus professores pelo rico aprendizado, sem vocês eu não teria alcançado esses cinco anos de desafios, aos colegas de classe, e especialmente a minha amiga Sandra Lucas, obrigada pela força, pelo auxílio e amizade que foi se desenvolvendo durante o curso e perdurará por toda vida.

“Bem aventurado os limpos de coração, porque verão a Deus.

Bem aventurado são os pacificadores, porque eles serão chamados filhos de Deus.” (Mateus 5: 8, 9)

RESUMO

Pesquisas evidenciam que nas últimas décadas o Brasil destacou-se em liderar uma taxa exorbitante de cesarianas sem justificativas reais, esse tipo de procedimento tem contribuído diretamente para favorecer quadros de complicações como, infecção, hemorragia, cefaleia pós raquidiana, embolia pulmonar, além de óbitos maternos, Quanto aos recém nascidos, estudos comprovam alta probabilidade de infecções, pneumonias, prematuridades, internação em UTI, dificuldade de sucção e de adaptação à vida extrauterina e óbitos. Diante do exposto, entidades como a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, empenham-se na elaboração de medidas educativas, acerca das vantagens oriundas do parto normal para o binômio, comparadas as desvantagens relativas do parto cesariano quando realizado apenas a pedido da gestante ou por conveniência obstétrica. Não obstante a cesariana é preconizada nos casos de gestantes com HIV com alta carga viral, acretismo placentário, prolapso de cordão, gemelaridade, infecção viral de herpes simples, falha na progressão do trabalho de parto, entre outras situações que exigem avaliação durante a assistência ao parto. Esse estudo tem o propósito de relatar as implicações associadas ao parto cesariano sem respaldo clínico para as mães e bebês, além disso, poderá oferecer esclarecimento concernente ao assunto para mulheres e famílias interessadas, e ainda ser utilizado em outras pesquisas acadêmicas. Essa pesquisa foi elaborada mediante pesquisa bibliografia, trazendo um objetivo descritivo de natureza básica estratégica, seguindo uma abordagem qualitativa. Foi possível identificar que a taxa de cesariana segue em alta no país, e não existe providência quanto apuração desses dados, nem tão fiscalização, nem lei direcionada para fiscalizar e punir as instituições responsáveis por esse agravo a saúde da mulher e do recém-nascido.

Palavras-Chave: Parto cesariano. Complicações do parto cesariano. Justificativas para cesareana.

ABSTRACT

Researches show that in the last decades Brazil has stood out in leading an exorbitant rate of cesarean sections without real justifications. This type of procedure has directly contributed to favor complications such as infection, hemorrhage, post spinal headache, pulmonary embolism, besides maternal deaths. In view of the above, entities such as the World Health Organization and the Ministry of Health are engaged in the development of educational measures about the advantages of a normal birth for the binomial, compared to the relative disadvantages of a cesarean delivery when performed only at the request of the pregnant woman or for obstetric convenience. Nevertheless, cesarean section is recommended in cases of pregnant women with HIV with high viral load, placental accretism, prolapsed cord, twin pregnancy, herpes simplex viral infection, failure in labor progression, among other situations that require evaluation during labor assistance. The purpose of this study is to report the implications associated with clinically unsupported cesarean deliveries for mothers and babies, and to provide clarification on the subject for interested women and families, as well as to be used in other academic research. This research was developed through bibliographic research, with a descriptive objective of a strategic basic nature, following a qualitative approach. It was possible to identify that the rate of cesarean sections is still high in the country, and there is no providence regarding the verification of this data, nor supervision, nor law directed to supervise and punish the institutions responsible for this injury to the health of women and newborns.

Keywords: Cesarean delivery. Cesarean delivery complications. Justifications for cesarean.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fluxograma de seleção dos artigos para o estudo	27
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Detalhamento da pesquisa, segundo autor, ano, método e resultados .27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AIP: Antibioticoterapia Intraparto

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CLAP/SMR: Saúde das Mulheres e Reprodutiva

CCIH: Comissão de Controle de Infecções Hospitalares

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPP: Descolamento Prematuro de Placenta

EP: Embolia Pulmonar

FADESA: Faculdade para Desenvolvimento Sustentável da Amazônia

GAR: Gestação de Alto Risco

HPP: Hemorragia pós-parto

HIV: Vírus da Imunodeficiência

IRAS: Infecções Relacionadas à Atenção à Saúde

ISC: Infecção de Sítio Cirúrgico

LCR: Líquido Cefaloraquidiano

ISC-PC: Infecções de Sítio Cirúrgico em Parto Cesáreo

MS: Ministério da Saúde

NVPO: Náusea e Vômito no Pós-Operatório

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS/OMS: Organização Pan Americana da Saúde

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPCIRAS: Programa Nacional de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

PHPN: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

RPM: Ruptura Prematura de Membranas Scientific Electronic Library Online

RN: Recém-nascido

SUS: Sistema Único de Saúde

TEV: Tromboembolismo Venoso e embolia pulmonar

TCC: Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 COMPLICAÇÕES PROVENIENTE DE CESARIANAS SEM JUSTIFICATIVAS	14
2.1.1 Infecção Puerperal.....	14
2.1.2 Placenta Prévia.....	16
2.1.3 Cefaleia Pós Raquianestesia em Puérpera	16
2.1.4 Tromboembolismo Venoso Puerperal.....	17
2.1.5 Óbito Materno-Fetal associado ao Parto Cesariano	17
2.1.6 Intercorrências que afetam Bebês Nascidos por Cesarianas	18
2.2 JUSTIFICATIVAS PARA INDICAÇÃO DE PARTO CESARIANO	19
2.2.1 Infecção Materna Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Alta Carga Viral.....	19
2.2.2 Acretismo Placentário	20
2.2.3 Prolapso de Cordão Umbilical.....	21
2.2.4 Gemelaridade – Primeiro Gemelar Não Cefálico.....	22
2.2.5. Outras situações que justificam a via de partos cesarianos	22
2.3 RAZÕES DA PREFERÊNCIA OBSTETRA E DAS MULHERES PELA VIA CESARIANAS	23
2.4 MEDIDAS PÚBLICAS QUE INCENTIVAM O PARTO NORMAL E VISA A REDUÇÃO DE CESARIANA ELETIVA.....	24
3 METODOLOGIA	26
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
3.2 ANÁLISE DE DADOS	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, o parto era um acontecimento natural, íntimo e privado, porém com o aprimoramento da medicina, principalmente da obstetrícia, esse fenômeno foi perdendo a natureza individual e única do gênero feminino, para se tornar um evento médico, público, modificado por um padrão intervencionista, devido a entrada de novos atores sociais (VALADÃO; PEGORARO, 2020).

Assim, surgiu a cesárea, à qual é definida como a extração do feto por meio de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e nas camadas uterina (histerotomia). Em geral, é realizada quando o trabalho de parto está contraindicado ou quando a realização desse processo natural não seja conseguida dentro da segurança de tempo necessário para prevenir possíveis riscos de morbidade fetal e materna maior do que aquela esperada no pós-parto vaginal (SILVA, 2016).

Ao longo de décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS), confirmou por meios de documentos científicos que a taxa ideal de cesárea deve ficar entre 10% e 15%, porém enquanto esta pesquisa é escrita centenas de gestantes estão sendo submetidas a este tipo de procedimento sem causas justificáveis no Brasil (BRASIL, 2015).

Percebe-se que a estimativa preconizada de 15% pela OMS foi acatada até 1970, passando para 38% em 2001, em 2008 atingiu 48,8%, significando 35% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80% dos partos do setor privado. (MASCARELLO et al., 2018). “No Brasil, em 2013, a cesárea representou 55% dos nascimentos – 86% no setor privado e 46% no público” (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017, p. 03).

Desde que o país alcançou um patamar elevado na realização de partos cesarianos, exibindo taxa com proporção considerada mundialmente epidêmica, despertou o interesse de investigar o que o instigou a esse caos, descobriu-se que, essa conduta já era adotada por outros países e foi copiado no Brasil, embasado mais por conveniências que por necessidades, quando esse fenômeno refletiu negativamente na economia, na saúde materna e neonatal, diversos órgãos e instituições de saúde, se mobilizaram para investigar os danos e estabelecer inúmeros programas na tentativa de amenizar esse tipo de procedimento abusivo (PICHET; CRUBELLATE; VERDU, 2018).

