



Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC/UBÁ

Curso em Enfermagem

CESÁREA ELETIVA E EVENTOS ADVERSOS PARA O NEONATO

Elective cesarean section and adverse effects for the neonate

Jordana Ribeiro Martins¹; Joyce Catarina Lamas Costa¹; Elisângela Reis Mantovani²

¹ Discentes do curso de graduação em Enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC/Ubá, Minas Gerais.

² Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docente do curso de graduação em enfermagem da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC/ Ubá, Minas Gerais.

RESUMO

A cesariana eletiva é a retirada do bebê de forma programada antes da mulher entrar em trabalho de parto, devido a inexatidão do método de cálculo da idade gestacional, pode apresentar agravos para o recém-nascido. Este estudo teve como objetivo contextualizar a respeito da cesárea eletiva sem indicação plausível, identificando as consequências para o neonato. Trata-se de uma revisão de literatura, buscou-se artigos nacionais e internacionais em bases de dados e revistas eletrônicas como Lilacs, Scielo, Pubmed, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde. As motivações deste tipo de parto ultrapassam as indicações clínicas, em um contexto sociocultural em que o parto cirúrgico agendado é visto, por parte da população, como sinônimo de um atendimento de qualidade. Pesquisas demonstram relação direta entre prematuridade associada a esse tipo de parto, causando problemas respiratórios no neonato; aumento do período de internação hospitalar; dificuldades inerentes à amamentação e ao contato pele a pele na 1ª hora de vida. As políticas públicas são de extrema importância para uma tomada de decisão assertiva na escolha da via de nascimento e para a preparação da mulher e de seus familiares acerca do cenário parturitivo, informando sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, ressaltando a importância da enfermagem nesse processo. Os resultados obtidos evidenciaram que a cultura de cesarianas eletivas, não é uma realidade de fácil mudança. Portanto, tornam-se válidas medidas para conscientização social dos riscos deste procedimento para o neonato, a fim de prevenir complicações e morbidades.

Palavras-chaves: Cesárea; Eletiva; Neonato; Consequências.

ABSTRACT

Elective cesarean section is the withdrawal of the baby in a scheduled manner before the woman goes into labor, due to the inaccuracy of the method of calculating gestational age, may present harm for the newborn. This study aimed to contextualize elective cesarean section without plausible indication, identifying the consequences for the neonate. This is a literature review, looked for national and international articles were sought in databases and electronic journals such as Lilacs, Scielo, Pubmed, Google Scholar and Virtual Health Library. The motivations for this type of childbirth go beyond the clinics, in a sociocultural context in which the scheduled surgical childbirth is seen, by the population, as a synonym of quality care. Research shows a direct relationship between prematurity associated with this type of childbirth, causing respiratory problems in the neonate; increased length of hospital stay; difficulties inherent to breastfeeding and skin-to-skin contact in the 1st hour of life. Public policies are extremely important for making a correct decision in choosing the mode of birth and for preparing women and their families about the parturition scenario, informing about the risks and benefits of each type of childbirth, emphasizing the importance of nursing in this process. The results obtained showed that the culture of elective cesarean sections is not a reality that can be easily changed. However, become valid, measures for social awareness of the risks of this procedure for the neonate in order to prevent complications and morbidities.

Keywords: Cesarean section; Elective; Neonate; Consequences.

Correspondência:

Nome: Jordana Ribeiro Martins

Email: jordana-riibeiro@hotmail.com

Nome: Joyce Catarina Lamas Costa

Email: joyce.catarina15@gmail.com

INTRODUÇÃO

O parto consiste na expulsão/extração de um ou mais bebês do útero da mulher, sendo ele natural, quando a expulsão acontece por meio do canal vaginal através das contrações uterinas; ou cesáreo, quando a extração do bebê é feita através de incisões cirúrgicas abdominal e uterina, com posterior sutura das incisões, sendo feito com o uso de anestesia peridural, raquidiana ou geral. O procedimento pode ser realizado por indicação médica, quando o parto vaginal pode trazer riscos para a mãe e/ou feto, e por escolha da parturiente, dentre outros casos. E, quando a extração do bebê é feita antes do trabalho de parto, é planejado o dia do nascimento através do cálculo da Idade Gestacional (IG) do feto, pela Data da Última Menstruação da mulher (DUM), ou através da Ultrassonografia (US). Esse agendamento do parto é denominado cesariana eletiva e acontece por diversas razões, sejam maternas, fetais ou placentárias (Assunção et al., 2011; Melo, Davim e Silva, 2015; Ferrari, 2019; Zugaib e Francisco, 2020).

A cesariana é uma das cirurgias mais comuns em todo o mundo, quando bem indicada por embasamentos científicos é efetiva para salvar vidas, mas, assim como qualquer cirurgia, acarreta riscos, tanto imediatos como a longo prazo, para a mãe e para o bebê. Com o passar dos anos, houve uma banalização de seus riscos, e essa via de parto tem sido a via de escolha de muitas gestantes e obstetras. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um país seja de 10% a 15%. Taxas de cesariana acima de 15% não estão relacionadas com a redução da mortalidade materna e neonatal, acarretando, com isso, riscos desnecessários quando realizada de forma corriqueira, sem real indicação para o procedimento. Historicamente, o Brasil é um dos países do mundo que mais realiza cesarianas. Segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cerca de 55,5% dos nascimentos ocorrem por cesarianas, sendo que essas taxas chegam a 80-90% no setor privado de atendimento (OMS, 2015; Rosa, 2018; Silva et al., 2019; Brasil, 2021).

