

artigo

Medrado, A.M.S.; Oliveira, C.C.C.; Schmidt, C.P.; Brito, E.C.C.; Costa, A.C.M.; Evangelista, D.R.;
Indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos nos prontuários

DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7703-7714>

Indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos nos prontuários

Indication of cesarean from the perspective of the puerpera and the clinical criteria prescribed in the records

Indicación de cesárea desde la perspectiva de la puerpera y los criterios clínicos prescritos en los registros

RESUMO

Objetivo: Avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos nos prontuários para sua realização. Método: Estudo quantitativo, de corte transversal realizado no Hospital e Maternidade Pública Dona Regina Siqueira Campos, Palmas - TO. Resultados: Quanto ao registro da indicação da cesariana em prontuário clínico, observou-se que 3 indicações não estavam de acordo com as evidências científicas quanto à indicação da cesariana. Sobre a indicação da cesariana relatada pelas puérperas, em (25%) das entrevistas realizadas não foram possíveis comparar com o registro da indicação do prontuário clínico, dentre as entrevistas comparadas, (58%) delas, a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relato, e em (17%) estavam distintas. Conclusão: Observou-se que as indicações das cesarianas na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma, estavam de acordo com os critérios clínicos relatos, mas em algumas delas estavam distintas.

DESCRIPTORES: Cesárea; Saúde da Mulher; Registro Médico Coordenado.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the indication for cesarean from the perspective of postpartum women and the clinical criteria prescribed in the medical records for its performance. Method: Quantitative, cross-sectional study carried out at the Public Maternity Hospital Dona Regina Siqueira Campos, Palmas - TO. Results: Regarding the registration of the indication for cesarean section in the clinical record, it was observed that 3 indications were not in accordance with scientific evidence regarding the indication for cesarean section. Regarding the indication of cesarean section reported by the mothers, in (25%) of the interviews carried out, it was not possible to compare with the indication of the clinical record, among the compared interviews, (58%) of them, the information obtained was in accordance with the criteria clinical report, and in (17%) were distinct. Conclusion: It was observed that the indications for cesarean sections from the perspective of postpartum women and the clinical criteria for its performance were in accordance with the reported clinical criteria, but in some of them they were different.

DESCRIPTORS: Cesarean section; Women's Health; Coordinated Medical Record.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la indicación de cesárea desde la perspectiva de la puérpera y los criterios clínicos prescritos en la historia clínica para su realización. Método: Estudio cuantitativo, transversal realizado en el Hospital Público de Maternidad Doña Regina Siqueira Campos, Palmas - TO. Resultados: En cuanto al registro de la indicación de cesárea en la historia clínica, se observó que 3 indicaciones no estaban de acuerdo con la evidencia científica sobre la indicación de cesárea. En cuanto a la indicación de cesárea reportada por las madres, en (25%) de las entrevistas realizadas, no fue posible comparar con la indicación de la historia clínica, entre las entrevistas comparadas, (58%) de ellas, la información obtenida fue de acuerdo con los criterios del informe clínico, y en (17%) fueron distintos. Conclusión: Se observó que las indicaciones de la cesárea desde la perspectiva de la puérpera y los criterios clínicos para su realización estaban de acuerdo con los criterios clínicos reportados, pero en algunos de ellos eran diferentes.

DESCRIPTORES: Cesárea; Salud de la mujer; Historia clínica coordinada.

RECEBIDO EM: 30/06/2021 APROVADO EM: 14/07/2021

Antonio Matheus Santos Medrado

Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins – UFT.

ORCID: 0000-0002-3175-1961

Carla Cristina Chaves de Oliveira

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, com Habilitação em Saúde Pública e Licenciatura plena, especialista em Gestão de Saúde, pela Universidade Federal do Tocantins, mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins, enfermeira atualmente como enfermeira no banco de leite humano do Hospital e Maternidade Dona Regina.

