

Indicação de cesariana baseada em evidências

Evidence-based cesarean indication

Recebido: 08/10/2022 | Aceito: 12/11/2022 | Publicado: 25/11/2022

Camylla Clemente da Franca¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0515-1014>
 <http://lattes.cnpq.br/9193657335035751>
Universidade Paulista, UNIP, Brasil
E-mail: camylla.clemente@hotmail.com

Lúcia de Medeiros Taveira²

 <https://orcid.org/0000-0001-9907-2183>
 <http://lattes.cnpq.br/6860971889208367>
Universidade Paulista, UNIP, SP, Brasil
E-mail: lucia.taveira@docente.unip.br

Resumo

Objetivo: o estudo tem como objetivo identificar as indicações de cesariana baseadas em evidência científicas, o conhecimento das mulheres acerca do assunto e os impactos nos profissionais de enfermagem que acompanham essas mulheres. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura utilizando o fluxograma PRISMA. A busca foi realizada no período de 2018 a 2022 nas bases de dados eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), sendo selecionado 12 artigos. Para a pergunta norteadora, utilizou-se a estratégia PICO. Resultados: de forma a sintetizar os achados deste estudo fez-se necessária a análise mais criteriosa por meio de temáticas específicas, que serão desenvolvidas nas categorias adiante: indicações de cesáreas baseadas em evidências e as indicações na prática, fatores que influenciam a via de parto, risco e benefício da cesárea em comparação com o parto normal, importância dos profissionais enfermeiros na atenção obstétrica. Conclusão: há lacunas no conhecimento dos profissionais acerca das indicações de cesarianas baseadas em evidências e devem ser criadas políticas públicas que favoreçam o cuidado humanizado baseado nas "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento".

Palavras-chaves: Gestantes. Taxa de Cesárea. Plano de Parto. Ruptura Uterina.

Abstract

Objective: The study aims at identifying indications for cesarean section based on scientific evidence, women's knowledge about the subject and the impacts on nursing professionals who accompany these women. Method: This is an integrative literature review using the PRISMA flowchart. The search was carried out from 2018 to 2022 in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and in the Scientific and Technical

¹ Graduação em andamento em Enfermagem pela Universidade paulista campus Brasília, UNIP, Brasil.

² Docente adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista - UNIP do Campus Brasília - DF Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília Especialista em Saúde Coletiva e Licenciatura em Enfermagem. Experiência em planejar, organizar, dirigir e avaliar serviços de saúde. Experiência no Programa de Saúde na Escola (MS/ME) Capacitação em assistência, planejamento, organização do Programa da Mulher (PAISM/MS) Capacitação em agente de planejamento Capacitação em gestão estratégica e Participativa do SUS Experiência na assistência de enfermagem a indivíduos e coletividades (sadios e enfermos), realizando a prescrição, planejamento e avaliação de enfermagem

Literature of Latin America and the Caribbean (LILACS) electronic databases. 12 articles have been selected. The PICO strategy was used to develop the guiding question. Results: In order to summarize the findings of this study, it was necessary to carry out a more thorough analysis through specific themes, which will be developed in the following categories: indications for cesarean sections based on evidence and practice, factors that influence the mode of delivery, risk and benefit of cesarean section compared to normal delivery, importance of nurses in obstetric care. Conclusion: There are gaps in the knowledge of professionals about indications for cesarean sections based on evidence. Public policies that favor humanized care based on "good Practices of Care for Childbirth and Birth" should be created.

Keywords: *Pregnant. Cesarean Rate. Birth Plan. Uterine Rupture.*

1. Introdução

A gestação é um evento fisiológico e seu avanço se dá, na grande maioria das vezes, sem intercorrências e principalmente sem a necessidade de intervenções. Este momento é entendido como uma fase de mudanças graduais e contínuas tanto no corpo, mente, rotina e perfil socioeconômico, não só na vida da mulher que está gestando, mas também na vida do parceiro e de toda a família¹.

O parto consiste no encerramento do processo gestacional e pode ter duas vias, a baixa: parto vaginal/normal e a alta: cesárea. No parto vaginal, a mulher está no centro dos acontecimentos e tem todo o controle da situação. Os profissionais envolvidos tendem a assistir o parto intervindo quando necessário e solicitado. Outra via de parto é cirúrgica, conhecida como cesariana. Ela foi inicialmente desenvolvida para ser utilizada em situações de risco para mãe e para o bebê, como complicações no parto e/ou sofrimento fetal. A cesariana tem a finalidade de salvar vidas quando o parto vaginal oferece riscos, sendo chamada de indicações absolutas de cesárea. Ambas as vias de parto devem obedecer ao plano de parto elaborado pela gestante, entregue e discutido com os profissionais assistentes antes do parto²⁻⁵.

O plano de parto é um excelente recurso para incentivar a mulher a estudar e a pensar sobre o que ela espera do parto, seus desejos e principalmente quais intervenções está disposta a ser ou não submetida, evitando assim, muitas vezes, as violências obstétricas. Trata-se de um documento escrito, de caráter legal, recomendado pela Organização mundial de saúde (OMS) junto a muitas outras ações denominadas de "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento" proposto desde 1996, sendo entendido também como um recurso de humanizar a assistência⁵.