Devido ao aumento de complicações provenientes de cesarianas sem motivos clínicos no Brasil, como infecção, hemorragia, acidentes cirúrgicos, intercorrências anestésicas, aerocolia nas mães e ao recém-nascido, lesões durante o manejo de retirada do ventre materno e ainda, pneumonias, prematuridade e internação em UTI, foi então emitida uma nota no diário oficial de orientação a gestante na Resolução Normativa nº 398, tornando obrigatório o credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetizes no serviço particular e a exigência para o médico entregá-la para todas gestantes (ABRAHÃO, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) enfatizou no tema humanização do parto e do nascimento, o cenário das rotinas de assistência ao parto e ao nascimento, importantes movimentos, incluindo uma diversidade de agentes e de mobilização social questionam as modalidades hegemônicas do excesso de tecnologia no parto, no tocante as cesarianas desnecessárias, resultando com a falta de evidências científicas. Estuda, assim, uma conversão nos procedimentos de gerenciamento e atenção, com vistas à humanização do parto pela reorientação das relações humanas na assistência, na retificação do plano de cuidado e da administração e no entendimento da posição humana e dos direitos humanos (BRASIL, p. 369, 2014).

Além disso, a Organização Mundial de Saúde, preconiza que o objetivo da assistência ao nascimento é promover o mínimo possível de intervenção, com segurança, para obter uma mãe e uma criança saudável. Suas recomendações para a assistência ao parto consistem na mudança de um paradigma, entre elas, registram-se o resgate da valorização da fisiologia do parto; o incentivo de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas; além de destacar o respeito aos direitos de cidadania. (VELHO, 2012).

As intercorrências procedentes das cesarianas sem justificativas vem sendo observadas mundialmente, e apesar do excesso de informações e publicações a respeito das desvantagens dessa prática, a taxa ainda se mantém em alta, tendo em vista que o parto normal é naturalmente mais saudável e seguro para mãe e filho, e por isso deveria ser a primeira escolha tanto da gestante quanto da equipe obstétrica, em vista disso, o parto cesariano deveria acontecer somente quando fosse detectado casos de complicações. Sendo assim, qual o impacto do Parto Cesariano sem justificativa para as Puérperas e Recém-Nascidos?

Parte-se da ideia de que o índice elevado de parto cesariano sem justificativa clínica influencia negativamente na recuperação das puérperas, considerando que

achava-se mais susceptíveis à infecção hospitalar, hemorragia, transfusão de sangue, cefaleia pós anestesia raquidiana, maior risco de trombose, portanto maior possibilidade de erros médicos e os recém-nascidos ficam mais vulneráveis a apresentarem desconfortos respiratórios, prematuridade, entre outros agravos que podem ser de natureza leve, grave, gravíssima ou permanente, diante deste pressuposto entende-se que a taxa de mortalidade materna e neonatal proveniente dessa pratica é comprovadamente maior que no parto normal.

O objetivo geral desse trabalho é descrever o impacto do parto cesariano sem justificativas médicas para puérperas e recém-nascidos, considerando os pontos principais na contribuição do índice elevado de cesarianas no Brasil.

Além de agrupar outros objetivos que tem a especificidade de apresentar as complicações proveniente do parto cesariano sem razão reconhecida cientificamente, assim sendo, se faz necessário esclarecer as causas principais de indicações cesarianas preconizadas pelas instituições públicas, agregando as diretrizes que envolvem decretos, resoluções e as diversas medidas educativas publicadas por tais entidades com o intuito de incentivar a busca pelo parto normal e refrear a epidemia pela cesariana, e pra completar essa somatória de fatos, são apontadas as razões que induz os obstetras e as mulheres preferirem a via de parto cesariano, mesmo quando não existe causa justificável.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 COMPLICAÇÕES PROVENIENTE DE CESARIANAS SEM JUSTIFICATIVAS

2.1.1 Infecção Puerperal

A infecção puerperal é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como toda condição capaz de gerar um processo infeccioso materno atribuído aos microrganismos do trato genital e extragenital feminino, ocasionado na realização do parto com a ruptura das membranas amnióticas, ou ainda no pós-operatório tardio, geralmente caracterizado pela apresentação de febre alta, dor no baixo ventre, atraso na involução uterina, perdas por via vaginal, com aspecto e odor anormais, incluindo também os processos infecciosos na incisão operatória (ZUGE et al., 2021).

Entende-se que quando a infecção se manifesta no pós-operatório puerperal, não se deve atribuir exclusivamente a transmissão de bactéria hospitalar e sim a

qualquer infecção anterior que não foi totalmente eliminada do organismo, na maioria das vezes acontece porque o esquema de antibiótico prescrito não foi concluído.

A infecção puerperal continua deliberando relevância problemática de saúde pública, devido elevação quantitativa na mortalidade. No contexto internacional, a infecção puerperal tem apontado índices que variam entre 5 e 27%, com valores médios de 11%. No quadro brasileiro esses índices oscilam em torno de 2 a 9,3% (CALDAS, 2019).

Para prevenir a infecção puerperal em partos cesarianos, deve-se valer das inúmeras ações elaboradas nos cursos de assistência à saúde, onde a principal barreira baseia-se na correta lavagem das mãos por toda a equipe dos profissionais envolvida, pois a falta dessa simples atenção gera consequências imediatas, tardias, reparáveis e permanentes. “Entre os fatores de risco para a ocorrência do processo infeccioso estão as más condições de assepsia, parto prolongado, presença de restos ovulares, baixa resposta imunitária e cirurgia cesariana” (BEZERRA, 2018, p. 03).

Por outro lado, observa-se que no parto cesariano existe maior probabilidade de ocorrência de infecção de parede abdominal, assim como invasão bacteriana para cavidade pélvica superficial ou profunda comprometendo órgãos proximais.

Diante disso, a cesariana é uma das principais causas ligadas à ocorrência de infecções puerperais, devido a uma série de procedimento invasivo com relevância de riscos prejudiciais, além das infecções, pode-se nomear outras complicações como hemorragia, imprevisto anestésico e tromboembolismo por secreção amniótica (ASSUNÇÃO, 2018).

Além disso, o Programa Nacional de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) estabeleceu que a taxa de infecções de sítio cirúrgico em parto cesáreo (ISC-PC) fosse um dos parâmetros nacionais do Programa. Desde 2014 entrou em vigor a norma obrigatória para notificar as ISC-PC em todos os serviços de saúde do Brasil, por meio do Sistema de Vigilância Epidemiológica. (BRASIL, 2017)

Como a infecção hospitalar é considerada um problema sério de saúde pública, com possibilidade de evolução para sepse, considera-se que as políticas dos programas voltados para a prevenção são relevantes, no entanto, há necessidade de criação de medidas voltadas para identificar e suprir as falhas na assistência profissional, assim como identificar carência nutricional e qual positividade da

resposta imunológica das pacientes, principalmente entre aquelas que vivem abaixo da linha da pobreza.

2.1.2 Placenta Prévia

Placenta prévia é definida pela fixação anormal do segmento inferior do útero podendo estar ligeiramente ou completamente envolvendo a porção do orifício inferior. Essa complicação pode contribuir para o desenvolvimento de acretismo placentário em gestações futuras. Em virtude da invasão do tecido placentário, é viável ocorrer constante sangramento materno, sobretudo a partir do terceiro trimestre de gravidez e no início do trabalho de parto. (LOUREIRO, 2021).

A probabilidade da placenta prévia acontecer é de 01 em cada 250 gestações, no entanto outros estudos comprovam que nos últimos anos aumentou a incidência, principalmente entre as mulheres com cicatriz uterina resultante de cesariana, miomectomia, entre outras cirurgias do tipo, conclui-se ainda que uma única cesárea praticamente dobra a chance de desenvolvimento de placenta prévia na gestação, seguinte de 0,38% para 0,63%, conseqüentemente quanto maior for o número de cesarianas prévias maior será a chance de desenvolver placenta prévia (LIMA, E. R., et al, 2015).

2.1.3 Cefaleia Pós Raquianestesia em Puérpera

A Raquianestesia (RA), pode ser denominada de Anestesia espinhal (AE) ou Anestesia subaracnóidea (AS) é um dos métodos mais antigos no alívio da dor em procedimentos cirúrgicos e consiste na introdução de anestésico local no Líquido Cefalorraquidiano (LCR) por meio de agulhas especiais (SANTOS; ALMEIDA, 2017).

