

Cirurgias cesáreas: a evolução temporal, tendência epidêmica, propostas e recomendações da OMS, dúvidas e desafios atuais

Malaquias Batista Filho ¹

Camila Carvalho dos Santos ²

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Rua dos Coelho, 300. Boa Vista. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-902. E-mail: malaquias.imip@gmail.com

² Programa de Pós Graduação em Enfermagem Obstétrica. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife, PE, Brasil.

Ainda no século passado (1985), a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu no Brasil uma reunião internacional para analisar e propor recomendações sobre o problema emergente mas já bastante preocupante das cirurgias cesarianas substituindo rapidamente a prática milenar do parto natural. O encontro mobilizou profissionais, pesquisadores e informações estatísticas de uns poucos países, estabelecendo consensos e princípios que deveriam ser configurados na meta de que a taxa de 10 a 15% de cesáreas seria o referencial internacional para o uso dos partos cirúrgicos em nível populacional, prescritos em situações de reconhecido risco para a gestante ou para o feto.¹

30 anos depois da reunião de Fortaleza (2015) a OMS promoveu um encontro internacional bem mais ambicioso para consolidar informações, análises e recomendações sobre a situação clara e gravemente epidêmica das cirurgias cesáreas.² No evento, a OMS definiu um conjunto de justificativas e observações visando enfrentar o processo epidêmico de partos cesarianos e propôs o uso da Classificação de Robson³ como instrumento para monitorar e comparar as taxas de cesáreas.²

Referindo-se ao período 1990-2014, um grupo de pesquisadores consolidou dados e estimativas de 150 países. Ao lado da tendência contínua de crescimento das taxas de cesáreas dos países agrupados por regiões de saúde das Nações Unidas, concluiu-se que 18,6% de todos os partos recorriam às inter-

venções cesarianas, com uma variação de 6% a 27,2% no período de análise, com grandes diferenças entre regiões (América Latina e Caribe 40,3%, Ásia 19,2% e África 7,3%). O Brasil (55,4%) e a República Dominicana (56,4%) foram os países com as taxas mais elevadas do mundo. Sem dúvida, esta heterogeneidade de resultados é um desafio na busca de metas e aplicação de estratégias concordantes de políticas, programas e ações para os diversos países.⁴

O estudo de Ye *et al.*⁵ incluindo dados longitudinais de 159 países, representando 98% do total de nascimentos tornou-se um documento marcante de informações descritivas e analíticas sobre o parto cesáreo a nível populacional e os desfechos mais usuais de mortalidade materna e neonatal. Em alguns países, as taxas aumentaram mais de cinco vezes desde que a OMS recomendou a meta de 10-15% como a mais indicada para minimizar a mortalidade materna e neonatal. De fato, as evidências ecológicas são de que taxas mais altas que 10% não se correlacionaram com as melhores respostas, que seriam então alteradas pelos índices de desenvolvimento humano dos países. Ajustes nos modelos de regressão induzem que a otimização de respostas ocorreriam com taxas de cesarianas entre 5-10% ou abaixo desse intervalo.⁵

Uma revisão sistemática de estudos ecológicos realizada por Betran *et al.*,⁶ partindo de 11.832 citações singulares publicadas entre 2000 e 2014, deixa bem claro que as intervenções cesarianas



continuaram aumentando. Oito estudos foram selecionados tratando de possível associação entre taxas relativas às mães e filhos, tendo como desfechos a mortalidade materna e neonatal. Da seleção final sete artigos correlacionaram cesáreas com taxas de mortalidade materna, cinco com mortalidade neonatal, quatro com mortalidade infantil, dois com baixo peso ao nascer (BPN) e um com mortes fetais. Com exceção de um, todos foram estudos transversais, um de análise global, dois correlacionam fatores socioeconômicos e nenhum relatou dados clínicos ou características demográficas da população.⁶

No Brasil um dos mais relevantes e reveladores estudos sobre possíveis relações entre o crescimento das taxas de cesáreas foi à análise de 2.903.716 partos hospitalares registrados em todos os hospitais do país durante o ano de 2015 representando mais de 96% dos nascimentos.⁷ As prevalências de 55,5% de partos cesáreos foram analisados em função de várias condições biológicas, socioambientais e tempo de gestação, observando-se uma prevalência de pré-termo de 10,1%. Conclui-se que o Brasil experimenta três epidemias interrelacionadas: uma de cirurgias cesáreas, uma segunda de nascimentos pré-termo relacionada com a primeira e uma terceira de pré-termo atribuível sobretudo à condição de pobreza.⁷ Esta distribuição, muito provavelmente poderia ser aplicada à diversidade de fatores de risco isolados ou combinados em várias outras regiões e países.