A literatura indica que, além dos resultados adversos que podem ocorrer durante o parto cirúrgico, efeitos negativos no período neonatal (correspondente aos 28 primeiros dias de vida) também podem ocorrer, principalmente aqueles realizados de forma eletiva entre a 37^a e 38^a semana, podendo se observar relação em maior risco de morte; internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); morbidades respiratórias; hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatal, quando comparados a aqueles nascidos de 39 semanas. Esse

risco aumenta conforme diminui a idade gestacional (Potter e Perry, 2015; Rosa, 2018; Ferrari et al., 2020).

Além disso, o procedimento eletivo pode estar muitas vezes relacionado com a prematuridade pela inexatidão do cálculo da idade gestacional, fato este que interfere diretamente no neurodesenvolvimento infantil, devido à associação com a necessidade de reanimação, o primeiro contato pele a pele com a mãe sendo realizado de forma tardia, hospitalização neonatal prolongada, índice de Apgar inferior a 7 no 5º minuto, entre outros. No que diz respeito aos problemas respiratórios os recém-nascidos por cesariana eletiva são mais susceptíveis, pois os mecanismos de reabsorção do líquido pulmonar não são totalmente ativados (Farias, 2017; Rosa, 2018; Ferrari et al., 2020).

A literatura evidencia também que bebês nascidos através da cesárea eletiva são mais susceptíveis a infecções gastrointestinais nos primeiros meses de vida, pois a colonização do trato gastrointestinal é reduzida; além do mais, a cesariana eletiva pode causar retardo na amamentação, fazendo com que o bebê necessite de fórmulas lácteas, fato este que pode potencializar o aparecimento de intolerância às proteínas do leite de vaca (Farias, 2017).

No que diz respeito aos efeitos conhecidos a longo prazo, ressalta-se maior risco de doenças imunológicas, a maior ocorrência de síndrome metabólica, asma, dislipidemia, doença cardiovascular, problemas gastrointestinais e obesidade (Cavaggioni, Martins e Benincasa, 2020).

Diante do cenário atual brasileiro, onde percebe-se a popularização do parto cirúrgico agendado, manifesta-se o interesse pela problemática. Ressaltando que as cesáreas, como qualquer cirurgia, acarretam riscos, enfatiza-se que nas eletivas os riscos são ainda maiores, pois soma-se ao risco de prematuridade. A busca pelo entendimento mais amplo sobre as consequências que uma cesariana eletiva pode causar no neonato é essencial para que possíveis soluções possam ser pensadas a fim de diminuir o percentual dos partos cirúrgicos agendados. Sendo assim, este estudo tem como objetivo contextualizar a respeito da cesárea eletiva sem indicação plausível, identificando as consequências para o neonato.

Trata-se de uma revisão de literatura, onde se buscou artigos nacionais e internacionais em bases de dados e revistas eletrônicas como Lilacs, Scielo, Pubmed, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde. Os descritores foram selecionados de acordo com as demandas disponíveis nos recursos informacionais, priorizando os termos: cesariana, eletiva, neonato, lactente, consequências, desfecho, parto, aleitamento, intercorrência, prematuridade, amamentação.

A cesariana no contexto sociocultural

Os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo nos diferentes países e culturas. Antes realizado pelas próprias gestantes de forma instintiva, depois com a ajuda de parteiras, o parto começou a ser realizado nas instituições de saúde. Passou, então, do domicílio ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização à medicalização, do natural a um evento regrado. Fato que ocorreu por conta dos conhecimentos e habilidades adquiridos pelos profissionais obstetras em relação à assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, reduzindo de forma significativa a morbimortalidade da mãe e do bebê (Vendruscolo e Kruehl, 2015; Vicente, Lima e Lima, 2017).

O parto cesariano tem esse nome segundo alguns historiadores, devido ao fato de Júlio Cesar, importante líder político de Roma entre os anos de 49 a 44 a.C., ter nascido de parto cirúrgico. Segundo eles, César foi retirado do ventre de sua mãe após a morte dela. Existem relatos de que, nessa época, esse tipo de parto só era feito por questões religiosas, quando a mãe e o bebê já estavam mortos, para que fossem enterrados separadamente. César foi o primeiro bebê a nascer com vida neste tipo de procedimento. Por muito tempo o procedimento cirúrgico foi aplicado somente em caso da morte da mãe fato que certamente trouxe muitos conhecimentos em relação ao corpo feminino (Moraes, 2017).

A introdução da cesárea na prática obstétrica segundo Palharini e Figueirôa (2018), só teve início a partir do século XVII em países europeus, como a Inglaterra e a França, e nos Estados Unidos, e por muito tempo a mortalidade fetal e materna apresentavam altas taxas. A diminuição dos óbitos fetais e maternos começou a acontecer por volta do século XIX, após o período da Segunda Guerra Mundial, devido ao avanço da medicina, maternidades foram sendo criadas nestes países desde a segunda metade do século.

No Brasil, o cenário parturitivo sofre mudanças mais significativas somente após a década de 1960, quando reformas sanitárias se tornaram mais intensas. Com isso, o parto passou a ser realizado em sua maioria nas maternidades, em busca de “civilizar” a população (Palharini e Figueirôa, 2018; Brasil, Maciel e Figueredo, 2018).

Antes disso, praticamente a totalidade dos partos acontecia no domicílio da parturiente com a assistência de parteiras leigas, ou, mais raramente, por parteiras com estudo; o médico era acionado apenas nos casos considerados mais complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema (Silva et al., 2019).