“Os efeitos colaterais da raquianestesia sentidos pelas puérperas após o parto cesariano podem comprometer o vínculo entre a mãe e o recém-nascido, além de fragilizar a concentração desse momento tão crucial, ainda gera insegurança quanto a assistência ofertada pela equipe de saúde. Náusea e Vômito no Pós-Operatório (NVPO) continua sendo uma complicação frequente após anestesia e cirurgia, levando a importante desconforto e insatisfação do paciente”. (SCHMIDT, 2020, p. 01).

A cefaleia pós raquianestesia em pacientes obstétricas é uma complicação que apresenta as seguintes características: dor de cabeça, que se eleva quando em posição ortostática ou sentada e diminui quando em repouso a zero grau; dor intensa capaz de limitar a função diária, podendo apresentar rigidez do ombro e região da cervical, náuseas, dificuldade de acomodação visual, diplopia, tontura, zumbido e perda auditiva (HÖEHR; LONDERO, 2012).

A incidência de cefaleia pós-punção varia de 0,4% a 70% e está diretamente relacionada com o calibre da agulha. A cefaleia pós-raquianestesia é inversamente proporcional à idade do paciente acima de 20 anos. O risco de um paciente de 25 anos desenvolver cefaleia é de 3 a 5 vezes maior do que um paciente acima de 65 anos. (IMBELLONI; CARNEIRO, 2020).

2.1.4 Tromboembolismo Venoso Puerperal

O tromboembolismo venoso no decorrer da gestação e puerpério (TEV) é uma complicação grave resultante de duas complicações vasculares, a saber, trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP). Essas intercorrências estão ligadas as principais causas de óbito materno. A chance de formar uma TVP se multiplica ainda mais diante de outros fatores, como, histórico familiar de eventos tromboembólicos, trombofilia hereditária obesidade, idade acima de 35 anos, cardiopatias e parto cesariano. (SANTOS et al.,2016)

O parto cesariano apresenta um pressuposto de aproximadamente 3 casos por 1.000 de tromboembolismo venoso (TEV), eleva o risco para quatro a seis vezes mais que o parto normal, quando seguindo por hemorragia e infecção eleva-se consideravelmente a probabilidade para TEV, diante dessa realidade é necessário manter a precaução em gestantes com uso de anticoagulante, uma vez que, pode contribuir para sérias hemorragias e conseqüentemente o risco de mortalidade materna e fetal. (SCARABELI; ESTEVES, 2020).

2.1.5 Óbito Materno-Fetal associado ao Parto Cesariano

A morte materna está relacionada desde o ciclo gravídico até 42 dias após o nascimento do bebê, não tendo relação com a localização da gravidez ou a idade gestacional, causada por condição referente ou aumentada pela gravidez ou por

procedimento em relação a mesma, exceto às proveniente por fatores acidentais ou incidentais (MIRANDA et al., 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, o índice de mortalidade materna nos partos cesarianos é de quatro a cinco vezes maior quando comparado ao parto normal e geralmente está associada ao aumento da morbimortalidade perinatal. Desse modo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou em janeiro de 2015 na Resolução Normativa nº 368 novas regras para a redução do número de cesarianas eletivas e incentivos foram elaborados para favorecer a decisão pelo parto normal, entre elas a redução de agendamento eletivo para cesarianas, medidas relevantes, pois estabelece que mesmo que a gestante decida pelo parto cirúrgico, ele só poderá ser realizado após ter iniciado o trabalho de parto normal (BRASIL, 2017).

A ocorrência de óbito no decorrer do parto cesariano está ligada à anestesia e infecções após a cirurgia. Os acidentes e complicações anestésicas e bronco aspiração de vômito são outras causas identificadas para a elevação de morte materna durante uma cesárea. Desse modo foi criada uma intervenção para proteger a vida da genitora e do RN, pois quando a cesariana é realizada sem justificativos racionais, e sim por conveniência do médico e da mãe, converte-se em risco para a gestante ou para o bebê ou para os dois, (SILVA; SANTOS; JESUS, 2018).

Diante dessa realidade vivenciada no Brasil sobre óbito materno, notificada como uma das mais intrigantes violações dos direitos humanos sofridos pelas mulheres, constituindo-se quase sempre por morte prematura, o intrigante é que poderia ter sido evitada diante de uma assistência de melhor qualidade nos serviços de saúde, tendo como finalidade do atendimento a prevenção em tempo oportuno, contribuiria consideravelmente para diminuir o índice de óbito atual. (RODRIGUES; CAVALCANTE; VIANA, 2019).

2.1.6 Intercorrências que afetam Bebês Nascidos por Cesarianas

O parto cesariano realizado sem causas reais está ligado a uma cascata de desvantagem que envolve os recém nascidos a curto e longo prazo, esses bebês acabam sendo privados de eventos necessários, como por exemplo os hormônios catecolaminas responsáveis por estimularem a reabsorção do líquido pulmonar fetal e aumentarem a produção de surfactante, assim como a redução das bactérias da

microbiota intestinal, causando comprometimento no metabolismo, e contribuindo para o desenvolvimento de obesidade. (BARRETO, 2017).

De acordo com estudos envolvendo recém-nascidos por cesarianas com anestesia raquidiana, concluiu-se que estavam mais susceptíveis a apresentar no primeiro minuto de vida um índice de apgar inferior a 4 quando comparado ao parto normal, podendo apresentar maior risco de hipotermia, hipoglicemia e parada cardiorrespiratória, evidenciando a necessidade de reanimação neonatal, diante de tais perspectivas é recomendado a assistência pediátrica ao nascimento. (CONITEC, 2016).

Pesquisas comprovam que grandes números de recém-nascidos sofrem consequências, derivadas principalmente de partos cesarianos realizados precocemente sem justificativas clínicas e procedimentos excessivos, neste sentido, aponta-se, prematuridade iatrogênica, problemas respiratórios, anóxia, icterícia fisiológica, retardo no aleitamento materno e proeminente risco de sequelas permanentes e óbito fetal (MORAIS et al., 2013).

2.2 JUSTIFICATIVAS PARA INDICAÇÃO DE PARTO CESARIANO

2.2.1 Infecção Materna Pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Alta Carga Viral

Sabe-se que o grande problema do HIV na gestação é o fato de haver a possibilidade de transmissão do vírus para o feto ou recém-nascido. A transmissão vertical (TV) é responsável pelo contágio por HIV na maioria das crianças infectadas até 13 anos. Sabe-se que, no Brasil, é a via de transmissão responsável por quase totalidade dos casos (93,1%), sendo feita por disseminação placentária, exposição do feto ao sangue ou secreções maternas na passagem pelo canal de parto e também, por meio do aleitamento materno (HERNANDES et al., 2018).

Atualmente a maioria das maternidades no Brasil abraçam os protocolos que ditam os cuidados adequados para acolher e cuidar das mães e dos RNs com técnicas mais seguras, proporcionando acolhimento e ao mesmo tempo ofertando os retrovirais disponibilizados para ambos. “A notificação do HIV em gestantes é obrigatória e quanto antes iniciar a profilaxia com antirretrovirais (ARV), maiores as chances de redução da TV e melhor será o acompanhamento da criança exposta” (BELLOTTO et al., 2019. p. 02).

Após a obtenção do resultado positivo do exame, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza um conjunto de medidas a serem realizadas no pré-natal, parto e puerpério para redução das taxas de TV do HIV, sendo as principais intervenções: o uso de antirretrovirais a partir da 14^a semana de gestação; utilização de zidovudina (AZT) injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo quando a taxa viral for desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml e a idade gestacional atingir 38 semanas; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 30 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (ARAÚJO et al., 2017).

Acredita-se que os indicadores de HIV nas gestantes podem ser melhorados com a implantação de ações preventivas propostas na Rede Cegonha pelo Governo Federal. Essa proposta, que visa melhorar a qualidade da assistência pré-natal e do nascimento, recomenda, além da disponibilização dos testes rápidos como estratégia de detecção e tratamento precoce do HIV, a oferta universal de terapia antirretroviral para as gestantes durante a gestação e o parto, e pelos conceptos nas primeiras semanas de vida. (MATTA et al., 2019, p. 184).