ORCID: 0000-0002-2346-0961

Caroline Pittelkou Schmidt

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Tocantins - UFT Especialista em Enfermagem do Trabalho - CGESP Enfermeira no Campus Gurupi do Instituto Federal do Tocantins.

ORCID: 0000-0002-1428-6471

Emmanuel Calisto da Costa Brito

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, especialista em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Educação Programus – ISEPRO, mestre em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT, atualmente é enfermeiro assistente em Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), da rede municipal de saúde de Palmas - TO.

ORCID: 0000-0003-1959-9343

Ana Caroline Machado Costa

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins - UFT (2014), Pós-Graduada em Oncologia com Enfoque Multidisciplinar pela Centro Goiano de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação (CGESP), Mestranda em Ciências da Saúde na Universidade Federal do Tocantins (UFT). Atualmente exerce a função de Enfermeira da SESAI/MS, no Distrito Sanitário Especial Indígena do Tocantins, Lotada no Polo Base de Saúde Indígena de Tocantínia.

ORCID: 0000-0002-4721-7667

Danielle Rosa Evangelista

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2007), especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Ceará (2012), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2009) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (2012). Atualmente é professora da Universidade Federal do Tocantins (UFT) na disciplina Saúde Sexual e Ciclo Reprodutivo da Mulher. Vinculada ao corpo docente do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFT.

ORCID: 0000-0002-4472-287

INTRODUÇÃO

Historicamente o parto e nascimento vêm apresentando importantes transformações ao longo do tempo. Com o desenvolvimento e a incorporação de diversas tecnologias no campo da medicina, o parto que até épocas anteriores era realizado por parteiras e em ambientes domiciliares, passa a ser considerado um procedimento cirúrgico, e por isso deve ser realizado por médicos e em ambiente hospitalar^{1,2}.

Esse processo de hospitalização do parto e nascimento, no Brasil, inicia-se partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX. Em consequência a tal realidade, o Brasil passa a se destacar no cenário mundial pelas suas altas taxas de cesarianas somadas ao seu alto índice de mortalidade materna e neonatal³.

A frequência de cesariana no Brasil vem aumentando desde 1990, e em 2009 pela

**Historicamente
o parto e
nascimento vêm
apresentando
importantes
transformações
ao longo
do tempo.**

primeira vez, a proporção de cesariana superou a de partos normais no país, alcançando 52% em 2010, cifra bem superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 15%. A proporção de cesariana é desigual no país, sendo maior nas mulheres com mais idade e escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes na região Sul, Sudeste e Centro-Oeste, sendo determinadas, em muitos casos, sem indicações clínicas⁴.

De acordo com dados da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins, no ano de 2014 foram realizados 17.122 partos em todo o Estado, destes 9185 sendo partos normais e correspondendo a um percentual de 54% do total e 7.937 sendo partos cesáreos correspondendo a 46% do total.

As indicações relativas de cesarianas são relacionadas a condições que embora permitam o parto vaginal, apresentam melhores resultados imediatos para o bi-

nômio mãe-bebe. Assim citam-se entre outras: parturiente com mais de uma cesárea anterior; primigesta com mais de 35 anos de idade com esterilidade prévia; primigesta adolescente com fundos de sacos vaginais reduzidos; morte habitual fetal; placenta prévia lateral ou marginal, especialmente com feto vivo e viável; eclampsia intragestação e/ ou intraparto; varizes vulvares; desproporção fetopélvica relativa; prenhez gemelar com fetos premis, com o primeiro gêmeo em apresentação pélvica e o segundo cefálica e apresentação pélvica com feto prematuro viável⁵.

O parto cesáreo foi concebido originalmente para reduzir os riscos de complicações maternas e/ou fetais durante a gravidez e o trabalho de parto, em situações que as condições dos mesmos não favorecem ao parto vaginal. E apesar da contribuição dessa intervenção para uma melhor assistência a saúde e segurança do binômio mãe - bebe, é importante que sua indicação seja criteriosa, pois não é um procedimento inócuo, e podem trazer riscos adicionais para a mãe e a criança⁶.