Inicialmente, houve resistência por parte das mulheres em parir fora do ambiente doméstico, resistência essa, marcada por conflitos entre médicos e parteiras, estabelecendo

relações de desigualdade de gênero: de um lado, o conhecimento institucionalizado masculino; do outro, o saber tácito feminino das parteiras e das parturientes. A confiança na figura no médico-parteiro e no hospital foi construída à medida que melhoravam a segurança e a assepsia desse espaço (Palharini e Figueirôa, 2018).

A mudança de concepção, de acordo com Vendrúscolo e Kruehl (2015), começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal. Assim, nos meados do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto, e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição. Pode-se dizer que o fórceps salvou muitos bebês e mães, numa época em que a cesariana resultava em grande número de mortalidade, pois o fórceps era uma alternativa ao parto cirúrgico. Juntamente com a cesariana, surge a medicalização do parto, como o uso da anestesia. Um século depois, a cesariana já não representava mais tanto perigo de óbito materno e passou a ser enfatizada para os nascimentos no Brasil.

Um dos motivos apontados para o sucesso (diminuição dos óbitos de recém-nascidos e mães) das cesáreas e partos em geral com o passar do tempo foi o conhecimento sobre a importância da higienização (Nakano, Bonan e Teixeira, 2016).

Neste contexto, com o passar das décadas, as maternidades cada vez mais se tornaram adequadas e seguras aos nascimentos. As gestantes teriam assistência médica e possibilidade de repouso, além de contar com procedimentos assépticos que diminuiriam o risco das infecções. O parto, por sua “natureza longa e cansativa”, era considerado uma atividade fisiológica que submeteria a mulher a sofrimentos e traumas. Ademais, considerava-se que o parto estaria sujeito a tantas e tão frequentes complicações que constituiria, por si só, um risco, dando início a uma forte tentativa em suavizar o parto, tornando-o mais rápido e menos doloroso (Silva et al., 2019).

Assim, o avanço científico e tecnológico na assistência prestada no parto, influenciou diretamente na visão acerca do parto natural e do cenário parturitivo, deixando o parto de ser visto como um evento fisiológico para um acontecimento cirúrgico. As cesarianas são absolutamente essenciais para salvar vidas em situações em que partos vaginais representam riscos, como, por exemplo, na distócia/falha na progressão do parto, má posição fetal, cesárea anterior com menos de 2 anos, frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora e/ou mecônio, quando a mãe apresenta doença sexualmente transmissível, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e alguns casos de Papiloma vírus Humano (HPV), ou,

ainda, outros motivos, a exemplo do descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, diabetes gestacional e HELLIP síndrome, que venham a complicar o bom andamento do parto, entre outros casos. Todavia, no decorrer dos anos, ocorreu um aumento alarmante do número de partos cesáreos sem evidências científicas (Queiroz et al., 2005; Amorim, Souza e Porto 2010; Mascarello, Horta e Silveira 2017; Silva, 2020).

Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar a preferência pelo procedimento cirúrgico no momento do parto que existe no cenário atual. Silva et al., (2019) citam algumas hipóteses, entre elas a forma como a assistência ao parto é organizada no país, focada na atuação individual dos profissionais indo contra a abordagem multidisciplinar; as características sociais e culturais dos brasileiros, a qualidade dos serviços de saúde do país que realizam o parto e o pré-natal, que muitas vezes não preparam adequadamente as mulheres para o nascimento.

Como agravante desse cenário, existe ainda uma cultura que mitifica o processo de parto e nascimento. Muitas mulheres escolhem a via cirúrgica como forma de nascimento por acreditarem que o parto vaginal não é seguro e supervalorizarem o uso das tecnologias, como a cirurgia cesariana: “mais limpa, rápida e segura”. Além disso, aspectos como o medo da dor e o receio de mudança na anatomia da genitália geram apreensão nas parturientes, que ouvem, muitas vezes, relatos negativos de experiências de mulheres que sofreram intervenções prejudiciais durante o parto vaginal, além da crença de que a cesárea gera menos riscos ao feto (Viana et al., 2018).

As taxas de cesáreas nas maternidades privadas são maiores, fato que pode ter relação com as melhores condições socioeconômicas das mulheres que têm acesso a essas maternidades. A maioria da população brasileira tem relacionado a cesariana ao que seria um bom padrão de assistência por estar associada, em muitas das vezes, às melhores condições financeiras das mulheres. A taxa elevada do SUS acarreta um alto gasto desnecessário aos cofres públicos, mas, diferente do que a população acredita as altas taxas da cesariana não são um marcador de qualidade do serviço de saúde, já que ela se relaciona ao pré-natal com acompanhamento inadequado ou a indicações equivocadas para a sua realização (Entringer et al., 2018, Ferrari et al., 2020).

De acordo com Barreto (2017), existem classificações diferentes de cesárea. A saber: a cesariana de emergência é quando há perigo iminente para a mãe, para o bebê, ou ambos, sendo realizada após o trabalho de parto ou não, e o tempo da indicação cirúrgica e o início do procedimento não deve ultrapassar 15 minutos; cesariana de urgência é definida quando não há risco iminente para a mãe e para o bebê, mas existe uma situação clínica que precisa

ser resolvida em um determinado período; e a Cesariana Eletiva ou Programada é feita por opção, seja do médico ou da parturiente, e também é conhecida como “cesariana a pedido da mulher”. Geralmente é realizada em gestação única, a termo e sem intercorrências clínicas ou obstétricas.