Atualmente essas medidas continuam sendo reconhecidas e recomendadas para serem praticadas nos serviços de saúde, entre todas as relatadas encontra-se a cesariana eletiva, esta via deverá ser indicada quando a carga viral for desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml e a idade gestacional atingir 38 semanas, tendo a finalidade de diminuir a transmissão vertical do vírus HIV, prematuridade iatrogênica, ruptura prematura de membranas e o trabalho de parto. (DE PAULA; LIMA, 2021).

2.2.2 Acretismo Placentário

O acretismo placentário consiste na fixação anormal da placenta na parede uterina com infiltração e aderência, dificultando a completa dequitação, geralmente evolui para invasão excessiva de outro órgãos e hemorragia, divide-se em, placenta acreta quando adere ao miométrio, não promovendo invasão, increta invade a parede muscular uterina e adere completamente ao miométrio e placenta percreta, adere totalmente a extensão da parede uterina, podendo penetrar o peritônio e atingir órgãos vizinhos como bexiga ou intestino (DA NOBREGA et al., 2017).

A ocorrência do acretismo placentário segue em escala ascendente e a programação do parto cesariano seguido de histerectomia abdominal (HTA) diante do diagnóstico confirmado pode converter a evolução dessa doença e alcançar um resultado positivo do binômio materno-fetal. (FERREIRA; AMARAL; EVANGELISTA, 2021).

Gestante diagnosticada com acretismo placentário necessita ser encaminhada para realizar o pré-natal de alto risco e de continua investigação a respeito do comprometimento de estruturas próximas, geralmente, recomenda-se a interrupção da gravidez entre 35 e 36 semanas por via cesariana tendo o cuidado de acionar o banco de sangue para eventual necessidade durante o procedimento (PARO; CATANI, 2019).

2.2.3 Prolapso de Cordão Umbilical

O prolapso do cordão umbilical (PCU) ocorre quando ele se encontra numa posição anormal do cordão na frente da parede da apresentação fetal. Dessa forma o feto comprime o cordão durante o trabalho de parto, gerando algumas complicações graves, como a hipoxemia fetal, asfixia e até mesmo óbito fetal intrauterino (SANTOS et al., 2019).

Estudos enfatizam que o prolapso de cordão pode ocorrer tanto com o cordão embaixo da apresentação ou ao lado da mesma, quando é denominado de prolapso oculto. Segundo o autor, esta situação apresenta grande risco ao feto, uma vez que pode dificultar o aporte de oxigênio por causa da compressão do cordão (SILVA et al., 2019).

O diagnóstico do prolapso de cordão umbilical não é fácil devido às formas que o cordão pode ser encontrado. Porém existe formas de diagnosticar, primeiramente, pelo exame vaginal quando a medula é palpada em frente à apresentação, e segundo pela ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Um bom diagnóstico resultará em menos complicações para o bebê. Além disso, o tratamento é outro fator essencial. Ele é feito, em primeiro lugar, no alívio da compressão do cordão umbilical colocando a mãe em posição de Trendelenburg ou geno-peitoral e em caso de interrupção da gravidez o parto de escolha sempre vai ser o cesariano. (SANTOS et al., 2019- b, p. 37).

O prolapso de cordão umbilical (PCU) ocorre em 0.14% a 0.62% das gestações e sua frequência não mudou ao longo dos anos. Por outro lado, a mortalidade perinatal relacionada a essa condição apresentou queda, de 375 por 1000 partos no início do século XX para 36 a 162 por 1000 partos nas últimas décadas, o que provavelmente reflete as melhorias na terapia intensiva neonatal e na interrupção da gravidez por cesariana imediatamente após o diagnóstico de PCU (MATEUS et al, 2010).

Para prevenção do prolapso de cordão, não realizar amniotomia sem indicação clínica, em casos de parto não iminente, a via indicada é a cesárea. Deve-se elevar manualmente a apresentação fetal, orientar o decúbito lateral, avaliar necessidade de tocólise e esvaziamento vesical. Em casos de parto iminente (paciente com dilatação total e condições para aplicação de fórceps ou vácuo-extrator), é indicado o parto vaginal assistido (PARO; CATAN, 2019, p.12).

2.2.4 Gemelaridade – Primeiro Gemelar Não Cefálico

De acordo com o protocolo sobre indicação de cesárea, as mulheres com gestação gemelar, em que o primeiro bebê esteja em apresentação não cefálica, em caso dessa natureza, geralmente é recomendado o parto cesariano, a mesma indicação vale para as gestações de gemelar monoamniótica, com a intenção de impedir complicações de cordão concernente ao segundo bebê. Por outro lado, se o primeiro bebê se mantém em apresentação cefálica deve-se esperar a evolução espontânea do trabalho de parto (PARO; CATANI, 2019).

Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente cronicidades), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gemelar, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada. (BRASIL, 2016).

2.2.5. Outras situações que justificam a via de partos cesarianos

Em caso de Apresentação pélvica recomenda-se parto cesariano a partir de 39 semanas de idade gestacional, desde que a manobra de versão cefálica tenha sido contraindicada, e ainda assim, sugere-se aguardar o início do trabalho de parto. Quando se tratar de gestantes infectadas com Vírus do Herpes Simples (HSV), a via de parto deve ser cesariana, gestante com cesariana prévia, nesse caso, deve-se esclarecer quanto ao aumento de risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia, é um risco considerado, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias, então orienta-se realizar cesariana após três ou mais cesarianas prévias (BRASIL, 2016).

São justificáveis: distorcias ou falha na progressão do trabalho de parto após instalação do mesmo, desproporção cefalopélvica, intervalo interpartal menor que dois anos após cesárea, apresentações anômalas fetais, sofrimento fetal agudo, mecônio espesso (sofrimento fetal) e alterações na frequência cardíaca fetal. (SILVA et al, 2017, p. 2).

2.3 RAZÕES DA PREFERÊNCIA OBSTETRA E DAS MULHERES PELA VIA CESARIANAS

Os fatores que contribui para a alta taxa de partos cesarianos no Brasil sugerem várias causas, entre as mais conhecidas, cita-se, a influência médica no processo de decisão sobre a escolha da via de parto, geralmente por motivo de conveniência, haja vista, que o parto cesariano acontece dentro de um tempo curto e programado, quase sempre ligado a rendimento financeiro, em oposição ao parto natural, o qual não pode ser programado, não pode marcar o horário, normalmente acontece em um tempo imprevisível (SILVA, 2017).

A escolha do tipo de parto é um evento que acompanha todo o processo gravídico. No início da gestação o parto costuma ser vivido como realidade distante, porém torna-se mais próximo e concreto na medida em que a gravidez se aproxima do final e tendo em vista a limitação nas informações durante o acompanhamento pré-natal sobre os benefícios do parto normal, essa mulher pode optar por não o vivenciar (RIBEIRO FILHO, 2016, p. 02).

Segundo a pesquisa, existem várias razões que contribui na influência das mulheres pela preferência da via de parto cesáreo, sobretudo, o medo da dor é a que

mais se destaca, seguido de outros receios, tais como, violência obstétrica durante o trabalho de parto, atuação direta e indireta de familiares e amigos relativo as intercorrências em parto e nascimento, aceitação das informações obtidas nas consultas médicas ou por outros meios de saberes e pesquisas, além disso, os fatores socioeconômicos também cooperam parra aumento na taxa de cesarianas (OLIVEIRA, 2016).

2.4 MEDIDAS PÚBLICAS QUE INCENTIVAM O PARTO NORMAL E VISA A REDUÇÃO DE CESARIANA ELETIVA

O Brasil é reconhecido por adotar um padrão de parto com intervenções medicamentosas, pois na maioria das vezes o parto é visto como algo patológico ao invés de fisiológico, além disso, nota-se que o médico é o protagonista que decide todo o procedimento; contudo, a partir de 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) se preocupou em desenvolver programas voltados para minimizar essa realidade, nesse período houve a recomendação para as boas práticas para o parto e o nascimento e quatro anos mais tarde foi implantado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (QUEIROZ, 2017).

