



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

KÉSIA LARISSA BRITO COUTINHO

LUCAS VENÂNCIO SILVA CIRILO

ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INDICAÇÕES
DE PARTOS CESARIANAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNA DO
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA ENTRE OS ANOS DE 2019-2022

ALTAMIRA – PARÁ
2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA**

KÉSIA LARISSA BRITO COUTINHO

LUCAS VENÂNCIO SILVA CIRILO

**ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INDICAÇÕES
DE PARTOS CESARIANAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNA DO
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA ENTRE OS ANOS DE 2019-2022.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como
requisito para obtenção de grau de bacharel em medicina
pela Universidade Federal do Pará.

Orientador(a): Prof.^a Msc. Rosiane Luz Cavalcante
Co-orientador(a): Prof. Dr. Luís Antônio Loureiro Maués

ALTAMIRA – PARÁ
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C871a Coutinho, Késia Larissa Brito.
ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES
ASSOCIADOS ÀS INDICAÇÕES DE PARTOS CESARIANAS
EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNA DO MUNICÍPIO
DE ALTAMIRA-PA ENTRE OS ANOS DE 2019-2022 / Késia
Larissa Brito Coutinho, Lucas Venâncio Silva Cirilo . — 2023.
60 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. MSc. Rosiane Luz Cavalcante
Coorientador(a): Prof. Dr. Luiz Antônio Loureiro Maués
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade
Federal do Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de
Medicina, Altamira, 2023.

1. Cesárea. 2. Gravidez prolongada. 3. Saúde da Mulher. 4.
Gestantes. I. Título.

CDD 618.2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA**

KÉSIA LARISSA BRITO COUTINHO

LUCAS VENÂNCIO SILVA CIRILO

**ANÁLISE DA FREQUÊNCIA E DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INDICAÇÕES
DE PARTOS CESARIANAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNA DO
MUNICÍPIO DE ALTAMIRA-PA ENTRE OS ANOS DE 2019-2022.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
como requisito para obtenção de grau de
bacharel em medicina pela Universidade
Federal do Pará.

Examinador: Aldine Cecília Lima Coelho

Nota:

Data: 22/06/2023

Examinador: José Rogério Sousa Monteiro

Nota:

Data: 22/06/2023

**ALTAMIRA – PARÁ
2023**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela minha vida e por estar sempre ao meu lado em todos os obstáculos que tive de ultrapassar, além de ser meu combustível diário para que eu conseguisse chegar até aqui.

Agradeço à minha família: aos meus pais, Patrícia e Fábio, à minha irmã Fabrina, à minha prima Vitória, ao meu tio Clauber, aos meus avós Alice e Francisco e ao meu namorado Andrey que me deram e me dão suporte estrutural, emocional e forças nos momentos difíceis para continuar minha dedicação a este trabalho.

Sou imensamente grata aos meus orientadores, Rosiane Luz Cavalcante e Luís Antônio Loureiro Maués pela total dedicação neste trabalho e por me conduzir e me apoiar até aqui.

Um agradecimento à minha dupla de TCC, Lucas Venâncio, por dividir comigo o ânimo em fazer esse trabalho e tentar compreender um pouco mais de uma das diversas problemáticas que é a atenção à saúde materno infantil. E que também dividiu comigo os momentos de angústia, fragilidade, ansiedade e cansaço durante o trajeto de desenvolvimento desse estudo.

Késia Larissa Brito Coutinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por tudo o que tem feito em minha vida, por me inspirar nessa caminhada acadêmica e no desenvolvimento do meu lado profissional.

Agradeço a minha família, minha mãe Vanuza Cirilo, meu pai Luiz Cirilo, meu irmão Leonardo Cirilo, minha avó Raimunda Silva (*in memoriam*), Catarina e minha cunhada Edjane Reis por todo o apoio que me deram ao longo desses anos na faculdade. Vocês são muito importantes para mim.

À minha dupla, Késia Coutinho, meu mais profundo sentimento de gratidão por ter sido meu apoio nessa faculdade durante o período de construção do TCC.

À minha orientadora, Prof^a Msc. Rosiane Luz Cavalcante, e ao meu coorientador, Prof^o Dr. Luís Antônio Loureiro Maués, muito obrigado por terem aceitado orientar esse trabalho e fazerem parte dessa etapa de minha jornada acadêmica.

Lucas Venâncio Silva Cirilo.

“Foi só o amor de Jesus que me pode fazer superar essas dificuldades e as outras seguintes, pois foi de seu agrado fazer-me realizar minha vocação através de provações muito grandes”.

(Santa Teresa do Menino Jesus, 1986, p. 132)

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Código Internacional de Doenças

CV – Carga Viral

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCP – Desproporção Cefalopélvica

DPP – Descolamento Prematuro de Placenta

IG - Idade Gestacional

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GP - Gravidez Prolongada

HGA – Hospital Geral de Altamira

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MS – Ministério da Saúde

OI - Oligoidrânio

OMS – Organização Mundial da Saúde

SHG - Síndrome Hipertensiva Gestacional

SINASC – Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: A assistência ao nascimento tem passado por diversas transformações ao longo da história. De atendimento por parteiras, passa a ser transferido ao ambiente hospitalar devido ao desenvolvimento de técnicas cirúrgicas. Com isso, as cesarianas progressivamente passaram a ser indicadas nos momentos em que partos vaginais apresentavam riscos de morte materna e perinatal. O procedimento cirúrgico deve ser realizado em casos de necessidade justificada. No ranking da Organização Mundial da Saúde (OMS), entretanto, o Brasil ocupa a segunda colocação entre os países que realizam mais cesarianas com taxa de 55% e o município de Altamira: 62,44%, valores muito acima do limite recomendado pela OMS. **Objetivo Geral:** Analisar a frequência e os fatores associados às indicações de cesarianas em hospital de referência materna do município de Altamira-PA durante o período de 2019-2022. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, que será realizado através da coleta de dados dos prontuários das mulheres parturientes no Hospital Geral de Altamira (HGA). **Resultados:** Do total de 8777 partos ocorridos no período 2019-2022 no HGA, 58,43% ocorreram por cesárea. Evidencia-se, ainda, que o CID O48 (gravidez prolongada) representa a maior indicação para esse tipo de parto (15,95%). As características sociodemográficas demonstraram que a população do estudo se caracterizou por mulheres jovens, com idade predominante entre 15 e 35 anos (91,80%). Quanto aos antecedentes obstétricos, 42,12% eram primíparas, contra 57,78% de multíparas. Do total de pacientes analisadas, 43,74% já haviam realizado cesáreas anteriores. **Conclusão:** Há uma incidência alta da taxa de partos cesarianos no município, estando acima da metade da quantidade de partos totais. é essencial evitar intervenções desnecessárias em mulheres grávidas e diminuir os índices altos de partos cesarianos sem indicação e ampliar a prática do parto humanizado.

Palavras-Chave: Cesárea. Gravidez prolongada. Saúde da Mulher. Gestantes.

ABSTRACT

Introduction: Birth care has undergone several transformations throughout history. From being attended by midwives, childbirth began to be transferred to the hospital environment due to the development of surgical techniques. As a result, cesarean sections progressively began to be indicated at times when vaginal deliveries presented risks of maternal and perinatal death. The surgical procedure should be performed in cases of justified need. In the WHO ranking, however, Brazil ranks second among the countries that perform the most cesareans with a rate of 55% and the municipality of Altamira: 62.44%, values well above the limit recommended by the WHO. **General Purpose:** To analyze the indications for cesarean sections in a maternal reference hospital in the city of Altamira-PA. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective, quantitative work, which will be carried out through the collection of data from the medical records of pregnant women at the Hospital Geral de Altamira (HGA). **Results:** Of the total of 8777 births that occurred in the period 2019-2022 at the HGA, 58.43% occurred by cesarean section. It is also evident that ICD O48 (prolonged pregnancy) represents the highest indication for this type of delivery (15.95%). The sociodemographic characteristics emphasized that the study population was characterized by young women, predominantly aged between 15 and 35 years (91.80%). As for obstetric history, 42.12% were primiparous, against 57.78% of multiparous women. Of the total number of pregnant patients, 43.74% had already undergone previous cesarean sections. **Conclusion:** There is a high incidence of cesarean deliveries in the municipality, being above half of the total number of deliveries. it is essential to avoid unnecessary interventions in pregnant women and to reduce the high rates of cesarean deliveries without indication and to expand the practice of humanized childbirth.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo geral.....	14
2.2. Objetivos específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1. Histórico do parto cesariano	15
3.2. Indicações de parto cesariano	16
3.2.1. Cesarianas de emergência.....	16
3.2.2. Cesarianas eletivas: causas maternas.....	18
3.2.3. Cesarianas eletivas: causas fetoanexiais.....	20
3.2.4. Cesariana a pedido.....	21
3.2.5. Complicações da cesariana.....	22
4. METODOLOGIA.....	24
4.1. Locais de estudo/população de referência	24
4.2. População do estudo e quantidade da amostra	24
4.3. Critérios de Inclusão.....	25
4.4. Critérios de exclusão.....	25
4.5. Coleta e análise de dados.....	26
4.6. Variáveis do estudo.....	26
4.7. Aspectos ético-legais	26
4.8. Riscos.....	27
4.9. Benefícios	27
5. RESULTADOS	28
5.1. Quantitativo de partos vaginais e cesarianos no HGA.....	28

5.2.	Perfil sociodemográfico	28
5.3.	Perfil clínico-obstétrico.....	30
5.4.	Indicações de parto cesariano por CID.....	31
5.5.	Indicações de parto cesariano por CID de acordo com a idade gestacional das parturientes	32
6.	DISCUSSÃO	34
6.1.	Quantitativo de partos vaginais e de cesarianas	34
6.2.	Indicação de parto cesariano de acordo com o CID	36
6.3.	Perfil sociodemográfico de parturientes	39
6.4.	Perfil clínico obstétrico das parturientes	40
6.5.	Possíveis soluções para reduzir o número elevado de cesarianas no município	43
7.	CONCLUSÃO.....	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	57

1. INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência significativa para a mulher devido sua transformação nesse período, visto que marca o fim de uma trajetória e o início de outra: o bebê no ventre e o bebê nos braços. Dessa forma, o parto inaugura novas experiências na vida da mulher, de como ela idealizou esse momento e como será de fato, uma vez que passa por diversas mudanças que ocorrem de acordo com a cultura da parturiente, o meio social e os aspectos físico, mental e emocional (DONELLI, 2003; MALDONADO, 2002).

Há vários tipos de parto: (1) parto natural, o qual é parto vaginal e sem procedimentos de intervenção; (2) parto normal, que é parto vaginal e há a utilização de anestésias modernas; (3) parto na água, realizado em uma banheira com água na temperatura de 37°C; (4) parto de cócoras; (5) parto à fórceps; (6) parto Leboyer e (7) parto cesárea, procedimento cirúrgico para a extração do feto por via abdominal (OLIVEIRA, 2002).

A via abdominal, conhecida também como cesárea, progressivamente passou a ser considerada o parto mais seguro e menos sofrido, em razão da evolução da anestesiologia, bem como do advento das transfusões sanguíneas e o uso de antibióticos, nos momentos em que partos vaginais apresentam riscos de morte materna e perinatal. Porém, esta via apresenta mais riscos de infecção à parturiente, recuperação mais lenta, amamentação dificultada, aumento de risco de doenças respiratórias para o bebê, entre outros, quando comparada ao parto vaginal (BRASIL, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), com a comunidade médica internacional, determinou, por meio de uma reunião realizada em Fortaleza-CE em 1985, com especialistas em saúde reprodutiva, que as taxas de parto cesáreo em uma determinada região ou população esteja em torno de 10 a 15% do total do número de partos (OMS, 2017). No Brasil, a taxa dessa via de parto está em cerca de 55%, acima do que preconiza a OMS, sendo, portanto, a via de parto que mais se realiza no país.

Por conseguinte, existem indicações para esse procedimento de acordo com a OMS. Nas indicações são levadas em consideração as características maternas, obstétricas, fetais e a relação entre a parturiente e o feto. Nesse processo, a equipe médica analisa o risco-benefício para a escolha da via abdominal (ARAÚJO, 2022).

A OMS recomenda que seja utilizado a Classificação de Robson para que as gestantes sejam organizadas em grupos que possibilitem examinar as chances de realização de procedimento de parto cesáreo, de acordo com os parâmetros e conceitos obstétricos. Essa

classificação auxilia a equipe médica e os serviços de saúde a adotar estratégias para os grupos de mulheres que possuem altas probabilidades de parto via abdominal e atenção aos outros grupos como forma de reduzir essas taxas (OMS, 2015).

