

Análise sobre a taxa de cesáreas ocorridas na 15ª regional de saúde do Paraná e um breve comparativo com macrorregiões brasileiras

Analysis of cesarean rates in the 15th regional health region of Paraná and a brief comparison with brazilian macroregions

DOI:10.34117/bjdv8n9-011

Recebimento dos originais: 25/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Renato Lucio da Silva Filho

Graduando em Medicina

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: renatofilho197@gmail.com

Silvino Scudeler Neto

Ensino Médio Completo

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: ssn.neto98@gmail.com

Bruna Mendonça Leite

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Hospital Municipal de Maringá, Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: brunamleite@outlook.com

Ana Claudia Santiago

Graduanda em Medicina

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: anasantiago22@hotmail.com

Renan Massahiro Okamoto Oishi

Ensino Superior Completo

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: Oishirenan@gmail.com

Beatriz Moretto Molina

Graduanda em Medicina

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: bia.molina22@gmail.com

Karine Franco

Graduanda em Medicina

Instituição: Unicesumar

Endereço: Av. Guedner, 1610, Jardim Aclimação, Maringá - PR, CEP: 87050-900

E-mail: Karinefranco98@hotmail.com

RESUMO

Sabe-se que, com o passar do tempo, e com a evolução das técnicas operatórias, a taxa de cesáreas feitas em todo o mundo aumentou consideravelmente, inclusive no Brasil. Essa cirurgia é uma alternativa ao parto normal, indicada em casos específicos, dentre eles quando há possíveis riscos para a mãe ou para o bebê. Contudo, no cenário atual, dos partos realizados, a quantidade de cesáreas ultrapassa os números sugeridos pela OMS - Organização Mundial da Saúde, assim, pode-se dizer que há uma epidemia de cesáreas. O presente estudo teve como método quantitativo, epidemiológico, documental e observacional da ocorrência de partos vaginais e cesarianos no estado do Paraná e distritos e macrorregiões brasileiras. Foi considerada a variável denominada como Grupo de Robson, sendo criada para reduzir as taxas de cesariana em hospitais, nos dados extraídos do SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. A realização dos gráficos e a análise dos dados ocorreu por meio de estatística simples, comparando a taxa de incidência do parto cesáreo entre 1996-2019 na 15ª Regional de Saúde do Paraná, bem como a taxa de cesáreas nas cinco macrorregiões brasileiras no período de 2000 a 2014. Foi possível constatar que na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná a alta taxa de cesáreas no período analisado (1996 - 2019), teve prevalência em mulheres de faixa etária entre 25 e 29 anos, classificadas no grupo 5 de Robson. Assim, o tema deve ser discutido entre profissionais e pacientes para que a “epidemia” de cesáreas seja contida.

Palavras-chave: obstetrícia, parto normal, nascimento, humanização da assistência.

ABSTRACT

It is known that, as time goes by, and with the evolution of surgical techniques, the rate of cesarean sections performed worldwide has increased considerably, including in Brazil. This surgery is an alternative to normal delivery, indicated in specific cases, among them when there are possible risks to the mother or the baby. However, in the current scenario, the number of cesarean sections exceeds the numbers suggested by the WHO - World Health Organization, thus, it can be said that there is an epidemic of cesarean sections. The present study was quantitative, epidemiological, documental and observational of the occurrence of vaginal and cesarean births in the state of Paraná and Brazilian districts and macro-regions. The variable called Robson's Group was considered, being created to reduce cesarean rates in hospitals, in data extracted from the SINASC - Information System on Live Births. The making of the graphs and the analysis of the data occurred through simple statistics, comparing the incidence rate of cesarean delivery between 1996-2019 in the 15th Health Regional of Paraná, as well as the cesarean rate in the five Brazilian macro-regions in the period from 2000 to 2014. It was possible to see that in the 15th Health Regional of the State of Paraná, the high rate of cesarean sections in the analyzed period (1996 - 2019), had prevalence in women aged between 25 and 29 years, classified in Robson's group 5. Thus, the topic should be discussed among professionals and patients so that the "epidemic" of cesarean sections is contained.

Keywords: obstetrics, normal childbirth, childbirth, humanization of assistance.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Pinheiro e Bittar (2012), o parto passou por inúmeras transformações ao longo da história. Antes, não existiam técnicas que amenizassem as dores das mulheres ou que facilitassem o trabalho de parto. Ao sentirem as contrações e os indicativos naturais do momento do parto, a gestante se isolava e permanecia sozinha sem nenhuma assistência até o momento do nascimento do bebê. Com o tempo, as gestantes começaram a se ajudar em atos de empatia e compaixão e, algum tempo depois, surgiram as parteiras, pessoas leigas que adquiriam o conhecimento do trabalho de parto por meio da experiência e o passavam às próximas gerações.