Ainda no século passado, por volta do ano 1951 foi publicado uma medida conhecida como partograma, a mesma possui a indicação da OMS, esse modelo trouxe a proposta de melhorar a assistência e reduzir a morbidade e mortalidade materna e fetal, e informar sobre os riscos e benefícios de cada via de parto, além de contribuir para minimizar intervenções, como cesariana sem justificativa clínica (PAZ, 2018).

O Ministério da Saúde (MS), publicou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tinha a missão de melhorar o atendimento direcionado para as necessidades das mulheres quanto ao período gravídico, parto e puerpério e assegurar assistência integral obstétrica e dignidade à mulher no tocante aos seus direitos e autonomia. (RIBEIRO FILHO, 2016).

Na continuidade do ano 2004 também foi implantado pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), trazendo a proposta de promover avanços no cenário de vida e saúde das mulheres favorecendo para a redução da morbimortalidade, assegurando seus direitos e diminuindo perdas por causas evitáveis , com prisma na assistência obstétrica, no

planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (SANTANA, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) lançou em 2011 uma estratégia denominada Rede Cegonha, respaldada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com a finalidade de garantir a segurança e a saúde materna infantil por meio acolhimento humanizado envolvendo a gravidez, pré-natal, parto e puerpério, e ainda ofertar um parto humanizado com o acompanhamento do desenvolvimento infantil saudável (BARBOSA, 2021).

No mesmo ano que nasceu a Rede Cegonha foi realizado o primeiro inquérito nacional sobre Parto e Nascimento, denominado Nascer no Brasil (NB), sob coordenação da Fundação Oswaldo Cruz e com a participação de vários pesquisadores de universidades públicas nos estados do Brasil. (LEAL, et al, 2021, p. 824).

Nessa sequência de decisões, o Ministério da Saúde (MS), implantou em 2015, o projeto Parto Adequado, este foi um sucesso, pois em 18 meses evitou 10 mil cesarianas sem justificativas médicas, a partir desse resultado impactante, em março de 2016, o Brasil publicou a portaria Nº 306, que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante, referente a operação cesariana, com elaboração de normas indispensáveis para analisar cientificamente as condutas e decisões obstétricas que as mulheres são constantemente submetidas, por exemplo, é obrigatório esclarecer para a gestante ou seu responsável legal todos os riscos e complicações associados ao parto cesariano e ao administração de medicamentos (MENDONÇA, 2021).

Considerando que a gestante tem o direito de escolher a via de parto cesariano, haja vista que essa autonomia foi estabelecida por meio da Resolução nº 2.144, de 22 de junho de 2016, do Conselho Federal de Medicina (CFM), com a intenção de esclarecer que para a segurança do feto, a cesárea a pedido da gestante, nas situações de complicações frequentes, só deve ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, sendo obrigatório o registro no prontuário da paciente (SILVA, 2017).

Em fevereiro de 2017 o Ministério da Saúde publicou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a qual foi aprovada pela Portaria nº 353 em conjunto com diversas áreas do Ministério e outras instituições, sociedades e associações de Profissionais (médicos e de enfermagem) e das mulheres, no intuito de qualificar o

modo de nascer no Brasil (BRASIL, 2017). No mesmo ano foi expedido pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, a obrigatoriedade e a identificação da gestante, ou de seu responsável legal, quanto aos potenciais riscos e ocorrências inconvenientes relacionadas ao procedimento cirúrgico ou uso de drogas medicamentosas para a operação cesariana (BRASIL, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse tipo de estudo consistiu em uma análise de literatura com procedimento de revisão bibliográfica, descritiva, de natureza básica estratégica, buscando conhecimento e contribuindo com outros que necessitam dos resultados desse estudo, assim o método utilizado para essa construção foi o hipotético dedutivo com abordagem qualitativa, o qual realizou buscas nos dados da literaturas e coleta de resultados que tivessem semelhança com o tema abordado.

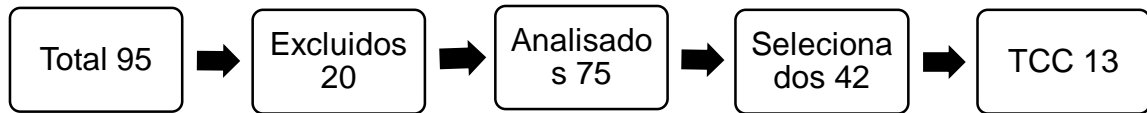
A busca de trabalhos foi feita mediante consultas em base de dados eletrônicos, como Google Acadêmico, Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Portal da BVS, Site Periódicos da CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertação (BDTD) e dissertações referentes ao assunto abordado, sendo escolhidos preferencialmente artigos publicados nos anos de 2010 a 2021.

3.2 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa foi realizada por meio da seleção de artigos originais disponibilizados em meio eletrônico, publicados desde 2010 a 2021, obedecendo os critérios de inclusão e exclusão, nesse sentido, foram fichados 95 artigos, destes, 20 foram excluídos por não tratarem diretamente da proposta em pauta ou por terem sido publicados em períodos anteriores a 2010, 55 foram utilizados para construir esta revisão, pois continham conteúdos relevantes ao tema, após criterioso exame foram separados 13, os quais foram dispostos em formas de tabelas para facilitar a compreensão e revisão dos resultados, seguindo de uma amostragem que especifica o nome do autor, ano, metodologia e resultados, na sequência tem-se a categorização e discussão das ideias propostas pelos autores, respondendo a problemática e os

objetivos desta revisão bibliográfica, evidenciando a proposta da justificativa e a comprovação da hipótese.

FIGURA 1: Fluxograma de seleção dos artigos para o estudo



Fonte: autora, 2022.

Esta revisão bibliográfica teve como princípio o resultado da análise de diversos documentos científicos acerca do tema: o impacto do parto cesariano sem justificativas para puérperas e recém-nascidos. A busca foi uma oportunidade de apresentar a analogia sob o ponto de vista de vários autores, pois existe abundância de estudos publicados sobre essa temática, dessa forma, foi possível apontar as principais complicações que são atribuídas como consequências da elevada taxa de cesarianas sem respaldo clínico, também foi imprescindível revelar em quais situações pode ser recomendado o parto cesariano.

TABELA 1: Detalhamento da pesquisa, segundo autor, ano, método e resultados

Nº	AUTOR, ANO E MÉTODO	RESULTADOS
01	BRASIL, 2015. Publicação emitida pela Organização Mundial da Saúde. Recomendação para que as Taxas de Cesáreas locais e internacionais sejam restritamente baseadas na classificação de Robson	A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.
02	SILVA, 2016. Pesquisa bibliográfica, descritiva, com abordagem quantitativa, abrangendo análise de dados e projetos existentes sobre Caracterização dos Partos Cesarianos no Brasil.	Identifica evidências que apontam a cesariana como o tipo de parto que oferece maiores complicações maternas e neonatais, devido ao aumento das taxas de cesariana no Brasil.
03	VALADÃO; PEGORARO, 2020. Esta pesquisa foi desenvolvida a partir da perspectiva qualitativa por meio de entrevistas, abordando um tema sobre as vivências de mulheres sobre o parto.	No Brasil, vivemos um modelo obstétrico intervencionista, em que o médico é figura central no momento do parto, e a mulher, por sua vez, torna-se objeto de ação, não detendo o controle sobre esse processo.
04	PICHET; CRUBELLATE; VERDU, 2018. A pesquisa, elaborada foi bibliográfica baseada em dados	O objetivo da pesquisa é investigar a histórica do parto Cesário e verificar que sua trajetória e evolução não foram