Montenegro e Rezende⁷ em relação as indicações maternas acrescentam a cardiopatias e pneumonias específicas, dissecação aórtica, condições associadas a elevação da pressão intracraniana e histórico de fissura retovaginal. Já em relação as fetais citam, prolapso de cordão, apresentação córmica, gemelidade amniótica, macrosomia, malformações fetais e específicas e HIV com carga viral menos que 1000.

A cesariana eletiva, em gestantes soropositivas cuja a indicação tem o intuito de reduzir a transmissão vertical do HIV, está indicada para as que apresentarem carga viral desconhecida ou maior que 1000 cópias/ml, a partir das 34 semanas de gestação. Quando a carga viral for menor que 1000 cópias/ml, a via de parto será definida exclusivamente por critérios obstétricos⁸.

Estudos comprovam que a cesariana acarreta maior risco de mortalidade e morbidade materna, hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar e riscos anestésicos. Em relação aos recém-nascidos, os riscos de ocorrerem distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatro-

gênica, hipoglicemia e anóxia são maiores. Além disso, interfere no vínculo mãe e filho o que consequentemente pode dificultar o aleitamento materno e gerar maior consumo de recursos hospitalares, decorrentes dos procedimentos, maior tempo de internação e da morbidade consequente⁶.

As propostas de humanização do parto no SUS e no setor privado, têm o objetivo de reinventar o parto como experiência humana, criando novas possibilidades de imaginação e de exercício de direitos, de viver a maternidade, a sexualidade, a paternidade, a vida corporal⁹.

A humanização da assistência se traduz na necessidade da mudança na compreensão do parto como experiência humana e uma transformação no que se fazer e em que horas fazer, diante do sofrimento do outro, para quem o assiste¹⁰.

Neste contexto e com essa nova lógica de modelo, ao ser indicada uma cesariana para uma mulher, é de suma importância que o profissional que cuida da mulher em trabalho de parto considere os benefícios e riscos da cesariana para a mãe e o conceito e que compartilhe dessa decisão com a mulher e sua família, informando e oportunizando-a de participar de quaisquer decisões sobre a via do parto. A carta de Direitos Humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu artigo 3º discorre que a mulher submetida a uma cesárea tem o direito ao atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, devendo ser assegurado sobre informações de seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa e compreensível, quanto aos objetivos, riscos e benefícios do procedimento cirúrgico^{11,12}.

Portanto, muitos profissionais da saúde resistentes ao novo modelo de prática, onde argumentam que se as pacientes forem informadas de alguns procedimentos realizados durante a cesárea, como a aplicação do fórceps, não irão colaborar, porém, o que ocorre na maioria das vezes, por falta de informação e imperícia durante a assistência ao parto é que a mulher acaba adquirindo uma postura de desconfiança e resistência às intervenções médicas. O fato é que colaborando ou não com os procedimentos realizados, é um

direito da mulher ser informada sobre qualquer intervenção a ser submetida¹³.

O maior desafio presente na relação entre o profissional de saúde e o paciente, é o de melhorar a comunicação entre ambos, e para tanto, é necessário superar os modelos parthenalistas (onde o profissional informa somente o necessário ao paciente sobre seu estado de saúde e sobre as possibilidades de tratamento) e o modelo chamado informativo (onde o paciente é informado da própria doença, dos riscos que cabe a ele, e a partir desta informação, a decisão final do tratamento), incorporando assim, um modelo de comunicação unilateral a um bilateral, intitulado comunicacional. Neste modelo, o profissional de saúde oferece uma relação empática e participativa que auxilia o paciente na possibilidade de decidir sobre a melhor escolha¹⁴.