O cenário no Brasil está longe do padrão ouro, que são taxas entre 10% e 15% de cesarianas entre todos os partos realizados anualmente, determinado pela comunidade internacional de saúde. Porém, há muitos anos as cesarianas não são mais realizadas com o único intuito de salvar vidas. Atualmente são realizadas na maior parte das vezes de forma eletiva. A cesárea segue sendo um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados e mais antigos no mundo. Atualmente a taxa de cesarianas no Brasil está por volta de 56%, incluindo setor privado e público. Em 2015 a OMS publicou uma declaração sobre as taxas de cesárea, evidenciando mais uma vez que elas são eficientes para salvar vidas de mãe e filho, se bem indicadas e realizadas em ambiente seguro, mas enfatizou a presença de riscos².

No período de 1996 a 2018, ocorreram 38.919 óbitos maternos, destes 67% foram por causas obstétricas diretas. Esses dados foram publicados pelo Boletim Epidemiológico de Vigilância em Saúde, da secretaria de vigilância em saúde (SVS),

sobre a mortalidade materna no Brasil. Hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto estão entre as principais causas de óbitos⁵.

As cesáreas eletivas são aquelas não motivadas por urgência médica, mas sim por opção materna e/ou médica. Muitas vezes essa escolha é justificada pelo direito da mãe de exercer autonomia de decidir livremente não só a via de parto, mas também a data mais oportuna. Mas vale o pensamento de que será que todas as mães que se submeteram a uma cesárea eletiva conheciam os riscos existentes e escolheram deliberadamente colocar suas vidas e de seus filhos em risco? Será que se esses riscos e benefícios fossem ponderados em discussão com profissional médico ou enfermeiro com informações corretas e evidenciadas em pesquisa, com relação ao parto vaginal, os números seriam tão altos⁶?

As taxas de cesarianas vêm crescendo exponencialmente, preocupando os profissionais da saúde, especialmente aqueles que acompanham as gestantes durante o pré-natal, com os possíveis riscos que podem ser desencadeados pela cesariana, tanto para a mulher, quanto para o bebê. É necessário se empoderar de conhecimento para que seja possível orientar e tornar tangível o melhor parto para cada mulher, visando aos benefícios para gestantes e bebês, de forma segura, minimizando os riscos e o tempo de estadia no hospital. Embora as cesarianas salvem as vidas de ambos, quando indicada de maneira equivocada podem colocá-los em riscos desnecessários a longo e curto prazo, tornando nesses casos o parto vaginal uma assistência qualificada mais segura.

Por conseguinte, este estudo tem como objetivo identificar as indicações de cesariana baseadas em evidências científicas e o conhecimento das mulheres acerca do assunto, bem como os impactos nos profissionais de enfermagem que acompanham essas mulheres.

2. Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, cuja construção foi realizada em seis etapas: 1) Delimitação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) Busca na literatura; 4) Categorização de dados; 5) Avaliação dos estudos incluídos na revisão e 6) Interpretação, discussão, síntese e apresentação dos resultados encontrados⁷.

A definição da pergunta norteadora é a fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado⁷.

Para a construção da pergunta norteadora e seleção dos descritores para a busca de melhores evidências sobre a temática, utilizou-se a estratégia PCD (Population, Context e Outcome – respectivamente em português: População, Context e Resultado) ⁷ (Quadro 1). Sendo assim determinada: “Quais são as indicações de cesariana baseadas em evidências?”

Quadro 1 – Estratégia PICO (PCO). Brasília, 2022		
Tabela PICO (PCO)		Palavras chaves
P - População Pode ser um único paciente, um grupo de pacientes com uma condição particular ou problema de saúde	Gestantes	“Gestantes”.
C- Comparação ou Contraste Define como uma intervenção padrão, a intenção mais utilizada ou nenhuma intervenção	Cesariana baseada em evidência científica.	Cesárea, “Plano de parto”.
O - Outcome ou Desfecho Resultados esperados	É esperado encontrar os riscos da cesariana, como diminuir as taxas de cesariana no Brasil e quando a cesariana deve ser indicada.	“Taxa de cesárea”, “ruptura uterina”.

Fonte: autoras do estudo, 2022

A pesquisa foi realizada entre 2018 e 2022 nas seguintes bases de SCIELO e LILACS. Essa revisão seguiu a recomendação do Preferred Reporting Items for Systematic Review – PRISMA – SCR (2018).^c Foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “OR” para se obter o maior número de artigos acerca da temática. Foram utilizadas diretrizes do Ministério da saúde, Cardenetas e protocolos de atenção básica atualizados.

Foram adotados como critérios de inclusão os artigos com textos primários disponíveis na íntegra, no idioma português e inglês, que abrange os descritores: “gestantes”, “taxa de cesárea”, “plano de parto” e “ruptura uterina”.

