



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Avaliação da incidência de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus dilemas éticos

Suelen Cajazeira Gomes

Salvador (Bahia)
Setembro, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. SONIA ABREU, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Cajazeira Gomes, Suelen

Avaliação da incidência de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus dilemas éticos / Suelen Cajazeira Gomes. -- Salvador, 2016.

45 f. : il

Orientador: Maria de Fátima Diz Fernandez.

TCC (Graduação - Medicina) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2016.

1. Cesárea. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Ética Médica. I. Diz Fernandez, Maria de Fátima. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Avaliação da incidência de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus dilemas éticos

Suelen Cajazeira Gomes

Professor orientador: Maria de Fátima Diz Fernandez

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Setembro, 2016

Monografia: *Avaliação da incidência de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus dilemas éticos*, de **Suelen Cajazeira Gomes**

Professor orientador: **Maria de Fátima Diz Fernandez**

COMISSÃO REVISORA:

- **Maria de Fátima Diz Fernandez**, Professor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Camila Vasconcelos de Oliveira**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **James José de Carvalho Cadidé**, Professor do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no X Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em 8 de outubro de 2016.

“(...) Ó mestre, fazei que eu procure mais consolar que ser consolado, compreender do que ser compreendido, amar que ser amado, pois, é dando que se recebe, é perdoando que se é perdoado (...)”

São Francisco de Assis

À Deus e aos familiares e amigos

EQUIPE

- Suelen Cajazeira Gomes, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: su_cajazeira@hotmail.com;
- Professor orientador: Maria de Fátima Diz Fernandez. Correio-e: fatima.diz@gmail.com;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

- DATASUS

FONTES DE FINANCIAMENTO

- | |
|-----------------------|
| 1. Recursos próprios. |
|-----------------------|

AGRADECIMENTOS

- À Deus por me permitir chegar até aqui;
- Aos meus queridos pais, **Suely e Raimiranda**, pelos ensinamentos, amor, apoio, compreensão e paciência de sempre;
- Ao meu irmão **Rodrigo** pela disposição de me ajudar com a monografia e pelo companheirismo;
- À minha professora orientadora **Maria de Fátima Diz** pelas orientações acadêmicas e parceria;
- À comissão revisora da presente monografia, **Camila Vasconcelos de Oliveira** e **James José de Carvalho Cadidé** pelas sugestões e disponibilidade;
- Aos amigos **Maiara Regueira** e **Rafael Oliveira** por terem me auxiliado com a monografia e pela amizade;
- Às amigas do curso de medicina que me acompanharam desde o início do curso e deixaram meus dias mais felizes e menos pesados;
- Aos demais amigos pelo apoio, compreensão e amizade que foram muito importantes para concluir mais essa etapa em minha vida e que compreenderam a minha ausência como importante para minha construção acadêmica.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
ÍNDICE DE SIGLAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. METODOLOGIA	9
V. RESULTADOS	10
VI. DISCUSSÃO	15
VII. CONCLUSÃO	34
VIII. SUMMARY	36
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Proporção de partos cesáreos por ano na Região Norte do Brasil no Sistema Único de Saúde.	10
GRÁFICO 2. Proporção de partos cesáreos por ano na Região Nordeste do Brasil no Sistema Único de Saúde.	11
GRÁFICO 3. Proporção de partos cesáreos por ano na Região Sudeste do Brasil no Sistema Único de Saúde.	11
GRÁFICO 4. Proporção de partos cesáreos por ano na Região Sul do Brasil no Sistema Único de Saúde.	12
GRÁFICO 5. Proporção de partos cesáreos por ano na Região Centro-Oeste do Brasil no Sistema Único de Saúde.	13
GRÁFICO 6. Proporção de partos cesáreos por ano no Brasil no Sistema Único de Saúde.	13

ÍNDICE DE SIGLAS

Sistema Único de Saúde (SUS)
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)
Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)
Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG)
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
Papiloma Vírus Humano (HPV)
Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)
Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora (FCF)
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
Vírus Herpes Simples (HSV)
IMC (Índice de Massa Corporal)
Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (CNGOF)
Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)
Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna)
Humanização Pré-Natal e do Parto (PHPN)
Recém-nascido (RN)
Pré-parto, parto e puerpério (PPP)
Código de Ética Médica (CEM)
Conselho Federal de Medicina (CFM)
Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

I. RESUMO

Avaliação da incidência de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e seus dilemas éticos. Fundamentação: A cesárea é um procedimento cirúrgico que permite a retirada do feto através da incisão das paredes abdominais e uterina, sendo originalmente utilizado em mulheres mortas para salvar a vida do feto e posteriormente usado também quando o parto oferecia risco para a mãe ou para o bebê. No Brasil a taxa de cesáreas é crescente, sendo o título de campeão mundial na categoria, descumprindo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que considera que a incidência desse tipo de parto seja menor que 15% e indicada somente para os casos de risco. **Objetivo:** Avaliar, através da análise de uma base de dados, a incidência de cesariana pelo Sistema Único de Saúde nas regiões do Brasil nos anos de 2008 a 2013 e discutir dilemas éticos provenientes desse tema. **Método:** Estudo ecológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) através dos dados eletrônicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) nas regiões do Brasil, nos anos de 2008 a 2013. **Resultados:** Entre os anos de 2008 e 2013 houve um acréscimo de 8,41% na proporção de partos cesáreos feitos pelo SUS na região Norte do Brasil. O Nordeste do Brasil apresentou em 2008, 38,98%, subindo para 49,75%, em 2013. Na Região Sudeste essa proporção também vem aumentando no decorrer dos anos, chegando a 61,3% em 2013. No Sul do país, a proporção variou de 54,53% em 2008 para 62,66% em 2013. A Região Centro-Oeste do Brasil, apresentou em 2008, 54,14% , subindo para 62,08% em 2013. O Brasil apresentou no ano de 2008 um total de 48,37% e em 2013 apresentou 56,63%. **Discussão:** A incidência de cesárea vem aumentando no decorrer dos anos devido a diversos fatores relacionados ao médico, à paciente e ao modelo assistencial de saúde. Nota-se uma diferença da taxa de cesárea entre os serviços público e particular, bem como em pacientes mais velhas e com cesárea prévia. No ano de 2016 foi publicada uma Resolução CFM estabelecendo condições para a realização de partos cesáreos no país. **Conclusão:** para melhorar a situação atual, faz-se necessário haver uma mudança no cenário obstétrico a fim de que diminua a vulnerabilidade da mulher no momento da escolha do parto e que se respeite a sua autonomia, sendo imprescindível, uma boa relação médico-paciente, esclarecendo dúvidas e prestando informações necessárias para que a escolha do tipo de parto seja a melhor para a saúde da mãe e do bebê.

Palavras chaves: 1. Cesárea; 2. Sistema Único de Saúde; 3. Ética Médica;

II. OBJETIVOS

II.1. PRINCIPAL

Avaliar, através da análise de uma base de dados, a incidência de cesariana pelo Sistema Único de Saúde, nas regiões do Brasil nos anos de 2008 a 2013 e relacionar com as questões éticas envolvidas.

II.2. SECUNDÁRIOS

1. Comparar a incidência de parto cesáreo em instituição pública e privada;
2. Comparar a incidência de parto cesáreo em diferentes regiões do Brasil e em outros países;
3. Relacionar a incidência brasileira de parto cesáreo com a recomendada pela Organização Mundial de Saúde;
4. Apontar as principais indicações médicas para cesarianas;
5. Analisar os fatores que influenciam na decisão do tipo de parto; e
6. Discutir questões éticas que envolvem a decisão do médico para esse tipo de parto.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A cesárea é um procedimento cirúrgico que permite a retirada do feto através da incisão das paredes abdominais e uterina, respectivamente, laparotomia e histerotomia sendo originalmente utilizado em mulheres mortas para salvar a vida do feto e posteriormente usado também quando o parto oferecia risco para a mãe ou para o bebê.^{6, 11, 13, 14, 26}

Há cerca de trinta anos, a maioria dos partos ocorria por via vaginal, os médicos não eram adeptos à cesariana, pois implicava em maiores riscos anestésicos e cirúrgicos. Entretanto, nas últimas décadas, houve avanço nessa técnica, possibilitando maior segurança para as mães e para os fetos, fazendo com que o percentual de cesáreas aumentasse em todo o mundo, como no Canadá que apresentou 21,2% em 2001 e nos Estados Unidos com 26,1% em 2002.³⁹

No Brasil, após a Segunda Guerra Mundial, o avanço da área médica reduziu a mortalidade e morbidade maternas no parto hospitalar. Entretanto, esse parto afasta a mulher de seu ambiente, tornando tal experiência menos satisfatória, além de aumentar o número de intervenções desnecessárias.³

No final da década de 1970, um grupo internacional avaliou a assistência ao parto e, em 1985, juntamente com a Organização Mundial da Saúde, realizou a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”. Esse evento foi um marco para a saúde pública e na defesa de direitos das mulheres. Nesse encontro foi produzida a Carta de Fortaleza, que previa a mudança na assistência obstétrica, como a participação da mulher na escolha da melhor posição para o nascimento, possibilidade de acompanhantes no trabalho de parto e fim de alguns procedimentos médicos como a episiotomia e a indução por medicamentos.⁶

Foi organizado um workshop, pelo Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, do Instituto de Saúde de São Paulo, em 1997, que teve como tema “Humanizando o Nascimento e o Parto”, valorizando uma assistência individualizada, segundo a cultura, necessidades e valores das mulheres. Esse evento apontou o uso abusivo da tecnologia, refletindo em cesáreas desnecessárias, desumanizando a assistência ao parto, além de, muitas vezes, o desejo da gestante não ser cumprido.¹⁷

Em 1999, o Comitê para Aspectos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), declarou que não havia evidências científicas favoráveis à realização de cesáreas por motivos que não fossem médicos. Em contrapartida, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) declarou que, por não haver evidências significativas dos riscos e benefícios do parto cesáreo, o médico estaria eticamente justificado a fazer, caso julgue melhor para a mulher e para o feto e se fosse de concordância da gestante. Recentemente o ACOG aprovou eticamente a realização de cesáreas a pedido materno.⁶

O Brasil apresenta taxa crescente de cesáreas, sendo constatado no ano 2000, 38,9%, em 2007, 46,5% e em 2008, 48,34%.⁶ Atualmente recebeu o título de campeão mundial na categoria, descumprindo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, que considera que a incidência desse tipo de parto seja menor que 15% e indicada somente para os casos de risco, enquanto no Brasil chega a 80% na rede hospitalar privada.¹⁸ Já no sistema público as taxas chegam a 35%.⁶