Segundo Moraes (2017), há situações em que o procedimento cirúrgico agendado proporciona uma maior segurança à mãe e ao bebê, como, por exemplo, em casos de placenta prévia centro-total ou centro parcial, acretismo placentário, gestantes portadoras de Infecções Sexualmente Transmissíveis, em gestações gemelares (quando o primeiro feto esteja em apresentação não cefálica), em mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (quando o peso do bebê estiver acima de 4,5 quilos) entre outros casos. Ressalta-se que a decisão acerca do momento da interrupção da gestação é diferente para cada situação.

Em relação à cesariana eletiva a pedido materno, a recomendação é que não seja realizada antes da gestação a termo completo. É importante discutir durante o pré-natal sobre os riscos e benefícios do procedimento, sobre as possibilidades que existem para amenizar as dores do parto vaginal, como a analgesia durante o parto e métodos não farmacológicos, sobre o risco de falha no cálculo da idade gestacional, e sobre os benefícios do trabalho de parto para a criança. Estima-se que 4 a 18% de todas as cesarianas sejam realizadas por desejo materno, embora este seja um número difícil de quantificar pela subjetividade (Paro e Catani, 2019).

Consequências da cesárea eletiva para o neonato

A cesariana eletiva está associada a diversas intercorrências maternas e neonatais, sendo uma delas a prematuridade, que está relacionada à falta de exatidão dos métodos utilizados para o cálculo da idade gestacional. Esse erro é, muitas vezes, referente à realização da US que, quando realizado em fases avançadas da gestação, trazem maiores riscos do equívoco no cálculo da IG e quando utilizada para o agendamento da cesariana programada, tem maiores probabilidades de uma interrupção prematura da gestação. Além disso, a falha no método também pode estar relacionada a interpretações equivocadas das provas de vitalidade fetal, o que também pode levar a prematuridade (Zugaib e Francisco, 2020).

A gestação a termo se divide em a termo precoce de 37 a 38 semanas e 6 dias, a termo completo de 39 a 40 semanas e 6 dias e a termo tardio de 41 semanas a 41 semanas e 6 dias. O bebê nascido de gestação a termo precoce tem uma maior morbidade relacionada a prematuridade do que o feto a termo completo, o que nos demonstra fortemente que

interrupções eletivas devem ser feitas a partir da 39^a semana, com o propósito de evitar eventos adversos relacionados a prematuridade (Zugaib e Francisco, 2020).

Estudos realizados em todo o mundo evidenciaram relações entre a cesariana eletiva realizada em a termo precoce com maior risco de agravos ao neonato, elevando a probabilidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devido ao maior risco de morbidade respiratória como a Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) e a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), necessitando também de suplementação de oxigênio através de máscaras, Pressão Positiva Contínua nas vias aéreas (CPAP), Pressão Positiva nas vias aéreas em 2 níveis (BIPAP) ou da Ventilação Mecânica (VM) dependendo da gravidade (Pirjani et al., 2018; Ahimbisibwe, Coughlin e Eastabrook, 2019; Thomas et al., 2021).

A TTRN é um desconforto respiratório temporário que o RN apresenta devido ao atraso na absorção do líquido pulmonar após o nascimento. Já a SDR no RN classificado como a termo precoce está relacionado ao aumento de líquido pulmonar, devido a maior permeabilidade da membrana alvéolo capilar, contribuindo significativamente para a maior gravidade (Brasil, 2012).

As intercorrências da cesariana eletiva foram alvos de pesquisas em diversos países. Em Londres, Ahimbisibwe, Coughlin e Eastabrook (2019) realizaram um estudo e obtiveram dados de que as cesarianas eletivas quando realizadas com gestação <39 semanas aumentavam significativamente o risco de morbidade respiratória, o que desencadeia um aumento de internações em UTIN, aumento do tempo de permanência hospitalar, aumento da necessidade de dispositivos intravenosos e exposição a antibióticos. Já no Qatar, estudo realizado por Thomas et al. (2021) constatou a maior necessidade de suporte respiratório em RN quando nascidos de gestação a termo precoce do que em nascidos de gestação a termo completo, e observado o dobro de risco de internação na UTIN dos nascidos com menos de 39 semanas de gestação. O estudo ainda enfatiza que, como algumas gestantes entram em trabalho de parto antes da 39^a semana, as cesáreas marcadas tendem a ser antes desta data para não correr o risco de antecipação do trabalho de parto.

Nesta mesma pesquisa, foi observado também que os bebês com índice de Apgar <7 aos 5 minutos eram do grupo a termo precoce e que, de todas as gestações não complicadas de cesariana eletiva que tiveram eventos adversos ao neonato como a TTRN e a SDR, estavam relacionados a IG na hora do parto aumentando o risco de acordo com que a IG diminuía dentro da classificação gestação a termo (Thomas et al., 2021).

Outro estudo, esse agora realizado no Irã, observou também uma maior taxa de internação em UTIN e da ocorrência da TTRN em neonatos nascidos de cesáreas eletivas de gestações com IG entre 38 e 39 semanas, quando comparadas a aquelas com gestações acima de 39 semanas (Pirjani et al., 2018).

No Brasil, Ferrari (2019) coletou dados entre parto cesáreo agendado e parto normal e evidenciou em seu estudo que cerca de mais de 90% não tiveram seu contato pele a pele na hora do nascimento e 75% não mamaram na primeira hora de vida, todos nascidos de cesariana. Além disso, 75% dos bebês que apresentaram índice de Apgar <7 no 5º minuto nasceram de cesárea. Quando analisadas as internações em UTIN, em torno de 52% das internações foram de bebês nascidos do procedimento agendado. Neste estudo não foi observada relação da IG <39 semanas e cesariana eletiva diretamente ligada a bebês de baixo peso e do índice de Apgar quando comparados aos nascidos de parto normal nesta mesma IG.