As indicações são ainda divididas em (1) cesáreas de emergência, (2) cesáreas eletivas de causas maternas e (3) cesáreas eletivas de causas fetoanexiais. É importante conhecer essas indicações, pois as cesáreas sem indicações preconizadas pelas OMS não apresentam nenhum benefício para gestante ou bebê, por outro lado, pode afetar negativamente a saúde materna e fetal, pois assim como qualquer cirurgia, uma cesariana acarreta riscos imediatos e a longo prazo.

Segundo a OMS (2015), esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. As consequências do parto cesáreo sem indicação são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados. Por isso, entender e analisar os motivos pelos quais esses partos são indicados é de suma importância para a saúde pública no contexto de Altamira e região.

Considerando esse contexto, esta pesquisa objetivou-se analisar dados a respeito das indicações dos partos cesarianos realizados em mulheres internadas no Hospital Geral de Altamira (HGA), o qual é referência materna, localizado no município de Altamira, na região do Xingu, no estado do Pará entre o período de 2019 a 2022. A reflexão das indicações desse tipo de parto nesta região é de grande valia para, no futuro, minimizar o quantitativo de partos cesarianos desnecessários, o que vai de encontro com o que é preconizado pela OMS.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Analisar a frequência e os fatores associados às indicações de cesarianas em hospital de referência materna do município de Altamira-PA durante o período de 2019-2022.

2.2. Objetivos específicos

- a) Mensurar o quantitativo de partos vaginais e cesarianas.
- b) Identificar os principais indicativos de cesárea.
- c) Determinar o perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cesariana.
- d) Determinar o perfil clínico-epidemiológico de mulheres submetidas à cesariana.
- e) Sugerir possíveis soluções para reduzir o número elevado de cesarianas no município.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Histórico do parto cesariano

As primeiras referências à retirada do feto pela via abdominal são descritas nas primeiras civilizações, cuja história chegou pelos relatos da mitologia greco-romana, e em inscrições nos manuscritos persas e assírios, e nos papiros egípcios: “*Ibiq-iltum, filho de Sin-magir, nascido por cesariana e filho da mulher morta Atkasim*”. As primeiras cesarianas foram realizadas em gestantes mortas, e vale ressaltar que, antes de 1500, a cesariana era realizada em benefício da criança com o sacrifício da mãe. Sendo apenas datada em 1610, na Alemanha, a realização da primeira cesariana com o intuito de salvar a mãe e feto (MEDEIROS, 2010).

O processo de medicalização do parto teve seu início marcado por dois fatores: o surgimento dos hospitais e o estudo do mecanismo do parto por médicos que atuavam nesses locais entre 1700 e 1840. Dessa forma, o parto, que era feito em casa por parteiras, no seio familiar e dos acompanhantes, foi substituído por: médicos, uma equipe e um centro hospitalar para a realização do procedimento (MEDEIROS, 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto foi incluído nas instituições de saúde, devido aos novos conhecimentos e às habilidades dos profissionais nas áreas de: assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia; diminuiu-se, assim, a mortalidade da parturiente e do bebê. Esses progressos na área permitiram a consideração do parto cesariana como um dos partos mais seguros e menos sofríveis, passando a ser alternativa ao parto natural, nos momentos em que a vida da gestante, do feto (ou ambas) estivessem em risco. Apesar da institucionalização e do controle de riscos materno-infantil, houve a incorporação de muitas intervenções desnecessárias, o que ocasionou um crescimento exponencial de cesarianas ao longo do tempo (CAVALER *et al.*, 2018).

No Brasil, a primeira cesariana foi realizada no Hospital Militar do Recife, em 1817, pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço em uma mulher negra escravizada, que teria sobrevivido após o procedimento. O segundo relato de cesariana data de 1855, realizado por Luiz da Cunha Feijó, no Rio de Janeiro. Tratou-se de feto em apresentação pélvica, nascido vivo. No entanto, a paciente evoluiu para a morte dias depois por “comoção cerebral” seguida de “convulsões” (REZENDE, 2006).

Desse período até os últimos anos, a escolha pelo parto cesáreo cresceu de forma progressiva no país. Grande parte dessas cesarianas é feita de forma eletiva, sem indicação que justifique a cirurgia, e antes de a mulher entrar em trabalho de parto. Em muitas localidades,

faltam condições de assistência que favoreçam o sucesso do parto vaginal, tanto no setor público como no privado (UNICEF, 2017).

3.2. Indicações de parto cesariano

A cesariana é indicada após ampla avaliação das condições e circunstâncias da gestação, valendo-se ressaltar que a maioria dos procedimentos é relativo e individualizado, nos quais deve-se ponderar o risco-benefício para a gestante e para o feto (em relação à tentativa ou manutenção do parto por via vaginal). O ato cirúrgico é realizado quando o médico e/ou a paciente acreditam que a via abdominal vai proporcionar um melhor resultado materno e/ou fetal de acordo com fatores existentes que aumentam as chances da realização do procedimento (MENDONÇA *et al.*, 2021; BRASIL, 2016).

Esses fatores são relacionados a características: materno-fetais, a intercorrências clínicas ou obstétricas e a relações entre feto e gestantes, cuja identificação auxilia no planejamento do parto, para evitar emergências que induzam risco de desfecho desfavorável aumentado (SILVA, 2021).

As indicações são divididas em cesarianas de emergências, eletivas e a pedido, discorridas a seguir:

3.2.1. Cesarianas de emergência

As cesarianas de emergência incluem indicações claras e precisas de quando há necessidade de se lançar mão da via de parto mais rápida (abdominal), na tentativa de evitar ou minimizar um desfecho negativo iminente para a gestante e/ou feto. São decorrentes de ocorrências imprevisíveis ou decorrentes de fatores de risco que podem predizer complicações, mas que não é possível prever se realmente ocorrerão em dada gestação. O tempo padrão que se admite para a realização da cesariana é de 30 minutos (a partir do momento em que se nota a necessidade de levar a cabo o parto cirúrgico) (VILELA, NAZARIO e NUNES, 2019; BRASIL, 2000; ALVES *et al.*, 2020). As principais causas para adoção de cesariana de emergência são:

a) Sofrimento fetal

O sofrimento fetal intraparto decorrente de efeito isquêmico agudo sobre o espaço intervilo ou, às vezes, sobre a própria circulação umbilical, é geralmente causado por contrações uterinas excessivas ou pelo descolamento prematuro de placenta (DPP). Durante a

avaliação do perfil biofísico fetal, no exame cardiotocográfico (durante o trabalho de parto ou anteparto de feto com hipóxia crônica) a presença de resultado suspeito com oligoidrânio (OI) ou de resultado terminal são indicações de parto cesariana imediato se o feto for viável. Sinais de sofrimento fetal crônico (diagnosticado e acompanhado pelo exame de Doppler fetal) podem indicar também parto cesariana com um caráter de urgência, sempre após a realização de manobras necessárias para melhorar a oxigenação fetal (MARTINS, 2020; MONTENEGRO, 2017).

b) Anormalidades cardiotocográficas

Quanto às anormalidades da frequência cardíaca fetal, algumas anormalidades específicas evidenciadas na cardiotocografia são importantes pelo seu carácter de gravidade: desacelerações tardias, desacelerações variáveis graves e bradicardias prolongadas; as quais predizem hipóxia e acidemia fetal, sendo importantes sinais para indicação de cesariana emergencial, com tolerância mínima para o início do ato operatório (SILVEIRA e TRAPANI JÚNIOR, 2020).

c) Síndromes hemorrágicas agudas

Síndromes hemorrágicas agudas, em situações de sangramento placentário ou materno maciço, são indicativas de parto cesariana de emergência. O DPP, que é a separação prematura do útero após 20 semanas de gestação (de uma placenta implantada normalmente), é pouco previsível, embora alguns fatores de risco (como hipertensão arterial, uso de substâncias tóxicas, trauma e alterações estruturais uterinas) acompanhem o aumento das chances dessa intercorrência obstétrica. Além do DPP, placenta prévia com sangramento intenso configuram iminência de complicações fetais. A abordagem abdominal nesses casos é imprescindível e a cesariana de emergência dependerá dos achados e da avaliação do bem-estar fetal e materno (SIQUEIRA e FEITOZA, 2021).

d) Iminência de rotura uterina

A iminência de rotura uterina, cujos sinais são o anel de Bandl Frommel próximo à cicatriz umbilical e a distensão com retesamento dos ligamentos redondos, é uma possibilidade real em casos de desproporção cefalopélvica (obstrução do trajeto por causas ósseas ou de partes moles) e parturientes com cicatriz uterina anterior em que houve sutura do miométrio, como nos casos de miomectomia ou miometrectomia, tornando o risco de rotura uterina potencialmente maior, constituindo uma indicação emergencial de cesariana (ZUGAIB, 2020; CORREA *et al.*, 2011).

e) Cesárea *post mortem*

Quando há morte materna sob vigilância médica, a cesariana *post mortem* pode ser realizada até 20 minutos após o óbito, levando-se em consideração a viabilidade e maturidade fetal, que dependem da idade gestacional e da discussão e tomada de decisão quanto à conduta obstétrica perante os familiares (BREITWIESER, 2019).

f) Prolapso de cordão umbilical

O prolapso de cordão umbilical é a saída do cordão pela via de parto à frente da apresentação fetal durante a rotura das membranas ovulares, de forma espontânea ou artificial, com compressão funicular e consequente obstrução do fluxo sanguíneo para o feto. É comum quando existe polidrâmnio ou quando a apresentação fetal se encontra muito alta e móvel, frequentemente nas apresentações pélvicas. A conduta, nesses casos, é realizar o toque vaginal bidigital, com a intenção de manter a apresentação fetal alta para descompressão funicular e propiciar o parto por via mais rápida (WONG *et al.*, 2021; CUNNINGHAM, 2021).

g) Distocia funcional incorrigível

Na falha de progressão do parto (também conhecida como distocia funcional), deve-se iniciar, primeiramente, manobras corrigíveis que estimulem e reorganizem as contrações uterinas de forma que elas se tornem efetivas para a progressão do trabalho de parto: infusão de ocitocina, rotura artificial das membranas ovulares (amniotomia) e analgesia de parto. Não se observando efeito dessas manobras instituídas na progressão do trabalho de parto, a cesariana torna-se imperiosa (SANTOS, 2018; CORREA *et al.*, 2011).

h) Acidentes de punção (amniocentese/cordocentese)

Procedimentos fetais realizados a partir da viabilidade podem indicar cesariana quando ocorrem acidentes durante sua execução, com evidência de risco ou comprometimento fetal. Os acidentes de punção de terceiro trimestre, porém, são extremamente raros atualmente. A amniocentese é mais segura, com risco baixo de complicações. Por outro lado, a cordocentese possui um risco mais alto e apresenta maior incidência de acidentes de punção (MONTENEGRO, 2017).

3.2.2. Cesarianas eletivas: causas maternas

A cesariana eletiva inclui uma cirurgia planejada por razões maternas, fetais e placentárias e, em geral, devem ser executadas após períodos variáveis de trabalho de parto.

Quanto a causas maternas, elas ocorrem por fatores obstrutivos, doenças maternas, cicatrizes e cesáreas prévias, entre outras, a saber:

a) Fatores obstrutivos e tumores prévios

Fatores obstrutivos (como atresia de vagina e estenoses do canal do colo uterino residual de procedimentos anteriores) e tumores prévios (como carcinomas invasivos de colo do útero, vagina ou vulva, tumores ovarianos ou uterinos, condiloma acuminado gigante e varizes vulvovaginais volumosas e extensas) em partes moles são as principais causas de obstrução da via de parto vaginal. Tais obstruções podem causar distocia da via de parto e ser indicativas de cesariana (PALERMO *et al.*, 2019).

b) Intercorrências gestacionais graves e doenças maternas

Intercorrências gestacionais graves, que impeçam ou contraindiquem a indução do parto, podem necessitar de uma via de parto mais rápida. Em algumas situações que indiquem o término da gestação (síndrome HELLP e iminência de eclâmpsia) com feto na prematuridade extrema e com viabilidade o parto cesáreo favorece a gestante, já que as condições cervicais não favorecem o parto vaginal, nesses casos, e isso pode sobrecarregar o organismo materno (KAHHALE, FRANCISCO e ZUGAIB, 2018).