No sistema público a remuneração dos plantonistas que realizam o parto independe da quantidade e do tipo de parto realizado, refletindo na disparidade regional nas taxas de cesárea, sendo maiores nos locais que a cobertura de planos de saúde é maior também. Por exemplo, no ano de 2006 as regiões Norte e Nordeste apresentaram incidências de cesárea, respectivamente, de 34,6% e 33,8% e apresentaram cobertura dos planos de saúde de 38,2% e 37,3%. Já no Centro-Oeste, Sudeste e Sul a incidência de cesárea era, respectivamente, de 50,6%, 53,1%, 51,3%, sendo a cobertura pelo sistema de saúde suplementar, 53,3%, 54,4% e 53%, respectivamente.⁶

Uma pesquisa feita no ano de 2003 em Jundiaí, com 40 primigestas, revela que, quando interrogadas sobre os motivos da preferência por cesárea, conforto e sofrimento reduzido foram citados por 100% das entrevistadas, sendo que maior segurança, questão estética e preocupação com a vida sexual foram escolhidos por 50% das mulheres.¹⁰ Outra pesquisa sugeriu que o desejo por cesárea pode ser influenciado pela experiência anterior de parto da mulher. Entre 43 mães que já experimentaram uma cesárea, o desejo foi quase duas vezes mais freqüente de fazê-la novamente, comparando com quem nunca tinha feito, sendo que a razão mais freqüente dada por elas foi o medo de sentir dor no parto natural.⁵

Dentre as indicações médicas mais freqüentes para partos por via cesárea, encontram-se: sofrimento fetal intra-uterino, desproporção céfalo-pélvica, apresentação

pélvica, hipertensão arterial induzida pela gravidez, gravidez dupla ou tripla, presença de partos anteriores por essa via, hemorragias no final da gestação, feto em posição transversa, sofrimento fetal, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, Síndrome Hellp, macrosomia fetal, laqueadura tubária, quando a mãe apresenta doença sexualmente transmissível, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e alguns casos de Papiloma Vírus Humano (HPV), dentre outros motivos. A ocorrência de diabete gestacional e amniorrexe prematura são consideradas indicações relativas para a cesariana.^{7,12,13,17}

Esse tipo de parto envolve complicações mais frequentes, quando comparadas ao parto natural, dentre elas distocia, amniorrexe prematura, atonia e hipotonia uterinas, acretismo placentário, hipocoagulabilidade (síndrome hellp), casos com complicações hemorrágicas que evoluíram para histerectomia, endometrite, histerectomia por infecção, deiscência de cicatriz necessitando de ressutura, prolongamento da histerectomia, lesão vesical.^{8,9}

Diante das elevadas taxas de cesáreas que o mundo vem apresentando, especialmente o Brasil, e das complicações que isso pode trazer à saúde da mãe e do bebê, caso sejam feitas desnecessariamente, considerando também que, na maioria das vezes, é realizada sem respeitar a vontade da gestante, ferindo a sua autonomia de direito de escolha da forma de parto, o médico finaliza por assumir a prática paternalista, apontando a vulnerabilidade da paciente frente à decisão médica. Medidas são necessárias para diminuir tal vulnerabilidade, para conscientização do médico e para incentivo ao parto normal.⁴

IV. METODOLOGIA

A pesquisa que deu origem a este trabalho foi desenvolvida em três momentos:

1) Estudo ecológico, com abordagem quantitativa, utilizando-se o cálculo: n° de partos cesáreos dividido pelo n° de nascidos vivos, em cada região do Brasil, nos anos de 2008 a 2013. Desenvolvido a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) através dos dados eletrônicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde informação (DATASUS). O SINASC viabiliza o acesso a dados sobre os nascimentos no Brasil, sendo atualizado por meio de um documento padrão, a declaração de nascido vivo. Desta forma, este documento é de grande importância em termos estatísticos, epidemiológicos e demográficos. O processamento e análise dos dados foi feito por meio dos softwares TabWin (DATASUS) e Excel (Microsoft®), expressos em tabelas, considerando-se a estatística descritiva. O estudo foi realizado com dados de domínio público, a partir do SINASC, não havendo identificação dos participantes, e, portanto, em consonância com os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos;

2) Revisão bibliográfica de artigos relacionados ao tema em diferentes bases de dados (SciELO, PubMed, LILACS, Capes, Google Acadêmico);

3) Discussão dos resultados encontrados à luz do referencial teórico da bioética e saúde pública.

V. RESULTADOS

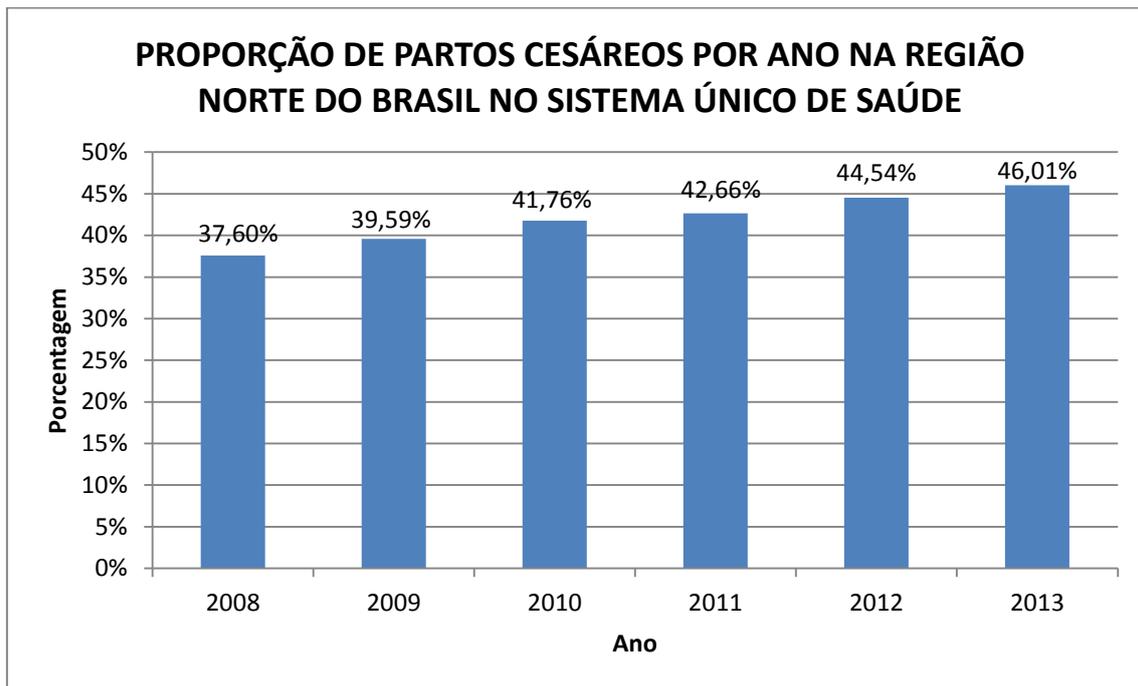


GRÁFICO1. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NA REGIÃO NORTE DO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) através dos dados eletrônicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), relacionando o número de nascidos de parto cesáreo e nascidos vivos por região do Brasil e por ano, os dados informam que entre os anos de 2008 e 2013 houve um acréscimo de 8,41% na proporção de partos cesáreos na região Norte do Brasil, como mostradano gráfico1.

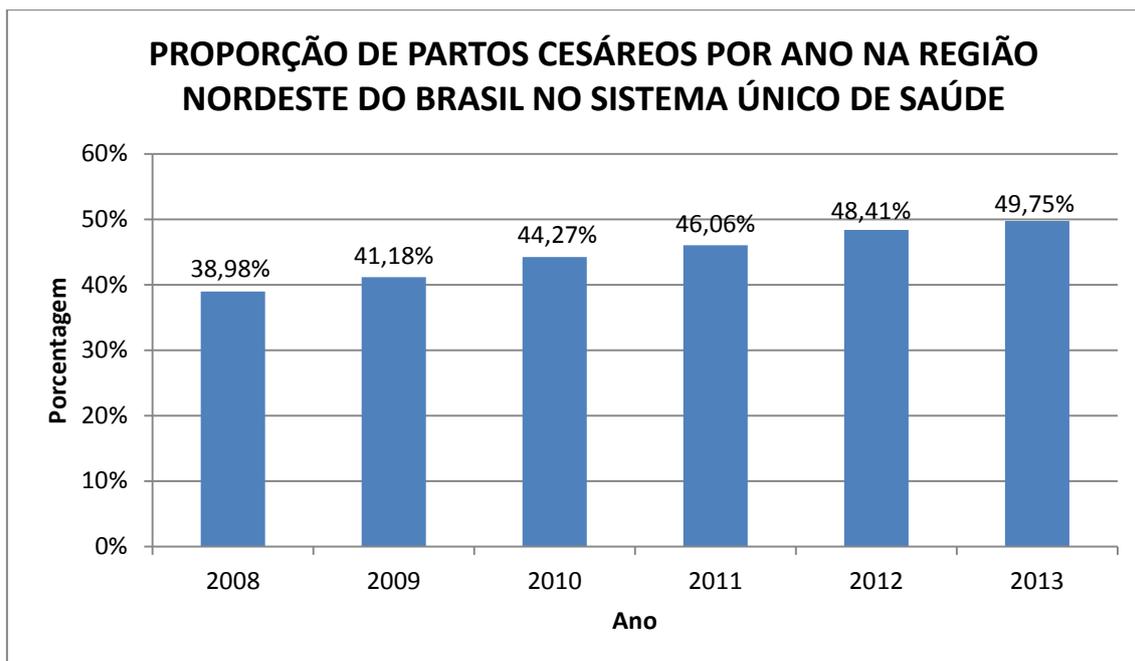


GRÁFICO2. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fonte: Gráfico elaborado pelo autor através dos resultados obtidos a partir dos dados do DATASUS

O gráfico2 indica a proporção de partos cesáreos no Nordeste do Brasil, que apresentou em 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013, respectivamente, 38,98%, 41,18%, 44,27%, 46,06%, 48,41% e 49,75%.