	secundários, de natureza qualitativa-descritiva um resgate histórico do parto normal no Brasil para compreender a influência da transnacionalização ao longo dos anos.	inseridas em um contexto restritivamente nacional, mas sofreram influência, de outros países e pesquisas internacionais
05	BRASIL. Ministério da Saúde. 2014. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com procedência na intervenção-formação desenvolvida no Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), regido pelo MS.	A pesquisa defende a mudança nos processos da gestão e atenção, com vistas à humanização do parto pela redefinição das relações humanas na assistência, da condição humana e dos direitos humanos
06	ABRAHÃO, 2016. Trata-se de um documento publicado no Diário-Oficial. Resolução Normativa – RN nº 398, de 05.02.2016. Nota de orientação a gestante.	Dispõe sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros obstétricos e obstetrizas por operadoras de planos privados de assistência à saúde e hospitais que constituem suas redes e sobre a obrigatoriedade de os Médicos entregarem a nota de orientação à gestante.
07	ZUGE, 2021. Estudo quantitativo, retrospectivo, realizado em hospital do Extremo Oeste de Santa Catarina, com o tema Associação entre infecção de sítio cirúrgico pós-cesariana e idade materna.	Reforça, a preocupação de que a cesariana é considerada uma cirurgia com potencial de contaminação e desenvolvimento de ISC no puerpério. Seguido, com o aumento de gestações tardias, aumentam o risco de complicações no puerpério.
08	SCARABELI; ESTEVES, 2020. O presente estudo utilizou uma abordagem quantitativa e desenho de revisão bibliográfica. A respeito do tema: Tromboembolismo Venoso Puerperal (TEV).	Uma revisão sistemática que incluiu 60 estudos observacionais encontrou uma incidência combinada de TEV após cesariana de 2,6 por 1000 (IC 95%, 1,7-3,5), que foi 3,7 vezes (IC 95%, 3,0-4,6) maior do que após o parto vaginal.
09	SILVA; SANTOS; JESUS, 2018. Tratou-se de um estudo ecológico, de serie temporal, realizado a partir de dados secundários do Sistema de Mortalidade (SIM) disponíveis no Departamento de Informática em Saúde (DATASUS).	O estudo analisou e descreveu as características sociodemográficas das mortes por partos cesáreos e a taxa de mortalidade por partos cesáreos em relação às regiões do Brasil, no período de 2006 a 2016.

10	BARRETO, 2017. Esta pesquisa utilizou o método quantitativa e qualitativa de cunho descritivo, relativo as principais razões, maternas ou fetais, para realização de cesarianas antes das 39 semanas e as condições de saúde de bebês nascidos desta via de parto.	Aborda o risco de morbidade, prematuridade, hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido (HPPN), problema respiratório grave que pode variar de acordo com a idade gestacional na ocorrência de parto cesáreo, comparado com o de parto vaginal.
11	LIMA, E. R., et al, 2015. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. Sobre Resultados Maternos e Perinatais em Gestações com Placenta Prévia com e sem Acretismo em Maternidade Terciária. 2015.	A proposta do estudo foi avaliar resultados dessa patologia associado a aumento da morbidade materna, necessidade de internamento em UTI, hemotransfusões, lesões de órgãos, operações cesarianas e hysterectomias).
12	DA NÓBREGA, C. S, et al. 2017. ACRETISMO PLACENTÁRIO. O método de estudo utilizado para o desenvolvimento dessa temática foi decorrente de um apanhado de caráter bibliográfico de natureza descritiva.	Diante dessa anormalidade será adotada a conduta de antecipação do parto Cesário na 35ª semana com muita possibilidade de evoluir para hysterectomia total abdominal.
13	OLIVEIRA, 2016. Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, Análise da indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos para sua realização, 2016.	O estudo faz um relato sobre as orientações recebidas durante o pré-natal sobre parto, relatadas por puérperas internadas no Hospital e Maternidade pública Dona Regina. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas-TO.

Fonte: autora, 2022.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Logo que se adentrou nessa pesquisa, houve a preocupação de compreender a relevância da justificativa levantada lá no início, pois acreditava-se que diversas complicações poderiam se manifestar como consequências do índice elevado de partos cesarianos realizados sem os devidos critérios obstétricos que os justificassem, pois esse costume possibilitava maior riscos para puérperas e recém nascidos e geralmente eram acompanhados de sequelas, leve, grave, gravíssima ou permanente, no caso de óbitos maternos e fetais.

Nesse raciocínio inicial, verificou-se que a OMS (2015), determinou desde 1985 que a taxa de cesarianas não deveria ultrapassar 15%. No entanto, o índice de partos cesarianos sem causas justificáveis, aumentou significativamente nos últimos

40 anos em vários países, o Brasil está inserido nesse patamar considerado epidêmico, pois tem alcançado proporções exorbitantes nessa modalidade, capaz de produzir diversas complicações e riscos, afetando diretamente a saúde de puérperas e recém nascidos, à vista disso, foi extremamente relevante, agregar conhecimento científico e oferecer informações sobre o impacto da taxa elevada de cesarianas sem justificativas clínicas para puérperas e recém-nascidos.

Percebe-se a essa altura da pesquisa que o propósito do objetivo geral e específicos foram relatados em vários estudos citados, sobretudo o de Silva (2016) e Zuge (2021), concernente ao índice elevado de cesarianas, onde várias complicações maternas e neonatais foram atribuídas como características do índice elevado de partos cesarianos sem respaldo clínico nas últimas décadas no Brasil, essa circunstância propiciou um impacto na saúde pública, porquanto colaborou com o aumento de infecção puerperal, estendeu o período de internação, dificultou a recuperação, a lactação, elevou os casos de hemorragias, prematuridade, desconforto respiratório, acréscimo de internação em UTI neonatal, mortalidade e morbidade materna e fetal e conseqüentemente mais dispêndio dos recursos públicos.

Nessa perspectiva Silva, Santos e Jesus (2018) e Scarabeli; Esteves (2020), identificou que a sobrecarga de partos cesarianos coopera para o risco de morte materna e fetal devido ao procedimento ser considerado de médio a grande poste, e eventualmente por estar relacionado com acidentes anestésicos, cirúrgicos, hemorragias, broncoaspiração, tromboembolismo venoso (TEV), entre outros.

Além disso, Lima, et al., (2015), levantou a questão de o parto cesariano ser um fator importante na elevação da incidência de placenta previa, apresentando semelhança com estudo de Da Nóbrega, et al., (2017), o qual exhibe a subdivisão do acretismo placentário e o resultado de desordem de cada uma. Exemplo: placenta acreta é designada por prender-se ao miométrio, porém não invade a musculatura, icreta invade a musculatura uterina e se adere totalmente ao miométrio, a percreta se se adere por toda extensão do miométrio, sendo capaz de adentrar a membrana serosa e atingir órgãos adjacentes, tais como bexiga e interinos. Esta é mais rara porém gravíssima, geralmente evolui para histerectomia e ameaça a vida da puérpera.

Nessa preocupação, Abrahão (2016), publicou no Diário Oficial o documento que obriga as instituições privadas credenciar enfermeiros obstétricos e aos médicos de entregarem a nota de orientação à gestante, a resolução segue orientando que a cirurgia cesariana deve abraçar o mérito de salvar a vida, porém quando realizada

sem motivo real, assumi a responsabilidade de uma série de complicações, que deveria ser evitada se houvesse mais cautela quanto à escolha da via de parto, mais esclarecimento por parte da equipe médica e de enfermagem obstetra.

As notícias publicadas nos meios de comunicação, quanto as complicações, sequelas, morbidade e mortalidade que acometem mulheres e recém-nascidos no Brasil durante o parto cesariano são abrangentes e quase sempre a falta de prudência passa despercebida, apesar de ferir os direitos humanos constitucionais do país, além de expor a falta de segurança que envolve o sistema de saúde, em razão disso a mulher grávida permanece inserida em um ambiente de incertezas e intervenções desnecessárias e o bebê eventualmente sofre as consequências ao nascer e por vezes persistirá em algumas fases ou por toda vida.

A pesquisa de Pichet, Crubellat, Verdu (2018), justificou que a razão do Brasil vivenciar essa epidemia de cesarianas tem relação com a influência copiada de outros países, seguida do interesse nacional que se estabeleceu mais por conveniência que por necessidade, à vista disso, muitos programas educativos foram criados por departamentos governamentais com o objetivo de conter a aceleração dessa rotina, tais medidas têm falhado nessa missão, por não haver políticas capazes de fiscalizar e punir as instituições que não atendem as normas preconizadas pela OMS.

Vale mencionar que Valadão; Pegoraro (2020), atribuiu a essa temática a prerrogativa do médico em usurpar o papel de protagonista que naturalmente era assumido pela mulher durante o parto, considerou que padrão intervencionista prevalece e foi elegido pela obstetrícia brasileira, contudo, as publicações da OMS e o MS (2014) sobre as inúmeras vantagens do parto normal e as desvantagens do parto cesariano sem causa justificável para a mãe e para o bebê vão sendo ignoradas, nesse contexto a mulher vai perdendo cada vez mais o controle sobre esse processo.