A partir do século XIX, com o acelerado desenvolvimento da medicina, o parto se incorporou às instituições hospitalares, dados os novos conhecimentos em termos de cirurgias, anestesia, higiene e medicamentos. Deste modo, o parto passou a ser visto como um ato cirúrgico, e a cesariana passou a ser considerada um método seguro e menos sofrível que o método tradicional que era utilizado pelas mulheres até então (BASTOS et al., 2009).

O movimento de humanização no parto, por sua vez, surgiu em resposta à popularização excessiva do parto cesáreo. Dentre outros aspectos, o parto natural é parte da humanização do parto, e tal prática propõe que o parto cesáreo seja realizado apenas em casos nos quais a saúde da mãe, do bebê, ou de ambos, esteja em risco (BARROS, 2011).

Ainda, segundo Barros (2011), a humanização do parto objetiva garantir a dignidade da gestante, ao sugerir que ela seja acompanhada durante toda a gestação, observando as transformações e oferecendo os cuidados necessários durante a gravidez, o momento do parto e o puerpério. O parto de modo natural é tido como prioritário, não expondo a gestante ao uso excessivo de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos sem que haja real necessidade.

Levando em consideração a importância do parto natural, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa de partos cesáreas de no máximo 15% das mulheres. O Brasil, no entanto, é considerado como líder no ranking mundial dos países com maior número de cesarianas. No país, os partos cirúrgicos correspondem a 80% no setor privado e cerca de 30% no Sistema Único de Saúde (GUIMARÃES, 2021).

Ao analisarmos o Paraná, verifica-se que o estado está na quarta posição da lista de estados brasileiros com o maior número de cesáreas, o índice estadual, por sua vez, é de aproximadamente de 63%. De acordo com pesquisas do Sistema de Informações sobre

os Nascidos Vivos (SINASC), na 15^a Regional de Saúde, região delimitada para análise deste trabalho, a taxa de prevalência de cesáreas foi de 74,6%, em 2018, e 74,8%, em 2019. Esses 7 números revelam um problema de saúde, uma vez que as complicações oriundas do parto natural são menos graves quando comparadas àquelas advindas do parto cirúrgico (BRASIL, 2021).

Para o recém-nascido, por exemplo, há um ganho em seu sistema imunológico devido ao contato com a flora vaginal de sua genitora no momento do parto e, após esse contato, até mesmo a amamentação será mais fácil. Para a mãe, a vantagem que se destaca é o menor risco de infecções hospitalares e de complicações no pós-operatório. Além disso, há a diminuição no uso de medicamentos, uma vez que já existem terapias naturais que amenizam a dor durante o parto natural (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

A dor, associada à ansiedade pela espera do momento de dar à luz, é um dos principais motivos que leva as mães a optarem por uma cesariana. Por isso, faz-se necessária a conscientização de que não se deve optar por um parto cirúrgico apenas por causa da dor, visto que os riscos oferecidos por esse são bem maiores que no parto natural (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

O Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma que, no Brasil, o índice de mortes maternas em casos não-complicados é de 20,6 a cada 1.000 cesáreas. Por outro lado, são contabilizadas apenas 1,73 mortes para cada 1.000 partos normais. Esses índices corroboram a superioridade do parto natural em relação à vida e à saúde dos indivíduos (FEBRASGO, 2018).

Entretanto, vale ressaltar que nem todas as mulheres poderão ter partos normais, há casos específicos que exigem o parto cirúrgico, dentre eles estão a apresentação pélvica, os casos de hipertensão grave e descompensada da gestante, a desproporção da pelve materna, dentre outros. De forma geral, a maioria dos casos é propícia ao parto natural (FEBRASGO, 2018).

Isto posto, o presente trabalho objetiva elucidar os malefícios ocasionados pelo alto número de cesáreas realizados na 15^a Regional de Saúde do estado do Paraná - Maringá e distritos, evidenciando os benefícios do parto normal. Além disso, proporcionar algumas nuances sobre o panorama brasileiro em relação a taxa de cesarianas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo teve como método quantitativo, epidemiológico, documental e observacional da ocorrência de partos vaginais e cesarianos no estado do Paraná e distritos. Foram utilizados dados secundários da 15ª Regional de Saúde do estado do Paraná obtidos por meio do SINASC - Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos em relação ao tipo de parto, tendo o recorte temporal compreendido entre o período de 1996 a 2019.