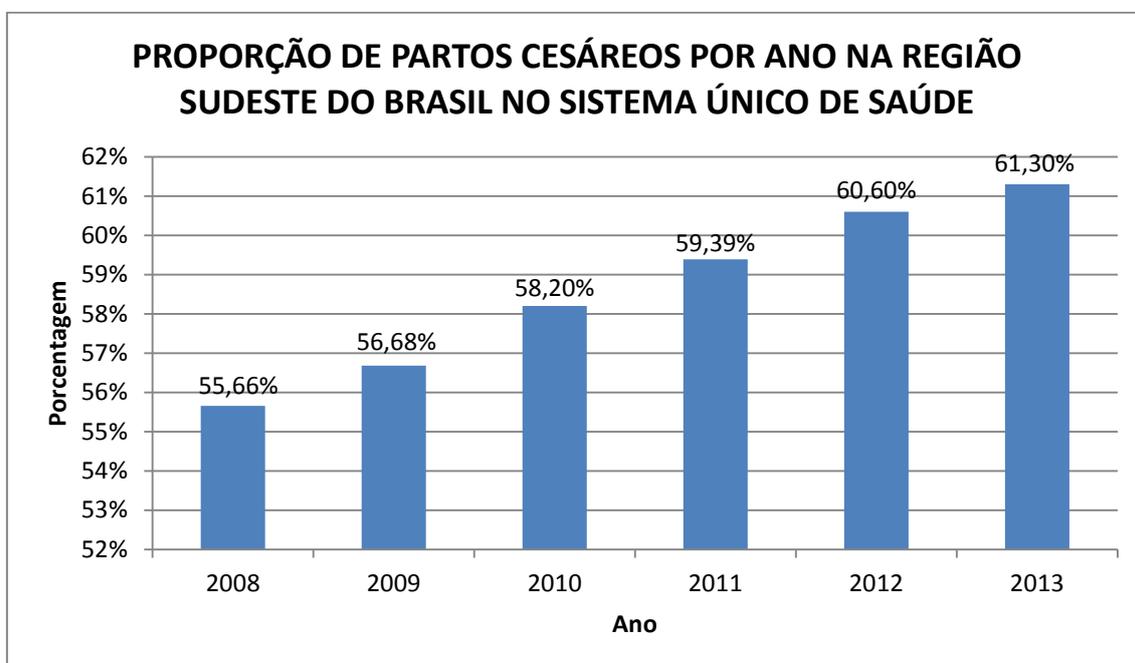


GRÁFICO3. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fonte: Gráfico elaborado pelo autor através dos resultados obtidos a partir dos dados do DATASUS

O gráfico 3 mostra que na Região Sudeste essa proporção também vem aumentando no decorrer dos anos, indicando, por exemplo, 55,66% em 2008, 58,2% dois anos depois e 61,3% em 2013.

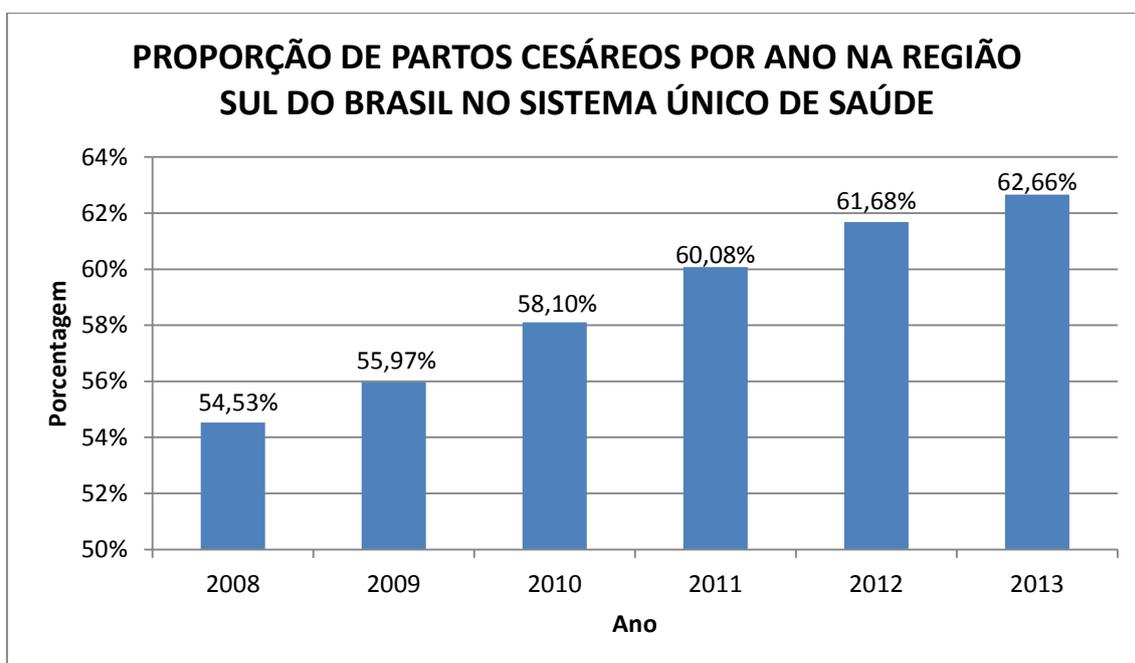


GRÁFICO4. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NA REGIÃO SUL DO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fonte: Gráfico elaborado pelo autor através dos resultados obtidos a partir dos dados do DATASUS

Em relação à Região Sul do país, como mostra o gráfico 4, a proporção variou de 54,53% em 2008 para 62,66% em 2013. Apresentando valores intermediários de 55,97%, 58,1%, 60,08% e 61,68% nos anos intercalados.

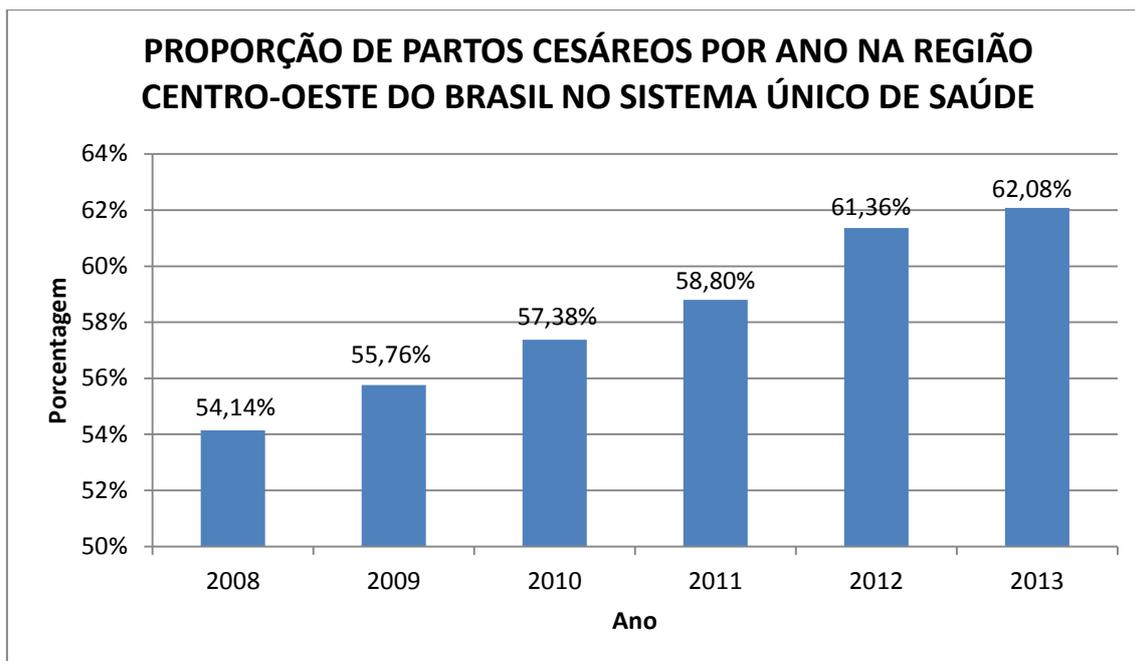


GRÁFICO5. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fonte: Gráfico elaborado pelo autor através dos resultados obtidos a partir dos dados do DATASUS

O gráfico 5 indica a proporção de partos cesáreos da Região Centro-Oeste do Brasil, que apresentou em 2008, uma proporção de 54,14%, em 2009, 55,76%, em 2011, 57,38%, em 2012, 61,36% e em 2013, apresentando a proporção de 62,08%.

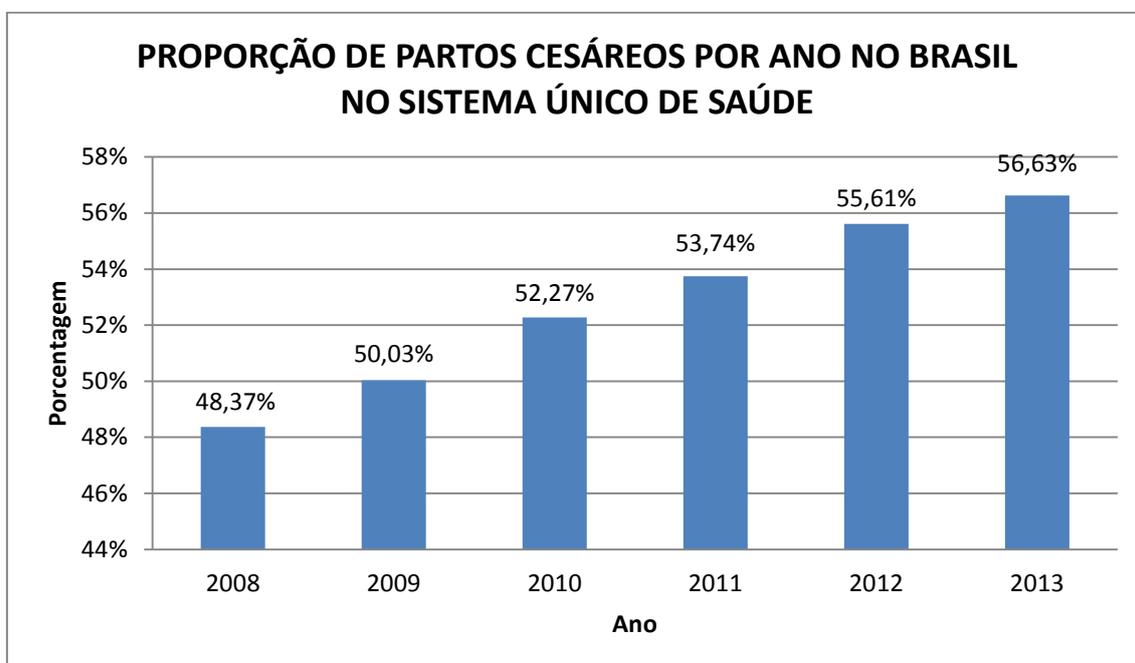


GRÁFICO6. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS POR ANO NO BRASIL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Fonte: Gráfico elaborado pelo autor através dos resultados obtidos a partir dos dados do DATASUS

De acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) através dos dados eletrônicos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), relacionando o número de nascidos de parto cesáreo e nascidos vivos no Brasil por ano, o país apresentou no ano de 2008 um total de 48,37% na proporção de partos cesáreos, seguindo de 50,03% em 2009, 52,27% em 2010, 53,74% em 2011, 55,61% em 2012 e em 2013 apresentou 56,63%, sendo estes últimos os dados mais atuais disponíveis, indicados no gráfico 6.