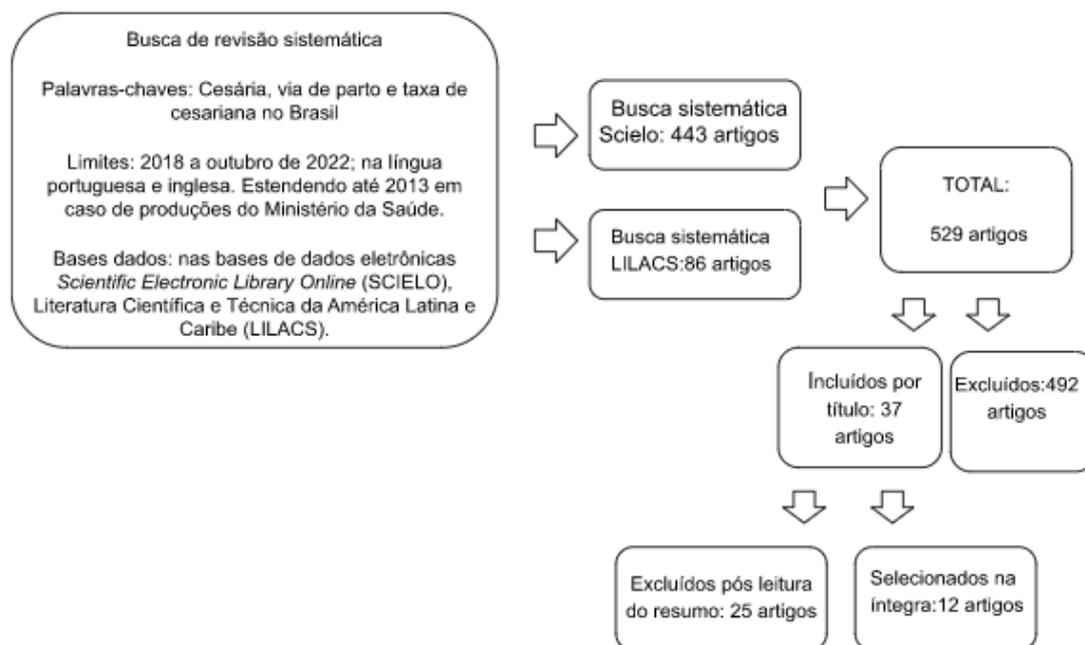
O recorte temporal foi entre março a outubro 2022. Como critérios de exclusão foram eliminados estudos que não abordassem a temática, gestações de alto risco e estudos não encontrados na íntegra.

Com a definição da amostra, elaborou-se um banco de dados. Após a primeira seleção, realizou-se a leitura para avaliação crítica e a interpretação dos resultados, que foram agrupados e categorizados. Os resultados foram analisados e interpretados de forma descritiva.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, sendo necessário um terceiro revisor para resolver as divergências acerca da inclusão dos estudos primários e estabelecer consenso em relação às produções selecionadas.

O fluxograma apresentado a seguir (Figura 1), esboça o percurso do levantamento bibliográfico utilizado pelos pesquisadores para elaboração desta pesquisa, descrevendo os resultados obtidos a partir da estratégia de busca de acordo com o fluxograma PRISMA⁸.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos. Brasília (DF), Brasil, 2022.



Fonte: autoras do estudo, 2022.

3. Resultados e discussão

Analisou-se 15 pesquisas, sendo 12 artigos e 3 publicações do Ministério da Saúde que atenderam aos critérios de inclusão. Elas serão apresentadas mais detalhadamente no Quadro 2, que relaciona nome do trabalho e dos autores, ano, país de publicação, objetivos e conclusão do estudo.

Quanto ao idioma de origem, 9 pesquisas foram escritas em português (75%) e 3 foram escritas em inglês (25%).

Em relação às categorias profissionais dos autores, destacou-se o profissional enfermeiro, presente em 53,85% dos artigos e médicos estão presentes em 5 publicações. Psicólogos atuaram em duas produções e pedagogo em uma pesquisa. Gestores estiveram presentes em 1 artigo. Em 3 pesquisas não foi possível identificar a atuação dos profissionais. Em 11 das 12 produções brasileiras (91,67%) o cenário de pesquisa foi de instituições públicas de saúde e três estudos (25%) tiveram explicitamente o cenário do atendimento privado. 3 estudos (25%) ressaltam a necessidade de efetivar políticas públicas no campo das mulheres e atenção obstétrica, 3 artigos (25%) apontam a dificuldade em implementar o conhecimento técnico-científico na rotina das maternidades. Ainda assim, os autores perceberam que há ausência de capacitações e treinamentos para a equipe, resultando em erros ao identificar a real necessidade para realização da cesárea. 5 estudos (41,67%) discutiram sobre o conhecimento das mulheres acerca da indicação das cesáreas. 1 estudo (8,33%) fomenta que existe um direcionamento por parte dos/das obstetras para a mudança da via de parto favorecendo a cesárea

Quanto ao reconhecimento da limitação, 4 estudos (33,33%) recomendaram a realização de pesquisas para complementar o tema e atingir o patamar de maior nível de evidência dos achados. 4 artigos (33,33%) indicaram lacunas na literatura quanto à capacitação e à eficácia da educação em permanente. 2 artigos (16,67%)

evidenciaram a importância do gestor para planejar e buscar estratégias para implementar a assistência a fim ser mais assertiva. 2 Artigos (16,67%) inferem a necessidade de utilizar em consultas de enfermagem o plano de parto e divulgá-lo entre as gestantes e os profissionais da saúde.