Em 2018, considerando os objetivos do Desenvolvimento Sustentável para o milênio (assegurar vida saudável e promover o bem estar para todos em todas as idades), e, nesse contexto, as novas estratégias globais para a saúde de mulheres, crianças e adolescentes, a OMS amplia seu foco, não mais para o risco de sobrevivência de mães e filhos no período breve e crítico da gestação/parto, mas para o objetivo de efetivar o alcance plano do potencial de crescimento e desenvolvimento. É assim uma dimensão bem mais abrangente e integral.⁸

Precedido por um comentário de nossa co-autoria⁹ a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) destacou uma série de observações marcantes sobre o documento da OMS, ensejando um breve texto como “Carta ao Editor” do pesquisador russo Sergei Jargin (Universidade de Moscou) publicado na RBSMI.¹⁰ A propósito desta carta, nossa posição se acha apresentada nesta edição, formando assim um conjunto de três apreciações tematicamente relacionadas.

Representando com a República Dominicana, as taxas mais elevadas de intervenções cesáreas do

mundo (cerca de 55% de todos os partos), o Brasil está assumindo um papel central face a evolução do problema das cesáreas para níveis epidemiológicos preocupantes.⁴ Promissoramente, já no ano passado (2017), o Brasil apresentou uma reação favorável, com a diminuição de 1,5% das taxas de partos cesáreas.¹¹

Reconhece-se que o Prof. Jargin¹⁰ faz importantes considerações sobre a questão das cesarianas, sobretudo se conjugada à ligação tubária, como uma escolha que atende a objetivos de políticas demográficas, custos econômicos e mesmo tendências epidemiológicas novas e instigantes que estão sendo evidenciadas em países como a China e a Índia. De fato, esses dois países apresentam um notável desbalanço na relação homens/mulheres ao nascer, com acentuado aumento da taxa de nascimentos masculinos, tendência que se reproduz em outros países citados pelo autor.¹²⁻¹⁴ Segundo Jargin¹⁰ tal aumento se correlaciona com a elevação da multiparidade, sendo mais notável entre gestantes de faixas etárias mais altas.

Vale contrapor dois outros eventos populacionais em sentido contrário que reduzem, reequilibram ou até podem inverter esta tendência em nível mundial: a maior mortalidade de crianças do sexo masculino nos primeiros dias e meses de vida e, sobretudo, na idade adulta e entre idosos, de forma que, no final, a esperança de vida ao nascer entre mulheres é cerca de 10% mais elevada que nos homens.¹⁵ Isso expressa no final do ciclo da vital um diferencial de 7 a 8 anos em desfavor dos homens. Ou seja, partindo desses dados, o desbalanço demográfico não se justificaria como um resultado adverso. É evidente que, sob o aspecto de saúde coletiva, percentuais mais altos de grandes múltiparas e, simultaneamente ou não, correlatos à elevação da idade no período gravídico representa, por si, um expressivo risco para a mulher e para o feto.

Estas observações são consensuais mas, na medida em que traduzem um indicativo de certa forma grosseiro (morte *versus* sobrevivência) não contabiliza outras manifestações potenciais para outros desfechos próximos ou sobretudo remotos, sobre o que aconteceria com coortes ou outros tipos de acompanhamentos entre os que nasceram ou não mediante partos cesáreos, em condições comparáveis. Ou seja, equalizados ou controlados por outras variáveis possíveis de confundir os efeitos tardios da intervenção cirúrgica. São questionamentos que se acumulam para fundamentar as vantagens ou, ao contrário, os efeitos indesejáveis da cirurgia cesariana. E, ainda mais se conjugada com a laqueadura tubária que, levando à esterilização, evita

que se repitam novas gestações e, portanto, os riscos aumentados pela cirurgia ou pela anestesia de novas cesáreas.