VI. DISCUSSÃO

Assuntos relacionados à complexidade dos fatores que cercam o parto e sua assistência vêm sendo questionados desde 1980 e suscitadas indagações referentes à realização de cesáreas e à qualidade da atenção obstétrica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a assistência ao parto visa manter mulheres e recém-nascidos saudáveis e seguros com o mínimo de intervenções médicas. Diante dessa indicação, o profissional de saúde deveria intervir no nascimento de uma criança apenas quando necessário. No entanto, a incidência do parto cesáreo vem aumentando em diversos países no decorrer dos anos, o que motiva muitas pesquisas nacionais e internacionais.⁶

Diversos países vêm apresentando uma alarmante taxa de partos cesáreos nos últimos anos, contrariando a recomendação da OMS de 1985 de não ultrapassar 15%, fundamentada no preceito de que apenas essa porcentagem teria indicação precisa de cesariana.^{4,18} Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2008, alguns países da América do Sul, como Chile, Argentina (nos estabelecimentos privados) e o Brasil (no setor suplementar), apresentaram as maiores taxas de parto cesáreo do mundo: 40%, 52,5% e 80,7%, respectivamente. Na Holanda e Noruega as taxas foram menores que 15%, preconizados como o máximo aceitável⁴. Em 1996, a taxa de cesariana primária dos EUA foi de 14,5%, enquanto que em 2007 foi de 23,4%, havendo um aumento de mais de 60%.¹⁵

O Brasil é atualmente um dos países com maior incidência de cesarianas do mundo. Houve um grande aumento com o passar dos anos, variando de 14,6% na década de 70 para 31,0% na década de 80.²² Em 1997, esta proporção foi para 36%, e em 2001, a taxa média de cesarianas foi de 38,1%, variando entre 17,4%, no Amapá, e 49,4%, no Rio de Janeiro. O Estado de São Paulo teve, em 2001, uma das maiores taxas do país (49,1%) e a região de Campinas, uma das maiores do Estado (51,8%).^{4, 11, 29}

Segundo resultados obtidos a partir dos dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁴⁵, nota-se um aumento frequente da taxa de cesárea do Brasil também nos anos mais atuais, apresentando as incidências de 48,37% e 50,03% nos anos de 2008 e 2009, e 55,61% e 56,63% nos anos de 2012 e 2013, havendo um acréscimo de 8,26% de 2008 a 2013. Observa-se, portanto, uma transição na incidência de cesariana no Brasil de 14,6%, na

década de 70, para 56,63%, no ano de 2013, como reflexo do aumento das taxas de cada região brasileira.⁴⁵

Ainda de acordo com o DATASUS⁴⁵, no ano de 2008, a Região Sudeste apresentou a maior incidência de cesárea do país (55,66%), seguida pela Região Sul com 54,53%, Região Centro-Oeste com 54,14%, Região Nordeste com 38,98% e, por último, a Região Norte com 37,6%. As cinco regiões foram aumentando suas taxas nos anos seguintes, apresentando em 2013, dados mais atuais disponíveis, uma inversão na ordem de maiores incidências. A maior taxa em 2013 encontra-se na Região Sul com uma proporção alarmante de 62,66% e a região Norte continua com a menor incidência, com 46,01%, o que também é um alto valor, comparado com a recomendação da OMS. As posições intermediárias são ocupadas pelas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste, em ordem decrescente, com 62,08%, 61,3% e 49,75%, respectivamente.

Apesar das Regiões Norte e Nordeste apresentarem as menores incidências, foram as que mais subiram suas taxas entre os anos supracitados. O Nordeste aumentou 10,77% e o Norte, 8,41%, enquanto que o Sul, o Centro-Oeste e o Sudeste aumentaram, respectivamente, 8,13%, 7,94% e 5,64%. Fazendo-se uma analogia entre o ano de 1997 e 2013, o Norte do Brasil subiu de 25% para 46,01% e o Nordeste, de 20% para 49,75% em apenas 13 anos, na rede pública. Em contrapartida, a taxa de cesárea geralmente é bem menor do que nos hospitais particulares, confirmando ainda mais a afirmação de que está crescendo em níveis alarmantes as taxas de cesárea no decorrer dos anos.⁴⁵

Um estudo realizado no Brasil, no Hospital das Clínicas de São Paulo em 2001, revela que as principais indicações para o parto cesáreo, em ordem decrescente, foram: sofrimento fetal, cesárea iterativa (realizada quando a paciente apresentava antecedente de duas ou mais cesáreas anteriores), distócia funcional, patologia materna grave, líquido amniótico meconial, desproporção feto-pélvica, apresentação pélvica, oligoidrâmnio, gestação gemelar, malformação fetal, restrição de crescimento fetal, infecção materna pelo HIV, rotura prematura de membranas e descolamento prematura da placenta.⁹

Outra pesquisa foi feita nos Estados Unidos em 2013 dividiu as indicações para cesariana primária em 15 categorias pré-definidas: a falha na progressão (parada da dilatação na primeira fase do trabalho de parto ou parada no processo de descida na segunda fase do trabalho de parto) e desproporção céfalo-pélvica; frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora (FCF) e sofrimento fetal; apresentação distócica; suspeita de

macrossomia fetal; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; corioamnionite; anomalia fetal; gestação múltipla; fatores obstétricos (rotura uterina, prolapso de cordão, placenta prévia, vasa previa, descolamento prematuro de placenta, ou outra emergência obstétrica); cicatriz uterina prévia (incluindo histerectomia ou miomectomia); vírus da imunodeficiência humana (HIV) e vírus herpes simples (HSV); história de distocia do ombro; distocia de ombro nesta gravidez; eletivo; e outro. Indicações na categoria "eletiva": solicitação materna, multiparidade, as mulheres que desejam uma ligadura de trompas, idade materna avançada, diabetes mellitus, vírus do papiloma humano, pós-termo, estreptococo do grupo B, polidrâmnio, morte fetal, e social ou preocupações religiosas.¹⁵

De uma forma geral, pesquisas encontradas na literatura mostram que as causas mais freqüentes de indicação de parto por cesárea são: sofrimento fetal intra-uterino, desproporção céfalo-pélvica, apresentação pélvica, prolapso de cordão, hipertensão arterial induzida pela gravidez, gravidez dupla ou tripla, além da indicação de cesáreas devido à presença de partos anteriores por essa via, quando a mãe apresenta doença sexualmente transmissível, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e alguns casos de Papiloma Vírus Humano (HPV), ou ainda, outros motivos, a exemplo do descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, diabetes gestacional e síndrome Hellp, dentre outros, que venham a complicar o bom andamento do parto.^{7,12,13,18}

Em relação ao perfil das mulheres que mais foram submetidas a partos cesáreos, existe uma consonância entre diversos autores. Os achados nos estudos realizados por Bonfante et al ⁵, Anjos et al ²⁵ e Pádua et al ³⁸ indicaram que a chance para parto cesáreo foi maior para as mulheres que utilizaram o serviço particular, as com companheiro, as primíparas, as que tiveram maior número de consultas de pré-natal, as com idades mais avançadas, as com maior Índice de Massa Corporal (IMC), as com melhor nível educacional e para aquelas com maior renda familiar. Outros fatores que apresentaram associação com maior risco de cesariana foram a presença de patologias associadas e de cesárea prévia.^{5,25,38}

No que se refere a questão da idade mais avançada, as pesquisas indicaram que a maior porcentagem de cesarianas à medida que aumenta a idade da mulher, deve estar relacionada à maior frequência de intercorrências clínicas, e também pelo fato de algumas dessas mulheres optarem pela cesárea para fazer a laqueadura. Apesar da Lei

de Planejamento Familiar ser restritiva quanto à realização desse procedimento durante cesariana, ele ainda continua acontecendo, segundo os estudos, principalmente quando a mulher já teve um parto cesáreo anterior.³⁸

Já em relação ao IMC, outro fator associado ao parto cesáreo, a literatura indica que quem tem maiores IMCs, tem maiores chances de desenvolver hipertensão e eclâmpsia, aumentando a probabilidade de cesárea.³⁸

Quanto à cesariana iterativa, as que já tiveram cesárea anterior, a indicação de cesárea é uma das mais frequentes. Um estudo feito em São Paulo, descreveu que 95% de 234 mulheres com dois ou mais filhos e que tiveram o primeiro parto por cesariana, também passaram pela mesma experiência no segundo parto.³⁸

Quando se avaliou a presença de patologias, a exemplo da hipertensão/eclâmpsia e outras doenças crônicas com a porcentagem de cesarianas, observou-se uma forte associação. Vale mencionar que a soropositividade para HIV também associada à cesárea está relacionada à recomendação da *Public Health Service Task Force* dos Estados Unidos (2009) e do Ministério de Saúde do Brasil, que mulheres com carga viral > 1000 cópias/ml ou desconhecida devam ser submetidas a cesariana eletiva para diminuir a transmissão perinatal do HIV.³⁸

No que tange a associação entre maior número de consultas de pré-natal e maior porcentagem de cesariana pôde ser explicada, de acordo com alguns autores, pelo fato de que as gestantes com condições predisponentes à cesariana, como hipertensão e outros, se consultam mais com médicos.³⁸

No que concerne as primíparas, de acordo com o estudo de Anjos et al²⁵, destacou-se que elas possuem maiores chances de serem submetidas a uma cesárea, podendo ser explicada pelo fato de alguns médicos obstetras acreditarem que as mulheres primíparas não saberiam lidar com as dificuldades do trabalho de parto. A Associação de Ginecologia e Obstetrícia Americana (2011) listou várias recomendações para prevenir a primeira cesariana, pois, como dito anteriormente, um parto cesáreo predis põe a mais partos cesáreos em gestações posteriores.²⁵

Em relação ao nível de escolaridade, o estudo de Cardoso et al evidenciou que a taxa de cesarianas é maior entre as mulheres com maior grau de instrução. Constatando que 76% das mulheres submetidas a parto cesáreo tinham tempo de estudo igual ou

superior a nove anos, enquanto apenas 52% das mulheres que realizaram parto por via vaginal tinham esse grau de instrução.³⁹

No que diz respeito ao nível socioeconômico, no estudo de Faisal-Cury³⁷, a população estudada de gestantes de classe média de clínica privada, cerca de 43% diziam preferir cesariana, pela cesariana prévia. As mulheres com parto vaginal prévio apresentaram chance 25 vezes menor de optarem por cesariana.³⁷

A associação entre maior nível socioeconômico e cesariana tem sido citada por muitos autores. No Chile, um estudo retrospectivo com 540 puérperas constatou que as mulheres que dispunham de assistência particular tinham maior chance de serem submetidas ao parto cesáreo do que as mulheres atendidas em serviços públicos.⁵

Segundo Bonfante et al⁵, nos hospitais da rede particular, as taxas de parto operatório chegam a superar 90%. No Brasil, quanto maior o nível sócio econômico, maior a realização de cesáreas.