Diante do exposto, de que todo cidadão tem o direito a informações sobre todos os procedimentos que são submetidos durante a intervenção hospitalar, incluindo a mulher que se encontra em um período gravídico-puerperal, é que se justifica este estudo, pois ele irá avaliar se as informações são repassadas de maneira clara, precisas e de acordo com o entendimento da mulher, características essas, fundamentais das boas práticas preconizadas no parto e nascimento.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos nos prontuários para sua realização.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal. O estudo foi realizado no Hospital e Maternidade Dona Regina, localizado no município de Palmas – TO.

O período investigado compreenderia em três meses consecutivos, porém foram necessários mais 3 meses para concluir o número de entrevistas definidas, ocorrendo assim, no período de outubro de 2014 a março de 2015. A coleta de dados aconteceu em um período de 24 semanas, sendo realizadas em média 10 entrevistas por semana respeitando a disponibilidade da pesquisadora,

dessa forma, totalizaram-se, ao final do estudo 239 entrevistas.

Os sujeitos da pesquisa foram puérperas, escolhidas aleatoriamente, que tiveram seus filhos no Centro Obstétrico do referido hospital. Foram incluídas as puérperas submetidas ao parto cesariano na instituição. Foram excluídas da amostra as puérperas submetidas a cesárea por indicação eletiva ou de urgência, os casos de óbitos maternos/fetais e má formação fetal. Adotou-se como critério de exclusão a indicação eletiva ou de urgência porque tira o caráter surpresa da cirurgia, causando viés aos dados, bem como impossibilidade de coleta de dados pela pesquisadora. A adoção do critério óbito materno ocorreu por impossibilitar a realização da entrevista com a puérpera e dos critérios óbitos fetais e má formação fetal por se tratarem de situações de vulnerabilidade para as mulheres.

Para determinar o tamanho da amostra foi aplicada a fórmula para cálculo de populações finitas: Adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro máximo permitido de 6%.

A coleta de dados aconteceu através de entrevista semi estruturada e de análise documental, que ocorreu através de consultas ao prontuário. A entrevista abordou questões que caracterizam a puérpera, a indicação da cesariana, bem como o conhecimento da mulher sobre a indicação do procedimento obstétrico e também através da análise dos registros clínicos justificados nos prontuários para a sua indicação.

As entrevistas aconteceram na área de alojamento conjunto do Hospital e Maternidade Dona Regina, após 12 horas do pós-parto, onde a puérpera foi abordada pela pesquisadora, no seu próprio leito, e esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e sobre o termo de consentimento livre e esclarecido, quando a mesma estava fora do leito ou adormecida, a pesquisadora a procurou em outro momento. A entrevista teve duração de 15 minutos, variando de acordo com a necessidade de cada entrevistada, aconteceram após as 10 horas da manhã onde as principais atividades de rotina já tinham sido realizadas, para que a pesquisa não alterasse a rotina da instituição, alterando de acordo com a necessidade do hospital e principalmente da mulher.

No que se refere aos aspectos éticos, esta pesquisa respeitou as normas estabelecidas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde. Nesse sentido, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sendo aprovado pelo parecer nº 084/2014. Dessa forma, todas as puérperas selecionadas para integrarem ao estudo, mediante o aceite verbal, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

A análise dos dados quantitativos realizada utilizou estatística descritiva simples (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão) depois de serem organizados e processados no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

RESULTADOS

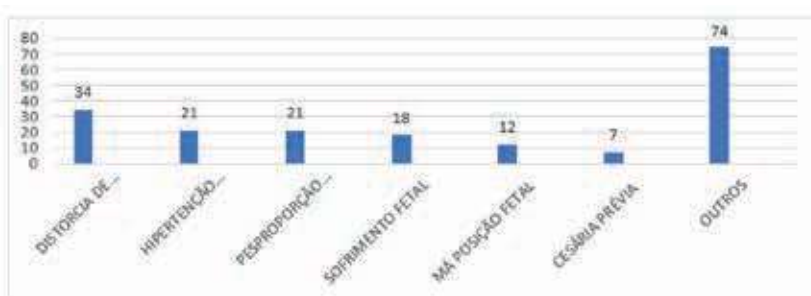
De acordo com as características sócio demográficas descritas na tabela 1 a idade das puérperas variou de 14 a 42 anos, predominando as faixas etárias de 21 a 30 anos, que representa 57% da população estudada. A maioria das entrevistadas, com 41%, estudou até o ensino médio, porém não o concluiu e apenas 02 puérperas relataram não ter tido nenhum tipo de estudo, 77,9 % são casadas ou vivem junto com seus parceiros e a maioria, 59% delas, eram naturais do estado do Tocantins, 18,8% do Maranhão e 8,4% do Pará.