Quadro 2 - Classificação dos artigos selecionados com base no título, ano de publicação, objetivo do estudo, desenho do estudo e principais resultados. Brasília, Brasil, 2022

Nº	Título e ano	Objetivos	Método	Principais resultados
1	Estudo das indicações de cesariana em uma maternidade de referência em baixo risco. 2021.	Analisar se as indicações de operação cesariana realizadas em maternidade de referência em baixo risco de Sergipe estão de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde publicada em 2016.	Estudo documental, prospectivo, qualitativo, descritivo e de corte transversal.	A principal indicação encontrada foi uma operação cesariana anterior, seguida de outras como: desproporção céfalo-pélvica, apresentação pélvica, iteratividade, sofrimento fetal, macrossomia, falha de indução e pós-datismo.
2	Cuidado gravídico-puerperal em Rede: o vivido de enfermeiros, médicos e gestores. 2019.	Compreender a vivência de enfermeiros, médicos e gestores no cuidado à mulher no ciclo gravídico-puerperal na Rede Mãe Paranaense.	Pesquisa qualitativa à luz da Fenomenologia Social.	Apreendeu-se um contexto de significados vivenciados entre as diferentes classes profissionais. Os “motivos por que” em que a Rede veio como uma proposta fundamentada para melhorar a qualidade do cuidado materno, embora haja desarticulação no planejamento e implementação. A expectativa dos “motivos para” evidenciou fragilidades e desafios para o alcance dos objetivos e metas da Rede no serviço de Atenção Primária à Saúde.
3	O Imaginário Materno sobre os Partos Cesáreo e Vaginal. 2021.	Compreender o imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal.	Entrevista semi-estruturada	As principais informações que baseiam as concepções das gestantes partem das experiências passadas por outras mulheres e não dos conhecimentos médicos, de modo que são constituídas principalmente por histórias de violência, dor e desrespeito.

4	Associação entre internação precoce de gestantes e uso de intervenções obstétricas e cesarianas: estudo transversal. 2020.	Avaliar a associação entre a internação precoce de gestantes e o uso de intervenções obstétricas e via de nascimento cesariana.	Estudo transversal.	Das mulheres, 73,22% foram internadas precocemente. Em média, elas tiveram 1,97 vezes a chance de sofrerem a manobra de Kristeller, 2,59 e 1,80 vezes a chance de receberem a infusão de ocitocina e analgesia, respectivamente, e 8 vezes mais chances de terem seus filhos por cesariana quando comparadas às mulheres que tiveram a internação oportuna.
5	Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. 2022.	Descrever as taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo a idade gestacional (IG) ao nascer e o tipo de hospital.	Estudo ecológico.	Verificaram-se taxas de cesariana geral e recorrente de 55,1% e 85,3%, respectivamente. Mais de 60% dos recém-nascidos entre 37-38 semanas ocorreram via cesariana. Os hospitais privados de todas as regiões concentraram as maiores taxas de cesariana, sobretudo os do Centro-oeste, com mais de 80% em todas as IG.
6	Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. 2022.	Descrever a experiência das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem a partir de 37 semanas e que elaboraram seu plano de parto.	Pesquisa exploratória qualitativa.	As gestantes apresentaram desconhecimento sobre assuntos relacionados ao parto, o que contribui para o surgimento de dúvidas, medos e inseguranças. Também não conheciam, ou conheciam de forma superficial, o plano de parto. A consulta de enfermagem e o plano de parto na maternidade contribuíram para o esclarecimento de dúvidas, redução da ansiedade, possibilidade de fortalecimento e empoderamento da gestante e do acompanhante diante da oferta de informações para o parto vaginal e o estabelecimento de vínculo com a maternidade.
7	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. 2022.	Compreender a percepção da atuação das enfermeiras obstétricas em relação à assistência às mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal.	Estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa.	A percepção do cuidado atribuído à enfermagem obstétrica se fundamenta no campo da humanização do pré-natal e nas ações de cuidado alinhadas às evidências científicas, fisiológicas e de autonomia da mulher no cuidado obstétrico.