O estudo de Patah e Malik⁶ analisou o modelo assistencial brasileiro público e privado em duas realidades bem distintas, cada uma com seu modelo característico de assistência ao parto. A parcela da população que tem atendimento particular, pode escolher os médicos e negociar com eles o tipo de assistência médica que quer ter. Essa parte da população, assistida pelo Sistema de Saúde Suplementar ou que assume diretamente as despesas em saúde, geralmente é atendida pelo mesmo médico no pré-natal e durante o parto, mantendo um relacionamento mais estreito com o mesmo. Porém, a sobrecarga na jornada de trabalho do obstetra, faz com que esse profissional não tenha disponibilidade de tempo para aguardar o trabalho de parto, favorecendo a decisão pelo parto cesáreo.⁶

A maior parte da população brasileira é atendida pelo SUS, que presta serviços de assistência médica pelo serviço público, ambulatorial e hospitalar. Gestantes no SUS não tem oportunidade de escolher o médico que irá assisti-las e, provavelmente, não terão oportunidade de escolher o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam. Geralmente o parto é atendido por um médico diferente do que fez o pré-natal, não estabelecendo relação adequada com as gestantes porque não as conheceu antes, contribuindo assim para a realização de cesáreas, em função da ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e as anteriores.⁶

Consequentemente à essa dualidade dos sistemas de saúde, observa-se no Brasil grande disparidade regional das taxas de cesárea. Nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também são maiores, como nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Mesmo com realidades diferentes, os dois modelos assistenciais apresentam alta incidência de cesárea.⁶

No estudo de Potter et al¹, a grande diferença entre as taxas de cesariana entre pacientes públicas e privadas foi devido à maior prevalência de cesarianas não desejadas entre pacientes particulares em vez de uma diferença nas preferências sobre o tipo de parto. Não acharam diferença nas preferências expressas sobre o tipo de parto entre as mulheres que receberam cuidados no setor privado em comparação com o setor público. Contradizendo assim, a crença de que as classes média e alta brasileiras preferem partos por cesariana.¹

Os autores acima citados referem que há três possíveis hipóteses para a grande discrepância entre as preferências e os resultados do tipo de parto das pacientes do setor privado desse estudo. A primeira é que muitos obstetras brasileiros podem acreditar que uma cesariana é realmente mais segura para o recém-nascido e mais confortável do que um parto normal para a maioria das mulheres. A segunda é que os médicos podem não ter oportunidades ou habilidades necessárias para obter as preferências de seus pacientes e simplesmente assumir que seus pacientes particulares preferem uma cesariana. E a terceira é que partos programados podem ser mais convenientes ou a economia de tempo podem motivar os obstetras a escolherem uma cesariana para os seus pacientes particulares.¹

Uma das diferenças dos setores públicos e privados é quanto à remuneração do médico, que no setor público o plantonista recebe pela carga horária trabalhada e no setor privado o profissional recebe por procedimento realizado, então quanto maior a quantidade de partos realizados maior será sua remuneração no setor privado. Esse é um dos fatores que contribuem para que a incidência das taxas de parto cesáreo seja alta no setor privado.²⁵

O estudo de Pires et al ²¹ identificou alguns fatores que contribuem para a decisão do parto cesáreo, que permeiam os significados do papel da mulher nos diversos cenários sócio-culturais, o processo histórico de medicalização do corpo feminino, as experiências anteriores das gestantes, a compreensão de seus parceiros e familiares, as crenças dos profissionais, o modo de como é prestada a assistência em

saúde e a relação estabelecida durante a assistência pré-natal, além das questões relacionadas à mulher, como medo da dor e a conveniência da data marcada.²¹

Através da pesquisa de Pires et al ²¹ nota-se que a argumentação técnica e a qualidade da orientação recebida têm um papel significativo na decisão do tipo de parto. Durante o pré-natal, o médico teria um espaço importante para influenciar positivamente a favor do parto normal, porém, parece que a influência a favor da cesárea tem sido mais convincente e, muitas vezes, a cesárea é incentivada sem uma indicação clara.

O estudo de Oliveira et al ¹⁷ verificou que muitas mulheres desconhecem a real indicação que lhe foi dada para o parto cesáreo e mostram insatisfação com a falta de oportunidade para expressar suas expectativas e tirar suas dúvidas com relação ao parto.¹⁷

A participação do médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada, em um estudo nacional, realizado com puérperas, de clínica privada e pública. Nesse estudo, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em dez do setor público gostariam de ter tido partos vaginais, porém, tiveram cesarianas. Segundo esse estudo, o médico é promotor de uma cultura intervencionista, o obstetra promove os medos da parturiente associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.⁵

No modelo intervencionista de assistência obstétrica, a mulher torna-se apenas o objeto da ação, não sendo mais o sujeito capaz de decidir sobre o próprio processo do parto e nascimento. A mulher deve ter autonomia e ser incluída na decisão sobre a via de parto, sendo informada de acordo com as evidências científicas disponíveis para indicação da melhor conduta em cada situação.¹⁷

Faz-se necessário, portanto, estabelecer uma “aliança terapêutica”, consistindo em um diálogo entre o profissional de saúde e parturiente em uma relação simétrica para garantir maiores benefícios na assistência. A orientação no pré-natal é um instrumento educativo de alto potencial, conhecido como *plano de parto*, sendo útil para as usuárias estabelecerem vínculos com o serviço de saúde, tirarem as dúvidas e sentirem-se mais seguras também nos casos de complicação. A “escolha informada” deve incluir o direito ao suporte emocional, tendo um acompanhante de sua escolha no parto. ¹⁷

A escolha do parto cesáreo pela gestante, por sua vez, suscita alguns pressupostos. O estudo de Perpétuo et al ³² investigou algumas hipóteses apresentadas pela literatura para explicar a preferência das mulheres pelo parto cesáreo. Uma das hipóteses levantadas foi o desejo da mulher em obter uma ligadura tubária e aos vários fatores sócio-culturais. A ligadura tubária era um método contraceptivo não pago pelo SUS, a não ser em casos em que outra gravidez trouxesse riscos à mulher. Então, uma forma de fazer era associá-la a outros procedimentos cirúrgicos, principalmente à cesariana, porque assim os custos da operação poderiam ser pagos pelo SUS. ³²

Perpétuo et al ³², quanto aos fatores sócio-culturais, encontraram na literatura que as mulheres preferem parto cesáreo porque é menos doloroso, já que o parto é programado, marcado com antecedência, a mãe receberia analgesia e não sofreria com o trabalho de parto. Como o SUS só pagava analgesia em cesarianas, era comum as mulheres que temiam a dor, optarem por esse tipo de parto. A partir desse contexto que a cesárea ganha status e torna-se desejada pelas mulheres para terem o privilégio de parir sem dor. A pesquisa indicou também que as mulheres evitam o parto normal porque acreditam que ele resultará numa perda do desempenho sexual, porque interfere na anatomia da vagina e do períneo, uma ideia que era compartilhada pelos obstetras.

Além desses motivos citados, outro seria o conceito popular de que um parto cesáreo é mais seguro para o feto do que um parto normal. Então, em caso de risco perinatal, era melhor para o médico fazer logo uma cesariana do que ser culpado por uma complicação do parto normal. Portanto, isso levaria a mulheres e médicos recorrerem à cesariana diante de qualquer problema. ¹⁰

Um pré-natal de qualidade evitaria situações como essa, que são, em parte, consequência da desinformação e do despreparo da mulher para o parto. De uma forma geral na pesquisa, as razões mais citadas para a escolha do parto cesáreo pela mulher foram: menos dor (43,2%), desejo de realizar a ligadura tubária (22,2%) e realização de parto cesáreo anterior (16%). Fugir da dor só não foi a razão mais comum para as mulheres multíparas e acima de 30 anos de idade, onde a ligadura tubária foi o maior motivo. ^{10,30,32}

Já no que se refere a escolha da mulher pelo parto normal, Perpétuo et al ³², destacou que 65% das mulheres que optaram por tal parto, apontaram as condições e o tempo de recuperação após o parto como o motivo mais importante da sua escolha. Outras razões que foram citadas também, porém, menos frequentes foram: melhores

resultados para a saúde da mãe e do bebê, uma experiência anterior positiva com o parto normal e o fato de não se tratar de uma cirurgia e ser o procedimento natural.^{32,33}

Faúndes et al³¹ fizeram uma pesquisa para comparar a opinião de mulheres e médicos brasileiros acerca da preferência da via de parto. Assim, verificou-se a grande diferença entre a opinião das mulheres e a concepção dos médicos. Por exemplo, a queixa de dor observada pelo médico durante o parto normal, pode ser interpretada por ele como motivo para a paciente preferir a cesárea, mas esta interpretação pode ser errônea se o médico desconsiderar a dor pós operatória prolongada que a paciente sentiria se ela optasse por uma cesárea. Já uma mulher que teve as duas experiências pode comparar mais objetivamente cada uma dessas situações.