Dentre as explicações obtidas pelas puérperas sobre a realização de suas cesáreas as mais relatadas foram categorizadas nas seguintes indicações: distócia de progressão (34%), hipertensão arterial (21%), desproporção cefalo-pélvica (21%), sofrimento fetal (18%), má posição fetal (12%) e cesárea previa (7%). Foram categorizadas em outras aquelas indicações com frequência inferior a 5% com: obesidade, diabetes gestacional, cardiopatia, anemia falciforme, toxoplasmose, trombopenia entre outros.

A indicação de distócia de progressão foi identificada em algumas falas das puérperas como “não tive dilatação”, “não tinha passagem”, “neném não desceu”; já a desproporção cefalo-pélvica nos discursos “o bebe era grande”, “o tamanho do bebe era diferente da minha bacia”, “o bebe era gordo”; o sofrimento fetal, além do próprio termo, nas palavras “tinha liquido verde dentro de mim”, “o bebe fez coco”, “sem movimento respiratório”, “a respiração dele tava diminuída”, “o coração tava batendo fraco” e na categoria má posição fetal estão informações relatadas como “não estava encaixado”, “estava atravessado”, “estava sentado”.

Dentre os prontuários que obtiveram indicações justificadas, 216 delas, estavam de acordo com os critérios clínicos e 03 não estavam dentro dos critérios clínicos justificáveis. Importante ressaltar que analisar tais justificativas como aceitáveis ou não, foi a principal dificuldade deste trabalho, pois além do processo de parto

Gráfico 1 – Distribuição das indicações de parto Cesário relatada pelas puérperas do Hospital e Maternidade Pública Dona Regina. Outubro de 2014 a março de 2015. Palmas – TO.



artigo

Medrado, A.M.S.; Oliveira, C.C.C.; Schmidt, C.P.; Brito, E.C.C.; Costa, A.C.M.; Evangelista, D.R.;
Indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e dos critérios clínicos prescritos nos prontuários

e nascimento ser um fenômeno bastante singular, as poucas informações, ou na maioria das vezes a falta total delas contidas nos prontuários de como transcorreu tais processos, limitou suas análises de forma mais detalhada e segura. Foram consideradas justificativas fora dos critérios clínicos aceitáveis aquelas que não aparecem nas referências bibliográficas e trabalhos científicos mais recentes sobre a temática, como “não cooperação da mulher”, ou como “infecção do trato urinário”, além das que aparecem nas referências e trabalhos científicos como não recomendados como a “laqueadura”.

O gráfico acima ilustra os resultados encontrados sobre a indicação da cesariana relatada pelas puérperas ser condizente com as registradas nos prontuários clínicos. Em 60 (25%) das entrevistas realizadas não foram possíveis comparar o registro da indicação do prontuário clínico aos relatos pelas puerperais, em alguns dos casos, porque a mesma não tinha recebido a informação, em outros casos porque esta informação não estava descrita no prontuário clínico e em alguns outros, por ambos os motivos. Dentre as entrevistas compra-

das, 139 (58%) delas, a informação obtida estava de acordo com o critério clínico relatado, e em 40 (17%) delas, estavam distintas, acontecendo as vezes, de não estarem adequados nem ao menos ao histórico obstétrico da paciente. Em uma entrevista foi possível perceber como indicação de cesariana em um prontuário clínico a cesárea previa e na fala da puérpera verificar que aquele motivo não era adequado para sua realidade visto que a mesma já tinha tido 3 partos anteriores, e os três normais.