Além das doenças maternas supracitadas, pode-se citar as cardiopatias graves, cujas gestantes portadoras podem não suportar o trabalho de parto, sendo necessária a cesariana eletiva. Gestantes vivendo com o vírus da imunodeficiência humana: (HIV) sem tratamento antirretroviral, com carga viral (CV) desconhecida ou maior que 1.000 cópias virais e pacientes com herpes genital com lesão ativa são indicações relativas de cesarianas, com o objetivo de beneficiar o feto, reduzindo a transmissão vertical. Nos casos de pacientes com HIV em que a carga viral materna se apresenta abaixo de 1.000 cópias, a via de parto pode ser determinada apenas por fatores obstétricos, desde que garantida a profilaxia intraparto preconizada (LIMA *et al.*, 2020).

c) Cicatrizes uterinas e cesarianas prévias

Constituem indicações relativas de cesariana com fins de evitar a ocorrência de rotura uterina: cicatrizes uterinas prévias, como duas ou mais cesarianas anteriores; cesariana corporal longitudinal; e miometrectomias com menos de dois anos de intervalo entre o procedimento e o parto. No entanto, há pesquisadores que sugerem a permissão do nascimento por parto vaginal nesses casos, antes recomendando a realização da prova de trabalho de parto nas pacientes com uma cesariana anterior, na tentativa de viabilizar o parto normal, respeitando algumas

recomendações como a monitorização materna e fetal contínua durante o trabalho de parto. Recomenda-se também que não se tente a via vaginal de parto em mulheres que foram submetidas a cesarianas com incisões longitudinais altas (cesariana clássica anterior) devido ao maior enfraquecimento das fibras do miométrio nessas situações (SILVA *et al.*, 2020).

d) Correção de incontinência anal, urinária e de fistulas

A cesariana pode prevenir anormalidades em gestantes submetidas a correção de incontinência (anal e urinária), bem como em casos de fistulas decorrentes de parto vaginal prévio, sob o risco de recidiva e complicação definitiva durante um parto vaginal. Nessas situações, deve-se ponderar, portanto, os riscos e benefícios das duas vias de parto (SANTOS *et al.*, 2022).

3.2.3. Cesarianas eletivas: causas fetoanexiais

No que se refere às causas fetoanexiais, pode-se destacar a posição e o tamanho fetal, malformações fetais e gemelaridade, a saber:

a) Distocia e desproporção cefalopélvica

A distocia ou falha na progressão do trabalho de parto representa um terço das causas de cesarianas em países desenvolvidos, sendo que a causa dessa falha geralmente não é identificada. Contudo, costuma dever-se a contrações uterinas deficientes ou a uma desproporção cefalopélvica (DCP) (AMORIM, SOUZA e PORTO, 2010).

A DCP representa uma das mais frequentes indicações de cesariana. O diagnóstico de DCP só pode ser realizado durante o trabalho de parto conforme registro no partograma (PENN e GHAEM-MAGHAMI, 2001).

b) Posição pélvica e córmica

A via de parto em gestantes com fetos em apresentação pélvica é incerta. Em alguns países, a frequência de cesarianas por apresentação pélvica pode chegar a 80%, e isso se justificaria pelo fato de que o parto pélvico está associado ao aumento da morbimortalidade neonatal (AMORIM, SOUZA e PORTO, 2010).

Em relação à apresentação córmica, há impossibilidade de nascimento espontâneo e isso se constitui como uma indicação absoluta de cesariana. Nesses casos, não é recomendada

cesariana eletiva, pois pode haver mudanças na apresentação fetal até o trabalho de parto, uma vez que também se relaciona com aumento de morbidade perinatal (HOFMEYR *et al.*, 2015).

c) Gemelaridade

A via de parto nas gestações gemelares permanece sendo motivo de controvérsias. A escolha depende da corionicidade da gravidez, do número de fetos, das complicações materno-fetais e da apresentação dos fetos. Quando o primeiro gêmeo não se encontra em apresentação cefálica, recomenda-se a cesariana na paciente, devido ao risco existente de encravamento dos gêmeos, resultando em morte de ambos os conceitos. Em gestação com mais de dois fetos, a via de parto em mais de 90% das situações é de forma cesariana (SOUZA, AMORIM e PORTO, 2010).

d) Malformações fetais

Algumas malformações fetais são indicações de cesariana, a saber: gêmeos unidos, espinha bífida com meningocele; o intuito é, nesses casos, diminuir o risco de infecções. A gastrosquise e onfalocele constituem indicação nessa via de parto (ZUGAIB, 2020).

Portanto, dentre todas essas indicações (de urgência e eletivas), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018) e o Ministério da Saúde (2017) retificam algumas situações em especiais, já supracitadas, que podem gerar dúvidas quanto à via de parto, mas que, isoladamente, não são indicações de cesarianas, tais como: hepatites virais; a gestante soropositiva para HIV com CV menor de 1.000c/ml ou bolsa rota com trabalho de parto ativo; a infecção genital por HPV sem obstrução do canal vaginal; a gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica; a gestação gemelar monocoriônica sem complicações; a simples presença de mecônio no líquido amniótico; o oligoâmnio; a história de uma cesariana segmentar anterior previa; a prematuridade; o feto pequeno para a idade gestacional; a grande maioria das cardiopatias maternas e fetais e a obesidade materna.

3.2.4. Cesariana a pedido

A cesariana a pedido é definida como a via de parto sem indicação médica ou obstétrica. Esse termo surgiu por volta da década de 80, e logo a realização do procedimento tomou grandes proporções, de modo a ter pronunciamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a qual afirmou que a cesariana a pedido sem indicação médica é eticamente

não justificável e que a escolha por essa via de parto não leva em consideração as malefícências do procedimento (ZUGAIB, 2020).

As taxas de cesariana a pedido estão em torno de 4 a 18% de todas as cesarianas. O principal motivo está relacionado à tocofobia ou ao medo do nascimento da criança, assim como à morte fetal e a experiências traumáticas em partos anteriores. O modelo biomédico de assistência ao parto vaginal submete a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural, e a impede de exercer seu protagonismo. Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante. De fato, o emocional e o desejo da mãe pela escolha da cesariana recebem principal atenção nessa situação (ZUGAIB, 2020).

Porém, pacientes que optam pelo desejo de cesariana, o procedimento deve ser realizado, após avaliação da equipe multiprofissional para identificação dos motivos que levaram à solicitação e devidos esclarecimentos sobre riscos do procedimento como maior estadia no hospital, maior risco de alterações respiratórias neonatais e de complicações em gestações futuras (FEBRASGO, 2018).

Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.284/2020, que traz a definição exata do período gestacional que, após cumprido, permite ao médico, eticamente, atender à vontade da mulher de realizar parto cesariano, nas situações de risco habitual.

Pela norma, esse procedimento pode acontecer a partir da 39ª semana completa de gravidez. A partir das 39 semanas, o procedimento evita complicações que demandam cuidados em unidades de tratamento intensivo neonatal, estando os distúrbios respiratórios, metabólicos e neurológicos entre os mais frequentes em recém-nascidos (CFM, 2020).

3.2.5. Complicações da cesariana

A cesariana, para o recém-nascido, pode causar: baixo peso ao nascer, angústia respiratória e um alto risco (em cesarianas eletivas) de interrupção prematura da gravidez por erro de cálculo da idade gestacional. Para a mãe, estudos indicam relação maior com: mortalidade e morbidade materna entre mulheres submetidas à cesariana; infecções puerperais;

acidentes e complicações anestésicas; tempo maior de recuperação (implicando em um contato menor entre mãe e filho) (SILVA, 2020).

Além disso, as cesarianas sem indicação acurada contribuem para o número aumentado de partos por essa via, podendo ocorrer, de igual modo, em razão de aspectos defensivos dos profissionais em relação a potenciais complicações periparto que ocorrem na via vaginal sem assistência adequada (BRASIL, 2017).

O procedimento cirúrgico deve ser, portanto, realizado em casos de necessidade justificada. Porém, na ausência de uma real indicação de cesariana, o parto normal deve ser estimulado, uma vez que apresenta menores riscos não só na resolução desta gravidez, mas na redução de risco de complicações em gestações futuras (FEBRASGO, 2018).

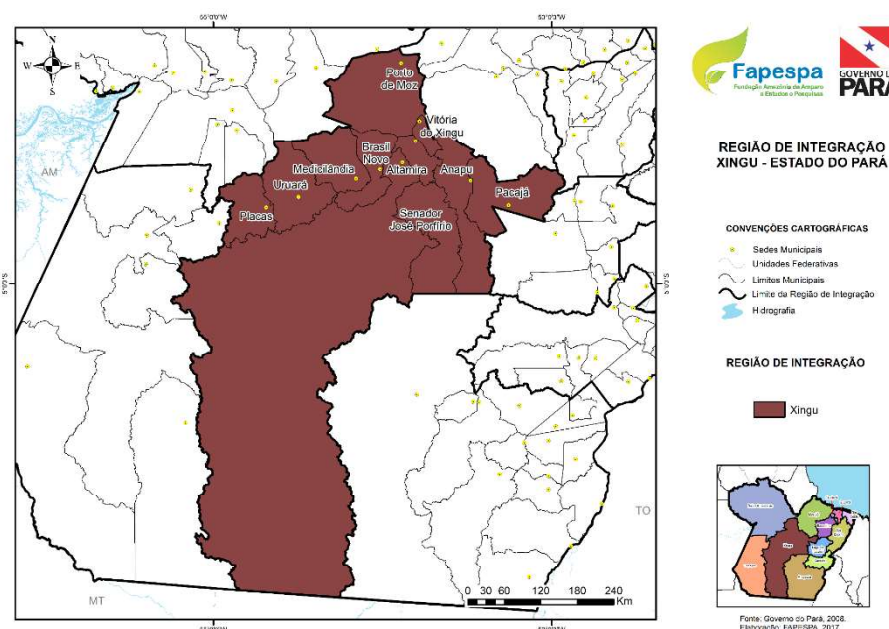
4. METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, realizado através da coleta amostral de dados dos prontuários das mulheres pacientes internadas no hospital materno infantil da rede pública do município de Altamira, as quais foram submetidas ao procedimento de cesariana no período de 2019-2022. Os dados foram coletados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e prontuários médicos/multiprofissionais da referida instituição, de onde foram reunidas informações sobre as pacientes para análise do perfil sociodemográfico e clínico-obstétrico.

4.1. Locais de estudo/população de referência

O Hospital Geral de Altamira São Rafael, maternidade de referência da região do Xingu, representada pelos municípios do 10º Centro Regional de Saúde: Altamira, Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruará e Vitória do Xingu (figura 1). A população de referência no estudo foi composta somente pelo município de Altamira, o qual apresenta área de 159. 533 km² e população estimada de 117.320 habitantes; inserida na mesorregião sudoeste do estado do Pará (IBGE,2021).

Figura 1. Municípios da Região Xingu - Pará



Fonte: FAPESPA, 2017

4.2. População do estudo e quantidade da amostra

A população de estudo foi composta por parturientes submetidas ao procedimento de cesariana no quadriênio 2019-2022, e que residiam no município de Altamira, uma vez que esse

período precede a pandemia de COVID-19 até o pós-pandemia ou controle de infecção, desse modo, analisando esse quadriênio importante na história. Realizou-se consulta no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que faz parte do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS) para obter dados epidemiológicos referentes à análise quantitativa do número de partos vaginais e cesarianas. Para o referido período, foram registrados 4846 partos cesarianos no HGA, após a exclusão de outras duas instituições: Hospital Regional Público da Transamazônica, onde são realizados somente partos cesarianos de alto risco, e outra instituição particular que não fizeram parte da pesquisa.

Para facilitar a análise do perfil socioepidemiológico e clínico-obstétrico, utilizou-se uma análise amostral da população. Para o cálculo da amostra a ser trabalhada, foram utilizadas as seguintes fórmulas (SANCHES, 2017):

Fórmula 1. Cálculo da primeira aproximação do tamanho da amostra

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}$$

Fonte: (SANCHES, 2017)

Fórmula 2. Cálculo do tamanho da amostra

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Fonte: (SANCHES, 2017)

Para as fórmulas 1 e 2, entende-se que: N é o tamanho da população; E_0 é o erro amostral tolerável; n_0 é a primeira aproximação do tamanho da amostra, e n corresponde ao tamanho da amostra. Considerou-se, para os cálculos, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Mediante isso, foi possível obter n igual a 370. Para essa coleta amostral, foram coletados ao longo dos 4 anos, cerca de 7 a 8 prontuários por mês de partos cesáreas, para uma distribuição homogênea desse período, totalizando 370 prontuários.

4.3. Critérios de Inclusão

Foram incluídas parturientes submetidas ao procedimento de cesariana no HGA e que residiam no município de Altamira.

4.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos prontuários incompletos, e de pacientes que não residem no município de Altamira, além de partos cesarianas realizados nas demais instituições do município.