Uma possível explicação dos autores para essa discrepância entre o que as pacientes pensam e o que os médicos acham que as pacientes pensam, foi o fato de talvez as mulheres terem tido mais liberdade e tempo para se expressarem nas entrevistas dessa pesquisa do que durante as consultas, sem muita oportunidade de troca de ideias com os médicos. Quando os profissionais expressaram a sua opinião sobre as causas do aumento na incidência de parto cesáreo, a conveniência dos médicos foi destacada mais que pelo desejo e limitações das mulheres. A pesquisa mostra também a falta de treinamento dos médicos no atendimento ao parto normal e reconhece que a opinião do médico tem uma grande parcela de responsabilidade na preferência pela cesárea como via de parto.³¹

O estudo de Faúndes et al³¹ também sugere que há divergência de opiniões também entre autores na literatura. Enquanto a maioria concorda que a cesárea só deve ser feita apenas quando há indicação, porque implica maior risco de complicações maternas e fetais, outros dão preferência ao parto cesáreo em qualquer situação, baseados na suposta segurança fornecida pelo aprimoramento da técnica cirúrgica. Mas o principal argumento atualmente utilizado pelos que defendem o parto por cesárea como melhor opção é o de que a mulher tem o direito de decidir qual a via de parto de sua preferência e o médico tem que aceitar a sua decisão, deduzindo com esse argumento que a grande maioria das mulheres prefere a cesárea ao parto vaginal, o que parece não corresponder à realidade.³¹

Segundo Bonfante et al⁵, a cesariana aumenta o risco de morbimortalidade materna e perinatal e eleva o consumo de recursos hospitalares, como consequência do maior tempo de internação e recuperação, maior necessidade de cuidados médicos e de

enfermagem e maior utilização de medicamentos.⁵ Gama et al⁴¹ referem no estudo que risco aumentado de prematuridade e suas consequências para o recém-nascido é uma questão bastante discutida em relação ao crescimento das cesarianas em todo o mundo. Os dados do SINASC revelam aumento da prematuridade entre as cesarianas, tanto nas unidades de rede particular, quanto pelo SUS, principalmente nos extremos etários, entre aquelas com idade maior que 35 anos.⁴¹

Segundo Faúndes e Cecatti²², os riscos para o recém-nascido pode ser tanto de interromper prematuramente a gravidez por erro de cálculo da idade gestacional, especialmente no caso de cesáreas com data marcada, quanto o de angústia respiratória. A morbidade relacionada às infecções puerperais, complicações anestésicas e aspiração de vômito são mais frequentes após cesárea do que parto vaginal, fatores que contribuem para um risco mais elevado de mortalidade. Além disso, um parto cesáreo tem uma recuperação mais difícil para a mãe, um maior período de separação entre ela e o bebê, tem uma demora para o primeiro contato e para o início da amamentação, além do aumento do uso de analgésicos e o maior desconforto ao se lidar com o bebê

O estudo também corrobora com as conclusões de Bonfante et al⁵, afirmando que além das consequências para a saúde da mãe e do bebê, a alta incidência de cesárea gera consequências econômicas para o sistema de saúde. O custo da cesárea comparado ao do parto normal somado a uma estadia mais prolongada e ao maior uso de medicamentos e outros materiais de consumo pode afetar seriamente o custo da assistência à saúde materno-infantil. No Hospital da Unicamp, por exemplo, a estimativa da diferença de custo entre os dois tipos de parto foi de cerca de 50% maior para a cesariana. Outro mecanismo que aumenta o custo é no caso da prematuridade iatrogênica, que necessita de uma assistência neonatal intensiva por algum tempo, um cuidado semi-intensivo prolongado, e aumentará a demanda dos serviços de saúde pelo menos na infância.²²

Diante das consequências irreparáveis desse aumento de cesáreas desnecessárias, considerando a importância de se estabelecer parâmetros sobre o parto cesáreo no Brasil e utilizando os protocolos clínicos e terapêuticos baseados nas evidências científicas existentes, a Portaria do Ministério da Saúde nº 306, de 28 de março de 2016, aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Esse documento ressalta que é obrigatória a informação dos riscos e efeitos adversos da operação e dos medicamentos à gestante ou ao seu responsável legal.

Considerando que a incidência de cesárea no Brasil é em torno de 56%, com diferenças entre setores públicos e privados, a Portaria afirma que estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas acima de 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal e que a taxa ideal estaria entre 25%-30%. 72 questões sobre operação cesariana foram discutidas e elaboradas usando uma adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE), avaliadas do ponto de vista metodológico (AGREE II) e duas diretrizes adaptadas ao contexto brasileiro: “*CaesareanSection*”, elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence/United Kingdom Department of Health*, publicadas em 2011 e atualizadas em 2013) e as diretrizes de assistência ao parto para mulheres com operações cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras- CNGOF (publicadas em 2013).⁴⁰

Essas diretrizes foram discutidas por especialistas e técnicos do Ministério da Saúde e contém as peculiaridades de cada caso de indicação de cesárea, como por exemplo, apresentação pélvica, gestação múltipla, placenta prévia e DSTs, além de recomendações para a assistência à saúde materna, cuidado do recém-nascido, destacando o nível de evidência de cada um.⁴⁰

No estudo de Althabe et al², foi feita uma pesquisa com 36 hospitais, sendo 18 da Argentina, 8 do Brasil, 4 de Cuba, 2 da Guatemala e 4 do México, para testar a hipótese de que a política do hospital de segunda opinião obrigatória, com base na melhor evidência científica existente, reduz a taxa de cesariana hospitalar em 25%, sem aumento da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Todos os médicos nos hospitais de intervenção que iriam fazer uma cesárea eletiva tiveram que seguir uma política de segunda opinião obrigatória. O desfecho primário foi a taxa de cesariana geral nos hospitais depois de um período de execução de 6 meses.

Nos hospitais que aplicaram essa política de segunda opinião, 22 cesarianas intraparto poderiam ser evitados por 1000 partos, sem afetar a morbidade materna ou perinatal e sem afetar a satisfação das mães com o processo de cuidar. O resultado, portanto, foi que a segunda opinião obrigatória não atingiu a redução de 25% nas taxas de cesarianas considerada inicialmente na hipótese. Uma explicação provável é que a intervenção não era poderosa o suficiente para mudar as atitudes dos médicos nas indicações para cesariana ou então, a intervenção não foi corretamente implementada. O

estudo conclui afirmando que para reduzir o número de cesáreas eletivas desnecessárias, estratégias mais fortes precisam ser desenvolvidas.²

Segundo o estudo de Diniz e Chacham³, além dos riscos médicos envolvidos, a indução e aceleração do parto são consideradas muito dolorosas pelas mulheres e uma intensificação da dor é aceita pelas mulheres porque diminui o tempo do trabalho de parto. Muitas intervenções para acelerar trabalho de parto têm efeitos negativos, que são resolvidos com mais intervenções, a chamada “cascata de intervenções”, que inclui o uso de várias substâncias para induzir o parto, o rompimento de membranas artificialmente antes ou durante o parto, a episiotomia, e outras, como a manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero pelo médico ou enfermeira para acelerar o parto) uma conduta obsoleta ainda adotada com frequência. Os médicos também costumam esvaziar a enfermaria para o próximo turno usando indução ou cesáreas.

Em São Paulo, alguns hospitais universitários adotam o parto com fórceps como rotina para todas as primíparas a fim de acelerar o trabalho de parto, sem indicação clínica. O uso do fórceps está associado a um aumento de dez vezes no risco de lesão perineal se comparado ao parto não instrumental. As lesões perineais estão associadas a incontinência anal e urinária, prejuízo das funções sexuais, dor pós-parto e maior dificuldade na amamentação e formação de vínculo.³

A episiotomia é utilizada como rotina desde o século XX com o objetivo de facilitar o nascimento e preservar a integridade genital da mulher. Porém, a episiotomia de rotina não traz benefícios para a mãe nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários.³

Um dos principais argumentos usados a favor da episiotomia e da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher. Porém, a episiotomia danifica as estruturas vaginais mais do que as protege e está relacionada à gravidade da dispareunia pós-parto. No período do pós-parto a mulher deveria realizar exercícios para o assoalho pélvico para manter o tônus vaginal e receber orientações sobre prevenção de incontinência urinária, porém, essa conduta não integra a assistência pré ou pós-natal, e nem os cuidados ginecológicos no Brasil.³

No Brasil, a cesárea e a episiotomia desnecessárias são também um problema étnico e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas no setor privado, são expostas à cesárea, enquanto a mulher negra e pobre que recorre ao SUS tende a ser exposta à episiotomia. As mulheres negras apresentam características diferenciadas, com maior tendência a problemas cicatriciais e formação de queloides e, muitas vezes, precisam procurar um cirurgião plástico para corrigir desvios e retrações dos lábios vaginais decorrentes da episiotomia.³

Humanização do parto é o respeito e promoção dos direitos da gestante e do bebê à assistência baseada em evidências, com segurança, eficácia e satisfação. Atualmente, muitas mulheres trocam de médico durante a gravidez para conseguir os serviços que deseja e conta com a ajuda de sites e grupos de apoio eletrônicos criados e usados por consumidores que desejam assistência humanizada e baseada em evidências. Existe uma Rede Nacional para a Humanização do Parto (Rehuna) desde 1993, que reúne, entre outros, profissionais de saúde, elaboradores de políticas de saúde e usuários do serviço de saúde, defendendo a visão de uma “maternidade voluntária, prazerosa, segura e apoiada pela sociedade” e lançando movimentos, como a Campanha Contra a Episiotomia de Rotina .³

Vale ressaltar que várias iniciativas governamentais vêm dando apoio desde 1990 a propostas de mudança da assistência à maternidade no Brasil, com o objetivo de diminuir o número de cesáreas, como: a instituição do Prêmio Dr. Galba de Araújo em 1998, concedido pelo Ministério da Saúde às maternidades mais humanizadas, programas de treinamento para enfermeiras obstétricas, o Programa de Humanização Pré-Natal e do Parto (PHPN) em 2000, entre outros.³

Complementando a rede de Humanização do parto, e entendendo que é de extrema importância, não só o cuidado e atenção com a mãe, mas também, com o bebê que acabou de nascer, o Ministério da Saúde lançou a portaria nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando que o atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.¹⁹