Os bebês nascidos com idade gestacional inferior a 39 semanas possuem imaturidade em órgãos como fígado, cérebro e pulmões, além de uma maior ocorrência de retração intercostal e esternal, gemido expiratório e, por vezes, cianose, além de complicações metabólicas e neurológicas. A capacidade de sugar e engolir também ficam comprometidas e há maior predisposição de desenvolvimento de problemas de audição e visão logo após o parto (Barreto, 2017).

Torna-se válido salientar que os desfechos relacionados a cesariana eletiva repercutem além do período neonatal, foco desta pesquisa, e incluem, a longo prazo, ainda maior risco de morte, hipoglicemia, sepse neonatal, crises convulsivas, icterícia, enterocolite necrotizante, encefalopatia hipóxico-isquêmica, ressuscitação cardiopulmonar, pH no sangue de cordão abaixo de 7,0, e maior tempo de internação (Moraes, 2017).

Consequências do parto cesáreo eletivo na amamentação

A amamentação traz benefícios tanto para a mãe como para o bebê, principalmente quando realizada de forma precoce no nascimento e de forma exclusiva até os primeiros 6 meses de vida. É comprovado que o Aleitamento Exclusivo (AE) apresenta uma diminuição do risco de mortalidade neonatal, sendo menor quando iniciada em menos de 1 hora de vida. O AE ainda diminui os riscos de morbidade e mortalidade por diarreia quando comparados a aqueles bebês que tiveram a introdução de fórmulas entre o 3º e 4º meses de vida (Toma e Rea, 2008).

A amamentação também está relacionada à proteção de infecções, ao aumento da inteligência do bebê e à redução de sobrepeso e diabetes, constituindo uma das principais estratégias para prevenção da mortalidade de crianças de até 5 anos de idade. Quando

relacionado com a saúde da mulher, a amamentação imediata, logo após o parto, protege contra hemorragias puerperais e ainda auxilia na contração do útero, já que durante a sucção do RN no mamilo libera ocitocinas que determinam a contração das fibras musculares uterinas. Quando relacionado a um prazo maior, o AE pelos 6 primeiros meses após o parto apresenta benefícios de retardo do retorno da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto (Pedroso, Faria e Soler, 2008; Toma e Rea, 2008; Brasil, 2021).

O aleitamento após cesariana por muito tempo foi considerado inadequado devido ao estresse cirúrgico que o procedimento poderia causar, quando se acreditava que a amamentação e o parto estavam relacionados com a alta morbidade materna em decorrência das cesáreas na época, levando a falsos entendimentos sobre o real motivo da mortalidade. Sendo comprovado nos estudos recentes que o aleitamento após o parto cesáreo não influencia nas taxas de morbidade materna. Contrariamente, a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida traz benefícios tanto para mãe quanto para o bebê (Zugaib e Francisco, 2020).

É de extrema importância o contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida, levando em consideração a amamentação. Este contato proporciona a produção da cascata de hormônios que auxiliam na lactação e influenciam na estabilidade cardiorrespiratória do bebê e nos níveis de glicose no sangue. Também influencia no vínculo da mãe com o recém-nascido a médio e longo prazo (Ferrari et al., 2020).

Vários estudos nacionais descreveram a cesariana como um dos principais motivos para a não amamentação na primeira hora de vida. No Rio de Janeiro, Boccolini et al. (2011) observaram que cerca de 1 terço dos bebês nascidos em hospitais municipais e federais foram amamentados durante a 1ª hora de vida; em contrapartida, apenas 2% foram amamentados, neste mesmo período, quando analisados hospitais particulares. Em relação ao tipo de parto, em torno de 26% dos nascidos de parto vaginal foram amamentados na 1ª hora de vida, já os nascidos de cesárea foram apenas 5,8%.

Dados que são corroborados com a pesquisa realizada em Rio Branco no Acre, por Ramalho et al. (2019), uma vez que foi observado que cerca de 79,5% dos oriundos de partos vaginais tiveram a amamentação nos primeiros 60 minutos de vida; já nos provenientes de cesárea, apenas 35,3% mamaram no mesmo período. Na cidade de Botucatu, no estado de São Paulo, pesquisa realizada por Ferrari (2019) reforça estas estatísticas demonstrando que, dentre os recém-nascidos que amamentaram na primeira hora, o dobro foi de parto normal (65,2%), quando comparado com o parto cesáreo (34,8%). Além disso, evidenciou-se que nascidos de cesárea têm 13 vezes mais riscos de não terem o contato pele a pele logo ao nascer.

Essa realidade também já foi descrita em outros países como o Irã que apresentou pesquisas onde 88,8% dos RN de parto normal estudados, iniciaram a amamentação no tempo esperado de uma hora. Já nos nascidos no procedimento cirúrgico, apenas 40% tiveram a amamentação no mesmo período de tempo (Haghighi e Taheri, 2015).

Conforme Brasil (2021), a cesariana, sendo eletiva ou não, está associada à posterior interrupção precoce da amamentação, com três vezes mais chances de isso acontecer no primeiro mês de vida.

