



Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão

Increase in cesarean sections in Brazil – a call to reflection

Antonio Braga^{1,2,3}, Sue Yazaki Sun⁴, Alberto Carlos Moreno Zaconeta⁵, Alberto Trapani Junior⁶, Adriana Gomes Luz⁷, Gabriel Osanan⁸, Geraldo Duarte⁹, José Geraldo Lopes Ramos¹⁰, Maria Celeste Osório Wender¹⁰, Roseli Mieke Yamamoto Nomura^{4,11}, Rossana Pulcineli Vieira Francisco¹¹, Vera Therezinha Medeiros Borges¹², Rosiane Mattar⁴

1. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Departamento de Materno-Infantil, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
3. Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil.
4. Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
5. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
6. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
7. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
8. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
9. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
10. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
11. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
12. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, SP, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Antonio Braga
Rua das Laranjeiras, 180, Laranjeiras, 22240-000,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil
antonio.braga@ufrj.br

Como citar:

Braga A, Sun SY, Zaconeta AC, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. *Femina*. 2023;51(3):134-8.

Este artigo é a versão traduzida de:

Braga A, Sun SY, Zaconeta AC, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Increase in cesarean sections in Brazil – a call to reflection. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023;44(3).

As taxas de cesariana vêm aumentando progressivamente ao longo das décadas em todos os países, e no Brasil ela atingiu a cifra elevada de 56%, ficando atrás apenas da República Dominicana (59%) e muito acima da média dos países em desenvolvimento.⁽¹⁾ Esse cenário, em nosso país, motivou iniciativas governamentais e do setor privado, entre as quais o Projeto do Parto Adequado, com vistas à redução da cesariana.⁽²⁾ O conjunto dessas ações permitiu uma estabilização e, até mesmo, discreta diminuição nas taxas de cesarianas, conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde do Brasil.⁽³⁾ Todavia, dados preliminares do Sinasc de 2022 apontam para um novo aumento das cesarianas no Brasil (taxa de cesariana – 2016: 55,4%; 2017: 55,7%; 2018: 55,9%; 2019: 56,3%; 2020: 57,2%; 2021: 57%) e motivam essa reflexão feita por escolas obstétricas brasileiras.

É inegável que a pandemia de COVID-19 afetou profundamente a assistência à saúde no Brasil, acelerando tendências e ressaltando fragilidades. No cenário obstétrico, o país já apresentava sinais de aumento na taxa de cesáreas a partir de 2017, e a pandemia acentuou esse processo. Não obstante tenha havido reorganização da rede de assistência à saúde para manter o atendimento pré-natal durante a pandemia, especialmente às pacientes com risco obstétrico, na prática, isso foi limitado. Isso resultou na chegada às maternidades de gestantes com complicações obstétricas em estágios de maior gravidade, com indicações de cesariana para minorar desfechos materno-perinatais desfavoráveis. Além disso, e embora não tenha havido orientação explícita, muitas cesarianas foram feitas, em especial no início da pandemia, por se acreditar, equivocadamente, que isso traria melhores desfechos maternos. Com a vivência no manejo da COVID-19, observou-se que, sempre que plausível, a resolução deveria ser postergada até a estabilização clínica da gestante, mas, quando houve indicação precisa de resolução da gravidez devido a quadros graves, a via de parto possível, na maioria das vezes, foi a cesariana.⁽⁴⁾

A assistência ao parto foi desafiadora durante a pandemia de COVID-19, o que também pode ter contribuído para o aumento de cesarianas. Podem ter contribuído para aumentar

as taxas de cesarianas nesse período fatores como: restrições quanto à presença de acompanhantes durante a internação para o parto em muitos serviços; falta de orientações às gestantes para o trabalho de parto, decorrente da menor participação em grupos de orientação durante o pré-natal, devido ao isolamento social;⁽⁵⁾ receio da internação hospitalar, percebido como fonte de transmissão da doença; aumento da ansiedade, tristeza e medo com intenso sofrimento psicológico causado pela pandemia e potencializado pela desestruturação da rede de apoio à gestante.⁽⁶⁾

Contudo, a pandemia de COVID-19 também ressaltou a fragilidade da rede de atenção materno-infantil no Brasil. A ausência de uma gestão sincronizada e adequada para as diversas maternidades do país e um frágil sistema de hierarquização para referência dos casos de alto risco obstétrico refletem a complexidade desse problema. O tamanho continental de nosso país, a heterogeneidade dos serviços de saúde, a ausência de equipe médica completa em todos os dias da semana nas pequenas cidades, bem como a existência de vazios sanitários, por vezes determinam a realização de cesarianas agendadas eletivamente, nos dias em que há equipe completa disponível, pelo receio de situações de emergência obstétrica na vigência do trabalho de parto.