4.5. Coleta e análise de dados

A análise de indicações de cesarianas foi realizada através dos prontuários médicos do HGA. Os dados foram tratados a partir da estatística descritiva, que tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação com organização, clareza e de forma sucinta, os quais estarão expostos por meio de tabelas ou gráficos elaborados no programa Microsoft Word e Excel.

4.6. Variáveis do estudo

A análise verificou dados clínicos-epidemiológicos maternos, a saber: idade, etnia (branca, preta, parda, amarela, indígena), escolaridade (ensino fundamental, médio, superior), situação conjugal (união estável, solteiras); ocupação, hábitos e vícios, a assistência pré-natal: sim (≥ 6 consultas) e não (< 6 consultas); paridade (primiparidade, multiparidade); idade gestacional, patologias maternas clínicas e gestacionais. Além disso, o estudo verificou: os parâmetros maternos (histórico obstétrico); indicações de cesariana dos prontuários médicos e seus respectivos motivos, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID). Tais dados serão adicionados no formulário de coleta de dados, inserido no apêndice 1.

4.7. Aspectos ético-legais

A coleção de dados teve como pré-requisito para autorização o compromisso de confidencialidade em relação a todas as informações obtidas dos prontuários. As informações coletadas terão a garantia do sigilo, o que assegura a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana por meio do cadastro no Núcleo de Medicina Tropical (NMT) na Plataforma Brasil sob o Número do Parecer 5.354.663 no dia 14 de junho de 2022. As instituições foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, bem como do caráter opcional em participar da pesquisa. Apesar de se tratar de estudo que envolve seres humanos, não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois os dados foram coletados diretamente de prontuários; os pesquisadores se comprometem em utilizar recursos que assegurem o sigilo e confiabilidade dos dados coletados.

4.8. Riscos

Este estudo apresenta risco mínimo, pois não se realizou nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo durante a revisão dos prontuários clínicos. O maior risco seria de exposição ou quebra do sigilo das informações, pois no prontuário consta os dados pessoais das pacientes.

4.9. Benefícios

Os benefícios deste estudo estão relacionados a identificar os motivos ou indicações de parto cesariano, o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que realizaram cesárea e mensurar o quantitativo de partos realizados no município, e com esses dados, propor soluções que melhorem os índices de indicação de parto cesáreo, levando os resultados ao conhecimento das secretarias municipais de saúde, aos profissionais de saúde da atenção primária e comunidade científica em geral, com o intuito de contribuir com o processo de saúde do município e região.

5. RESULTADOS

5.1. Quantitativo de partos vaginais e cesarianos no HGA

Do total de 8777 partos ocorridos no período 2019-2022 no HGA, 58,43% ocorreram por cesárea. Em qualquer um dos anos estudados as taxas estiveram acima daquelas apontadas pela OMS como associadas a indicações estritamente médicas. A tabela 01 mostra o total e o percentual de partos cesarianos no HGA entre os anos de 2019 e 2022.

Tabela 1. Percentual e total de partos cesarianos no HGA entre os anos de 2019 e 2022.

Ano	Partos totais	Cesarianas	Percentual de Cesarianas
2019	2286	1281	55,60%
2020	2216	1203	54,29%
2021	2144	1340	62,50%
2022	2131	1284	60,25%

Fonte: DATASUS, elaborada pelos autores.

5.2. Perfil sociodemográfico

As características sociodemográficas coletadas nos prontuários das 370 parturientes da amostra selecionadas para análise, demonstraram que a população do estudo se caracterizou por mulheres jovens, com idade predominante entre 15 e 35 anos (91,80%), todas residentes no município de Altamira.

A maioria das parturientes identificadas nesta pesquisa, foram as pardas (81,62%). Quanto à escolaridade formal, 62,16% relataram ter ou estar fazendo ensino médio, sendo destes 47,03% possuíam ensino médio completo, 15,14% com ensino médio incompleto; 9,46% fundamental completo e 15,14% fundamental incompleto. Em relação à ocupação, a grande maioria (69,66%) referiu desempenho de suas funções apenas no ambiente doméstico (do lar), realizando trabalho não remunerado.

O predomínio de mulheres em união estável foi destaque (60%), seguido de solteiras (22,70%) e casadas (17,03%). Na tabela 02, os valores referentes às variáveis sociodemográficas em estudo podem ser melhor analisados.

Quanto aos hábitos e vícios durante o pré-natal, dos 370 prontuários, foi relatado que cerca de 4,32% das mulheres eram tabagistas. Demais hábitos e vícios (como etilismo) não foram encontrados nos prontuários (tabela 02).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico das parturientes submetidas a cesarianas no HGA entre 2019 e 2022.

Variável	n	%
Idade		
<15 anos	6	1,62%
15-35 anos	340	91,80%
>35 anos	24	6,48%
Etnia		
Amarela	1	0,27%
Branca	35	9,46%
Indígena	6	1,62%
Parda	302	81,62%
Preta	26	7,03%
Escolaridade		
Curso Técnico	1	0,27%
Ensino Fundamental	106	28,65%
Ensino Médio	230	62,16%
Não alfabetizada	1	0,27%
Superior Completo	32	8,65%
Situação Conjugal		
Casada	63	17,03%
Divorciada	1	0,27%
Solteira	84	22,70%
União Estável	222	60%
Ocupação		
Autônoma	12	3,24%
Do lar	258	69,66%
Vendedora	13	3,51%
Outras	87	23,49%

Variável	(conclusão)	
	n	%
Hábitos e Vícios		
Tabagista	16	4,32%
Não referido	354	95,67%
Total	370	100%

Fonte: DATASUS, elaborada pelos autores.

5.3. Perfil clínico-obstétrico

Quanto aos dados referentes ao pré-natal, das 370 pacientes da amostra coletada que realizaram parto cesariana, 75,6% realizaram pelo menos 6 consultas pré-natal, contra 24,3% que realizaram menos de 6 consultas. 284 (76,68%) das pacientes iniciaram o acompanhamento até 12 semanas (3 meses), 77 (20%) iniciaram entre 4 e 6 meses; 8 (2,16%) entre 7 e 9 meses e 1 (0,27%) não realizou o pré-natal. Quanto ao tipo de gestação, a maioria das cesarianas da amostra coletada eram de gestações únicas, representando 97,74 % do total, ao passo que as gestações duplas foram de 2,16 %. As principais intercorrências referidas nos prontuários durante o pré-natal foram: anemia, infecção do trato urinário e síndromes hipertensivas.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 156 (42,12%) eram primíparas, contra 214 (57,78%) multíparas. Do total de pacientes analisadas, 162 (43,74%) já haviam realizado cesáreas anteriores (isoladas e associadas a partos vaginais) conforme especificado na tabela 03.

Tabela 3. Perfil clínico-obstétrico das parturientes submetidas a cesarianas no HGA entre 2019 e 2022.

Variável	n	%
Número de consultas durante o pré-natal		
≥6 consultas pré-natal	280	75,60%
< 6 consultas pré-natal	90	24,30%
Mês em que iniciou o pré-natal		
1º-3º mês	284	76,68%
4º-6º mês	77	20,79%
7º-9º mês	8	2,16%
Não realizou o pré-natal	1	0,27%
Tipo de gestação		
Única	362	97,74%
Dupla	8	2,16%

Variável	conclusão	
	n	%
Intercorrências durante o pré-natal*		
Anemia	46	12,42%
Infecção do trato urinário	47	12,69%
Síndromes hipertensivas	27	7,29%
Outras intercorrências	6	1,62%
Sem relato de intercorrências	263	71,01%
Paridade		
Primípara	156	42,12%
Múltipara	214	57,78%
Cesárea anterior		
Sim	162	43,74%
Não	208	56,16%
Antecedentes obstétricos		
Nulípara	156	42,12%
Vaginal	52	14,04%
Cesariana	134	36,18%
Cesariana + Vaginal	28	7,56%
Abortamentos anteriores		
Sim	70	18,90%
Não	300	81,10%
Total	370	100%

Fonte: elaborada pelos autores.

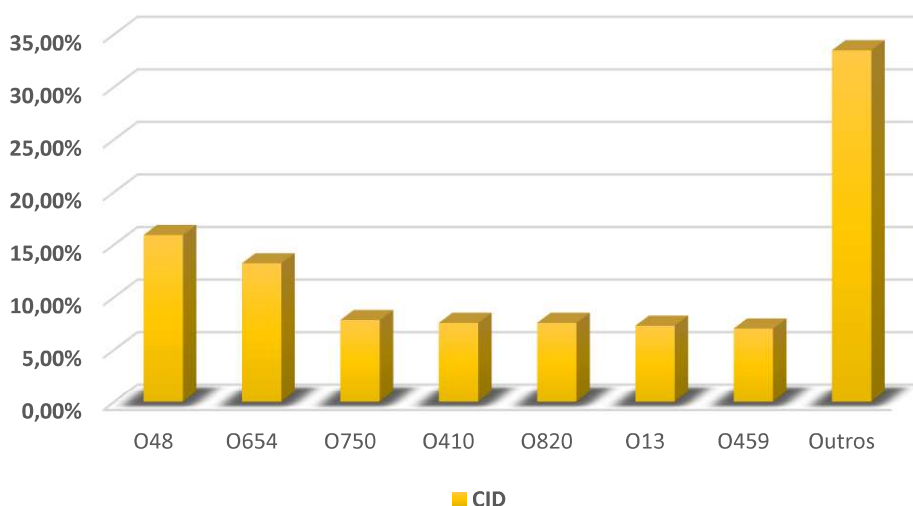
(*) Nessa condição, a somatória pode ultrapassar 370 devido pacientes apresentarem mais que uma intercorrência.

5.4. Indicações de parto cesariano por CID

No que se refere a justificativa apresentada nos prontuários coletados para que fosse realizado o parto cesáreo, a tabela 04 evidencia que o CID O48 (gravidez prolongada) representa a maior indicação para esse tipo de parto (15,95%). Além disso, outras indicações aparecem com frequência, como o CID O654 (desproporção feto-pélvica) com 13,24%; CID O750 (sofrimento materno durante o trabalho de parto) com 7,84%; CID O410 (oligoidrâmnio)

com 7,57%; CID O820 (parto por cesariana eletiva) com 7,57%; CID O13 (hipertensão gestacional) com 7,30%; e CID O459 (descolamento prematuro de placenta) com 7,03% do total de cesarianas. Os demais códigos utilizados para justificar o procedimento representam 33,50% das indicações.

Gráfico 1. Código internacional de doenças em indicações de parto cesáreo no HGA entre o período de 2019 e 2022.



Fonte: elaborado pelos autores.

5.5. Indicações de parto cesariano por CID de acordo com a idade gestacional das parturientes

Em relação à idade gestacional (IG) das mulheres submetidas ao parto por via abdominal, há predominância da realização no período de termo (87,30%). A idade gestacional de pré-termo tem frequência de 12,70%. Por outro lado, a idade de pós-termo não apresentou dados nos prontuários coletados.

A Tabela 05 apresenta a indicação pelo CID correlacionando com a idade gestacional das parturientes. Em Pré-termos, destaca-se o CID O459 - descolamento prematuro de placenta (14,89%). Os códigos CID O13 (hipertensão gestacional), O410 (oligoidrâmnio) e O750 (sofrimento materno durante o trabalho de parto), aparecem com similaridade de frequência (10,64%).

Acerca das indicações no período de termo, o CID O48 – gravidez prolongada –, apresenta maior frequência entre os outros códigos (17,96%), seguido do CID O654 – desproporção céfalo-pélvica – (14,55%), O820 – cesariana eletiva – (8,67%) e O750 (7,43%).

Esses quatro códigos juntos representam quase metade das indicações de realização de parto cesariano nessa idade gestacional.

Tabela 4. Indicações de parto cesariana por idade gestacional de mulheres submetidas a cesárea no HGA entre 2019 e 2022.

Idade gestacional	n	%	CID	%
Pré-termo (< 36 semanas e 6 dias)	47	12,70%	O459	14,89%
			O13	10,64%
			O410	10,64%
			O750	10,64%
			Outros	53,19%
Termo (≥ 37 semanas ≤ 41 semanas e 6 dias)	323	87,30%	O48	17,96%
			O654	14,55%
			O820	8,67%
			O750	7,43%
			Outros	51,39%
Pós-termo (≥ 42 semanas)	-	-	-	-
Total	370	100,00%		

Fonte: elaborada pelos autores.