Para uma melhor análise dos dados estatísticos extraídos do SINASC, foi considerada a variável denominada como Grupo de Robson, sendo uma classificação utilizada nos hospitais para auxiliar no monitoramento das cesáreas por meio da utilização de aspectos como antecedentes obstétricos, números de fetos, apresentação fetal, se o parto foi induzido ou espontâneo, assim como a idade gestacional em mulheres que realizaram cesáreas no hospital avaliado (LINS, 2021).

A realização dos gráficos e a análise dos dados ocorreu por meio de estatística simples, comparando a taxa de incidência do parto cesáreo entre 1996-2019 na 15ª Regional de Saúde do Paraná, bem como a taxa de cesáreas nas cinco macrorregiões brasileiras (sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste) no período de 2000 a 2014.

Além da coleta de dados, foi feita uma breve busca bibliográfica utilizando as bases de dados como *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) e *Pubmed*, por meio dos descritores de busca “obstetrícia AND parto normal” “nascimento AND humanização da assistência”. Dessa forma, foi utilizada a busca booleana AND para facilitação da identificação das publicações que compuseram a discussão deste trabalho. Diante disso, uma seleção e uma releitura crítica foram realizadas com o intuito de formalizar opiniões cientificamente aceitas em nossa sociedade para abordar a temática supracitada e elucidar a importância de pensar em meios e possibilidades de mudar esse condenável contexto.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 O MOVIMENTO DE HUMANIZAÇÃO

Segundo Possati (2017) até o século XVII, as mulheres realizavam os partos em casa com a ajuda de parteiras e com a presença de seus familiares, que na grande maioria das vezes viam aquilo como um espetáculo. Devido à ausência de conhecimento e de técnicas médicas, havia muita mortalidade materna e perinatal, contudo, isso não era visto como um problema a ser resolvido pelo governo. Esse panorama começou a ser discutido na esfera pública apenas no século XVII devido a uma necessidade político-econômica.

A partir dessa necessidade, tal cenário começou a ser mudado, e as parteiras foram sendo substituídas gradativamente pelos médicos, os quais ainda optavam pela realização do parto vaginal, já que, devido à falta de conhecimentos cirúrgicos sobre esterilização e outros métodos e procedimentos, ainda havia muitos óbitos na via cesárea, situação que foi se aprimorando após um século, quando houve a evolução das técnicas operatórias, aumentando, assim, o número dessas cirurgias (POSSATI, 2017).

Desse modo, o caráter íntimo do parto foi sendo substituído, e as mulheres passaram a perder a sua privacidade, na grande maioria das vezes eram internadas em quartos coletivos sem a presença de familiares ou de pessoas de sua confiança. Uma progressiva institucionalização do parto foi ocorrendo e as regras eram determinadas pelo hospital e pelo médico, as vontades da gestante não eram integradas ou consideradas em nenhum momento desse processo. Esse contexto foi o palco do início de movimentos que tinham como propostas a humanização do parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

No panorama brasileiro, a humanização do parto começou a ganhar força nos anos 90, quando o Ministério da Saúde colocou a mulher como prioritária, apresentando três pontos principais a serem abordados por seus projetos: combater a violência contra a mulher, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e melhorar a saúde reprodutiva (SERRUYA; CECATTI, LAGO, 2004).

No ano de 1993, por meio da “Carta da Campinas”, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - Rehuna, a qual condenava as condições desumanas às quais as mulheres eram submetidas nesse procedimento, buscando, assim, melhorias em todo o processo, desde evitar imposições e intervenções médicas desnecessárias, até na escolha da posição do parto (MENDES, 2018).

Além disso, no ano de 1996, um guia para a assistência ao parto normal foi publicado e nele foi divulgada uma série de recomendações sobre essa via de parto, e com esse documento a Organização Mundial da Saúde (OMS) objetivava garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções cirúrgicas desnecessárias. Nesse mesmo contexto, em 2000, surgiram o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), e o Programa de Humanização dos Hospitais, como relata Diniz (2005).

Apesar de todos esses acontecimentos, em pleno século XXI a desumanização do parto ainda permeia o nosso sistema de saúde. As causas para isso ainda não são consensuais, no entanto, podemos destacar fatos como a mercantilização da saúde e a falta de compromisso profissional. A título de exemplificação, de todos os hospitais que atendem ao parto no Brasil, cerca de 4.700, o que totaliza 63%, são conveniados ao SUS,

isso significa que esses estabelecimentos “vendem” serviços. Como a grande maioria das empresas, o lucro e o corte de gastos sobrepõem a importância da qualidade do atendimento (SERRUYA, 2004).

