

ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Série Boletins

ENFRETAMENTO À 'EPIDEMIA' DE CESARIANA NO BRASIL

Carla Barros, Lenise Teixeira & Geraldo Renato De Paula

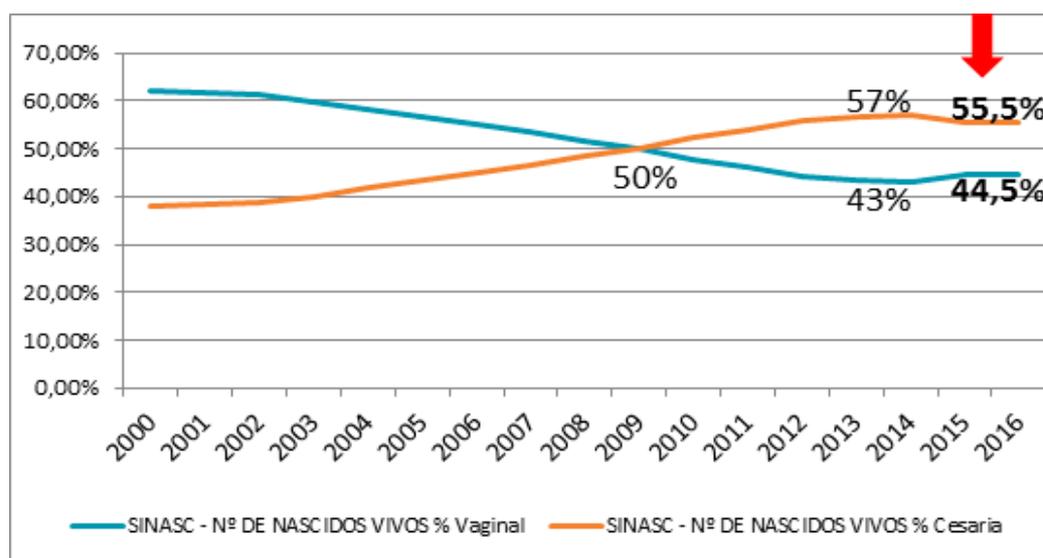


Outubro, 2017.

Apresentação

No Brasil, a taxa de cesarianas tem crescido gradativamente, tornando-se a forma mais comum de nascimento, atingindo a marca de 1,6 milhões de cesárias a cada ano. Dados de 2013 demonstraram que 56% dos nascimentos ocorreram através de cesarianas (BRASIL, 2013).

Figura 1: Índice de cesarianas no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde, 2016

Um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 'Nascer Brasil', revelou que o parto normal no país se tornou desnecessariamente doloroso, um terço das mulheres que optou pela cesariana desde o início da gravidez disse que a principal razão para a escolha era medo da dor. Através de entrevistas com 23894 mulheres entre 2011 e 2012, os pesquisadores descobriram que quase 70% delas preferia parto normal no início da gravidez, e que no decorrer da gestação, as gestantes optavam pela cesariana, chegando a inverter os números no final da gestação (DOMINGUES, 2014).

Nos primórdio, o nascimento de uma criança ocorria de forma natural, íntima e privada, dotado de significados culturais para a mulher e seus familiares. Com o desenvolvimento teórico-prático observado no Renascimento, a obstetrícia passou a ser aceita como uma disciplina

técnica, científica e dominada pelo homem; havendo o incentivo à hospitalização, a intensa medicalização, onde a mulher perdeu a autonomia e liberdade na hora do parto, interferindo no processo natural do nascimento, e em sua grande maioria sem qualquer razão válida para isto (BRASIL, 2001).

Em vias gerais, a cesariana demonstra ser uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves, de grande importância no momento em que os partos vaginais são impossibilitados em decorrência de razões médicas, sendo efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Porém, o que vem ocorrendo nos hospitais brasileiros é a frequente realização de cesarianas sem razões médicas. Estudos controlados garantem que a cesárea é uma cirurgia de grande porte, e por essa razão devem ser evitadas quando possível, além de rigorosa atenção quanto às técnicas anestésicas e cirúrgicas e que embora as complicações maternas graves sejam pouco frequentes, na realização contínua desse procedimento, naturalmente essas complicações serão mais constantes (LUMBIGANON et al, 2010; VILLAR et al, 2006).

Com o objetivo de diminuir o número de cesarianas para gestantes sem complicações médicas e reduzir a exposição desnecessária aos riscos envolvidos, o Ministério da Saúde publicou, no Diário Oficial da União, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Cesariana, trazendo os parâmetros que devem ser seguidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Tais diretrizes foram debatidas por especialistas e representantes da sociedade civil brasileira, além de técnicos e consultores do Ministério da Saúde, associações e entidades de classe no plenário da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias SUS (Conitec), recebendo a aprovação final pela CONITEC, em agosto de 2015 (BRASIL, 2016).

Entre as principais destaques estão: a cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com

infecção por vírus da hepatite B e C; não é recomendada como forma rotineira de nascimento de bebês de mulheres obesas; a operação cesariana programada tem indicação nos casos de prevenção vertical do HIV; é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação; é recomendada para mulheres com três ou mais operações cesarianas prévias; é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de operação cesariana anterior, casos em que há maior comprometimento da musculatura do útero, aumentando o risco de sua ruptura no trabalho de parto (BRASIL, 2016).

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/SVS/DASIS - Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos 2013 SINASC e SIP/ANS. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. saúde pública. Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON M.; GULMEZOGLU A. M.; S. J.P.; TANEEPANICHSKUL S.; RUYAN P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet. 2010 Feb 6;375(9713):490-9. PubMed PMID: 20071021.

VILLAR, J.; VALLADARES E.; WOJDYLA; D., ZAVALETA, N.; CARROLI, G.; VELAZCO, A.; et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29. PubMed PMID: 16753484.