DISCUSSÃO

Inaki et al.¹⁶ ao verificar em seu trabalho as indicações mais frequentes para o parto cesáreo, encontrou indicações semelhantes a este estudo, destacando como os mais frequentes a pré-eclâmpsia, a cesárea anterior e o sofrimento fetal agudo.

Importante salientar que a maioria das indicações encontradas apresenta indicações relativas para cesarianas, pois, nas distorcias de progressão, por exemplo, o parto normal pode ocorrer mediante correção da contratilidade uterina, porém nos casos em que a desproporção céfalo-pél-

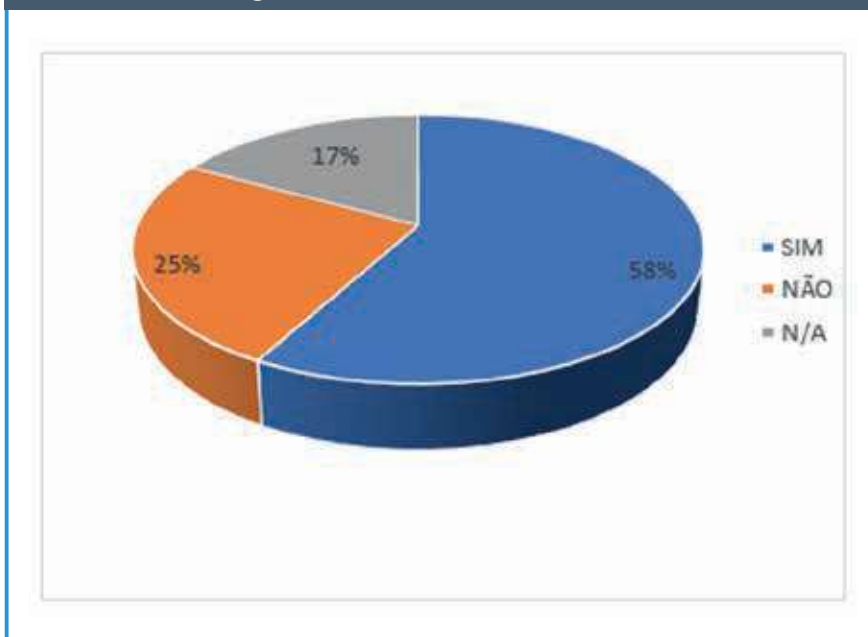
vica é diagnosticada, pelo uso criterioso do partograma a cesariana encontra-se indicada. No caso de má posição fetal, a mesma as vezes pode ser corrigida mediante versão cefálica externa (VCE), nos casos de falha ou não realização da manobra a via de parto deve ser discutida com a gestante. Na prática clínica diante de um sofrimento fetal, aconselha-se a realização da amostra de sangue fetal, na tentativa de diminuir taxas de cesarianas por uma cardiocotografia intraparto alterado, e que sejam avaliados outros parâmetros, como os aspectos do líquido amniótico, grau de dilatação, altura da apresentação pélvica e variedade de posição¹¹.

De acordo com as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana do Ministério da Saúde¹⁶ em caso de apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de gestação. Dentre as contraindicações para realizar tal procedimento estão: o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesárea previa, in experiência do profissional entre outras. Nos casos em que não se deve realizar a versão cefálica a operação cesariana programada é recomendada a partir das 39 semanas, sugerindo-se que espere os sinais do trabalho de parto.

Em relação a cesárea previa as diretrizes recomenda um aconselhamento sobre o modo do nascimento com as gestantes que já se submetem a uma cesárea anterior considerando as prioridades da mulher, os riscos e benefícios da cesariana e do parto vaginal após uma cesariana. Devem ser esclarecidas ainda quanto ao aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após a cesárea previa¹⁷.

