

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CAMPUS A. C. SIMÕES
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

JÉSSICA DIODINO DA SILVA SANTOS

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS VIAS DE PARTOS NO BRASIL

Maceió - AL
2022

JÉSSICA DIODINO DA SILVA SANTOS

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS VIAS DE PARTO NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Maceió - AL

2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central Divisão de
Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237a Santos, Jéssica Diodino da Silva.
Análise epidemiológica das vias de parto no Brasil / Jéssica Diodino da
Silva Santos. – 2022.
44 f. : il.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 40-42.

1. Cesárea. 2. Parto normal. 3. Epidemiologia. 4. Saúde materna. 5. Parto -
Brasil. I. Título.

CDU: 618.4(81)

Folha de Aprovação

JÉSSICA DIODINO DA SILVA SANTOS

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS VIAS DE PARTO NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 19 de dezembro de 2022.

Documento assinado digitalmente
 AMUZZA AYLLA PEREIRA DOS SANTOS
Data: 22/12/2022 08:43:10-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

(Orientador(a) – Prof.^a Dr.^a, Amuzza Aylla Pereira dos Santos, UFAL)

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
 TAMARA SILVA DE LUCENA
Data: 22/12/2022 09:03:51-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Enfermeira Obstetra, Tâmara Silva de Lucena
(Examinador(a) Externo(a))

Prof.^a Dr.^a, Jovânia Marques de Oliveira e Silva
(Examinador(a) Interno(a))

Documento assinado digitalmente
 JOVANIA MARQUES DE OLIVEIRA E SILVA
Data: 21/12/2022 11:15:58-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Maceió - AL

2022

A todos os que mesmo diante de um contexto de vulnerabilidade familiar e socioeconômica não deixam de batalhar por um futuro melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Deus por toda a sabedoria, força e coragem para enfrentar as piores adversidades da minha vida e me fazer permanecer sempre firme na busca pelos meus sonhos. Foram inúmeras as vezes que eu pensei em desistir, mas, graças a Deus, estou realizando mais um sonho, quebrando as estatísticas e desafiando a lei da gravidade, pois, de onde eu venho, é uma raridade tornar-se uma graduada, ainda mais por uma universidade pública.

Meu agradecimento especial a minha tia Luzia, que sempre foi o meu porto seguro, minha mãe e minha principal admiradora, sem o seu acolhimento, nada disso seria possível. Assim como à minha mãe e minha avó materna, meus irmãos Daiane e Júnior, e a meus primos: Kelvin, Carla, Keyla e Thiago, pessoas essas que são a minha principal razão para nunca desistir.

Ao meu namorado Darlan e à sua família pelas inúmeras vezes que apoiou os meus sonhos e incentivou o meu progresso.

À professora Dr.^a Amuzza Aylla Pereira dos Santos, minha orientadora, por sua flexibilidade de horários e compromisso. Seus ensinamentos e orientações foram muito importantes para esse momento glorioso em minha vida.

À Helen Quirino, minha enfermeira preceptora no estágio em Unidade Básica de Saúde, por todo conhecimento e troca de experiências. Você foi essencial nessa fase tão importante da minha vida, sua forma de ensinar tornou esse processo mais leve e me deixou mais segura para trilhar esse caminho, agora, como enfermeira.

Aos docentes que fizeram parte da minha vida acadêmica e contribuíram para a minha formação e bagagem de conhecimento.

Aos meus amigos de graduação por todo companheirismo e momentos compartilhados durante todos esses anos.

À Universidade Federal de Alagoas - UFAL que foi, durante 5 anos, minha segunda casa, a qual tenho imenso orgulho de ser “cria”.

“Para mudar o mundo, é preciso, primeiro,
mudar a forma de nascer.” (Michel Odent).