De acordo com o Ministério da Saúde, o parto cesáreo veio ganhando espaço durante as últimas décadas, a fim de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, e acabou sendo usada de forma indiscriminada em diversos momentos, devido a fatores históricos estruturais e conjunturais, tirando a autonomia do parto da mulher e transferindo para o médico. Dito isso, quando relacionado à cesariana e à amamentação precoce, percebe-se que, devido ao parto ter deixado de ser um momento da mulher e passado a ser somente mais um evento cirúrgico, diminuiu-se a humanização do nascimento, o que não favorece a amamentação e o contato entre a mãe e seu filho ali mesmo na sala de parto. Outrossim, a demora para a amamentação está relacionada ao retardo da decida do leite quando realizado cesariana eletiva, devido à falta de hormônios ocitocina e prolactina que tem sua produção diretamente ligada ao trabalho de parto. Estes hormônios são fundamentais para acelerar a produção de leite e preparar o corpo da mãe para o nascimento e para o bebê poder mamar ainda na sala de parto (Brasil, 2001).

Políticas Públicas para a redução das cesáreas eletivas: Papel da enfermagem neste contexto

Para Silva (2020), o ideal seria o parto cirúrgico ser considerado apenas após o início do trabalho de parto. A cesariana eletiva não permite que as etapas e os ritmos do trabalho de parto aconteçam de maneira natural, ela interrompe a liberação de hormônios tão importantes no reestabelecimento pós-parto da mãe e do bebê.

A chance do agendamento do parto é maior entre mulheres que realizam pré-natal na rede privada, fato este que indica a relevância de fatores sociais na definição do procedimento, sendo que a escolha deveria ser pautada exclusivamente em razões ligadas ao processo gravídico. Revisão da literatura sobre a saúde de mães e crianças no Brasil revelou que entre as operações cesarianas realizadas no país, quase metade é agendada (Viellas et al., 2014).

Estudo realizado por Einarsdóttir et al. (2013) na Austrália indicou aumento na taxa de cesariana agendada antes do início do trabalho de parto entre mulheres atendidas em hospitais privados. Inversamente, porém, o estudo realizado por Räisänen, Gissler e Kramer (2014) na

Finlândia, com objetivo de verificar a associação entre cesárea eletiva e características socioeconômicas maternas, concluiu não haver tal associação. A divergência entre países indica que a associação entre maior nível socioeconômico e cesárea eletiva não é universal, sendo, possivelmente, modificada por fatores socioculturais relevantes.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi publicado pelo MS o protocolo “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, com recomendações para a cesariana programada. Neste protocolo aconselha-se a fornecer informações para a gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, utilizando de base evidências atualizadas sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto e incluindo a gestante na decisão. Ademais, é recomendada a obtenção de um termo de consentimento informado das mulheres que optarem pelo parto programado, além de registrar os fatores que as influenciaram na decisão e qual deles foi o mais decisivo na escolha (Brasil, 2016).

Uma proposta para reverter as altas taxas de cesáreas existente no Brasil está pautada na diminuição das cesarianas eletivas na rede suplementar, pois a maioria dos procedimentos agendados são feitos na rede privada. Na literatura, entre as razões apontadas para o excessivo uso dessa intervenção em serviços privados está, essencialmente, a conveniência para os médicos pela possibilidade de realizarem mais partos em menos tempo e possibilidade de compatibilizarem o agendamento das operações ao atendimento em consultório. Para os hospitais também há vantagens, já que, como em qualquer cirurgia, podem ser incluídos nos custos da operação cesariana valores referentes ao uso de materiais e equipamentos que são desnecessários no parto normal (Ferrari, Carvalhães e Parada, 2016).

Para a realização de cesarianas eletivas por indicação materna ou fetal, de acordo com a Recomendação nº 011/2021 do Conselho Nacional de Saúde, na rede suplementar (compreende como os planos, seguros e serviços de saúde privados, sendo regulada pelo poder público através da Agência Nacional de Saúde Suplementar), torna-se necessária a elaboração de um relatório assinado pelo médico, relatando e comprovando as condições clínicas para a indicação. O médico deve elaborar e assinar o relatório circunstanciado especificando e comprovando as condições clínicas para a indicação de cesarianas programadas por condição materna ou fetal, de acordo com o documento “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, do Ministério da Saúde; a gestante deve assinar tal documento juntamente com o termo de consentimento para realização de cesariana (Brasil, 2021).

Já nos casos de cesarianas eletivas sem indicação clínica, o agendamento deve ser precedido, minimamente, pela seguinte rotina administrativa: o médico responsável pelo pré-natal deve registrar no prontuário o pedido da mãe de realizar o parto cirúrgico sem indicação;

a gestante deverá passar por aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra (não sendo o mesmo profissional médico assistente), com vistas a receber todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, de forma pormenorizada (Brasil, 2021).

Caso a decisão da mãe pela cesariana se mantenha, a gestante deve ser encaminhada a um psicólogo para que haja um diálogo em relação as suas preocupações e motivações, sendo o parecer do profissional anexado ao prontuário da gestante; se, ainda assim, o desejo pela cesariana sem indicação se mantenha, o médico deverá preencher e assinar o “Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas Sem Indicação Clínica” juntamente com o termo de consentimento, prestando a gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no formulário. Posteriormente, a gestante deverá ser avaliada com relação ao risco anestésico, sendo o parecer do profissional anestesista anexado à documentação. A cesariana, então, deve ser realizada obrigatoriamente com 39 semanas completas de gestação ou mais (Brasil, 2021).

De acordo com Silva (2020), vale ressaltar que tem tornado mais seguro e conveniente para os médicos indicarem a cesariana eletiva, pois tem aumentado o número de processos jurídicos a médicos sobre um possível erro devido a uma cesariana não-realizada, não-realizada no momento certo ou não sendo feita como a primeira opção. Com o agendamento, a chance de haver um processo jurídico é diminuída.