8	O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. 2022.	Compreender como o tema das boas práticas obstétricas é ensinado nos programas de residência na percepção dos preceptores.	Estudo descritivo, exploratório, com triangulação de dados, abordagem qualitativa.	Foram observados possibilidades e limites na atuação dos preceptores no processo de formação, configurando-se em uma área que requer atenção contínua e direcionada ao fortalecimento dos processos pedagógicos, de forma a ampliar o potencial disruptivo dos novos profissionais de saúde.
9	Relações de poder e saber na escolha pela cesárea: perspectiva de puérperas. 2021.	Analisar as razões e motivos que mobilizam a escolha pela cesariana por meio da descrição das tramas, relações de poder, lutas e regimes de verdades sobre essa forma de parir.	Pesquisa qualitativa, inserida na vertente pós-domicílios.	Foram elaboradas duas categorias: Eu queria parto vaginal, mas foi cesárea, e Tu tens certeza que queres parto normal?: caminhos e descaminhos na escolha pela cesariana.
10	Taxa de parto normal versus cesárea em gestantes com uma cesárea anterior e fatores associados. 2021.	Calcular taxa de parto vaginal e cesárea em pacientes com uma cesárea anterior e gestação a termo, bem como fatores associados à recorrência de cesariana.	Estudo caso-controle.	Foram analisadas 788 pacientes, das quais 331 (42,00%) tiveram parto normal (PN) e 457 (58,00%), cesárea (CS). O grupo PN foi composto por mulheres mais velhas (29; 28) e com mais gestações que o grupo CS, possuindo pelo menos um parto normal prévio (171; 57; $p < 0,001$).
11	Da decisão à vivência da cesariana: a perspectiva da mulher	Descrever o processo de decisão da mulher primípara pela via de nascimento, compreendendo a vivência da cesariana por ela.	Pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa.	Foram levantadas duas categorias: A decisão pela via de nascimento e o momento da cesariana. Na primeira, foi possível perceber que a maioria das mulheres já chega ao consultório decidida sobre a via de nascimento, no entanto, nem todas conseguiram prosseguir com a escolha inicial. Na segunda, retrata-se como foi vivenciar a cesariana, estando a mulher amparada pelos entes queridos e apoiada pelos profissionais de saúde.

12	Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. 2020.	Identificar os fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense.	Estudo transversal.	Foram incluídas no estudo 206 mulheres. O resultado final do modelo multivariado mostrou associação de forma independente com a cesariana eletiva ter sido paga via particular ou por plano de saúde (Odds Ratio = 39,9 p.
----	--	---	---------------------	--

Indicações de cesáreas baseadas em evidências e as indicações na prática

As indicações absolutas de cesárea são desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo, herpes genital ativo, prolapso de cordão, situação fetal transversa (apresentação córmica)^{9,10}, descolamento de placenta fora do período expulsivo (DPP) e ruptura de vasa prévia¹⁰.

Em situações em que o bebê está em apresentação pélvica e com ausência de contra-indicações, é indicada a versão cefálica externa a partir das 36 semanas de idade gestacional (IG)¹¹. São contra-indicadas em caso de comprometimento fetal, sangramento vaginal, obesidade materna, bolsa rota, cesariana prévia e inexperiência profissional. Neste caso, a cesariana é indicada após 39 semanas e recomenda-se aguardar o início do trabalho de parto¹¹.

A cesariana é indicada quando há gestação gemelar não complicada em que o primeiro feto apresente posição diferente da cefálica. Em casos de posição cefálica, a decisão de via de nascimento pode ser individualizada, avaliando as características da gestação gemelar, respeitando a vontade da mulher, explicitando também os riscos de possíveis intercorrências que possam levar a cesariana do segundo feto, por exemplo¹¹.

Em nascimentos de pré-termo a cesariana não é indicada de forma isolada como primeira via de escolha em apresentação cefálica¹¹.

Nas gestantes com placenta prévia, é indicado exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 a 32 semanas de IG para investigar acretismo placentário. Quando diagnosticadas, devem receber atenção especializada, sendo recomendado programar a cesariana, a presença de 2 obstetras experientes, anestesista, pediatra e mais a presença de equipe cirúrgica de retaguarda¹¹.

Para parturientes em uso de antirretroviral em supressão da carga viral, é indicado o parto vaginal. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de IG, a cesárea eletiva na 38^o semana diminui o risco de transmissão vertical¹¹.

As indicações relativas e sem embasamento científico, mas que comumente são recomendadas para gestantes no pré-natal ou no momento do parto são: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (sem avaliação de carga viral), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia, descolamento prematuro de placenta (há depender do estágio do parto), gravidez gemelar (sem considerar características dos fetos)⁹.

Também não constituem indicações de cesárea características como presença de anemia da gestante, baixa estatura materna, gestante adolescente, possibilidade de parto prematuro, amniorrexe prematura, cesárea anterior, circular de cordão umbilical, diabetes gestacional, desproporção céfalo-pélvica antes do trabalho de parto e antes da dilatação completa, trabalho de parto prematuro, pressão arterial

alterada, grau de placenta, polidrâmnio ou oligodrâmnio, infecção urinária, presença de grumo no líquido amniótico, gravidez prolongada, falta de dilatação antes do trabalho de parto ativo⁹.

Em casos de risco habitual, é recomendado encorajar a gestante com uma cesariana prévia à tentativa do parto vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Em casos de duas cesarianas prévias, a avaliação deve ser individualizada, considerando risco, benefício e desejo da gestante. A cesariana já é indicada em casos de três ou mais cesáreas prévias. O trabalho de parto e o parto vaginal não devem ser realizados em mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior. Em mulheres com cesariana prévia e intervalo interpartal inferior a 15 meses ou intergestacional inferior a seis meses, é recomendado individualizar a conduta a ser tomada¹¹.

A cesariana não é indicada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus de Hepatite B e C e nem em casos de obesidade da gestante¹¹.

Algumas condutas são contraindicadas rotineiramente na assistência ao parto intra-hospitalar como lavagem intestinal, episiotomia, manobra de Kristeller, soro com ocitocina, tricotomia, jejum, imobilização durante o trabalho de parto e romper a membrana amniótica¹⁰.