RESUMO

INTRODUÇÃO: O parto era visto como um ato natural, cuja prática era tipicamente orientada por mulheres parteiras em ambientes familiares às gestantes e com o mínimo de interferência possível no corpo da parturiente. Entretanto, a hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, tendo como um de seus resultados o progressivo aumento de operações cesarianas desnecessárias. Se tratando do Brasil, a partir da década de 90, observou-se que a frequência de cesarianas vem apresentando uma proporção cada vez mais elevada. Foi em 2009, que o seu valor ultrapassou a taxa de partos normais no país. **OBJETIVO:** Analisar o perfil epidemiológico dos tipos de partos ocorridos no Brasil no período de 2011 a 2020. **MÉTODOS:** O estudo baseou-se em uma análise exploratória com abordagem quantitativa de dados colhidos no banco no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, referentes a todos os partos registrados no período de 2011 a 2020 no Brasil. **RESULTADOS:** A prevalência de partos cesáreos se deu no grupo de mulheres de etnia branca, com maior grau de escolaridade, idade >30 anos, residentes em regiões com melhor desenvolvimento socioeconômico, que tinham mais que 6 consultas de pré-natal e com histórico de cesárea prévia. **CONCLUSÃO:** O estudo mostrou que são diversos os fatores que influenciam a tomada de decisão sobre a via de parto, e que esses fatores estão majoritariamente associados às questões sociodemográficas e culturais da gestante e do serviço de saúde que lhes atende, do que por razões clínicas.

Palavras-chave: Cesárea; Parto natural; Epidemiologia; Saúde materna; Parto.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Childbirth was seen as a natural act, whose practice was typically guided by female midwives in environments familiar to pregnant women and with the least possible interference in the parturient's body. However, hospitalization and greater mastery of techniques have expanded the possibilities of intervention, with one of its results being the progressive increase in unnecessary cesarean sections. In the case of Brazil, from the 1990s onwards, it was observed that the frequency of cesarean sections has been showing an increasingly high proportion. It was in 2009 that its value surpassed the rate of normal births in the country. **OBJECTIVE:** To analyze the epidemiological profile of the types of deliveries that occurred in Brazil in the period from 2011 to 2020. **METHODS:** The study was based on an exploratory analysis with a quantitative approach of data collected from the database in the Information System on Live Births (SINASC), from the Ministry of Health, referring to all births registered in the period from 2011 to 2020 in Brazil. **RESULTS:** The prevalence of cesarean deliveries occurred in the group of white women, with a higher level of education, age >30 years, living in regions with better socioeconomic development, who had more than 6 prenatal consultations and with a history of previous cesarean section. **CONCLUSION:** the study showed that there are several factors that influence decision-making about the mode of delivery, and that these factors are mostly associated with sociodemographic and cultural issues of the pregnant woman and the health service that attends them, rather than clinical reasons.

Keywords: Cesarean; Natural Childbirth; Epidemiology; Maternal health; Parturition.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Blocos da Declaração de Nascido Vivo - DNV.....	25
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Proporção da via de parto segundo ano de ocorrência. Brasil, 2011 a 2020.....	16
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Via de parto segundo idade da mãe. Brasil, 2011 a 2020.....	29
Tabela 2 - Via de parto segundo escolaridade da mãe em anos. Brasil, 2011 a 2020.....	29
Tabela 3 - Via de parto segundo cor/raça da mãe. Brasil, 2011 a 2020.....	30
Tabela 4 - Via de parto segundo estado civil da mãe. Brasil, 2011 a 2020.....	30
Tabela 5 - Via de parto segundo região geográfica brasileira. Brasil, 2011 a 2020.	30
Tabela 6 - Via de parto segundo número de consultas de pré-natal. Brasil, 2011 a 2020.....	31
Tabela 7 - Via de parto segundo idade gestacional. Brasil, 2011 a 2020.....	31
Tabela 8 - Via de parto segundo Grupos de Robson. Brasil, 2011 a 2020.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DataSUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DNPM	Desenvolvimento Neuropsicomotor
DNV	Declaração de Nascido Vivo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascido Vivo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo geral	16
2.2	Objetivos específicos	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1	Evolução histórica da assistência ao parto	17
3.2	Os fatores que norteiam a escolha da via de parto	19
3.3	As vias de parto e suas implicações na saúde materno-infantil	21
4	MÉTODOS	23
4.1	Delineamento da pesquisa	23
4.2	Instrumento de pesquisa.....	23
4.3	Coleta de dados	25
4.4	Análise dos dados	26
4.5	Aspectos éticos	26
5	RESULTADOS	27
5.1	Características sociodemográficas	27
5.2	Características obstétricas	29
6	DISCUSSÃO	32
6.1	Características sociodemográficas e via de parto	32
6.2	Características obstétricas e via de parto	35
7	CONCLUSÃO	39
	Referências	40

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, as concepções sobre a forma de parir sofreram mudanças significativas desde os procedimentos efetuados no parto até onde e por quem ele era conduzido. Se no princípio, o parto era visto como um ato natural, cuja prática era tipicamente orientada por mulheres parteiras em ambientes familiares às gestantes e com o mínimo de interferência possível no corpo da parturiente, com o passar do tempo e as altas taxas de mortalidade materna e neonatal, o parto passou a ser visto como um procedimento perigoso que requer o máximo de cuidado e conhecimento possível (SCHILLER, 2015).