O estudo de Ferrari e Lima²³ buscou, através de questionários, investigar e analisar a opinião e conduta de 62 profissionais especialistas em saúde materno-infantil que atuam no município de Porto Velho. Quando perguntados sobre qual via de parto indicariam para as suas filhas, 43,5% declararam indicar o parto normal, 32,3% a cesariana e 24,2% não faziam recomendações. Quando perguntados em relação à atitude que tomariam diante da gestante que recusa a cesariana eletiva, os 5 profissionais entrevistados que declararam concordar de imediato com a cesariana a pedido da paciente, insistiram que somente aceitam a opção de realizar partos por meio de cesarianas e que quando a paciente insiste no parto pela via vaginal é, então, aconselhada a procurar outro médico. Dos profissionais entrevistados 56,5% consideram que a gestante atendida na rede pública deveria ter o direito de optar pela via de parto, enquanto 38,7% acham que elas não deveriam ter direito a essa escolha. A pesquisa conclui informando que na prática o que se observa é que as gestantes usuárias da rede pública acabam não tendo o direito à escolha da via de parto, enquanto na saúde suplementar prevalece grandes indicadores para as cesarianas, revelando uma contradição ética que incide sobre as mulheres mais vulneráveis, de menor renda da população. Ressalta também que diante de uma cesariana a pedido da gestante, 71% acaba concordando com a solicitação e apenas 17,7% insiste no parto normal.²³

Besio²⁴ em seu estudo afirma que o médico deve escolher a via de parto que for melhor para a mãe e para o recém-nascido e também levar em consideração a autonomia da mãe para decidir. Atualmente, com a diminuição das complicações da cesariana, a melhor maneira para diminuir a taxa dessa operação seria implantando medidas para reforçar o desejo da paciente e do médico para ser realizado um parto normal.²⁴

O Código de Ética Médica define que o médico deverá zelar pela vida humana, atuando sempre para a manutenção e melhoria da saúde do paciente. O artigo 24 do capítulo IV do Código de Ética Médica adverte que o paciente possui o direito de “*decidir livremente sobre a sua pessoa e seu bem-estar*”. Segundo Barcellos et al⁴, esse artigo do CEM sugere que o médico deve estimular a livre escolha da via de parto às suas paciente, dando-lhes as informações sobre as alternativas que dispõem. Não dar o direito de escolha à gestante é algo que pode ser considerado contrário à ética profissional e o médico deve ser cuidadoso para não influenciar na decisão da paciente.^{4,36}

Barcellos et al⁴ explica que a informação clara e acessível e a capacidade de escolha são fatores primordiais na aplicação da autonomia, mas dependem, direta ou indiretamente, de forças, pressões e opressões que atuam sobre a paciente, como a opinião do médico, geralmente pouco questionada, o histórico cultural e familiar e o desejo do marido. São esses fatores que podem diminuir a capacidade de autodeterminação da gestante, gerando uma situação que prevalece a heteronomia, que segundo Almeida⁴³

(...) é o poder que se dá, ou que alguns profissionais pretendem ter, de determinar como seus pacientes devem se comportar, impondo sua vontade. Muitas vezes a heteronomia é incompatível com a ética, mas é compatível com o Direito. Quando há o cumprimento da regra sem adesão ou conformidade íntima, não se pode descartar a possibilidade de coação.⁽⁴³⁾

De acordo com Barcellos et al⁴, além do ato médico estar fundamentado na ciência, alguns profissionais agem com o intuito de proteger o paciente, levando ao entendimento que este indivíduo não é capaz de exercer a sua autonomia, configurando o chamado paternalismo médico.

Desta forma, quando um médico toma uma atitude paternalista, isso pode levá-lo a não considerar o desejo da gestante como prioridade na escolha do parto, entendendo que a paciente encontra-se sob influências externas. Porém, a autonomia propriamente dita só existe se não houver fatores externos influenciando na escolha do tipo de parto, nem a vontade, sem justificativa, do médico sobre a gestante.

Vale ressaltar que, mesmo não existindo conhecimento básico para a tomada de decisão por parte da mulher e ainda que esteja em situação de vulnerabilidade, cabe ao médico o esclarecimento acerca do procedimento de forma clara e objetiva, apontando riscos e benefícios, para que a gestante possa fazer a escolha de forma livre e esclarecida.^{4,42,43}

Barcellos et al⁴ conclui seu estudo, recomendando que o médico evite a prática paternalista de assumir sozinho a escolha da via de parto e favoreça a autonomia da gestante, aceitando a sua escolha, dando as informações necessárias e buscando diminuir as influências externas e sua vulnerabilidade.⁴

Segundo Ferrari²⁰, o exercício da autonomia pressupõe conhecimento, informação. A grávida deve ter à sua disposição todas as informações necessárias e as alternativas para decidir livremente o tipo de parto. O médico deve passar as

informações através de um discurso acessível, claro e compreensível, para permitir a equidade e equilibrar as partes do contrato.²⁰

De acordo com o Discurso La cesarea: uma perspectiva bioética²⁸, a tomada de decisão em obstetrícia e ginecologia deve ser orientada pelos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. É dever do obstetra informar todas as alternativas terapêuticas e os potenciais riscos e benefícios de cada. O processo de consentimento informado contém três elementos: informação, compreensão e voluntariedade.

Ferrari²⁰ em seu estudo transcreveu alguns artigos do Código de Ética Médica (CEM) de 1988, fazendo uma analogia importante entre dever do médico e o atendimento a gestante. É importante destacar que o CEM contém as normas básicas que regem o exercício profissional e consta dos deveres e direitos do médico. Ele foi revisado e atualizado em 2009, através da Resolução CFM Nº 1931/2009.

Art. 1º “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.”

De acordo com Ferrari²⁰ as gestantes que não possuem condições financeiras e que são atendidas pelo SUS, não podem em hipótese alguma sofrer qualquer tipo de discriminação, tendo o direito de exercer a sua escolha.

Art. 2º O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Para Ferrari²⁰., o objetivo primário do médico é a saúde do paciente, desta forma, deverá agir com o máximo de cuidado, utilizando tudo que está a seu alcance em benefício da gestante, para que ela possa de forma livre e esclarecida decidir sobre o tipo de parto que irá se submeter.

Art. 46 Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

Ferrari comenta que ao optar ou solicitar um parto cesáreo, a gestante deve ser totalmente informada e esclarecida sobre todos os riscos e benefícios para ela e para o neonato:

“Elucidadas quaisquer dúvidas a respeito, o procedimento deve ser formalizado mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a pedido do profissional, explicitando a anuência à realização do procedimento”.²

Ainda no estudo de Ferrari²⁰, ele cita que na sessão plenária no dia 23 de julho de 2008, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) aprovaram parecer relacionado ao direito da gestante escolher o tipo de parto. O texto do relator faz referência aos artigos 48 e 56 do Código de Ética Médica (CEM) e na conclusão, o relator do Parecer 190/08 opina que:

A cesariana a pedido será ética, desde que a decisão seja compartilhada pelo(a) médico/equipe e paciente/família e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas. E ressalta também: na escolha ética devem ser consideradas as condições orçamentárias do serviço para não prejudicar outros pacientes.⁽²⁰⁾

O parecer da Associação Portuguesa de Bioética⁴⁴, aprovado em 26 de março de 2008, reforça a necessidade de se fazer uma reflexão ética acerca do atendimento a gestante, no que tange o exercício da sua autonomia e liberdade. Serve, inclusive, de alicerce para as práticas médicas, a exemplo:

1. *O princípio da autonomia reprodutiva dos casais, e no caso em apreço da mulher grávida, deve ser respeitado;*
2. *Deve ser dada a possibilidade à mulher grávida de escolher a via de parto no quadro do processo de obtenção de consentimento informado, livre e esclarecido;*
3. *Qualquer que seja a escolha definitiva da mulher grávida, o consentimento deve ser prestado também na forma escrita;*
4. *Todas as unidades de Saúde com blocos e salas de partos devem dispor das condições necessárias para que seja providenciado aconselhamento adequado ao casal – e à mulher grávida em particular – sobre os procedimentos envolvidos, nomeadamente sobre as consequências da escolha de uma determinada via de parto;*
5. *Que, sempre que possível, este aconselhamento deve ser providenciado no início da gravidez de modo a programar adequadamente o parto e a ultrapassar eventuais divergências que possam seguir;*

6. *Não obstante, a possibilidade de médicos e enfermeiros poderem exercer o seu legítimo direito à objeção de consciência, quando exista divergência de opinião entre grávida e a equipe de saúde sobre a via de parto a adotar, a mulher grávida deve ser referenciada para uma equipe que esteja disposta a aceder a essa vontade;*

7. *Deve, em consonância com o princípio da equidade, tentar reduzir-se ao máximo as disparidades existentes entre o setor privado e o setor público, dando as mesmas possibilidades de escolha às grávidas que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde do que aquelas que já existem para as grávidas acompanhadas em regime privado;*

8. *As entidades competentes do Ministério da Saúde devem envidar os esforços necessários para que as unidades hospitalares com blocos e salas de partos implementem estas boas práticas com a maior celeridade possível.*⁴⁴

No Brasil, essas recomendações podem ser encontradas também na resolução CFM Nº 2.144/2016 (Publicada no D.O.U. de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138)³⁴ diz que *é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.* O artigo 2º informa: *Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário.*

A Resolução acrescenta também que para que seja aceito o pedido de cesárea da paciente, ela deve ser bem informada e orientada previamente. Nas primeiras consultas pré-natais, médico e paciente devem discutir detalhadamente sobre os riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana e também sobre o direito de escolha da via de parto. Depois de esclarecida, a decisão deve ser tomada dividida com o médico. Caso não exista concordância, a mulher pode procurar outro obstetra e o médico pode alegar o direito a sua autonomia profissional e orientar a paciente a procurar um outro obstetra. Se optar pela cesariana, a gestante deverá assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que reforce as informações prestadas oralmente e que explique os princípios, as vantagens e as desvantagens potenciais da operação.³⁴

Diante da alta taxa de cesarianas no Brasil, depreende-se ser necessária a intervenção governamental, promovendo e fortalecendo políticas de saúde pública voltadas ao incentivo do parto normal e ao maior esclarecimento das mulheres sobre suas vantagens. Porém, é válido destacar que qualquer estratégia adotada terá alcance

muito limitado se não for modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto, principalmente nos serviços da rede particular, onde o foco é no médico e não na gestante, e tem no uso rotineiro de intervenções e a baixa valorização de aspectos psicossociais do parto e nascimento.