Em consequência ao elevado número de cesarianas realizadas antes da 39ª semana de gestação, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 2.284/20, que tem por objetivo principal definir que cesarianas a pedido da mulher só possam ser realizadas a partir da 39ª semana de gravidez, garantindo assim a segurança do feto e conseqüentemente da mulher o que evita complicações desnecessárias no período do parto e puerpério (Brasil, 2020).

Para reverter essa situação de alto número de cesarianas eletivas, deve haver adoção de estratégias, como a ampla divulgação das vantagens do parto vaginal e dos riscos da cesárea para a população em geral. Para tal, torna-se necessário ofertar atividades educativas sobre o parto para gestantes, de forma a instrumentalizar a mulher e sua família em sua decisão sobre a via de parto, permitindo a ela buscar um profissional que atenda aos seus anseios. Deve-se incentivar a criação de serviços que valorizem o parto natural na rede suplementar e a ampliação da participação de enfermeiras obstétricas no cuidado, visto que a presença dessa profissional nas maternidades reduz a chance de intervenções desnecessárias, inclusive a cesárea, sendo essas, práticas que favorecem a mudança desta realidade (Ferrari, Carvalhães e Parada, 2016).

Conforme Santos (2021), estudos brasileiros indicaram que as gestantes percebem uma grande diferença entre consultas de enfermagem e consultas médicas durante a realização do pré-natal: o enfermeiro possui respaldo técnico-científico para realizar o atendimento de consultas de pré-natal de baixo risco, focando seu atendimento no cuidado, e criando assim um vínculo com o intuito de realizar a educação em saúde, enquanto o médico foca seu atendimento em sinais e sintomas a fim de realizar diagnósticos. Desta forma, a mulher se sente mais satisfeita na consulta de enfermagem, pois é por meio da educação em saúde que a mulher suprirá sua demanda por informações, as quais contribuirão para o empoderamento, aumentando a participação da mesma nas tomadas de decisão durante a gestação, processo de parturição e puerpério.

A enfermagem dá maior ênfase aos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo, tornando, assim, a mulher o foco central. Com isso, as alternativas se expandem além do raciocínio clínico médico, possibilitando às mulheres serem as protagonistas do seu parto, independentemente da via. Contudo, para que essa mentalidade comece a circular no meio obstétrico é necessária uma conscientização dos profissionais para que realmente haja a mudança de cenário no sentido de ampliar a compreensão de uma humanização do parto e do nascimento, vendo-os como um evento natural e fisiológico e tendo como objetivos os processos de educação participativa com atenção voltada às necessidades da mãe e da família, e erradicando desta forma qualquer tipo de influência externa e condutas intervencionistas que venham a ser tomadas sem uma real necessidade, diminuindo assim, o índice de cesarianas (Barreto, 2017).

Para Silva (2020), é fundamental que as instituições de ensino profissional abordem de maneira mais enfática o tema dos benefícios do parto vaginal, a fim de formar profissionais com novas percepções que poderão influenciar diretamente na prática do seu trabalho.

Os enfermeiros da atenção básica de saúde exercem um papel muito importante na conscientização da melhor escolha da via de parto durante o pré-natal. Eles têm a possibilidade de desenvolver a educação como processo de cuidar, atentando-se para a interpretação e a percepção que a gestante tem com relação a sua maternidade no contexto geral. Não devem impor seus conhecimentos desconsiderando a realidade da mulher, pois as orientações dadas poderão ser incompatíveis com a realidade atual da gestante. Evidencia-se a importância do pré-natal para a diminuição dos altos índices de cesáreas, ferramentas como rodas de conversa, palestras e acolhimento das famílias das gestantes são essenciais (Nascimento et al., 2021; Silva et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o parto cesáreo quando bem indicado pode salvar a vida da mãe e do bebê, mas atualmente observa-se uma banalização da sua realização, o que começou a ser na visão da mãe, como um indicador de qualidade, contrário do que realmente é. Esse cenário parturitivo acarreta para os neonatos nascidos de cesariana eletiva o risco de consequências a curto e longo prazo, já que essas consequências estão relacionadas principalmente a prematuridade e a imaturidade dos órgãos.

Apesar de várias medidas já estarem em vigor no Brasil, ainda não se viu uma real efetivação na diminuição deste procedimento, ressaltando que outras medidas devem ser tomadas principalmente durante o pré-natal, para que possa esclarecer às gestantes sobre os riscos e benefícios de cada parto e os agravos que podem resultar da sua escolha.

Portanto, diante do exposto, observa-se que a mudança necessária para a forma de nascer no Brasil não passa por um processo rápido e fácil. Porém, faz-se necessária essa discussão quando analisados dados da repercussão da cesariana eletiva para o recém-nascido. Torna-se necessária uma conscientização da população, dos profissionais e das instituições a fim de valorizar as boas práticas visando o bem estar da mãe e do bebê.

Novos estudos que explorem outras associações entre cesárea eletiva e desfechos ao nascer poderão evidenciar aspectos relevantes que gestores públicos deveriam focar para desenvolver intervenções capazes de reduzir a prevalência deste tipo de parto e melhorar os resultados neonatais, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde.

REFERÊNCIAS

Ahimbisibwe A, Coughlin K, Eastabrook G. Respiratory Morbidity in Late Preterm and Term Babies Born by Elective Caesarean section. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019; 41(8): 1144-1149.

Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *FEMINA.* 2010; 38(8).

Assunção PL, Novaes HMD, Alencar GP, Melo ASO, Almeida MF. Desafios na definição da idade gestacional em estudos populacionais sobre parto pré-termo: o caso de um estudo em Campina Grande (PB), Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2011; 14(3): 455-66.