Isso fica ainda mais evidente quando deixamos a teoria de lado e analisamos algumas situações na prática, por exemplo, o uso da anestesia. De acordo com a Portaria/GM/MS 2815, criada em 1998, todas as gestantes, independente da via de parto, têm direito a anestesia. Contudo, a inclusão de honorários para o serviço de anesthesiologia fica impossibilitada, decorrente do aumento do custo do parto normal, o que faz com que nem todas as gestantes tenham acesso a esse benefício (DINIZ, 2005; SERRUYA; CECATTI, LAGO, 2004).

3.2 AS VANTAGENS DO PARTO NORMAL EM RELAÇÃO À CESÁREA E A ESCOLHA DO TIPO DE PARTO

Do período inicial da gestação até os 3 anos de idade ocorrem intensas transformações no organismo da criança que vão influenciar em uma infância e uma vida adulta saudáveis. Desse modo, estudos que abordam essa fase da vida são de extrema importância. Nesse contexto, entendemos que um pré-natal de qualidade e a espera do tempo certo de nascer devem ser considerados por serem momentos relevantes para a saúde do bebê (BLACK, 2017).

A OMS chega a considerar epidêmica a elevação das taxas de cesárea, e o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking mundial dos países com o maior número de cesarianas. A escolha pela cesárea ocorre por diversos fatores, dentre eles está o fato de que a cada dia que passa, e conforme as técnicas cirúrgicas vão sendo aprimoradas, o parto cesáreo fica mais seguro (OMS, 2015).

Sabe-se que o parto cirúrgico, quando indicado, pode salvar vidas, tanto a da gestante quanto a do bebê, em situações específicas como quando há placenta prévia, apresentação pélvica, duas ou mais cesáreas anteriores, eclampsia ou pré-eclâmpsia, macrossomia fetal, no caso de gestantes portadoras de herpes genital (situação de crise na hora do parto) ou portadoras de HIV - se a carga viral na hora do parto for desconhecida ou estiver maior ou igual a 1000 cópias/ml e a idade gestacional maior ou igual que 34 semanas (SILVA ACL et al., 2017).

Contudo, quando feito de forma eletiva, sem as recomendações necessárias, a cesárea pode se tornar um problema de saúde, já que pode aumentar as chances de

morbidade e de mortalidade para a mulher e para o recém-nascido, além de influenciar negativamente em processos naturais como a amamentação (SILVA ACL et al., 2017).

De acordo com a OMS (2015), a escolha do parto é um momento que deve ser analisado pela gestante juntamente à equipe médica sempre tendo a base científica como o seu alicerce. Desse modo, esse processo deve ser fundamentado em aspectos clínicos consistentes e em contextos específicos.

Conforme citado anteriormente, a cesárea se torna muito importante na intervenção quando os riscos superam os benefícios se comparada ao parto vaginal. Entretanto, o que ocorre é uma disseminação desenfreada de cesáreas realizadas sem as reais indicações, como mostra o estudo realizado em âmbito nacional intitulado “Nascer no Brasil”, que avaliou as intervenções obstétricas em mulheres com o risco habitual, e constatou que, de todos os partos avaliados, cerca de 51,9% foram cesáreas, e dessas, 45,5% ocorreram em gestantes de baixo risco, ou seja, a escolha da via de parto não foi coerente com o as recomendações da Organização Mundial da Saúde (LEAL, 2019).

A alta taxa de cesáreas ocorre devido a diversos fatores que vale a pena serem destacados. Um deles, e talvez o principal, é a falta de informação em relação as vias de parto. É preconizado que todas as dúvidas das gestantes sejam esclarecidas no momento do pré-natal, contudo, isso não é visto na prática e, conseqüentemente, os aspectos negativos sobre o parto vaginal permanecem enraizados na sociedade, como o medo de sentir dor, medo dos procedimentos invasivos como a episiotomia e, as também alterações na anatomia e na fisiologia da vagina (LOPES et al., 2005).

Um outro fator a se considerar é a vivência de uma gestação anterior, que também influencia nesse processo, uma vez que as gestantes que passaram por cesárea prévia permanecem optando por essa via, seja pelo medo de realizar o parto vaginal, ou pelo errôneo pensamento de que uma vez feita cesárea todos os próximos partos devem permanecer por essa mesma via (ESTRINGER et al., 2018).