6. DISCUSSÃO

6.1. Quantitativo de partos vaginais e de cesarianas

Considerando-se dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2019 no Brasil, as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, apresentaram taxas de partos cesarianas de 47,7%, 52,3%, 62,4%, 58,5% e 61,3%, respectivamente. Apesar de a região Norte apresentar o menor índice deste procedimento, a região ainda apresenta porcentagens superiores às preconizadas pela OMS, que são de 10 a 15% dos partos totais.

No Estado do Pará, para o mesmo ano, as taxas também foram altas: 50,2% dos partos foram por procedimentos de cesariana, o que evidencia a discrepância entre o proposto pela OMS. Para os 9 municípios que compreendem o 10º Centro Regional na Região do Xingu no Pará (Altamira, Anapu, Medicilândia, Senador José Porfírio, Porto de Moz, Pacajá, Brasil Novo, Uruará, Vitória do Xingu), os números são expressivos: 55,15% do total de partos é por procedimento cirúrgico.

No HGA, durante o período temporal investigado, ocorreram 8777 partos (vide tabela 01), dos quais 5108 foram cesarianas. Logo, a taxa de cesariana do HGA está em torno de 58,19%, média calculada entre os anos de 2019 a 2022. Os dados encontrados no HGA se enquadram em interessante tendência, a meia amplitude do que é observado em outras localidades do país, uma vez que as taxas de cesarianas em regiões metropolitanas mostram-se em torno de 41%; e as de regiões de menor urbanização, podendo chegar a níveis de 75% do total de partos realizados (LUCENA, GARCIA e DUARTE, 2020).

Lucena, Garcia e Duarte (2020) suscitam a ideia de que a taxa de cesarianas é inversamente proporcional à urbanização do território. Ou seja, quanto menos urbanizada for determinada cidade, maior será a proporção de cesarianas realizadas ao comparar-se a quantidade de partos vaginais. Dependendo das condições de atenção à saúde do local, até 100% dos partos realizados podem ser do tipo cirúrgico.

A cidade de Altamira apresenta taxa de cesarianas de 58% (para o HGA), o que condiz com a situação econômica observada: baixa urbanização e distância de grandes centros/metrópoles.

No Brasil, nos anos de 2000-2018, foram realizados mais de 56 milhões de partos na rede pública de saúde. Dentre esses, 51% correspondem a partos vaginais e 48% correspondem a partos cesarianos (GUIMARÃES *et al.*, 2021). Vale ressaltar que o percentual de cesarianas observado no HGA é superior ao que se observa nacionalmente em 10 pontos percentuais.

Estudos realizados por meio do acompanhamento de registros de partos ao longo de 10 anos corridos puderam trazer à tona que a proporção de partos realizados via cesariana tem aumentado significativamente. Ao comparar-se o ano 2000 com o ano de 2010, observou-se aumento na quantidade de cesarianas realizadas em todas as regiões do Brasil: a) Norte: de 30 para $\cong 40\%$; b) Sul: $\cong 45\%$ para $\cong 57\%$; c) Nordeste: $\cong 47\%$ para $\cong 57\%$; d) Centro-oeste: $\cong 27\%$ para $\cong 45\%$; e) Sudeste: $\cong 47\%$ para $\cong 57\%$. (RATTNER e DE MOURA, 2016). Esses números colocam o Brasil na segunda colocação de países com maiores proporções de partos realizados por cesariana, sendo o primeiro colocado na lista a República Dominicana (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Além disso, também é possível observar diferenças quanto à proporção de cesarianas e partos vaginais realizados no SUS ou na rede privada de saúde. Em alguns períodos (2011-2015), aprox. 60% dos partos realizados na rede pública foram vaginais e 40% por meio de cesarianas. Na rede privada, entretanto, em 2004 a quantia de cesarianas beirou 80% (GONÇALVES, 2015). A cidade de Altamira concentra quase 100% dos partos na rede pública, não contando até o momento com serviço privado de maternidade que seja relevante.

A região Norte do Brasil, no início dos anos 2000, apresentava quantidade muito maior de partos vaginais do que de cesarianas. Nesse período, foram realizadas aproximadamente 80 mil cesarianas e cerca de 200 mil partos vaginais. Ao longo do tempo, foi diminuindo significativamente a quantidade de partos vaginais em todas as regiões do Brasil. No ano de 2018, para o Norte, foram 150 mil cesarianas para cerca de 160 mil partos vaginais, o que gera uma proporção de quase 1:1 (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Em Altamira, no ano de 2019 apresentava-se taxa de cesariana igual à média nacional brasileira, no entanto, os anos seguintes propiciaram aumento moderado na proporção, chegando a representar 62% dos partos em 2021 (vide tabela 01).

Dentre os fatores que determinam a elevada prevalência de cesarianas estão a forma de remuneração do parto, a falta de conhecimento e preparo das mulheres para o parto normal, a organização atual da assistência obstétrica, além de aspectos não médicos como fatores pessoais da mulher e do seu ambiente social, bem como à institucionalização e organização dos serviços, os quais têm um papel importante nessa prática obstétrica vigente (SANCHES, MAMEDE e VIVANCOS, 2012).

Para o Ministério da Saúde (2012), 70 a 80% todas as gestações podem ser consideradas de baixo risco, no início do trabalho de parto, o que não justifica essa alta taxa de partos cesarianos. Portanto, a prática do parto normal em Altamira e no Brasil, quando indicada, precisa ser estimulada a fim de se reduzir a mortalidade materna (a qual encontra-se em níveis bem superiores aos de países desenvolvidos atualmente) e proporcionar um melhor nascimento para o bebê estimulando a assistência obstétrica fisiológica.

6.2. Indicação de parto cesariano de acordo com o CID

A análise das indicações mais frequentes para o parto cesárea observada no presente estudo (vide gráfico 01), denota dissonância com as diretrizes propostas pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Segundo essas diretrizes, as seguintes condições apresentam vantagens quando comparadas ao parto vaginal: apresentação pélvica em primíparas, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, mulheres com mais de uma cesárea prévia (iteratividade), sofrimento fetal agudo, desproporção céfalo-pélvica, entre outras (SASS, 2009).

Os dados do estudo realizado no HGA divergem, também, com os dados obtidos em outros estudos realizados no Brasil, a exemplo no trabalho de Mendonça *et al.* (2021), em Aracaju-SE, realizado em uma maternidade de referência, as principais indicações foram: cesárea anterior, DCP, apresentação pélvica, iteratividade, sofrimento fetal agudo, macrosomia, falha de indução e pós-datismo.

Nas indicações para parto cesariana no município de Altamira teve como prevalência o CID O48, tanto no total de cesarianas, quanto na análise de IG a termo isolado (vide gráfico 01 e tabela 04). Esse código diz respeito à gravidez prolongada (GP), que é definida como gestação que ultrapassa 42 semanas completas ou 294 dias, contados do primeiro dia do último ciclo menstrual (FILHO *et al.*, 2019).

Entretanto, durante a pesquisa nos prontuários, não foram identificados na amostra nenhum parto com IG que ultrapassasse as 42 semanas completas ou 294 dias, de forma que a justificativa da indicação não condiz com o quadro apresentado pelas gestantes. Nesse caso, o motivo da real indicação ou não indicação por meio do CID correto torna-se oculto, o que impossibilita perceber o real fator envolvido na alta taxa de cesariana da região altamirense.

Matthes ÂCS (2010), em seu estudo sobre GP, notou que há uma incidência de 3 a 14% no total de partos nesta condição, a depender se a IG for acompanhada de acordo com a data da última menstruação (DUM) ou ultrassonografia realizada no primeiro trimestre. Com o avançar

da gestação, aumenta o risco de natimortalidade pré-parto, além de riscos maternos como rotura cervical, hemorragia pós-parto, infecção puerperal e dano perineal grave.

Desta forma, a recomendação é que haja indução do parto em todas as gestantes com 41 semanas, com monitorização seriada fetal, uma vez que há menor risco de morte neonatal. (BRASIL, 2012). A cesárea fica como última opção, em casos em que o colo não está favorável para o parto vaginal, ou em situações que coloquem o feto em risco.

A indicação por DCP é a indicação mais encontrada em várias análises pelo Brasil, como em um trabalho realizado em Barbalha-CE (DE OLIVEIRA, 2010) e em São Luís-MA (VALE, 2015). No entanto, em nosso estudo, observou-se que é a segunda indicação de maior frequência, aspecto semelhante ao observado em estudo realizado em Aracaju-SE (MENDONÇA, 2021).

Um dos motivos que corrobora para a frequência dessa indicação, está no fato de que, segundo Souza, Amorim e Porto (2010), a DCP é comumente diagnosticada de forma inadequada, pois somente pode ser realizada durante o trabalho de parto, de acordo com a evolução registrada no partograma. Contudo, nos prontuários coletados, foi observado que grande maioria dos partogramas não foram preenchidos, o que diverge com o que é preconizado em protocolos e literaturas obstétricas, diagnosticando, assim, de forma errônea a DCP e mantendo as taxas de cesariana elevadas.

Outro código que aparece com frequência é o CID O410, que se refere a oligoidrâmnio (OI). Segundo estudo realizado por Zimmermann (2010), não há indicação rotineira de resolução da gestação. Contudo, uma conduta intervencionista por meio da indução do parto pode ser realizada em gestantes com IG maior que 41 semanas.

A avaliação do bem-estar e o desenvolvimento fetal em uma gestação com OI é necessária, com o intuito de afastar fatores de risco, como malformações, sofrimento fetal e desvios de crescimento. Caso haja resultado positivo, é indicado uma conduta resolutiva (cesárea), não justificada por OI, mas decerto, por ser associado à morbidade materna e fetal (LOCATELLI, 2004). Desse modo, justificar a indicação de cesariana por OI faz-se inadequada, mantendo, assim, taxas de cesariana acima do preconizado pela OMS.

A cesariana eletiva, pelo CID O820, aparece com certa frequência como justificativa para a realização desse procedimento cirúrgico. Segundo Guise (2010), Dahlgren (2009) e MacDorman (2008), a cesariana eletiva sem indicação clínica está relacionada com maior morbidade materna e desfechos neonatais negativos, além de maior permanência hospitalar.

A realização de cesariana, assim como o aumento de riscos de complicações neonatais e maternas geradas pela cirurgia sem indicação clínica, também tem consequências econômicas para os serviços de saúde. Um estudo da OMS em 137 países evidenciou que as cesarianas em excesso acarretaram um custo de US\$ 2,32 bilhões em 2008 (ENTRINGER, 2018). Diante disso, percebe-se um gasto extra no orçamento do município, que poderia ser economizado se fosse realizado o parto vaginal ou empregado de forma incisiva em uma cesariana com indicação justificada corretamente.

A cesariana realizada com justificativa de hipertensão gestacional aparece em 7,30% do total das cesarianas e em 10,64% das cesarianas em IG pré-termo (vide gráfico 01 e tabela 04). As síndromes hipertensivas na gestação (SHG) complicam entre 2 a 8% das gestações, segundo Townsend *et al.* (2016). O tratamento definitivo da hipertensão gestacional é o parto, o qual a via de parto mais recomendada é a via vaginal. Mesmo em casos graves, a exemplo da pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, a cesariana somente deve ser realizada se houver indicações específicas, como em complicações que coloquem em risco a vida da gestante e do feto (ACOG, 2013).

O parto vaginal, nesses casos, é recomendado devido a complicação de distúrbios de coagulação que podem ocorrer, pois o risco de sangramento é maior na cesariana que no parto vaginal (LINHARES *et al.*, 2014). Apesar das recomendações, esses distúrbios hipertensivos contribuem para as altas taxas de cesariana, como apresentado neste estudo e em outros, a exemplo de um trabalho realizado em um hospital universitário em São Luís - MA, em que cerca de 74,87% da amostra de gestantes com SHG tiveram cesariana (DE SOUZA, 2023).

Outra indicação presente nos dados analisados em nossa pesquisa, está o descolamento prematuro da placenta (DPP) - CID O459. Em nosso estudo, foi analisado uma frequência de cerca de 7,03% como justificativa de cesariana, em contraste com outros estudos, como em um realizado em hospital público de Augustinópolis-TO, em que foi observado apenas 1,5% das indicações de cesariana (PEREIRA, 2018). Desse modo, esse índice de frequência de DPP no HGA apresenta discrepância com o que é observado nas demais regiões do Brasil.

A conduta na presença de DPP diagnosticada é monitorizar as gestantes, com intuito de acompanhar a vitalidade fetal e materna, a depender da IG e classificação da DPP, e definir a conduta por meio da escolha da via de parto. A realização de cesariana está indicada em três situações: (1) feto vivo, gestante estável e ausência de trabalho de parto; (2) instabilidade materna, sofrimento fetal agudo e trabalho de parto lento; (3) feto morto e instabilidade materna

(ZUGAIB, 2016). Cesarianas realizadas fora dessas situações contribuem para o aumento ou manutenção dessas taxas de cesáreas elevadas.