O peso da opinião médica e sua capacidade de persuasão da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade, como o final da gravidez, podem desvalorizar todas as outras iniciativas em prol do parto normal. O Estado, portanto, deve promover meios para diminuir a vulnerabilidade da grávida, sempre respeitando a sua autonomia e sua decisão da via do parto, com base no referencial principialista e nas diretrizes apontadas pelas bioéticas brasileiras. Quanto aos médicos, é importante que compreendam que o paternalismo, mesmo quando cercado de boas intenções, tende a aumentar a vulnerabilidade das gestantes, contribuindo para que deixem de exercer o direito de defender seus interesses legítimos.

4,35

Como limitações desse trabalho, temos que os dados disponíveis do Datasus são apenas os da saúde pública, não nos permitindo fazer uma análise mais detalhada também do setor suplementar, que alcança as maiores taxas de cesárea no Brasil. Entretanto, a partir de tais dados, conseguimos inferir as diferenças regionais, econômicas e destacar o aumento da incidência no decorrer dos anos, fatores comuns tanto na rede pública de assistência à saúde, como na rede suplementar. Além disso, os artigos disponíveis na literatura sobre cesárea no Brasil, em sua maioria, são antigos e desatualizados, portando de valores de taxas de cesárea há mais de 10 anos, impedindo a análise do cenário atual da assistência ao parto após a publicação da nova Resolução CFM N° 2.144/2016 e da Portaria n° 306 de 2016.

VII. CONCLUSÃO

1. A incidência de cesariana pelo Sistema Único de Saúde, nas regiões do Brasil nos anos de 2008 a 2013 vem crescendo nos últimos anos, contrariando a recomendação da OMS de não ultrapassar 15%;
2. Outros países, como Chile, Argentina e Estados Unidos ao longo dos anos também vem apresentando alarmantes taxas de cesáreas;
3. Como principais indicações médicas para cesarianas temos: sofrimento fetal, cesárea interativa, distócia funcional, desproporção feto-pélvica, apresentação pélvica, oligodrômio, malformação fetal, restrição de crescimento fetal;
4. A taxa de cesárea foi maior para as mulheres de serviço particular, as primíparas, as que tiveram maior número de consultas de pré-natal, as com idades mais avançadas, as com melhor nível educacional e para aquelas com maior renda familiar;
5. O modelo assistencial brasileiro público e privado tem duas realidades bem distintas. No atendimento particular a paciente negocia com o médico o tipo de parto que quer ter. No serviço público, gestantes não tem oportunidade de escolher o tipo de parto e não estabelece um vínculo prévio com o médico;
6. Observa-se no Brasil grande disparidade regional das taxas de cesárea. Nas regiões em que a cobertura de planos de saúde é maior, as taxas de cesárea também são maiores, como nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul;
7. Entre os fatores que contribuem para a decisão do parto cesáreo, estão: fatores sócio-culturais, as experiências anteriores das gestantes, as crenças dos profissionais, a forma da assistência a saúde e a relação estabelecida durante a assistência pré-natal, além do medo da dor e a conveniência da data marcada;
8. A cesariana aumenta o risco de morbimortalidade materna e perinatal e eleva o consumo de recursos hospitalares. Para o recém-nascido os riscos podem ser tanto por interromper prematuramente a gravidez, quanto o de angústia respiratória;
9. Humanização do parto é o respeito e promoção dos direitos da gestante e do bebê à assistência baseada em evidências, com segurança, eficácia e satisfação;

10. A resolução CFM Nº 2.144/2016 estabelece que *para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário;*
11. Para melhorar a situação atual, faz-se necessário haver uma mudança no cenário obstétrico a fim de que diminua a vulnerabilidade da mulher, o paternalismo e a heteronomia no momento da escolha do parto, respeitando a sua autonomia, sendo imprescindível, uma boa relação médico-paciente;
12. Diante do que foi exposto, faz-se necessária a intervenção governamental, promovendo políticas de saúde pública voltadas ao incentivo do parto normal, além de uma mudança na assistência ao parto, diminuindo o uso rotineiro de intervenções.

VIII. SUMMARY

The incidence of cesarean section evaluation in the Unified Health System (SUS) in Brazil and its ethical dilemmas. The cesarean section is a surgical procedure that allows withdrawal of the fetus through the incision of the abdominal and uterine walls, it is originally used in dead women to save the life of the fetus and later also used when delivery offers risk to the mother or the baby. In Brazil the cesarean rate increases, and the title of world champion in the category, not complying with the recommendations of the World Health Organization, considering that the incidence of this type of delivery is less than 15% and indicated only for cases of risk. **Objective:** Evaluate, by analyzing a database, the incidence of cesarean section by the Unified Health System in the regions of Brazil in the years 2008-2013 and discuss ethical dilemmas from this issue. **Methods:** Ecological study with a quantitative approach, developed from secondary data from the Live Births Information System (SINASC) through electronic data from the Health Department of the Unified Computing (DATASUS) in the regions of Brazil, in the years 2008-2013. **Results:** Between 2008 and 2013 there was a 8.41% increase in the proportion of cesarean deliveries made by SUS in northern Brazil. The Northeast of Brazil introduced in 2008, 38.98%, rising to 49.75% in 2013. In the Southeast this proportion has also increased over the years, reaching 61.3% in 2013. In the south of the country, the proportion ranges from 54.53% in 2008 to 62.66% in 2013. The Midwest Region of Brazil, presented in 2008, 54.14%, rising to 62.08% in 2013. Brazil presented in 2008 a total of 48.37% and 56.63% in 2013 presented. **Discussion:** The incidence of cesarean section has increased over the years due to several factors related to the doctor, the patient and the care model of health. Notes a difference in cesarean section rate between the public service and private, as well as in older patients with previous cesarean section. In the year 2016 it published a CFM Resolution establishing conditions for performing cesarean deliveries in the country. **Conclusion:** To improve the current situation, it is necessary to be a change in obstetric scenario so that reduce the vulnerability of women when choosing delivery and to respect their autonomy, and essential, a good doctor-patient relationship, answering questions and providing information required so the choice of delivery type is best for the health of mother and baby.

Key words: 1. Cesarean; 2. Health Unic System; 3. Medical ethics.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*; 2001;
2. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*; 2004;
3. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006;I(1):80-91;
4. Barcellos LG, Souza AOR, Machado CAF. Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética* 2009 17 (3): 497 – 510;
5. Bonfante TM, Silveira GC, Sakae TM, Sommacal LF, Fredizzi EM. Fatores associados à preferência pela operação cesariana entre puérperas de instituição pública e privada. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 38, no.1, de 2009;
6. Patah LEMP, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *RevSaude Publica* 2011;45(1):185-94;
7. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Moarcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):202-206;
8. Cunha AA, Reis AFF, Luz TP, Torres TZG. Complicações da Gestação e do Parto como Fatores de Risco de Óbito Perinatal. *RBGO* - v. 22, nº 1, 2000;
9. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):9-15;
10. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Borroul GM, et al. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. *RBGO* - v. 26, n_ 10, 2004;
11. Babosa GP, Giffin K, Tuesta AA, Gama AS, Chor D, Ovsí ED, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003;

12. Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev Bras Enferm* 2005 nov-dez; 58(6):687-91;
13. Campos MEAL, Alcantara DF, Gois LPBL. incidência e características de cesáreas e partos normais: um estudo comparativo;
14. Zachow E, Stürmer L Binotto, Valderesa³ incidência do tipo de parto em mulheres em uma instituição hospitalar da região noroeste do estado no período de janeiro a dezembro de 2012. 2012;
15. Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang C, Driggers RW, Laughon SK. Primary Cesarean Delivery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013 July ; 122(1): 33–40. doi:10.1097/AOG.0b013e3182952242;
16. Rocha JS, Ortiz PC, Fung YT. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. *Caderno de Saúde Pública, R.J.* 1(4): 457-466, out/dez, 1985;
17. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 setembro-outubro; 10(5):667-74;
18. Vieira ABL, Lima VER. Anais eletrônicos da i ciegesi / I encontro científico do pnap/ueg 22-23 de Junho de 2012 - Goiânia, Goiás;
19. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde Brasil;
20. Ferrari J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Revista Bioética*; 2009. 17 (3): 473 - 495;
21. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife.* 2010. 10 (2): 191-197;
22. Faúndes A, Cecatti J. A Operação Cesárea no Brasil. Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 1991;

23. Ferrari J, Lima NM. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Revista Bioética* 2010; 18(3): 645 – 58;
24. Besio M. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. *Rev. méd. Chile*. Santiago. 1999. v.127 n.9 ;
25. Anjos CS, Westphal F, Goldman. Cesárea Desnecessária no Brasil: Revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*. Rio de Janeiro. 2014. 1(3):86-94;
26. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2001. 17(3): 509-519;
27. Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006. 28(7): 388-96;
28. Fernández FC. La cesárea. Una perspectiva bioética. *Academia de Ciencias e Ingenierías de Lanzarote. Discursos Acadêmicos*. Gráficas Loureiro, S.L; 2009;
29. Morcillo AM, Zanolli ML, Carniel EF. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 29 (1):34-40. Campinas (SP) 2007;
30. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 18(5):1303-1311. 2002;
31. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública*. Campinas (SP). 2004;
32. Perpétuo IHO, Bessa GH, Fonseca MC. Parto cesáreo: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP;
33. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicologia*.13(1), p. 13-23. Curitiba. 2009;

34. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 (Publicada no D.O.U. de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138);
35. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme MMF et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1521-1534. 2008;
36. Código de Ética Médica. RESOLUÇÃO CFM Nº1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173);
37. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública*. 40(2):226-32. São Paulo. 2006;
38. Pádua KS, Osis MJ, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):70-9;
39. Cardoso PO, Alberti, LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):427-435, 2010;
40. Portaria nº 306, de 28 de março de 2016. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde Brasil;
41. Gama SGN, Domingues RMSM, Fonseca SC, Dias MABD, Theme MMF, Rocha PMM et al. Cesarianas desnecessárias: Causas, conseqüências e estratégias para sua redução. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2007;
42. Marchi MM, Sztajn Rachel. Autonomia e Heteronomia na Relação entre Profissional de Saúde e Usuário dos Serviços de Saúde. São Paulo;
43. Almeida JLT. Respeito à Autonomia do Paciente e Consentimento Livre e Esclarecido: Uma Abordagem Principlista da Relação Médico-Paciente. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde. Rio de Janeiro. 1999;
44. PARECER N.º P/12/APB/08. Sobre o direito de escolha da via de parto. Associação Portuguesa de Bioética;

45. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde Datasus. Disponível em:
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.