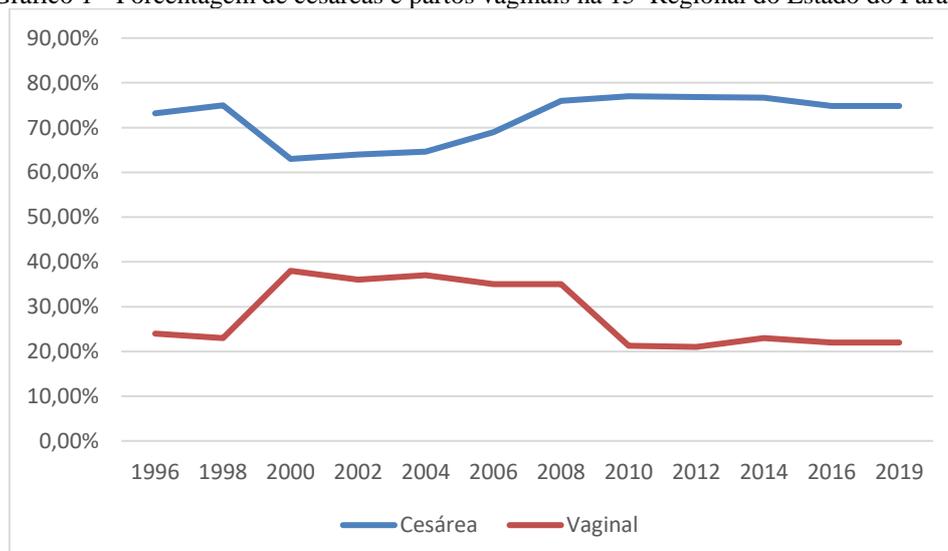
Somadas aos fatores mencionados, as vontades das gestantes são frequentemente negligenciadas, e os profissionais de saúde tomam todas as decisões, informando apenas a escolha final para a mulher. Muitas vezes, os próprios médicos optam pela cesárea devido à conveniência que esse procedimento traz para ele, como profissional. Por tratar-se de um procedimento mais rápido (tempo médio em torno de 40 a 50 minutos) e ser um procedimento com data e hora marcados, o médico não precisa ficar à disposição da gestante fora do horário pré-determinado. (GONÇALVES et al., 2009).

O parto vaginal, oferece para mãe uma rápida recuperação, um aumento da produção de leite materno, retorno do útero ao tamanho normal mais rápido, e possibilita o vínculo mãe-bebê. Quando pensamos no bebê, os benefícios ficam ainda mais evidentes, podemos citar, por exemplo, um melhor desenvolvimento respiratório, uma vez que a compressão do tórax do bebê no processo do parto vaginal ajuda a expelir os líquidos presentes em seu pulmão. Além de um melhor amadurecimento de sistemas, como o imunológico, uma vez que o contato do recém-nascido (RN) com a microbiota vaginal da mãe é importante para a colonização da microbiota gastrointestinal do RN. Ademais, devido à hipóxia e às contrações uterinas, esses bebês nascem com um maior número de leucócitos quando comparados aos que nasceram por via cirúrgica (COELHO, 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Delimitando o estudo no Paraná, mais especificamente para a 15ª Regional de Saúde, a análise dos dados, juntamente com a revisão bibliográfica, permitiu o entendimento do panorama de nascimentos nessa regional de saúde entre os anos de 1996 e 2019. Nesse sentido, constatou-se que a taxa de cesárea no ano de 1996 era de 73,17%, chegando a 74,8% em 2019. Ao realizar a média da ocorrência de cesáreas nestes 24 anos (1996 - 2019), obtém-se cerca de 72,28%, segundo os dados divulgados pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC, conforme representado no gráfico 1.

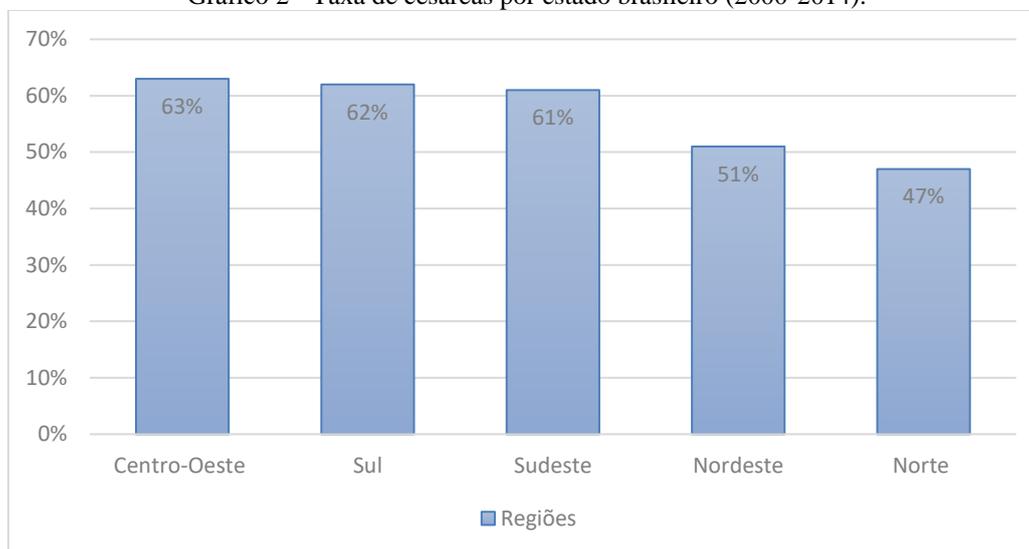
Gráfico 1 - Porcentagem de cesáreas e partos vaginais na 15ª Regional do Estado do Paraná.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SINASC.