Para Oliveira (2016), o índice elevado de cesarianas também está diretamente relacionado com a preferência das gestantes por essa via, sendo o medo da dor do processo de parto o fator principal, associado com a influência familiar, amizade, condições socioeconômicas, falta de esclarecimento por meio da equipe de saúde durante o pré-natal.

No entendimento de Barreto (2017), essa pratica excessiva de cesarianas contribui com muitas complicações que afetam os recém nascidos, com destaque para problemas respiratórios graves como, hipertensão pulmonar persistente do recém-

nascido (HPPN), e outros tipos de morbidades causados principalmente por motivo de prematuridade.

Os dados da pesquisa comprovam que os danos são reais, crescentes, abundantes e acarretam prejuízos de curto a longo prazo, afinal existem evidências sobre o índice de mulheres e bebês que foram submetidos a cesarianas e tiveram que permanecer internados após as 48h devido complicações dessa natureza.

O intrigante é que mulheres e bebês são afetados por essa situação e que esse impacto tem despertado preocupação nos departamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), no Ministério da Saúde (MS), por isso existem inúmeros programas, medidas, diretrizes, resoluções publicadas, revelando evidências que o parto normal sempre foi e continua sendo a melhor escolha, e nele existe todas as vantagens naturais para binômio se recuperarem sem intercorrências. Então, por que mesmo assim a taxa de cesárea se mantém acelerada? Se a saúde das mulheres e dos recém-nascidos se encontra em perigo? Por que as recomendações do governo não são obedecidas?

Evidentemente não existe fiscalização capaz de buscar os responsáveis por essas infrações, teoricamente se reconhece os prejuízos advindos dessa situação, porém são ignoradas com frequência, pois é conveniente optar pela cesariana, ela pode ser programada, demanda menor tempo, embora, represente maior custo para os recursos públicos, resulta em maior rendimento financeiro para classe obstetra. Se fosse aplicada punição, multa, advertência para as instituições tanto a nível particular quando a nível público essa realidade seria diferente.

Se as mulheres fossem mais esclarecidas desde o início do pré-natal, se a equipe de saúde aplicasse na integra aquele acervo de programas educativos, é certo que se elas chegassem no dia de parir munidas de informações sobre o valor que excede do parto normal, certamente teriam plena convicção na preferência pelo parto normal, em contrapartida, a taxa de cesarianas que atualmente se encontra acima da régua, sofreria uma queda impactante, pois estaria reservada para os casos que realmente lhe são necessária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa pesquisa constatou-se que a taxa elevada de cesarianas sem justificativas foi a principal causa apontada como fator impactante para as manifestações de diferentes complicações de saúde na vivência de puérperas e recém-nascidos, resultando em riscos e prováveis sequelas de natureza leve, grave, gravíssima ou permanente, como no caso de óbitos maternos e fetais.

Essa condição contribuiu diretamente no acréscimo de infecção hospitalar, transfusão de sangue, cefaleia pós raquidiana, trombose, flatulência, erros médicos, sequelas, obteve-se aumento no índice de prematuridade, sofrimento respiratório, internação em UTI neonatal, além da probabilidade de morbidade e mortalidade, incitando assim um impacto negativo na vida de puérperas e recém-nascidos, contudo não foi encontrado meio capaz de minimizar essa problemática até o momento.

Desse modo, o Brasil segue avançando nessa atividade, sustentada pela forte influência, autoridade e conveniência da categoria obstétrica, e pela preferência que a maioria das mulheres têm por esta via, pois são persuadidas por muitos profissionais de saúde durante a assistência as consultas de pré-natal a acreditarem que o parto normal emana desvantagem e prejuízos para si e para o bebê, essas ideias são mediadas principalmente pelo medo da dor que envolve o trabalho de parto, entre outros motivos.

Notou-se ainda que existe deficiência de estudos que retratam os possíveis erros médicos cometidos durante a realização de partos cesarianos, tais como: lesão de bexiga, lesão de alça intestinal, erro durante a administração da anestesia raquidiana, esquecimento de instrumentais, compressas e gases na cavidade materna, lesão corporal ao recém-nascido, principalmente na região da cabeça, associados a outros agravos semelhantes.

Esse item seria muito oportuno nessa pesquisa, pelo fato de haver diferentes denúncias e processos abrangendo esse tipo de negligência e imprudência, no entanto o tema é amplo, então foi possível abordar e analisar outros pontos significativos concernentes a temática do impacto do parto cesariano sem justificativas para puérperas e recém-nascidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SILVA, F. R. F. Caracterização dos partos cesarianos no Brasil. 2016. **Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília**. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11075/1/21484529.pdf> Acesso em 10 de junho de 2021

VALADÃO, C. L.; PEGORARO, R, F. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 91-98, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/DSj53Z3MMs7xZNWmvjr47wz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 09 de junho de 2021

BRASIL. Organização Mundial de Saúde: **Declaração sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf Acesso em: 03 de maio de 2021, 17:50.

MASCARELLO, K.C. et al. **Rev Bras Epidemiol 2018; 21: e180010**. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/dc8g7c9Lq7xvFgqdCTZTCCB/?format=pdf&lang=pt>

NAKANO, A. R; BONAN, C; TEIXEIRA, L. A, 2017. **O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/b9tSSPmDGmf7hwCNw7MV4rg/?lang=pt>.

PICHETH, S. F.; CRUBELLATE, J. M.; VERDU, F. C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2018, p.1063-1082. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/CPfqzSnWY95FgDRvjWbD7cL/?lang=pt>.

ABRAHÃO. J. C. S. **RESOLUÇÃO NORMATIVA. RN Nº 398**, de 05.02.2016. Nota de orientação a gestante. Disponível em: editoraroncarati.com.br/v2/Diario-Oficial/Diario-Oficial/RESOLUCAO-NORMATIVA-RN-N%C2%BA-398-DE-05-02-2016.html. Acesso em 10 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Umaniza SUS**, Volume 4. 2014, Humanização do parto e do nascimento. Brasília – DF, p. 369 Disponível em: <https://redehumanizausus.net/acervo/cadernos-humanizausus-volume-4-humanizacao-do-parto-e-nascimento/>. Acesso em 10 de junho de 2021

VELHO, M. B. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hbQmPTFNq4CCkTD5Yc4rWTK/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 10 de junho de 2021

ZUGE, S.S. et al. Associação entre infecção de sítio cirúrgico pós-cesariana e idade materna. **Rev Enferm UFPE** online, 2021. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/ba3a/b329c329395a4fc36b8816f958afd3a19c6b.pdf>
Acesso em 12 de junho de 2021

CALDAS, E. L. F. C. **Universidade Católica de Salvador (UCSAL)**.
<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/handle/prefix/955>. Fatores de riscos para infecção puerperal: revisão integrativa. 2019. Disponível em:
<http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/955/1/ERIDANCALDAS.pdf>
Acesso em 13 de junho de 2021

BEZERRA, M. A. Q.; PEREIRA, M.; SOUZA, S. 2018. Puerperal. **Ciência e Saúde**, 5 (1), 1-1. Disponível em:
<http://lyceumononline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2889.pdf>.
Acesso em 13 de junho de 2021

ASSUNÇÃO, A. M. S. **Fatores de risco para infecção puerperal em parto cesáreo: uma revisão** integrativa. Santa Cruz –RN, 2018. Disponível em:
<https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/8387/1/TCC%20Ana%20Michelle%20Vers%C3%A3o%20final%20para%20defesa%2016.12.18.pdf>.
Acesso em 13 de junho de 2021

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em:
https://www.segurancadopaciente.com.br/wpcontent/uploads/2018/02/Caderno_8_Anvisa.pdf. Acesso em 14 de 2021

LOUREIRO, Renan Cesar et al. Cesariana de gestante com placenta prévia e acretismo seguido de histerectomia devido a sangramento maciço. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, pág. e5787-e5787, 2021. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5787>

LIMA, E. R., et al. **Resultados maternos e perinatais em gestações com placenta prévia com e sem acretismo em maternidade terciária**. 2015. Disponível em:
http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17450/1/2015_art_erlima.pdf

SANTOS, R. A. S; ALMEIDA, A. K. R. C. Cefaleia pós raquianestesia e os possíveis fatores influentes: revisão de literatura. **ANAIS SIMPAC**, v. 7, n. 1, 2017. Disponível em:
<https://academico.univicoso.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/556>
Acesso em 14 de junho de 2021