6.3. Perfil sociodemográfico de parturientes

Os resultados encontrados na amostra do estudo quanto ao perfil sociodemográfico das parturientes evidenciaram que a maioria das parturientes tinham idade entre 15 e 35 anos, que é a faixa etária considerada de baixo risco gestacional, ou seja, a morbidade e a mortalidade materna e perinatal de mulheres são iguais ou menores do que as da população em geral de mulheres. Sabe-se que idade pode ser um fator de risco independente para complicações maternos-fetais nas mulheres abaixo de 15 e acima de 35 anos, como por exemplo hipertensão, diabetes e problemas placentários, que tornam o pré-natal de alto risco, aumentando o risco de partos cesarianas (BRASIL, 2012).

Um estudo, porém, que avaliava a prevalência e o perfil de partos no SUS de 2000 a 2018 demonstrou que nos extremos da vida reprodutiva (idade <15 e >35), a quantidade de cesarianas realizadas é maior, devido aos fatores de risco relacionados aos extremos de idade (GUIMARÃES *et al.*, 2021), o que vai de encontro com o perfil das parturientes na amostra analisada, as quais apresentaram baixa porcentagem de partos cesarianos nessas faixas etárias no HGA e nenhum caso de partos cesarianas em adolescentes com 14 anos ou menos (vide tabela 02).

Ao analisar a etnia das parturientes, nota-se predomínio significativo da etnia parda, seguida da etnia branca e, depois, preta. As populações parda e preta no Brasil são, historicamente, as mais impactadas pela crise econômica, que resultam em: desemprego, atividades precarizadas e informais, perda do poder aquisitivo, menores salários e condições de vida mais vulneráveis, além de menos acesso a serviços essenciais de saúde. Porém, levando-se em consideração que todas as mulheres envolvidas neste estudo realizaram cesarianas pelo SUS, houve, quantitativamente: equidade, promoção do respeito à diversidade e garantia do atendimento integral a essas populações, política fundamentada na lei 8080 de 1990, a qual discorre sobre o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

A situação de escolaridade encontrada em Altamira apresenta semelhanças com o que é observado em outras localidades do país. Nesse quesito, 62% das parturientes de Altamira apresentavam pelo menos ensino médio completo. Os resultados descritos por Guimarães *et al.* (2021) em um estudo que analisava o perfil das parturientes entre os anos 2000 e 2018 no Brasil

evidenciaram também que mulheres com escolaridade acima de 8 anos realizaram a maioria dos partos cesáreos, enquanto as com menor escolaridade foram responsáveis pela maioria dos partos vaginais. O grau de escolaridade da paciente pode ter relação direta com a escolha da via de parto, desse modo mulheres com maior presença escolar/universitária tendem a ter como escolha partos cesarianos.

Quanto à situação conjugal, os dados encontrados no HGA são semelhantes ao observado em um estudo feito em Sobral-CE (ANDRADE *et al.*, 2018), o qual mostra que a maioria das pacientes possui companheiro(a) (Altamira: 60% em união estável; 17% casada; Sobral: 54,7% em união estável, e 26,2% casada), e menor parcela das parturientes encontrava-se solteira no momento do parto (22% em Altamira; até 19% em Sobral) e divorciadas (0,27% Altamira e 0,73% Sobral).

O estado civil pode ser fator de proteção, a presença de um(a) companheiro(a) pode significar maior possibilidade de que exista círculo de apoio social para a parturiente, desde o princípio até ao fim da gestação. A experiência do parto também parece ser menos agradável para mulheres solteiras do que para mulheres em algum tipo de relacionamento e cujas companhias estivessem presentes na hora do parto (ANDRADE *et al.*, 2018).

Ademais, o estado civil também aparenta estar relacionado à maior estabilidade financeira, em especial nos casos de mães que não exercem atividades laborais remuneradas (BARBOSA *et al.*, 2017) como evidenciado na amostra deste estudo, na qual grande percentual (69%) das parturientes eram do lar, assim como no estudo de Sobral-CE, no qual grande parte (90%) das mulheres também apresentava ocupações não remuneradas (ANDRADE *et al.*, 2018).

Tais características sociodemográficas analisadas se relacionam intensamente com a qualidade da assistência à saúde. Portanto, os aspectos maternos como situação conjugal, ocupação, idade, escolaridade, duração da gestação, assim como o tipo de parto, influenciam nas condições de saúde e entender esse perfil permite o diagnóstico situacional regionalizado e possibilita o planejamento e a implementação da assistência à saúde de forma específica para o município.

6.4. Perfil clínico obstétrico das parturientes

Em relação aos resultados encontrados sobre o perfil clínico-obstétrico, foi evidenciado que 75,60% tiveram acompanhamento adequado do pré-natal, que tange ao número mínimo de consultas (≥ 6 consultas), ao passo que 24,30% não tiveram pré-natal adequado (< 6 consultas).

Esses dados observados convergem com análises em outros estudos, a exemplo de um realizado em Goiânia-GO, em que 84% das gestantes tiveram acompanhamento pré-natal (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

O pré-natal foi instituído para assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, de forma a fazer o rastreio de possíveis complicações, por meio de suporte nutricional para a gestante, tratamento de doenças e acompanhamento do esquema vacinal materno, permitindo, assim, uma gestação e um parto com menores riscos, tanto para a parturiente quanto para o feto (BRASIL, 2012). Há autores que acreditam que o número de consultas do pré-natal pode ser um fator de risco para cesárea, de forma que a qualidade do serviço e o tipo de informação transmitida durante o pré-natal pode influenciar qual tipo da via de parto será realizada (ANJOS, WESTPHAL e GOLDMAN, 2014; COPELLI *et al.*, 2015).

Ao que tange quando foi iniciado o pré-natal, nosso estudo evidenciou que cerca de 76,68% iniciaram no primeiro trimestre, entre o 1º e o 3º mês, o que não foi um valor tão baixo, posto que foi observado em um estudo realizado na Região de Atenção à Saúde Baixo Acre/Purus-AC (DE ALMEIDA, 2020) valores de apenas 42,2% de início do pré-natal no 1º trimestre. O pré-natal deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre de gestação, visto que ao iniciar no segundo ou terceiro trimestre o acompanhamento do desenvolvimento do feto pode ser prejudicado, além de não detectar precocemente síndromes como diabetes mellitus gestacional e SHG, que podem ter um tratamento adequado quando há assistência do pré-natal (DIAS, 2014).

Em nosso estudo, foi evidenciado que 97,74% das cesarianas realizadas no HGA são do tipo única, enquanto 2,16% são do tipo dupla, o que já remete semelhança com o estudo realizado em Purus-AC, em que 96,8% das gestações também foram do tipo única, enquanto 3,2% eram do tipo múltipla (DE ALMEIDA, 2020). As cesarianas realizadas em gestações do tipo dupla acontecem, geralmente, quando apenas o primeiro encontra-se com apresentação cefálica (BARACAT, 2015). Contudo, as taxas desses tipos de gestação são ínfimas frente ao tipo de gestação única.

No que concerne a intercorrências no pré-natal, cerca de 71% da amostra dos prontuários analisados, não apresentaram intercorrências. Contudo, há certa frequência de anemia, infecção de trato urinário (ITU) e SHG. A presença dessas intercorrências conota semelhança com um estudo realizado em Diamantina-MG, em que foi evidenciado a ocorrência de anemia, ITU, DHEG e pré-eclâmpsia (SANTOS, 2018).

Durante a gestação há uma queda fisiológica em níveis de hemoglobina e, além dessa, é comum a presença de anemias secundárias a outras causas, como a carência de minerais e vitaminas (BRASIL, 2012). A prevalência de anemia em gestantes em países desenvolvidos e em desenvolvimento é em torno de 22,7% e 52%, respectivamente (BARRETO, 2013).

A ITU é, também, frequente na gestação. Em consonância ao encontrado neste estudo, uma pesquisa realizada em Rio Grande-RS evidenciou que 2,9% das mulheres da pesquisa haviam sido internadas para tratamento da infecção do trato urinário (HACKENHAAR e ALBERNAZ, 2013). Com isso, há a evidência da frequência de infecções urinárias em gestantes, e que apresentam essas intercorrências no pré-natal.

Em se tratando do histórico obstétrico, a maior taxa de parturientes multíparas (57,78%) que foram submetidas ao parto cesariano entra em consonância com outras pesquisas. Um estudo que avaliou o histórico obstétrico de mulheres cesariadas no estado do Piauí evidenciou que 60,3% das pacientes eram multíparas, sendo que o maior índice de partos cesáreos em multíparas pode estar atrelada à ocorrência de laqueadura tubária (ARAÚJO et. al, 2016). Em outro estudo, no qual foi realizada a correlação entre paridade (além de outros fatores) e a indicação de parto cesáreo, evidenciou-se que multíparas com um ou dois filhos em gestações anteriores também estavam mais expostas à cesárea (CARNIEL, ZANOLLI e MORCILLO, 2007).

Observou-se no presente estudo que 43,74% das parturientes submetidas à cesariana já haviam realizado pelo menos uma cesariana anteriormente, associada a parto vaginal anterior (7,56%) e a cesarianas prévias isoladas (36,18%). Observa-se que em pacientes com cesariana prévia há uma tendência de indicações de parto cesáreo fundamentado pelo risco de ruptura ou deiscência uterina (SANCHES, MAMEDE e VIVANCOS, 2012). Um estudo realizado no hospital universitário em Florianópolis (SC) evidenciou também que em multíparas com uma cesárea prévia anterior, a probabilidade de ocorrência de uma nova cesárea foi mais que o dobro para aquelas tendo uma cesárea anterior ao comparar-se àquelas em que o parto anterior havia ocorrido pela via baixa (SAKAE, FREITAS e D'ORSI; 2009).

Já as nulíparas fizeram parte da maioria das parturientes submetidas a cesariana no HGA (56,26%). Isso implica, na prática, na alta probabilidade de futuras cesarianas de repetição. Porém, é importante frisar que o parto cesariano anterior não deve ser, isoladamente, um fator de risco para contraindicar que elas entrem em trabalho de parto espontaneamente pela via baixa. O parto vaginal é possível e recomendável com altas taxas de sucesso e baixas taxas de complicação. É sempre importante o diálogo com a mulher no momento de tomar uma decisão

quanto à via de parto, orientando-a durante o pré-natal e individualizando o cuidado obstétrico em cada caso (MARTEL e MACKINNON; 2018).

6.5. Possíveis soluções para reduzir o número elevado de cesarianas no município

Para diminuir os elevados índices de cesáreas no município de Altamira, deve-se garantir uma assistência pré-natal adequada, na qual todas as mulheres tenham a oportunidade de dialogar com profissionais de saúde e participar ativamente das decisões relacionadas ao seu parto. É essencial que recebam informações completas e precisas, abordando tanto os riscos quanto os benefícios de cada tipo de parto (BRASIL, 2012).

Para isso, faz-se necessária a qualificação profissional, uma ferramenta fundamental para reduzir indicações desnecessárias de cesáreas, tanto na atenção primária quanto na atenção secundária. Profissionais de saúde capacitados e atualizados desempenham um papel essencial ao tomar decisões embasadas em evidências, oferecendo opções adequadas e seguras para o parto. A qualificação profissional abrange diversos aspectos, incluindo o conhecimento atualizado das diretrizes clínicas, a compreensão dos critérios de indicação de cesárea e a capacidade de realizar uma avaliação individualizada de cada caso (BRASIL, 2012).

Para manter-se atualizados com as melhores práticas e as evidências científicas mais recentes, é eficaz que os profissionais de saúde participem de cursos, workshops, conferências e discussões clínicas. Uma equipe de saúde bem treinada e qualificada é capaz de fornecer um cuidado obstétrico de qualidade, priorizando partos vaginais seguros sempre que possível e realizando cesáreas apenas quando estritamente necessárias (OMS, 2015). Dessa forma, a qualificação profissional desempenha um papel crucial na redução de indicações desnecessárias de cesáreas, promovendo uma abordagem baseada em evidências, segurança e respeito pelos direitos e preferências das gestantes.

Todas as medidas acima propostas levam em consideração recomendações OPAS (2021), a fim de reduzir indicações não clínicas de cesarianas. Para alcançar esse objetivo, os gestores devem adotar as medidas que incluem: monitoramento e avaliação contínuos dos profissionais, uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências, realização de auditorias regulares de práticas de cesariana em unidades de saúde e fornecimento de feedback oportuno aos profissionais de saúde sobre os resultados e exigência de uma segunda opinião médica para uma decisão de cesariana em locais onde isso for possível.