Ao analisarmos as demais regiões do Brasil, nota-se que em algumas regiões o problema da alta adesão aos partos cesáreas é mais evidente, como a região Sul, que entre os anos de 2000 e 2014 possuía uma taxa de cesáreas de 62%, perdendo apenas para o Centro-Oeste, com 63%, ocupando, assim, a segunda posição no ranking das regiões que mais realizam essa cirurgia no Brasil, como podemos verificar no gráfico 2, a seguir. O estado do Paraná não diverge quanto aos índices encontrados a nível dos estados brasileiros, sendo encontrados altos índices de cesarianas no estado. Posto isso, há a necessidade de políticas nacionais que visem dissolver as influências históricas e financeiras no processo do parto.

Gráfico 2 - Taxa de cesáreas por estado brasileiro (2000-2014).



Fonte: Elaborado pelos autores com dados extraídos do SINASC.

Segundo Lins (2021), a classificação de Robson foi criada para reduzir as taxas de cesariana em hospitais. Além disso, ela serve para monitorar as taxas de ocorrência desse procedimento em um determinado local, bem como proporcionar a análise regional dos casos. Dessa maneira, ela se divide em 10 grupos que levam em consideração seis conceitos obstétricos que são: a paridade da mulher (número de filhos); gestação única ou gemelar; apresentação do bebê durante o trabalho de parto (cefálica, pélvica ou transversa); idade gestacional (a termo, pré-termo ou sem correlação); tipo de parto (espontâneo, induzido ou independente) e presença ou não de cesárea prévia. A fim de melhor elucidar os dez grupos de Robson, foi confeccionada a Tabela 1 a seguir:

Tabela 1- Os dez grupos de Robson e suas características.

GRUPO	Paridade	Cesárea Prévia	Apresentação do bebê	Idade Gestacional	Gestação	Tipo de Parto
1	Nulípara	Nenhuma	Cefálica	Termo	Única	Espontâneo
2	Nulípara	Nenhuma	Cefálica	Termo	Única	Induzido
3	Múltipara	Nenhuma	Cefálica	Termo	Única	Espontâneo
4	Múltipara	Nenhuma	Cefálica	Termo	Única	Induzido
5	Múltipara	Sim	Cefálica	Termo	Única	Sem correlação
6	Nulípara	Nenhuma	Pélvica	Sem correlação	Única	Sem correlação
7	Múltipara	Sem correlação	Pélvica	Sem correlação	Única	Sem correlação
8	Sem correlação	Sem correlação	Sem correlação	Sem correlação	Múltipla	Sem correlação
9	Sem correlação	Sem correlação	Transversa	Sem correlação	Única	Sem correlação
10	Sem correlação	Sem correlação	Cefálica	Pré-termo	Única	Sem correlação

Fonte: Adaptada de FIOCRUZ (2018).

Sendo assim, na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, foi possível constatar que a alta taxa de cesáreas nesses anos teve prevalência em mulheres de faixa etária entre 25 e 29 anos, classificadas no grupo 5 de Robson, ou seja, múltiparas, com cesárea prévia, um único feto, apresentação cefálica e a termo, segundo o SINASC.

O grupo 5 de Robson apresenta maiores incidências em comparação aos demais grupos, o que foi evidenciado neste estudo. Essa conjuntura demonstra que mesmo mulheres com características propensas a um parto vaginal, ou seja, aquelas que possuem menos riscos de intercorrências, optam pela realização da cesárea. Desse modo, esse grupo de mulheres deve ser alvo de estratégias que informar e conscientizar visando, assim, uma redução no número do parto cirúrgico sem as reais indicações (ALGARVES, 2019).

Segundo o autor Spohr (2018), o aumento do número de cesáreas apresenta algumas facetas quanto os riscos de morbimortalidade para a mãe e o bebê, de maneira que o procedimento pode acarretar não só a morte como sequelas e complicações irreversíveis.

A cesárea pode apresentar complicações graves que interferem na viabilidade e desenvolvimento das gestações posteriores, fato que podem ocasionar problemas obstétricos relacionados ao potencial risco de parto prematuro. Dessa maneira, podem predispor em uma futura gestação a ruptura uterina, placenta prévia bem como lesões em outros órgãos como bexiga e intestino (SPOHR, 2018).