Por certo, seria ingênuo creditar as altas taxas de cesarianas no Brasil apenas à pandemia de COVID-19. Há outros determinantes, já bem conhecidos, que ajudam a compor esse cenário, como a falta da cultura do trabalho em equipe multiprofissional na assistência ao parto; a escassez de oferta de analgesia farmacológica; indicações imprecisas para antecipação de parto por suspeita de comprometimento de vitalidade fetal e o subfinanciamento da assistência obstétrica, quer no nível institucional, quer em relação aos profissionais que acompanham os partos. O número elevado de cesarianas acaba também por retroalimentar esse ciclo, quando mulheres com cesarianas prévias são muito frequentemente submetidas à cesariana de repetição, pelo receio obstétrico dos raros casos de rotura uterina, agravado pela indisponibilidade da prostaglandina E₂ no mercado nacional, que cursa com menos riscos na indução de parto nessa população. Evitar a primeira cesariana é estratégico para quebrar esse ciclo. Para tal, a segunda opinião sistemática para a indicação da cesariana, bem como a análise da classificação de Robson para estudo das cesarianas, é estratégia que pode evitar cesarianas fora das melhores indicações clínicas.

A cultura cesarista também influencia o mundo jurídico e reflete-se no medo de a equipe obstétrica ser demandada por ações judiciais em processos por má prática, o que certamente contribui para uma indicação mais “precoce” ou desnecessária de cesariana. Levantamento feito pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) em 2015 apontou que 73,6% dos ginecologistas e obstetras norte-americanos sofreram pelo menos uma demanda judicial por má prática (62% em obstetrícia e

39% em ginecologia).⁽⁷⁾ Ainda na esfera judicial, há que registrar que a legislação regulando a realização da cesariana a pedido da gestante e o direito à analgesia de parto, sob a égide da autonomia, mesmo sem indicação médica, pode também ter influenciado o aumento da cesariana. Todavia, pela dificuldade em se oferecer a analgesia, em especial a farmacológica, nas maternidades brasileiras, muitas mulheres acabam por solicitar a cesariana, durante o trabalho de parto, o que contribui para o aumento do número de cesáreas sem indicação médica. Presume-se ainda que a Lei Federal nº 14.443/2022,⁽⁸⁾ que atualiza a legislação sobre o Planejamento Familiar no Brasil, em vigor a partir de 01/03/2023, e que permite a laqueadura tubária no momento do parto, aumente ainda mais as taxas de cesarianas. Por fim, e embora o Conselho Federal de Medicina reconheça o direito da mulher de solicitar a cesariana,⁽⁹⁾ a partir de 39 semanas completas de gestação, garantidas a autonomia do médico e a da paciente, e a segurança do binômio materno-fetal, é essencial garantir que todas as parturientes possam ser asseguradas quanto a um parto seguro. Do contrário, a autonomia da mulher poderá ser fragilizada pela falta de equidade, e o pedido da cesariana refletirá tão somente a falta de opção de um parto respeitoso e sem dor.

Conquanto a cesariana seja uma cirurgia salvadora de vidas, representando grande avanço na prática obstétrica e na proteção integral do binômio materno-perinatal, sua realização imponderada está associada a riscos imediatos e futuros relevantes. Entre os riscos maternos imediatos da cesariana, podem-se citar o aumento do sangramento intraparto e da hemorragia pós-parto, a elevação dos riscos de infecção/sepsis materna, quadros tromboembólicos e lesões de órgãos pélvicos, especialmente na cirurgia de urgência. No que se refere aos riscos fetais imediatos, destacam-se a prematuridade iatrogênica (por nascimento no termo precoce) e o aumento das taxas de taquipneia transitória do recém-nascido. Deve-se ressaltar ainda que o tocotraumatismo também pode ocorrer durante a cesariana.⁽¹⁰⁾ A cesariana ainda pode causar complicações futuras, tais como redução da fertilidade, sangramento uterino anormal e dor pélvica crônica,⁽¹⁰⁾ além de maiores riscos de gravidez em cicatriz de cesariana, rotura uterina e acretismo placentário. Essas complicações obstétricas são responsáveis por quadros maternos hemorrágicos graves e potencialmente letais, e associam-se a importante morbimortalidade materna.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Entre os possíveis riscos futuros dos conceitos nascidos por cesariana, citam-se alterações no microbioma intestinal, bem como maiores taxas de disfunções imunológicas e distúrbios metabólicos (como obesidade e asma) e cognitivas (como hiperatividade).⁽¹⁰⁾ Considerando-se as taxas tão elevadas de cesariana e os riscos imediatos e futuros que essa cirurgia pode acarretar para mulheres e conceitos, é necessária uma reflexão que resulte em estratégias para a redução das cesarianas desnecessárias em nosso país.

A estratégia inicial deve passar por ações no pré-natal. O letramento em saúde permitirá que as mulheres tenham papel ativo e decisões informadas mais adequadas sobre o parto.⁽¹³⁾ A formação de grupos de gestantes que discutam sobre os tipos de parto, fisiologia e etapas do parto normal; o incentivo à presença de acompanhante durante o pré-natal, para que receba informações e auxilie a gestante, transmitindo-lhe segurança; o estímulo à visita da gestante e acompanhante à maternidade de referência, para que proporcione maior segurança no momento do parto; a pactuação do plano de parto durante o pré-natal e as orientações sobre métodos não farmacológicos de controle da dor são medidas que devem ser incentivadas para diminuir as taxas de cesariana.