O artigo 1 aborda um estudo realizado em uma maternidade de referência de baixo risco de Sergipe. Ele analisou se as indicações de cesáreas realizadas estão de acordo com a diretriz do Ministério da Saúde, publicada em 2016. Foi averiguado que a principal indicação de cesariana na maternidade referida foi de uma cesárea anterior, sem a tentativa do parto normal como conduta de escolha, como recomendado pela diretriz do Ministério da Saúde. Outras indicações foram motivos de realização da cesárea na maternidade, como apresentação pélvica, desproporção céfalo-pélvica, iteratividade, sofrimento fetal, macrosomia, falha na indução e pós-datismo, listados em ordem decrescente. Como foram encontrados indicações não abordadas na diretriz, os autores sugerem realização de novos estudos em maternidades na tentativa de diminuir taxas de cesarianas¹².

Um estudo realizado pelos autores do artigo 4 teve como resultado a associação expressivamente entre a internação precoce e a manobra de Kristeller, infusão de ocitocina e analgesia, que são práticas obstétricas, além da influência da escolha da cesariana como via de parto¹³. Foi observado neste estudo que as chances de ocorrer a manobra de Kristeller são dobradas em mulheres admitidas na fase latente do trabalho de parto (TP)¹³.

O estudo afirma que a internação na fase inicial do parto gera uma cascata de intervenções obstétricas que são usadas de forma inapropriada, podendo acarretar danos para a gestante e o recém-nascido. Infere ainda que a assistência durante o TP presume a atuação multidisciplinar evitando assim o uso de intervenções desnecessárias¹³.

Fatores que influenciam na escolha da via de parto

Ao analisar taxas de cesarianas em todo território brasileiro, observou-se maiores taxas em hospitais privados com 85% de cesarianas e 95% de cesarianas recorrentes. Ocorreram majoritariamente entre 34-37 e 37-38 semanas. 55,3% dos partos são cesáreas e a incidência de cesariana recorrente é de 85,3% quando considerado setor privado e público¹⁴. As cesáreas foram predominantemente em mulheres com idade \geq 35 anos, múltiparas (85%), primíparas (57%), com a cor da pele branca, com maior escolaridade e com companheiro, principalmente em hospitais

privados. O estudo realizado pelos autores do artigo 10 indicou que casos em que a gestante tivesse um ou mais partos vaginais anteriores, internação já em trabalho de parto ou ruptura da bolsa amniótica e extremos de idade foram fatores que contraindicaram a cesárea. Contudo, a presença de colo desfavorável no ato de internação foi fator de risco para a cesariana¹⁵. Diante das taxas altas de cesarianas, dois artigos explicitam que é necessário fortalecer e implementar políticas públicas para reduzir as cesarianas no sistema de saúde, abordar temáticas da área da saúde e obstétricas no Brasil, com intuito de adotar práticas mais assertivas do trabalho de parto e pré-natal^{13,14}.

A classe socioeconômica está associada à ocorrência de cesarianas, já que são mais realizadas no setor privado, tanto particular como por planos de saúde. É um indicativo de que mulheres com maiores condições econômicas têm maior facilidade de optarem por essa via de parto. Está também vinculada à cor de pele autorreferida branca, e os partos vaginais estão associados à cor de pele negra ou parda¹⁶.

O artigo 11 discorre sobre entrevistas com gestantes acerca da decisão da via de parto em primíparas. Foi relatado pelas mulheres que os médicos não oferecem orientações sobre a cesárea ou o parto normal. Outras receberam orientações tendenciosas. Destacou-se nos relatos o desejo pelo parto normal, mas diferente dos planos, foi realizada a cesárea. Para algumas primíparas havia o desejo pelo parto normal durante o pré-natal, após início das contrações optaram pela intervenção cirúrgica e obtiveram apoio do médico. A decisão das primíparas pelo parto cesárea foi justificada presumirem que seria mais seguro e cômodo poder planejar a data e não gostariam de sentir dor. A mulher decide a via de parto baseada em informações sem evidência e vivências de outras pessoas do convívio cotidiano e o profissional que a acompanha não mantém diálogo esclarecedor, dificultando o empoderamento da mulher na tomada de decisão^{17,18}.

As grávidas participantes do estudo do artigo 3 relatam que sentem medo de não perceber o início do trabalho de parto e de não estar em casa ou sozinha no momento do processo do parto, da dor em ambas as vias de parto, da anestesia, episiotomia, cicatrização, complicações do parto, de serem vítimas de maus tratos¹⁸. Essas mulheres, ao buscarem o grupo de gestantes, demonstram mais uma vez que suas dúvidas não esclarecidas nas consultas de pré-natal e essa amostra de participantes representa que há mudança no posicionamento feminino na relação médico-paciente de impor suas vontades e não aceitarem qualquer ação, sob a pena de serem desrespeitadas ou não atendidas. Essas mudanças de condutas podem significar a construção de um novo cenário, no qual a mulher retoma a atenção devida e impõe que o cuidado e a assistência se ajustem a favor de suas queixas e preocupações¹⁸.