Sabe-se que inúmeros fatores são determinantes na escolha do método que a gestante deseja ter o seu filho. Nesse sentido, as experiências compartilhadas ou prévias, bem como a relação médico paciente estabelecida são capazes de interferir na escolha da via de parto. É importante que as mulheres saibam, adquiram o conhecimento e sanem suas dúvidas com o médico que a acompanha no pré-natal para que seja capaz de discernir e tenha autonomia sobre o que ela deseja em relação ao seu parto (NUNES, 2020).

Segundo Nunes (2020), é papel do médico esclarecer sobre os métodos e proporcionar um vínculo de confiança com a paciente para que ela consiga discernir sobre as vantagens e desvantagens que estará sujeita diante das vias de parto.

Segundo o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (2017), quando realizamos o parto cirúrgico eletivo antes de 40 semanas o feto não está completamente formado. O sistema nervoso do feto, por exemplo, termina de ser formado entre 35 e 39 semanas de gestação. Quando a cesárea é realizada nesse período, o neonato pode ter problemas no controle térmico, na alimentação, na visão, na audição, na aprendizagem e na respiração, apresentando, ainda, um maior risco de morte.

Para a mãe, a via cirúrgica está relacionada com um maior risco de infecções pós-parto, complicações anestésicas, hemorragias, histerectomia e trombose. Essa última ocorre devido ao maior tempo de permanência da mãe no leito, o que aumenta a estase venosa e favorece o surgimento de trombos (MASCARELLO et al., 2021).

Nesse âmbito, o estado do Paraná conta com o programa Mãe Paranaense, esse, por sua vez, tem o intuito de garantir alguns aspectos fundamentais no processo da gestação, como as 7 consultas no pré-natal, o atendimento especializado e de qualidade, a realização de exames e a estratificação de risco em habitual, intermediário ou alto tanto da mãe quanto do bebê (SANTOS, 2020).

A iniciativa surgiu em 2012, a partir de uma experiência positiva que a cidade de Curitiba obteve com o programa Mãe Curitibana, período em que houve a redução da mortalidade das gestantes e dos bebês. Conforme afirma Santos (2020), a satisfação das gestantes no estado aumentou e a triagem já é realizada na grande maioria das crianças. O principal objetivo do programa Mãe Paranaense é propagar e levar informação às pessoas, e conseqüentemente reduzir a mortalidade materna e infantil em todo o estado do Paraná, apoiando os municípios com incentivo financeiro e qualificação profissional

5 CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi analisar os dados da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, coletados no SINASC, que informam sobre os números e os tipos de parto feitos no estado bem como proporcionar algumas nuances sobre o panorama brasileiro em relação a taxa de cesarianas.

Após apresentar, com base em dados, um número tão elevado de cesáreas realizadas no Brasil e na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, foi visto que tanto o País quanto o estado do Paraná estão indo de encontro às orientações da OMS, que propõe como porcentagem ideal que até 15% dos partos sejam cesáreos.

Vimos que via cesárea é muito importante em casos específicos, para os quais há reais indicações. Contudo, o aumento da taxa dessa via demonstra alguns ideais que permeiam a sociedade brasileira, e a falta de conhecimento dos benefícios do parto vaginal é o que mais levam as gestantes a optarem por essa via de parto.

Conforme as orientações da OMS, todas as informações e dúvidas do processo de parto deveriam ser abordadas e esclarecidas junto ao médico durante as consultas do pré-natal com intuito de desmistificar os malefícios do parto vaginal, e explicar que o parto cesáreo é, sim, uma boa via de parto quando há real necessidade e indicação para tal. No caso de partos cesáreos sem real necessidade, há mais riscos do que vantagens, o que pode até colocar as vidas da mãe e do bebê em risco.

Tendo em vista a relevância do tema para as gestantes, para o bebê e para a sociedade como um todo, torna-se extremamente necessário que haja um aumento da conscientização a respeito dessa temática nas consultas pré-natais, a fim de conscientizar as mulheres da segurança e dos benefícios do parto vaginal.

Ademais, ao verificarmos o processo de humanização, que ocorreu e ocorre no Brasil, concluímos que foi um processo lento, e que até os dias de hoje ainda encontra diversos desafios que devem ser combatidos, para que assim as gestantes contem com um suporte adequado e de confiança nesse momento tão importante.