A carta do Dr. Jargin¹⁰ é bem esclarecedora a este respeito, quando simplesmente recorre a lógica formal, além de muitos outros benefícios ou efeitos adversos que se decidem pela lógica material das estatísticas aplicadas em estudos controlados. Fica ainda o saldo criativo de perguntas e, sobretudo, as dúvidas de políticas públicas que possam estimular as elevadas taxas de fertilidade, como acontece com medidas “protecionistas” de famílias pobres e numerosas. E aqui, evidentemente, são janelas de análise que se distinguem em prós e contra a partir de perspectivas ideológicas de diferentes autores em diferentes contextos.

No Brasil, os aspectos demográficos, são singularmente claros, pois as taxas de fecundidade estimadas para todo o país decaíram de 2,32 para 1,80 entre 2000 e 2015. Em nível de macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste) todas as taxas de fecundidade, com exceção da Região Norte, declinam para valores abaixo de 1,90 ao ano, devendo atingir 1,76 para todo o país em 2020.¹⁶ Portanto, dentro de mais dois anos, a população brasileira deixa de aumentar e tende, então, a diminuir. Assim, as tendências atuais e futuras projeções não são nada preocupantes. Ficariam, como questões residuais os casos singulares de alguns países, como taxas totais ou como taxas específicas de setores minoritários em contextos

nacionais, como o caso pouco estudado das “favelas” ou aglomerados urbanos sub-normais do Brasil, onde vivem 11 milhões de pessoas ainda privadas de direitos e atributos de cidadania.¹⁷ Há 70 anos, Josué de Castro já admitia que a regulação do crescimento demográfico é uma conquista do desenvolvimento econômico e social, e não o contrário. Doutrinariamente, a solução seria o chamado desenvolvimento humano.

Além da questão do controle de natalidade e do dilema sobreviver ou não, que é de fato, um reducionismo, e do possível viés ainda não esclarecido sobre outros fatores que atuam na determinação da morte da mãe e do filho, relacionam-se outros argumentos, como a redução do risco do carcinoma seroso de ovário e carcinoma endometrióide, ao lado de um possível papel positivo na sexualidade. Seriam esses fatos devidamente avaliados, proveitosos em relação ao risco de mortalidade e outros efeitos positivos ou adversos que não tem sido até agora contabilizados nas avaliações de grandes eventos internacionais sobre os partos normais, cesáreas e a instigante opção pela ligação tubária. São questionamentos nossos e do Prof. Sergei Jargin que poderiam figurar no painel de futuros eventos e guia de diretrizes sobre o parto normal e as intervenções cirúrgicas, incluindo ou não a opção médico/cliente sobre a modalidade de soluções cirúrgicas, o que configura um vasto campo de questões conflitivas, sobretudo no campo ético.

Referências

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2 (8452): 436-7.
2. World Health Organization Human Reproduction Programme. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters*. 2015 23 (45): 149-50.
3. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001; 12 (1): 23-39.
4. Betran AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11 (2): e0148343.
5. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gulmezoglu AM, Betran AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG* 2016; 123: 745-53.
6. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, Oladapo OT, Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Gülmezoglu AM. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015; 12 (1): 57.
7. Barros FC, Rabello Neto DdL, Villar J, Kennedy SH, Silveira MF, Diaz-Rossello JD Victora CG. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open*. 2018; 8: e021538.
8. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Filho MB, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18 (1): 3-4.
10. Jargin SV. Cesariana combinada com esterilização tubária: alguns aspectos médicos e demográficos. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2018; 18 (3): 677-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Pela primeira vez número de cesarianas não cresce no país. [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>.

12. Huang Y, Tang W, Mu Y, Li X, Liu Z, Wang Y, Li M, Li Q, Dai L, Liang J, Zhu J. The sex ratio at birth for 5,338,853 deliveries in China from 2012 to 2015: a facility-based study. *PLoS One*. 2016; 11: e0167575.
13. Jargin SV. Overpopulation and modern ethics. *S Afr Med J*. 2009; 99: 572-3.
14. Jargin SV. Letter to the Editor. *Int J Risk Saf Med*. 2016; 28 (3): 171-4.
15. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Tábua completa de mortalidade para o Brasil: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro; 2017.
16. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação: revisão 2018. 2 ed. Rio de Janeiro; 2018.
17. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010. Aglomerados subnormais: informações territoriais. [acesso em 2 out 2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf

Recebido em 5 de Novembro de 2018

Aprovado em 14 de Novembro de 2018