Riscos e benefícios da cesárea em comparação ao parto normal

O Ministério da Saúde define quais são as desvantagens/riscos da cesariana, sendo elas: aumento do risco de morbidade materna, evidenciadas complicações como parada cardíaca, hematoma de parede, histerectomia, maior infecção puerperal, complicações anestésicas, tromboembolismo venoso e hemorragia que requer histerectomia. O risco de placenta prévia e acreta são expressivamente mais corriqueiros após uma ou mais cesáreas, oferecendo riscos para gestações futuras⁹.

Para o bebê, a cesariana aumenta o risco de problemas respiratórios neonatais, mais frequentes após cesárea em razão de que os mecanismos de reabsorção de fluidos do pulmão, sem o trabalho de parto, não são acionados, e pode ocorrer como

decorrência de prematuridade iatrogênica. Assim pode haver necessidade de incubadoras, afastando o bebê da mãe. Maiores riscos de infecção, hemorragia e interferência no aleitamento. O aumento da mortalidade neonatal associado à cesárea possui evidências muito limitadas, uma vez que o estudo apresenta outras variáveis que estão sujeitas a confusão.^{9,10}

O parto normal oferece menos risco de prematuridade, favorece a respiração do bebê, menos dor no pós-parto, as complicações são menos frequentes, contribuindo para o contato pele a pele e aleitamento imediatos. Além disso, raramente oferece risco de infecção puerperal, recuperação mais rápida, menor custo, menos risco em gestações futuras, por ser um processo fisiológico, que ainda pode ser realizado o manejo da dor, proporcionando maior conforto e cuidado humanizado. Esta via de parto facilita a respiração e diminui o risco de problemas respiratórios futuros, uma vez que o tórax do recém-nascido é comprimido ao passar pelo canal vaginal da mãe, auxiliando-o a expelir a água que possa ter sido depositada nos pulmões^{9,10}.

Importância dos profissionais enfermeiros na atenção obstétrica

Orientar as parturientes sobre o plano de parto, vias de parto em consultas de pré-natal, empenhar-se em amenizar os medos e inseguranças, proporcionar experiências positivas, ofertar analgesia no momento do parto, utilizar métodos não farmacológicos para manejo da dor, encorajar e empoderar a mulher diante da sua decisão, apoiando-a, são medidas significativas, a serem adotadas por profissionais, para reduzir as taxas de cesárea, em principal no sistema privado¹⁴.

Os profissionais, tanto médicos como enfermeiros, têm como responsabilidade fornecer informações para a gestante durante todo o pré-natal, parto e puerpério, baseando-se em evidências atualizadas, de qualidade, pontuando riscos e benefícios e tornando a gestante participante ativa na tomada de decisão, independentemente do nível social é importante que o enfermeiro fortaleça seu processo educativo, prestando uma assistência humanizada^{11,17}. Ao deixar de fornecer informação para a paciente, as dúvidas e medos das gestantes se sobressaem, o que contribui para desestimular o parto normal¹⁸. O termo de consentimento livre e esclarecido deve ser obtido de todas as gestantes submetidas à cesariana programada. Após a decisão tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão¹¹.

A implementação da rede mãe paranaense depende prioritariamente de médicos e enfermeiros que entendem que podem colaborar para a qualificação da assistência. Trouxe propostas positivas, porém enfrenta falhas logísticas e cabe aos gestores imergir na realidade da assistência, para buscar estratégias melhores para serem aplicadas para continuidade do projeto, além das dificuldades de implementar os aprendizados da capacitação, tanto na área assistencial como também na área gerencial¹⁹.

O estudo realizado no centro de parto normal do Pará (artigo 7) expõe a atuação da enfermagem obstétrica, que possibilita uma assistência humanizada, em que há criação de vínculo e confiança, escuta afetiva, e estratégias de educação em saúde para compor o cuidado individualizado. Observou-se que o cuidado é baseado em evidências científicas a fim de evitar intervenções no corpo da mulher e valorizando técnicas não invasivas, como posições mais verticalizadas e técnicas de hand off. É promovida nessa maternidade a autonomia e o empoderamento da mulher, além de cuidados tecnológicos na atenção ao recém-nascido, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, estímulo pele a pele e amamentação na primeira hora de vida²⁰. Esse cuidado ofertado garante segurança e satisfação da mulher e de seu/sua

acompanhante. Torna-se necessária a expansão do cuidado da enfermagem obstétrica para gestores, usuários do serviço, profissionais assistenciais a fim de romper com o modelo hospitalocêntrico e tecnocrático do processo de nascimento de uma vida²⁰.

O plano de parto deve ter maior utilização e divulgação, bem como haver adaptação dele à realidade da unidade. As estratégias para implementação devem ser discutidas com os gestores e incentiva-se a inserção de consultórios de enfermagem em maternidades e a incorporação de enfermeiros obstétricos nos serviços²¹.

O estudo do artigo 8 foi realizado com preceptores dos cursos de residência tanto de enfermagem obstétrica quanto de medicina obstétrica, além de profissionais assistenciais. Na visão dos preceptores, são abordadas em sala de aula e na prática as boas práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais. No curso de enfermagem, observou-se a contemplação das recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Enquanto que os projetos políticos-pedagógicos da residência médica ainda não contemplam de forma textual as recomendações da OMS e do MS relacionadas às boas práticas no parto e nascimento. Os autores recomendam melhorar a oferta de conhecimento a fim de mudar o modelo de assistência ao parto, para que sejam abandonadas práticas evidentemente prejudiciais²².