De acordo com os dados das cesarianas registradas nos prontuários clínicos, em seu trabalho Fortes¹⁸, ao analisar o conhecimento de 81 puérperas sobre a indicação de sua cesariana observou que 36% das mulheres não foram adequadamente informadas sobre o motivo de ter se submetido a uma cesariana. O número de trabalho envolvendo a indicação clínica da cesariana e o conhecimento da puérpera sobre esta indicação é bastante reduzindo, o que dificulta

Gráfico 2- Distribuição da indicação da cesariana registrada no prontuário clínico condizente com o com o conhecimento da puérpera sobre a sua realização na maternidade Dona Regina. Outubro de 2014 a marco de 2015. Palmas. TO.



comparar o presente estudo com mais outros estudos da temática.

CONCLUSÃO

Ao avaliar a indicação da cesariana na perspectiva das puérperas e os critérios clínicos para a realização da mesma, verificou-se que grande parte das entrevistadas, as informações obtidas estavam de acordo com os

critérios clínicos relatos, mas em algumas delas estavam distintas, acontecendo as vezes, de não estarem adequados nem ao menos ao histórico obstétrico da paciente. Em uma parte considerável das entrevistas não foi possível fazer tal análise visto que alguns prontuários não tinham informações sobre as indicações das cesarianas ou em outras situações não tinham sido repassadas a puérpera e em outros casos ocorreram as duas situações.

Em relação aos critérios clínicos registrados nos prontuários para a realização da cesárea, verificou-se que as informações registradas estavam de acordo com as principais evidências científicas, com exceção das indicações de laqueadura, não cooperação da mulher e infecção de urina, além de uma parte considerável de prontuários não conterem registros, onde limitou a análise dos mesmos e consequentemente o estudo. ■

REFERÊNCIAS

- Boaretto MC. Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/boarettomcm.pdf>.
- Malheiros PA, Alves VH, Rangel TS, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto and Contexto Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 329, 2012. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fCNNkHPTLqGMnZSHpj9s6D/?lang=pt>.
- Pasche DF, ASCHÉ, Vilela MEA, Martins CP, Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. pt-pag. 105-117, 2010. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>.
- Gama SGN, Vielas EF, Schilithz AOC, et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qd3C5QwSCTdx9rZgFcpZHYH/?lang=pt>.
- Neme B. *Obstetrícia Básica*. 3 ed. Sarvier. São Paulo, 2006.
- Carniel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 34-40, jan. 2007. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000100006>.
- Montenegro CAB, Rezende FJ. *Obstetrícia fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 56, p. 633-647.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
- Souza TG, Gaiva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, Sept. 2011. [acesso em 2021 de jun 29] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>.
- Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMR. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I; *Evidence-based cesarean section indications: part I. Femina*, v. 38, n. 8, 2010. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_1.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3ed. Brasília, 2011. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf.
- Dornfeld D, Pedro ENR. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. *Revista Eletrônica UFG*, v. 13, n. 2, p. 190-8, 2011. [acesso em 2021 de jun. 29] Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/10925>.
- Caprara A, Franco ALS. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999. [acesso em 2021 de jun.29] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>.
- Viegas W. *Fundamentos lógicos da metodologia científica*. 3. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.
- Inaki ACM, Silva JC, et al. Cesária: Prevalência, indicação e desfecho do recém-nascido. *Rev enferm. UFPE on line*, Recife, v.8,n.12, p.4278-84,dez, 2014. [acesso em 2021 de jun 29] Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10174>.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação da cesariana*. Brasília. 2016. [acesso em 2021 de jun.29] Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf.
- Fortes PE. O Conhecimento das puérperas quanto a indicação da cesariana em um hospital escola. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Rio grande do Sul. Porto Alegre, 2013. [acesso em 2021 de jun 29] Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/78433#:~:text=As%20indica%C3%A7%C3%B5es%20obst%C3%A9tricas%20de%20cesariana,sobre%20a%20indica%C3%A7%C3%A3o%20da%20cesariana>.