SCHMIDT, A. P. Prevenção de náusea e vômito no pós-operatório: novos pontos de vista no cuidado do paciente. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, n. AHEAD, 2020. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rba/a/RLKbbFyp9dGYy9nWvCQkMzv/?format=pdf&lang=pt>

HÖEHR, A. C R; LONDERO, R.G. Cefaleia pós-punção em pacientes puérperas submetidas a raquianestesia. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 2, p. 125-128, 2012. Curitiba. Acessado em 16 de junho de 2021

- IMBELLONI, E; CARNEIRO, A. N. G. Cefaleia pós-raquianestesia: causas, prevenção e tratamento. **Rev. Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 47, n. 5, p. 453-464, 2020. Disponível em:
<https://bjansba.org/article/5e498c010aec5119028b48d4/pdf/rba-47-5-453.pdf>
- SANTOS, G. M. C. et al. Tromboembolismo venoso no período gestacional e puerperal–intervenções da enfermagem. In: **Congresso Internacional de Atividade Física, Nutrição e Saúde**. 2016. Disponível em:
<https://eventos.set.edu.br/CIAFIS/article/view/3209/1127>.
- SCARABELI, I. C; ESTEVES, A. P. V. Fenômenos Trombolíticos: Profilaxia Durante o Ciclo Gravídico Puerperal. **Cadernos da Medicina-UNIFESO**, v. 3, n. 1, 2020. Disponível em:
[<revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/2266/84>](http://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/2266/84).
- MIRANDA, D. M. et al. Mortalidade Materna: Perfil dos óbitos maternos ocorridos no estado do Tocantins no período de 2008 a 2017. **Revista Cereus**, v. 12, n. 2, p. 2-14 Acesso em 15 de junho de 2021
- SILVA, L. S; SANTOS, L. V; JESUS, R. J. N, 2018. **Mortalidade por partos cesáreos no Brasil no período de 2006 a 2016, p.** Disponível em:
<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/3401/1/ARTIGO%20Mortalidade%20em%20Cesareas.pdf>
- RODRIGUES, A. R. M; CAVALCANTE, A. E. S; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019. Disponível em:
<http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>
- BARRETO, F. P. Cesariana antes das 39 semanas de gestação: **principais razões para a escolha deste procedimento e condições de saúde dos recém-nascidos**. 2017. Disponível em:
<https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/1902/1/Fabrine%20Pereira%20Barreto.pdf>
- CONITEC. Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, Brasília**, n. 179, 2016. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesaria na_N179.pdf.
- MORAES, E. T., et al. Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar. 2013. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/1412/1/447158.pdf>
 Acesso em: 15 de junho de 2021.
- HERNANDES, C. P., et al. Análise qualitativa dos sentimentos e conhecimentos acerca da gestação e do HIV em gestantes soropositivas e soronegativas." **Journal of Health & Biological Sciences**, 32-40, 2018. Disponível em:
<file:///C:/Users/Rinda%20Almeida/Downloads/2211-8595-2-PB.pdf> - Acesso em 17 de junho de 2021

BELLOTTO, Paula Cristina Barth et al. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV." **Interface-Comunicação, Saúde, Educação** 23: e 180556, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e180556/pt>>. Acesso em 17 de junho de 2021

ARAÚJO, C. C. L. et al. Transmissão vertical do HIV: reflexões para a promoção da saúde e cuidado de enfermagem. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 181-189, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00181.pdf> Acesso em 17 de junho de 2021

MATTA, A. P. et al. A realidade da assistência pré-natal às mulheres hiv-positivo no Brasil: uma revisão literária. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 3, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/faculdadedemedicinadeteresopolis/article/view/1717>- Acesso em 17 de junho de 2021

DE PAULA, L. S.; LIMA, R. N. Necessidade da Assistência de Enfermagem às Gestantes e Lactantes com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2021. 3(1):1-6. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/173/144>

DA NÓBREGA, C. S., et al. ACRETISMO PLACENTÁRIO. **Educação e Saúde**, 2017. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/editora/anais/congrefip/2017/TRABALHO_EV069_MD1_SA2_ID436_02042017213530.pdf

FERREIRA, G. O; AMARAL, W. N; EVANGELISTA, P. G. acretismo placentário: cesárea. **Revista Científica CEREM - GO** vol.01 n.03 - fevereiro 2021 - Goiânia: D&D Comunicação Ltda. Disponível em: <https://ceremgoias.org.br/dados/revista/num003/revista-cerem-go-portugues-03.pdf#page=38>

PARO, H. B. M. S.; CATANI, R. R. **Indicações de Cesária. Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia**, 2019. Disponível em: http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25310/1/Indicac%CC%A7o%CC%83es%20de%20cesarea_HCU_UFU.pdf. Acesso em 16 de junho de 2021

SANTOS, S. B. R. et al. Prolapso de cordão umbilical e suas complicações." **Brazilian Journal of Health Review** 2.4: 3791-3796, 2019 <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2761/2743>. Acesso em 15 de junho de 2021.

SILVA, W. S. et al. Assistência a uma parturiente com prolapso do cordão umbilical: um relato de experiência. **BJSCR - Vol. 26, n.1, pp. 24-27**, 2019. Brazilian Journal of Surgery Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_115256.pdf Acesso em 15 de junho de 2021

_____. Prolapso de cordão umbilical e suas complicações." **Brazilian Journal of Health Review** 2.4: 3791-3796, 2019

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/2761/2743>
Acesso em 15 de junho de 2021

MATEUS, A. G. et al. Conduta Médica em prolapso de cordão umbilical
Rev Med Minas Gerais, 2010; 20(2 Supl 1): S133-S135 133
Acessado 15 de junho de 2021

_____. **Indicações de Cesária. Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia**, 2019. Disponível em:
[FU.pdf](#). Acesso em 16 de junho de 2021 http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25310/1/Indicac%CC%A7o%CC%83es%20de%20cesarea_HCU_U

_____. **Indicações de Cesária. Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia**, 2019. Disponível em:
http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/25310/1/Indicac%CC%A7o%CC%83es%20de%20cesarea_HCU_UFU.pdf

BRASIL; Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. 2016.
Acesso em 16 de junho de 2021

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); **CONITEC**. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana. 2016. Brasília- D F. Disponível em:
http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf

SILVA, A. C. L. et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.
Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/44139/24138>

SILVA, R. N. A. Percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea. 2017. 87 f., il. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em:
https://bdm.unb.br/bitstream/10483/26350/1/2017_RayaneNathalyAmaralDaSilva_tcc.pdf

RIBEIRO FILHO, J. F., et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016. Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771963>

OLIVEIRA, C. C. C. Análise da indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos para sua realização, 2016. 2016. <http://umbu.uft.edu.br/bitstream/11612/345/1/Carla%20Cristina%20Chaves%20de%20Oliveira%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf>

QUEIROZ, T. C. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica UNIFAGOC-Saúde**, v. 2, n. 1, p. 70-77, 2017.
<https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/195/236>

PAZ, C. T. Fatores associados às cirurgias cesarianas em uma maternidade pública do estado da Bahia: **um diagnóstico situacional**. 2018. Disponível em: <http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/2199/1/Camila%20Torres%20da%20Paz.pdf>

RIBEIRO FILHO, J. F. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771963>

SANTANA, T. D. B. et al. Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)**, v. 17, n. 61, 2019. Disponível em: seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012/pdf

BARBOSA, M. M. et al. Rede cegonha: avanços e desafios da gestão no ambiente hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, p. e6486-e6486, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6486/4200>. Acesso em 26 de setembro de 2021

LEAL, M. C. et al. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(3):823-835, 2021. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n3/823-835/pt>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

MENDONÇA, M. N. P. S. et al. Estudo das indicações de cesariana em uma maternidade de referência em baixo risco. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e7510111375-e7510111375, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11375/10270>

SILVA, R. N. A. Percepção das mulheres grávidas sobre parto e cesárea. 2017. 87 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) Universidade de Brasília, Brasília, 2017. https://bdm.unb.br/bitstream/10483/26350/1/2017_RayaneNathalyAmaralDaSilva_tcc.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde**. Brasília, 2017. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO NORMAL PARTO. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.