É fundamental reconsiderar a formação dos profissionais da área da saúde, especialmente, médicos e enfermeiros obstétricos, tornando-os preparados para decidir a via de parto junto à parturiente, baseando-se em evidências científicas, em foco, no setor privado. Ressalta a importância de novos estudos que analisem a visão da equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cesárea eletiva¹⁶.

4. Considerações finais

Conclui que as indicações de cesárea baseadas em evidência científica são: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo, herpes genital ativo, prolapso de cordão, situação fetal transversa, descolamento de placenta fora do período expulsivo e ruptura de vasa prévia.

O estudo observou que há lacunas no conhecimento dos profissionais acerca das indicações de cesarianas baseadas em evidências, já que as taxas de cesárea são muito elevadas e foi evidenciado muitas outras indicações de cesariana não citadas em literatura. Indicou também que devem ser criadas novas políticas públicas que favoreçam o cuidado humanizado baseado nas "Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento", capacitação dos enfermeiros e médicos assistenciais para diminuir taxas de cesariana e atuação em conjunto com os gestores para administrar recursos para implementar os novos conhecimentos desses profissionais.

6. Referências

1. Brasil. Ministério da saúde. Gravidez. Governo Federal. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez>
- 2 Alves RSS, Silva MPB, Leite AC, Silva ER, Cunha JA, Carvalho MM *et al.* Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. *Research, Society and Development.* 2021. 10(6) e22910615523.
3. Vicente AC, Lima AKBS, Lima CB. Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas em saúde* 2017.17(4):24-35.
4. Barbosa GP, Giffin K, Tuesta AA, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, Reis ACGV. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad. Saúde Pública.* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003.19(6):1611-1620.
5. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019. 40:e20180233. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.
6. Piva JP. Cesariana eletiva: decisão regida por direitos. CFM Conselho Federal de medicina. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/cesariana-eletiva-decisao-regida-por-direitos/>
7. Donato H, Donato M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. *Acta Med Port [internet].* 2019. 32(3):227-235. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.11923>. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923/5635>
8. Tricco Ac, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, *et. al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-5cR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018. 169(7): 467-473. doi: 10.7326/M18-0850.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica à saúde das mulheres. 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/Relatório_diretrizes-cesariana_final.pdf
- 12 Mendonça MNPS, Menezes MPN, Lima MSC, Gomes MV, Matos MMR, Lima FC. Study of cesarean section indications in a low-risk referral maternity hospital. *Research, Society and Development.* 2021. 10(1):e7510111375. doi: 10.33448/rsd-v10i1.11375.

- ¹³ Terto RL, Silva TPR, Viana TGF, Sousa AMM, Martins EF, Souza KV, et al. Association between early pregnant hospitalization and use of obstetric interventions and cesarean: a crosssectional study. *Rev Bras Enferm.*2021.74(4):e20200397. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0397>
- ¹⁴ Dias BAS, Leal MC, Pereira APE, Pereira MN. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad. Saúde Pública.* 2022. 38(6):e00073621. doi: 10.1590/0102-3111XPT073621
- ¹⁵ Silva JC, Sakata CK, Bussarello C, Martin ME, Engels MG. Taxa de parto normal versus cesárea em gestantes com uma cesárea anterior e fatores associados. *Femina.* 2021. 49(8):488-93
- ¹⁶ Rossetto M, Schmalfull JP, Bedin K, Pinheiro AM, Batista JL. Fatores associados à cesariana em mulheres atendidas em um hospital de referência do oeste catarinense. *Rev. Enferm. UFSM.*2020. 10: 1-17. doi: 10.5902/2179769239398 ISSN 2179-7692
- ¹⁷ Paiva ACPC, Reis PV, Paiva LC, et al. A Cesárea Na Perspectiva Da Mulher: Da Decisão A Vivência Do Parto. *Revista de Enfermagem do Centro oeste Mineiro.* 2019. 9:e3115. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>
- ¹⁸ Damaceno NS, Marciano RP, Orsini MRCA. O imaginário materno sobre os partos cesáreo e vaginal. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2021.41:1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224530>
- ¹⁹ Escobal APL, Andrade APM, Matos GC, Giusti PH, Cecagno S, Prates LA. Relationship between power and knowledge in choosing a cesarean section: women's perspectives *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2):e20201389. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1389>
- ²⁰ Jacob TNO, Rodrigues DP, Alves VH, Ferreira ES, Carneiro MS, Penna LHG, Bonazzi VCAM. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Esc Anna Nery* 2022. 26:e20210105. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>
- ²¹ Trigueiro TH, Arruda KA, Santos SD, Wall ML, Souza SRRK, Lima LS. Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. *Esc Anna Nery* 2022. 26:e20210036. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036>
- ²² Carvalho EMP, Göttems LBD, Guilhem DB. O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. *Ciência & Saúde Coletiva.*2022. 27(5):1763-1772. doi: 10.1590/1413-81232022275.23872021