Com o único propósito de reduzir as cesarianas, algumas intervenções foram testadas por alguns países, mas requerem pesquisas mais rigorosas: um modelo de atendimento parteiro-

obstetra colaborativo, para o qual o atendimento é fornecido principalmente por parteiras, com apoio de 24 horas de obstetra dedicado, e estratégias financeiras que equalizem as taxas cobradas para partos vaginais e cesarianas (OPAS, 2021).

7. CONCLUSÃO

Com o estudo, concluiu-se que há uma incidência alta da taxa de partos cesarianos no município, estando acima da metade da quantidade de partos totais. Apesar de alta quantidade de cesarianas não necessariamente refletir o nível de qualidade do serviço prestado às parturientes, estratégias devem ser tomadas para a redução desse índice, enfatizando a informação de que as cesáreas, sem indicação clínica e obstétrica, não oferecem ganhos adicionais, aumentam os riscos maternos, oferecendo implicações para gestações futuras e aumento de custos para os sistemas de saúde.

Viu-se que, apesar de ser minoria, uma boa porcentagem de pacientes submetidas à cesariana não realizou número de consultas pré-natais adequado tampouco não iniciaram o acompanhamento precoce. Portanto, a assistência pré-natal adequada na atenção primária deve ser realizada a fim de reduzir intercorrências durante a gestação e durante o parto que, eventualmente, podem necessitar da realização do parto cesariano. O pré-natal também pode ser um momento oportuno para fornecer informações e esclarecimentos de dúvidas acerca dos tipos de partos, seus riscos e benefícios, enfatizando a respeito do parto como um processo natural e fisiológico e que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas.

Deve-se também ser realizada melhor orientação aos profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros obstetras, quanto à importância do preenchimento do partograma, uma ferramenta pouco utilizada, mas que faz parte do prontuário, devendo ser corretamente preenchido e aberto na hora correta. Essa atitude da equipe médica é considerada parte das “boas práticas” na assistência ao parto e deve ser estimulada sempre.

Espera-se com esse estudo, uma melhor percepção da assistência ao parto no SUS em Altamira. Esperamos levar a pesquisa ao conhecimento da secretaria municipal de saúde de Altamira, aos profissionais de saúde da atenção primária, da assistência ao parto e da comunidade científica em geral para aprimorarem a assistência ao parto e contribuírem para a diminuição das cesarianas desnecessárias.

O estudo limitou-se por utilizar apenas uma amostra do quantitativo total de partos e de ter sido realizado em apenas uma instituição por limitação de recurso humano e investimento financeiro.

Portanto, é essencial evitar intervenções desnecessárias em mulheres grávidas e, ao mesmo tempo, garantir que as intervenções necessárias ocorram, aplicar métodos adequados

para monitorar e avaliar o bem-estar materno e fetal, diminuir os índices altos de partos cesarianos sem indicação e ampliar a prática do parto humanizado, transformando esse momento singular em um processo mais agradável e tranquilo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. Hypertension in pregnancy. **Obstet Gynecol.**, v. 122, n. 5, 2013. p. 1122-1131.

ANDRADE, Sarah Gonzalez de *et al.* Perfil Sociodemográfico, Epidemiológico E Obstétrico De Parturientes Em Um Hospital E Maternidade De Sobral, Ceará. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, [s. l.], v. 4, p. 1–13, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>

ANJOS, C.S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R.E. Cesáreas desnecessárias no Brasil: Revisão Integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, n.1, v. 3, p: 86-94, 2014. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/21>. Acesso em 10 mar. 2023.

ALVES, Geralda Carolina *et al.* Caracterização das cesarianas em um Hospital Público do Distrito Federal. VITTALLE - **Revista de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 36–45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/vittalle.v32i2.9809>. Acesso em 10 mar. 2023.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, [s. l.], v. 38, n. 8, p. 01–09, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n8/a1585.pdf>. Acesso em 26 fev. 2023.

ARAÚJO, B. C. N. de., FILGUEIRAS, E. V., WEBER, F., CARRIJO, M. F. , DOERING, A. M. L. R., MONTEIRO, A. C. F. OLIVEIRA, C. L. de., & MACHADO, R. R. . (2022). BENEFÍCIOS DO PARTO NORMAL. **REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR**, 12(2). Disponível em: <https://doi.org/10.53740/rsm.v12i2.415>. Acesso em 12 jan. 2023.

BARACAT, Edmund C. **Via de parto na gestação gemelar**. 2015. Disponível em: https://amb.org.br/files/diretrizes/2021/VIA_DE_PARTO_NA_GESTA%C3%87%C3%83O_GEMELAR_-_FINAL_2016_31-12-2021.pdf. Acesso em 22 maio. 2023.

BARBOSA, Elaine Marcelina *et al.* Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 227, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200012>

DA SILVA BARRETO, Mayckel; DE FREITAS MATHIAS, Thais Aidar. Cuidado à gestante na atenção básica: relato de atividades em estágio curricular. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 639-648,

2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027991021.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna** / Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021**. Brasil, 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco (CAB 32)**. Brasília, 2012. 320 p.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990

BREITWIESER, Lindsey N. Dead Mothers. **Live Births: Postmortem Pregnancy and the Politics of Life and Death**. ProQuest Dissertations and Theses, [s. l.], n. July, p. 257, 2019. Disponível em: https://proxy.library.carleton.ca/login?url=https://www.proquest.com/dissertationtheses/dead-mothers-live-births-postmortem-pregnancy/docview/2295474331/se2?accountid=9894%0Ahttps://oculrl.primo.exlibrisgroup.com/discovery/openurl?institution=01OCUL_. Acesso em: 21 nov. 2021.

CAVALER, Camila Maffioletti; CASTRO, Amanda; ARAÚJO, Tatiane Neves; FIGURIRED, Raíssa Cardoso. Representações Sociais do Parto para Mulheres. Id on Line **Rev.Mult. Psic.**, 2018, vol.12, n.41, p.977-990. ISSN: 1981-1179.

CARNIEL, E. DE F.; ZANOLLI, M. DE L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 34–40, jan. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.284-de-22-de-outubro-de-2020-321640891>. Acesso em 18 dez. 2021.

CORREA, Mario Dias et al. **Noções Práticas de Obstetrícia**. 14 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.

COPELLI, F. H.S.; et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm**, n. 24, v. 2, p: 336-43, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00336.pdf. Acesso em: 18 maio. 2023.

CUNNINGHAM, F. Gary et al. **Obstetrícia de Williams**. 24 ed. AMGH, 2021.

DAHLGREN LS, von DADELSZEN P, CHRISTILAW J, Janssen P, LISONKOVA S, MARQUETTE G. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. **J Obstet Gynaecol Can** 2009; 31: 808-17.

DALLA TORRE, Regina Lúcia. Cesarianas: frequência, fatores determinantes e consequências maternas e perinatais, Maringá, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, p. 157-165, 2006.

DE ALMEIDA, José Ítalo Menezes et al. **Cesariana na Região de Atenção à Saúde Baixo Acre/Purus, Acre**. 2020. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/200901308.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2023.

DE OLIVEIRA, Dayanne Rakelly; CRUZ, Mozalina Kelly Pereira. Estudo das indicações de parto cesáreo em primigestas no município de Barbalha-Ceará. **Rev Rene**, v. 11, n. 3, p. 114-121, 2010.

DE SOUZA, Renata Karine Dominice et al. Via de parto em mulheres com hipertensão gestacional em um hospital universitário do Nordeste do Brasil. **Peer Review**, v. 5, n. 6, p. 195-211, 2023.

DIAS, Ricardo Aubin. **A importância do pré-natal na atenção básica**. 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9339>. Acesso em: 18 maio. 2023.

DONELLI, Tagma Marina Schneider. **O parto no processo de transição para a maternidade**. Porto Alegre: UFRGS, 2003. 175p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4122>. Acesso em 17 dez. 2021.

FUNDAÇÃO AMAZÔNICA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS DO PARÁ. FAPESPA. Mapas. 2017. Disponível em: <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2017/mapas.html>

FEBRASGO, 2018. Disponível em: <https://www.febargo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-o-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>. Acesso em: 23 dez. 2021.

FERNANDES, César Eduardo; SILVA, Marcos Felipe. **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. Guanabara Koogan, 2018.

FILHO FM, CHUFALO JE, PIMENTEL RCG, CAMPOS VP. Gravidez Prolongada. In: Fernandes CE, Sá MFS (Eds.). **Tratado de Obstetrícia FEBRASGO**. 1a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 324- 326.

GONÇALVES, Amália de Campos. CIRURGIA CESARIANA NO SUS: ANÁLISE SOCIOECONÔMICA DE 1995 a 2015. **Periódicos UFSC**, [s. l.], v. 01, n. 1, p. 1–27, 2015

GUIMARÃES, Nara Moraes *et al.* Partos No Sistema Único De Saúde (Sus) Brasileiro: Prevalência E Perfil Das Parturientes / Childbirths Under the Unified Health System (Sus) of Brazil: Prevalence and Profile of Parturients. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 11942–11958, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-019>. Acesso em: 23 abr. 2023.

GUISE, Jeanne-Marie *et al.* Vaginal birth after cesarean: new insights. **Evidence report/technology assessment**, n. 191, p. 1-397, 2010. Disponível em: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk44571>. Acesso em: 16 abr. 2023.

HACKENHAAR, Arnildo Agostinho; ALBERNAZ, Elaine Pinto. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 35, p. 199-204, 2013.

HOFMEYR, G. Justus; KULIER, Regina; WEST, Helen M. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 4, 2015.

IBGE - Cidade e Estados do Brasil. *Cidades e Estados - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 22 dez. 2021.

KAHHALE, Soubhi; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; ZUGAIB, Marcelo. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, [s. l.], v. 97, n. 2, p. 226, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p226-234>. Acesso em: 02 maio 2023.

LIMA, Ana Carolina Maria Araujo Chagas Costa Lima et al. Prevalência da cesariana em mulheres que vivem com HIV. **Revista Enfermagem Atual**, [s. l.], v. 94, n. 32, p. 1–6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.938>. Acesso em: 17 abr. 2023.

LINHARES, J. J. et al. Factors associated with mode of delivery in women with pre-eclampsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.6, 2014. p.259-263. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n6/0100-7203-rbgo-36-06-00259.pdf>. Acesso em: 17 maio. 2023.

LOCATELLI A, ZAGARELLA A, TOSO L, ASSI F, GHIDINI A, BIFFI A. Serial assessment of amniotic fluid index in uncomplicated term pregnancies: prognostic value of amniotic fluid reduction. **J Matern Fetal Neonatal Med.** 2004;15(4):233-6. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767050410001668671>. Acesso em: 16 maio. 2023.

LUCENA, Fabiana Santos; GARCIA, Mariana Tarricone; DUARTE, Lígia Schiavon. Cesarean section rates in são paulo state: Regional inequalities in sus obstetric care. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 1137–1149, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400012>. Acesso em: 30 abr. 2023.

MACDORMAN, Marian F. et al. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an “intention-to-treat” model. **Birth**, v. 35, n. 1, p. 3-8, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1523-536X.2007.00205.x>. Acesso em 15 maio. 2023.

DE MAGALHÃES, Manuela Mesquita et al. Os determinantes da realização de cesárias no Brasil. **Insp[er] [revista da Internet]** n, v. 41, 2019.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da Gravidez: parto e puerpério**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARTINS, Mariana Salomé Pereira. Sofrimento Fetal Agudo: Fatores de Risco e Implicações. **Periódicos Beira Interior**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01–80, 2020. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10757/1/7456_15899.pdf. Acesso em: 06 maio. 2023.

MEDEIROS, Raphael Câmara et al. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 482, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MENDONÇA, Maria Nathália Prado Simões et al. Estudo das indicações de cesariana em uma maternidade de referência em baixo risco. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 01–08, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11375>. Acesso em: 29 abr. 2023.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 14 ed. Guanabara Koogan, 2017.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto *et al.* Análise Computadorizada da Cardiotocografia Anteparto em Gestações de Alto Risco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2002, v. 24, n. 1, pp. 29-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032002000100005>. Acesso em: 23 out. 2022.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 667-674, 2002.

OLIVEIRA; R.R., MELO; E.C, NOVAES ES, FERRACIOLI PLRV, MATHIAS TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP**. 2016;50(5):733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>. Acesso em: 03 maio. 2023.