Frisamos também a possibilidade do uso de anestesia para as mulheres que optarem pelo parto vaginal, uma vez que a anestesia é um direito delas desconhecido por muitas, por isso, nem sempre a anestesia é feita. A escolha da via de parto deve ser uma decisão conjunta entre mãe e médico, sendo dever do médico elucidar todas as dúvidas da gestante e deixar que ela tenha discernimento e liberdade para optar pela via que preferir, salvo condições de perigo para a gestante ou para o bebê.

Ressaltamos que os dados estão em constante mudança, deste modo, é possível que estudos posteriores a este tragam dados diferentes dos apresentados aqui.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa Rede Mãe Paranaense poderia ser considerado pelo Governo Federal, a fim de disseminar esse programa em todo o território brasileiro, uma vez que resultados positivos já foram constatados, apresentando benefícios para o binômio Mãe x Filho.

REFERÊNCIAS

ALGARVES, T. R. Classificação De Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. **Enferm. Foco**, 148- 154. 2019.

American College of Obstetricians and Gynecologists. **El parto electivo antes de las 39 semanas**. 2017. Disponível em: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-parto-electivo-antes-de-las-39-semanas> . Acesso em: 09 mar. 2022.

BARROS, Maria da Luz Ferreira. Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 496-504, 2011.

BASTOS et al. Pesquisas científicas relacionadas a Emergências obstétricas. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**, 2009.

BLACK, Maureen M. et al. Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale 1: Early childhood development coming of age: Science through the life course. **Lancet (London, England)**, v. 389, n. 10064, p. 77, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [internet]. 2021. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

COELHO, Gabriela Diniz Pinto et al. Acquisition of microbiota according to the type of birth: An integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4466.3446> . Acesso em: 09 mar. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.

FERREIRA, Kely Mendes; MACHADO, Larissa Vanessa; DO AMPARO MESQUITA, Maria. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura/ Humanization normal child birth: a review of literature. **Saúde em Foco**, v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública**. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica#:~:text=Segundo%20o%20Conselho%20Federal%20de,1000%20nascimentos%20de%20parto%20normal>. Acesso em: 08 jun. 2022.

FIOCRUZ, Ministério da Saúde. **CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON**: portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf> . Acesso em: 09 jun. 2022.

GUIMARÃES, Nara Moraes. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal Of Development**. Curitiba, p. 11942-11958. fev. 2021.

GONÇALVES, Aniandra Karol; MISSIO, Lourdes. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. **Anais do Enic**, n. 1, 2009.

LEAL, Maria do Carmo. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). Inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011 a 2012). 2019. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 09 mar. 2022.

LINS, Jordana Julia Almeida; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SILVA, Jovania Marques de Oliveira e. A aplicação da Classificação de Robson nas maternidades brasileiras como ferramenta para redução das taxas de cesariana: uma revisão de literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 13, p. 1-10, 3 out. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20953>.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MASCARELLO, Keila Cristina et al. Análise das complicações maternas precoces e tardias associadas à via de parto utilizando escore de propensão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. e210027, 2021.

MASCARELLO, Keila Cristina. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 105, 27 nov. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA).

MENDES, Karoline de Aguiar. **A caracterização da violência obstétrica na assistência prestada à parturientes em um hospital de ensino de Campo Grande, Mato Grosso do Sul**. 2018. Disponível em: <https://inisa.ufms.br/files/2019/04/A-CARACTERIZA%C3%87%C3%83O-DA-VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-NA-ASSIST%C3%8ANCIA-PRESTADA-%C3%80-PARTURIENTES-EM-UM-HOSPITAL-DE-ENSINO-EM-CAMPO-GRANDE-MATO-GROSSO-DO-SUL.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2022.

NUNES, Gabriella Zilli. **CESARIANA: UMA ESCOLHA DA MULHER**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/4919/1/Cesariana%2C%20uma%20escolha%20da%20mulher..pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, n. 37, p. 212-227, 2012.

POSSATI, Andressa Batista. Humanização do Parto: significados e percepções de enfermeiras. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/VVsfXjcBCgnXBYVNf7m68XS/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 08 jun. 2022.

SANTOS, Daiane Ribeiro dos et al. Assessment of effectiveness of the Rede Mãe Paranaense Program. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 70-85, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44n124/70-85/>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giacomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, p. 269-279, 2004.

SILVA, Ana Carolina Lima et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139> . Acesso em: 09 mar. 2022.

SPOHR, Fabiana Aparecida. **DISTRIBUIÇÃO DE CESÁREAS EM MUNICÍPIO DE FRONTEIRA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON**. 2018. Disponível em: https://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3820/5/Fabiana_Aparecida_Spohr_2018.pdf . Acesso em: 09 jun. 2022.

Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=A38D4F2DB4A80A1DFAFC47CD631DE7A0?sequence=3 . Acesso em: 09 mar. 2022.