Ouvir as expectativas das mulheres sobre seu parto é essencial para o encorajamento nessa via de nascimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2018⁽¹⁴⁾ uma síntese desses anseios: atendimento por equipe sensível, atenciosa, gentil e respeitosa; presença do acompanhante (ter ao seu lado uma pessoa que seja escolhida por ela trará segurança emocional e conforto); intervenções no parto precisas; autonomia (ser informada e participar das decisões); analgesia de parto (não farmacológica e também farmacológica, sempre e quando solicitada); desfecho do parto com mãe e recém-nascido saudáveis.

Sentir dor durante o trabalho de parto é um dos maiores medos das mulheres. O Brasil enfrenta uma enorme escassez de oferta de analgesia farmacológica para o parto. Esse tem sido apontado como um dos fatores que mais influenciam na escolha pela cesariana. Poucos são os centros hospitalares que disponibilizam anestesistas durante as 24 horas para a realização de analgesia de parto, caso solicitada pela gestante. Se quisermos garantir à mulher um parto sem dor e, assim, reduzir as taxas de cesarianas, o acesso e a oferta da analgesia para todas as mulheres que a solicitarem são uns dos principais desafios a serem enfrentados. Discutir novos modelos de assistência anestésica para o trabalho de parto, como ocorre em países com ampla oferta de analgesia de parto, como os Estados Unidos e a França, pode ser oportuno.

A necessidade de organização da rede de assistência à saúde materno-infantil é urgente. Deve-se promover a reestruturação dos equipamentos de saúde de forma racional, diminuindo o número de maternidades em cidades com baixo índice populacional, cujos municípios possam ser atendidos em hospitais regionais. Essa reestruturação vai proporcionar maior segurança ao binômio materno-perinatal, garantindo-se estrutura profissional e recursos materiais permanentes, atrelado ao objetivo primeiro, que é a melhora da assistência ao parto, reservando a cesariana aos casos mais indicados. Ademais, esses centros de referência para o parto contrariam com espaço apropriado para a parturição, com modelos PPP (espaço destinado ao pré-parto, parto e

pós-parto), onde a parturiente e seu acompanhante poderiam permanecer em ambiente acolhedor, com privacidade e dignidade, atrelado a um centro obstétrico que garantiria a segurança e a pronta intervenção, sempre que necessário. Por certo, a presença de uma equipe de parto, multiprofissional, é benfeitoria e está associada com redução nas taxas de cesarianas.

Ainda que a OMS esteja focada na garantia de que a cesariana seja realizada sempre que necessário, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesarianas,⁽¹⁵⁾ é inegável que o Brasil faz mais cesarianas do que suas mulheres desejam ou precisam. Neste artigo analisamos alguns fatores que podem estar associados com as elevadas taxas de cesarianas no Brasil. O trabalho conjunto das autoridades de saúde, sociedades médicas, universidades, gestores e equipe multiprofissional no ensino, acolhimento e assistência adequada, segura e respeitosa é essencial para que as taxas de cesarianas verdadeiramente diminuam e não voltem a subir.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (AB: 311862/2020-9, JGLR: 303561/2020-3, RVPF: 311350/2021-6) e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (AB: E-26/201.166/2022).

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CF, Bortoli MC, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(2):427-39. doi: 10.1590/1413-81232022272.41572020
2. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto adequado [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>
3. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>
4. Di Toro F, Gjoka M, Di Lorenzo G, De Santo D, De Seta F, Maso G, et al. Impact of COVID-19 on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(1):36-46. doi: 10.1016/j.cmi.2020.10.007
5. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT, Souza JP, Vogel JP, Bonet M, et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bull World Health Organ*. 2020;98(1):66-8. doi: 10.2471/BLT.19.236729
6. Lambelet V, Vouga M, Pomar L, Favre G, Gerbier E, Panchaud A, et al. SARS-CoV-2 in the context of past coronaviruses epidemics: consideration for prenatal care. *Prenat Diagn*. 2020;40(13):1641-54. doi: 10.1002/pd.5759
7. Carpentieri AM, Lumalcuri JJ, Shaw J, Joseph GF Jr. Overview of 2015 American Congress of Obstetricians and Gynecologists' Survey on Professional Liability [Internet]. Washington: ACOG; 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://protectpatientsnow.org/wp-content/uploads/2016/02/2015PLSurveyNationalSummary11315.pdf>
8. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm

9. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.284, de 22 de outubro de 2020. Dispõe que é ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantidas a autonomia do médico e da paciente e a segurança do binômio materno-fetal, e revoga a Resolução CFM nº 2.144/2016, publicada no DOU de 22 de junho de 2016, Seção I, p. 138 [Internet]. 2020 [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2284_2020.pdf
10. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920-2020: The Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med*. 2020;49(1):5-16. doi: 10.1515/jpm-2020-0305
11. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Calì G, D'Antonio F, Agten AK. Cesarean scar pregnancy: patient counseling and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46(4):813-28. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.010
12. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31930-5
13. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed PT, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2015;65(635):e379-86. doi: 10.3399/bjgp15X685285
14. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
15. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2023 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>