OLIVEIRA, ANA LYDIA MELO DE GODOY; DO AMARAL, WALDEMAR NAVES. Caracterização sociodemográfica e obstétrica de mulheres submetidas a cesárea intraparto em uma maternidade pública de Goiânia. **EQUIPE EDITORIAL**, p. 6, 2021. Disponível em:

<https://ceremgoias.org.br/dados/revista/num003/revista-cerem-go-portugues-03.pdf#page=6>.

Acesso em: 18 maio. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 22 maio. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesarianas.** Genebra: OMS, 2015. 8 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=2203861AFFEEEE7A9A32D15D95C3343F?sequence=3> Acesso em: 23 dez. 2021.

PALERMO, Aline et al. As indicações de cesarianas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 624, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>. Acesso em: 13 maio. 2023.

PENN, Zoe; GHAEEM-MAGHAMI, Sadaf. Indications for caesarean section. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 15, n. 1, p. 1-15, 2001.

PEREIRA, B. G. Incidência das indicações de cesarianas realizadas em um hospital público do estado do tocamantins: alguns questionamentos a partir de uma visão sociopragmática. **Revista cereus**. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/1917>. Acesso em: 19 maio. 2023.

RATTNER, Daphne; DE MOURA, Erly Catarina. Nascimentos no Brasil: Associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 39–47, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>. Acesso em: 23 maio. 2023.

REZEND J. **Operação Cesariana**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SEWELL, Jane Eliot. Cesarean section—a brief history. **A brochure to accompany an exhibition on the history of cesarean section at the National Library of Medicine**, v. 30, 1993. Disponível em: <https://neonatology.net/pdf/cesarean.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, Luciana Angélica Vieira *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de puerperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais,

Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 617-625, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n2/617-625/>. Acesso em 21 maio. 2023.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos. Cesariana em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal. **Estação Científica (UNIFAP)**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 103, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18468/estcien.2018v8n2.p103-110>. Acesso em: 16 maio. 2023.

SANTOS, Renato José *et al.* Variáveis associadas à laceração perineal durante a assistência ao parto. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 9, p. e50811932138, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32138>. Acesso em: 11 maio. 2023.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 418-426, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dspDzxgyDwzz3cBnq6TPTfS/abstract/?lang=pt>. Acesso em 04 maio. 2023.

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 7-33, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n4/a133-137.pdf>. Acesso em: 11 maio. 2023.

SCHILLER, Esther Ferreira. **A relação entre perfis de parturientes e vias de parto no brasil**. [s. l.], p. 1-52, 2015. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/12862>. Acesso em: 08 maio. 2023.

SILVA FILHO, Agnaldo Lopes da; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa de; MELO, Victor Hugo de. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia - SOGIMIG**. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

SILVA, Aline Palermo da Silva *et al.* As indicações de cesarianas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e624, 29 jun. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/624/498>. Acesso em: 13 maio. 2023.

SILVA, Thales Philipe Rodrigues *et al.* Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. Suppl 4, p. e20180996, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>. Acesso em: 14 maio. 2023.

SILVA, Yanick Adolfo Leal Correia. FATORES ASSOCIADOS A CHANCE DE REALIZAÇÃO DE CESARIANA PRIMÁRIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Periódicos UFRGS**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01–28, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/236005>. Acesso em: 11 maio. 2023.

SILVEIRA, Sheila Koettker; TRAPANI JÚNIOR, Alberto. Monitorização fetal intraparto. **Femina**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 59–64, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2023.

SIQUEIRA, Maria Raquel Cavalcante; FEITOZA, Hudson Fábio Ferraz. PREFERÊNCIAS DAS GESTANTES PELO PARTO NORMAL OU CESÁREO: FATORES INTERVENIENTES CESAREAN DELIVERY: INTERVENING FACTORS. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, [s. l.], v. 03, n. 4, p. 515–523, 2021. Disponível em: <https://revistamultisert1.websiteseuro.com/index.php/revista/article/view/38>. Acesso em 15 maio. 2023.

MARTEL, Marie-Jocelyne; MACKINNON, Catherine Jane. No. 155-Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Mar;40(3):e195-e207. doi: 10.1016/j.jogc.2018.01.014. PMID: 29525045.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II:[revisão]. **Femina**, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-570113>. Acesso em: 10 dez. 2021.

TOWNSEND, R.; O'BRIEN, P.; KHALIL, A. Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integrated Blood Pressure Control.*, v.9, 2016. p.79-94. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4968992/>>. Acesso em: 07 maio. 2023.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **QUEM ESPERA ESPERA.** 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf. Acesso em: 16 dez. 2021.

VALE, Luana Dantas *et al.* Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 86-92, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bNLfMyvHhhzvGTbwwQyQv8K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio. 2023.

VILELA, Ana Carolina; NAZARIO, Nazaré Otília; NUNES, Rodrigo Dias. ESTUDO COMPARATIVO DOS RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS ENTRE CESARIANA ELETIVA E CESARIANA DE EMERGÊNCIA. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [s. l.], v. 48, n. 4, p. 140–151, 2019. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/587/383>. Acesso em: 17 maio. 2023.

WONG, Lo et al. Umbilical cord prolapse: revisiting its definition and management. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 225, n. 4, p. 357–366, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.077>. Acesso em: 15 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017. p. 1-56.

ZIMMERMMANN, Juliana Barroso et al. Oligoidrâmnio isolado em gestação a termo: qual a melhor conduta?. **Femina**, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-546447>. Acesso em: 17 maio. 2023.

ZUGAIB, M. **Zugaib Obstetrícia**. 4 ed. Manole, 2020

ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. **Descolamento prematuro de placenta**. In: ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R. P. V. (ed.). Zugaib Obstetrícia. 3. ed. Barueri/SP: Manole, 2016. p. 713-724.

APÊNDICES

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

DADOS A SEREM COLETADOS DO PRONTUÁRIO DAS PACIENTES

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Iniciais: _____. Idade: _____. Número do prontuário: _____
 Etnia: branca (), preta (), parda (), amarela (), indígena ().
 Escolaridade: analfabeta (), ensino fundamental (), médio(), superior ().
 Situação conjugal: união estável (), solteiras(), casada (),
 Outros: _____
 Ocupação: _____
 Hábitos e vícios: Não possui (), tabagista () etilista (),
 Outros: _____

REGISTROS NO PRONTUÁRIO REFERENTE A CADERNETA DA GESTANTE:

Teve assistência pré-natal: SIM () NÃO ()
 N° de consultas do pré-natal: _____
 Mês que iniciou o pré-natal: _____
 Intercorrência no pré-natal: _____
 Observações: _____

Registros referentes a caderneta da gestante não foram encontrados no prontuário ().

HISTÓRICO OBSTÉTRICO:

Número de gestações: _____
 Número de partos: _____
 Tipos de parto anteriormente: _____
Número de abortamentos: _____

HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO:

Dias de internação: ____/____/_____
 Data da admissão: ____/____/_____
Data da cesariana: ____/____/_____ Cirurgia eletiva () cirurgia de emergência()
 Data da alta: ____/____/_____
 IG: _____
 Paridade: primípara (), secundípara (), múltipara (), geminípara ().
 Patologia: _____
 Indicação médica para o parto cesáreo (ou CID): _____

Intercorrências na hora do parto: _____

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE II

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA POR MEIO DO CADASTRO NO NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL (NMT)

Figura 2. Parecer do comitê de ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1913329.pdf	05/05/2022 11:22:27		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoVERSao2.pdf	05/05/2022 11:18:58	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCesareEmAltamiraVersao2.pdf	05/05/2022 11:16:30	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Outros	APeNDICEI.pdf	17/03/2022 18:34:07	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Outros	declaracaodeinsencaodeonus.pdf	17/03/2022 18:22:06	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoSBUNIDADE.pdf	17/03/2022 18:18:42	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Outros	AprovacaonaUnidade.pdf	17/03/2022 18:15:14	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Parecer Anterior	ParecerComissaoCientificadaFaculdade. pdf	17/03/2022 18:13:09	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	termoCompromissoPesquisadores.pdf	17/03/2022 18:11:05	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	SolicitaCaodelsencaodTCLE.pdf	17/03/2022 18:09:12	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SESMA.pdf	17/03/2022 16:40:31	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	17/03/2022 16:28:39	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/03/2022 00:17:42	Rosiane Luz Cavalcante	Aceito

Fonte: Comitê de ética em pesquisa.

Figura 3. Parecer do comitê de ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução CNS nº466/2012. Em atendimento a esta resolução esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Cabe ainda ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final para este CEP;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- f) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, alteração ou interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Fonte: Comitê de ética em pesquisa.

APÊNDICE III

Figura 4. Aceitação SESMA





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA
FACULDADE DE MEDICINA – CAMPUS ALTAMIRA

Ofício Nº 14/2022 – FAMED Altamira, 25 de janeiro de 2022.

Sr^a. Tatiana de Souza Nascimento Galvão
Secretária Municipal de Saúde de Altamira

Assunto: Parceria Interinstitucional.

Ao cumprimentá-lo cordialmente em nome da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará, Campus de Altamira, venho mui respeitosamente, à presença de V.Sa. solicitar parceria interinstitucional tendo como intuito a realização da pesquisa intitulada **“Análise das indicações de parto cesáreo em hospital de referência materna do município de Altamira-PA”**, sendo de responsabilidade da Enfermeira Mestre Rosiane Luz Cavalcante, professora desta instituição, a qual anseia realizar sua pesquisa dentro das dependências do Hospital Municipal São Rafael. Baseado nos resultados deste estudo, propõe-se identificar possíveis lacunas quanto às indicações de parto cesáreo. Na qual resultará em relatório e será apresentado para esta secretaria. Ressalta-se que este estudo está de acordo com o que preconiza as normas técnicas do comitê de ética de pesquisa e humanos conforme a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12, de 12/09/2012.

A contrapartida solicitada para o município é a permissão para que a professora supracitada, e eventualmente outros membros da equipe (devidamente identificados), realize o estudo dentro das dependências do referido hospital. Informamos ainda que não haverá qualquer tipo de ônus para o município.

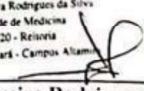
Na expectativa de sermos atendidos no que ora requeremos, agradecemos desde já.

Atenciosamente,

Tatiana de Souza N. Galvão
Autizo que a pesquisa seja realizada!
Tatiana Galvão

Tatiana de Souza N. Galvão
 Secretária Municipal de Saúde
 Decreto nº 593/2021

Prof. Leonardo de Oliveira Rodrigues da Silva
 Diretor da Faculdade de Medicina
 Portaria 2986-2020 - Reitoria
 Universidade Federal do Pará - Campus Altamira



Prof. Me. Leonardo de Oliveira Rodrigues da Silva
Diretor da Faculdade de Medicina
Portaria nº 2986/2020 – reitoria
UFPA – Campus Altamira

Faculdade de Medicina • UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – UFPA • CNPJ Nº 34.621.748/0001-23

Campus Universitário de Altamira
 Rua Coronel José Porfírio, nº 2515, Campus II – Bairro: São Sebastião
 CEP 68372-040 – Altamira, Pará
 Telefone: (+ 55 93) 2122-0560 / 2122-0561 / 2122-0562
 Correio eletrônico: famedalt@ufpa.br | Internet: www.altamira.ufpa.br



Figura 5. Aceitação SESMA

	 ALTAMIRA PREFEITURA MAIS VIDA, MAIS FUTURO!
---	--

OFÍCIO Nº 048/2022- SESMA/PMA

Altamira/Pa, 01 de fevereiro de 2022.

À Sua Senhoria o Senhor
Leonardo de Oliveira R. da Silva
Prof. Me. – Diretor da Faculdade de Medicina - UFPA
Nesta

Assunto: Autorização para realização e pesquisa

Prezado Professor Leonardo,

Cumprimentando-o cordialmente, em atenção ao vosso ofício nº 14/2022-FAMED, venho afirmar a parceria interinstitucional conforme proposta nos autos do referido ofício, para o qual solicitamos além da apresentação do relatório final a esta secretaria, que todos os profissionais envolvidos no estudo sejam previamente apresentados via documento protocolado à direção do Hospital Geral de Altamira/PA (contendo, entre outros, declaração de vínculo com a Instituição, cópia de documentos pessoais e da carteira de vacinação atualizada) e que todos sigam os protocolos de segurança indicados no controle de infecções por Covid-19.

Na oportunidade renovamos protestos de consideração.

Atenciosamente,



Tatiana de Souza N. Galvão
Secretária de Saúde
Decreto nº 593/2021

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ nº 10.467.921/0001-12, Travessa Paula Marques, nº 192, Bairro: Catedral, CEP: 68.371-055, Altamira/PA.
E-mail: sesma@altamira.pa.gov.br

Fonte: SESMA Altamira.