Barreto FP. Cesariana antes das 39 semanas de gestação: principais razões para a escolha deste procedimento e condições de saúde dos recém-nascidos. Santa Cruz do Sul. 2017.

Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Publica.* 2011; 45(1): 69-78.

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 2.284, de 22 de Outubro de 2020.

[Citado 08 Nov 2022]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2284>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021. Fernando Zasso Pigatto, presidente do conselho nacional de saúde. [Citado 25 Ago 2022]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021>.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. 3º Volume. 2012. [Citado 30 Out 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. 2016. [Citado 21 Nov 2022]. Disponível em: <file:///C:/Users/jorda/Downloads/CONITEC-Diretrizes-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Gestante-opera%C3%A7%C3%A3o-cesariana.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à mulher. 2001. [Citado em 16 Nov 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.

Brasil G, Neves DC, Maciel D MVL, Figueredo RC. Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?. *Scire Salutis Anais do Fórum Perinatal de Obstetrícia*. 2018; 8(2).

Cavaggioni AM, Martins MCF, Benincasa MB. A influência da via de parto no desenvolvimento infantil: uma comparação por meio da Bayley-III. *J Hum Growth Dev*. 2020; 30(2): 301-310.

Einarsdóttir K, Hagggar F, Pereira G, Leonard H, Klerk N, Stanley FJ, et al. Role of public and private funding in the rising caesarean section rate: a cohort study. *BMJ Open*. 2013; 3(5).

Entringer AP, Gomes MASM, Costa ACC, Pinto M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42: e-116.

Farias PFD. Influência da via de nascimento sobre o desenvolvimento motor nos primeiros quatro meses de vida [dissertação]. Brasília. Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília. 2017.

Ferrari AP. Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida: coorte de lactentes de Botucatu [tese]. Botucatu. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. 2019.

Ferrari AP, Almeida MAM, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2020; 20(3): 889-898.

Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras epidemiol*. 2016; 19(1): 75-88.

Haghighi M, Taheri E. Factors Associated with Breastfeeding in the First Hour after Birth, in Baby Friendly Hospitals, Shiraz-Iran. *International Journal Of Pediatrics*. 2015; 3(5-1): 889-896.

Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:105.

Melo JKF, Davim RMB, Silva RAR. Vantagens e desvantagens do parto normal e cesariano: opinião de puérperas. *J. res.: fundam. care. Online*. 2015; 7(4): 3197-3205.

Moraes ET. Morbidade neonatal em um hospital com alta prevalência de cesarianas eletivas. [Tese]. Porto Alegre. Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande do Sul, 2017.

Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *História, Ciências, Saúde*. 2016; 23(1): 155-172.

Nascimento DS, Nascimento DS, Silva VFAS, Belarmino CMV, Lago VCALP. Assistência de enfermagem ao pré-natal na atenção básica: uma revisão integrativa. *Revista Artigos. Com*. 2021; 27.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra: OMS; 2015. [Citado 25 Ago 2022]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.

Palharini LA, Figueirôa SFM. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 2018; 25(4): 1039-1061.

Paro HBMS, Catani RR. Indicações de cesárea. Protocolo assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia. EDUFU. 2019.

Pedroso MR, Faria DGS e Soler ZASG. Amamentação na primeira hora: uma revisão de literatura. *CuidArte Enfermagem*. 2008; 2(2): 212-218.

Pirjani R, Afrakhteh M, Sepidarkish M, Nariman S, Shirazi M, Moin A, et al. ‘Elective caesarean section at 38–39 weeks gestation compared to > 39 weeks on neonatal outcomes: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018; 18(1):140.

Potter P, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(6): 687-91.

Räisänen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section: a cross sectional study during 2000–2010 in Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14: 120-8.

Ramalho AA, Martins FA, Lima TAS, Andrade AM, Koifman RJ. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. *DEMETRA*. 2019; 14.

Rosa MW. Desfechos neonatais em cesarianas eletivas em um hospital privado [tese]. Porto Alegre. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2018.

Santos LZ. Orientações de enfermagem durante o pré-natal de risco habitual sobre o processo de parturição: revisão integrativa. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2021.

Silva NS. Mitos nas indicações de cesariana: a fala das mulheres e o papel da enfermagem. [Trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre. Escola de Enfermagem, Universidade Federal Rio Grande do Sul. 2020.

Silva AP, Romero RT, Bragantine A, Diniz AA, Barbieri M, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: Uma revisão de literatura integrativa. *Reas/Ejch*. 2019; 24(624).

Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc*. 2019; 28(3): 171-184.

Silva GKA, Hernandez LO, Flauzino VHP e Cesário JMS. A atuação do enfermeiro na atenção básica como favorecedor na diminuição do índice de cesáreas no Brasil. *Research, Society and Development*. 2022; 11(11).

Thomas J, Olukade TO, Naz A, Salama H, Al-Qubaisi M, Al Rifai H, et al. The neonatal respiratory morbidity associated with early term caesarean section – an emerging pandemic. *Journal of Perinatal Medicine*. 2021; 49(7): 767-772.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2): 235-246.

Vendruscolo CT, Krueel CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scienti: Série: Ciências Humanas*. 2015; 16(1): 95-107.

Viana TGS, Martins EF, Sousa AMM, Souza QV, Rezende EM, Matozinhos FP. Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. *REME – Rev Min Enferm*. 2018; 22: e-1073.

Vicente AC, Lima AS, Lima CB. Parto cesáreo e parto normal: Uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas em saúde*. 2017; 17(4).

Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;(30)85-100.

Zugaib M, Francisco RPV. Zugaib obstetrícia. 4ª ed. Barueri: Manole; 2020. p. 432-454.