Nesse contexto, e com o avanço do conhecimento científico e tecnológico, o parto foi se institucionalizando a ponto de ser tratado como uma doença, e como tal, tem sido prioritariamente conduzido por médicos em uma estrutura hospitalar e pautado em cultura intervencionista (SEINBERT, 2005).

Se tratando do Brasil, a partir da década de 90, observou-se que a frequência de cesarianas vem apresentando uma proporção cada vez mais elevada. Foi em 2009, que o seu valor ultrapassou a taxa de partos normais no país, apresentando-se em 52% no ano de 2010, segundo dados do DATASUS, valor muito acima das recomendações dadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) referente a 15%. Não obstante, esse aumento não parece estar ligado a mudanças do risco obstétrico, mas sim a fatores socioeconômicos e culturais (CAIXEIRO, 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existem motivos que justifiquem proporções de cesáreas superiores a 15%.

Ainda que o número de cesarianas seja elevado em ambos os setores, público e privado, gestantes que têm seus atendimentos realizados nos serviços privados, atualmente, apresentam uma proporção muito superior quando comparadas às que são atendidas pelos serviços públicos, chegando a um valor de aproximadamente 88%, sendo eletivas em sua maioria (CAIXEIRO, 2017). A portaria 306/2016 do Ministério da Saúde, atualizou estas taxas conforme as características específicas da população brasileira, estabelecendo como limite aceitável taxas de cesariana entre 25% e 30%.

Mesmo diante do aumento dos valores limítrofes, a taxa de partos cirúrgicos no país permanece demasiadamente elevada, atingindo a marca de 56% (ROSIN et al, 2022). Diversos trabalhos vêm demonstrando que o aumento das cesarianas no país ocorre de forma discrepante, onde as maiores proporções deste procedimento se concentram no grupo das mulheres com maior idade, maior grau de escolaridade, com assistência pré-natal, entre as primíparas e residentes das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Características como essas não avaliam a

relação com risco materno ou fetal, mas caracterizam mulheres com melhores condições econômicas e que têm um bom padrão de acesso aos serviços de saúde (CAIXEIRO, 2017).

Mesmo sendo evidenciado em vários estudos que a maioria das mulheres inicia o pré-natal com preferência pelo parto vaginal, há maiores taxas de nascimentos por via cesariana. Assim, questiona-se a autonomia da gestante na escolha da via de nascimento (SILVA et al, 2020).

Nesse contexto, a importância deste estudo consiste, principalmente, em fornecer dados para compreender de que maneira os fatores sociodemográficos e obstétricos vêm influenciando a forma de parir no país ao longo dos anos. Bem como analisar a situação epidemiológica dos tipos de parto, verificando os mecanismos geradores de disparidades entre as parturientes brasileiras quanto às suas opções e chances de parir da forma mais isenta de riscos e realizadora possível.

Vale destacar a importância do uso da informação para compreensão da situação em saúde da população e revisão das práticas assistenciais como forma de construir caminhos para uma assistência livre de danos e baseada em evidências. Para tanto, o estudo buscou responder a seguinte questão norteadora: Qual a relação das variáveis avaliadas na declaração de nascidos vivos com a escolha da via de parto em um país em desenvolvimento?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o perfil epidemiológico dos partos ocorridos no Brasil no período de 2011 a 2020.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura vigente os principais fatores que contribuem para a escolha da via de parto;
- Descrever sobre as variáveis que influenciaram na escolha da via de parto segundo o SINASC;
- Caracterizar as vias de parto segundo cor/raça, estado civil, instrução da mãe/grau de escolaridade, duração da gestação, adequação quantitativa do pré-natal, grupos de Robson e região geográfica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Evolução histórica da assistência ao parto

Partejar é uma tarefa que acompanha a história da própria humanidade. Durante séculos foi considerada uma atividade feminina, culturalmente realizada por parteiras, responsáveis também por cuidar da saúde feminina e dos recém-nascidos. Essas parteiras detinham um saber popular, que foi responsável por produzir histórias e crendices sobre o corpo gravídico, associadas à natureza (BRENES, 2005). Logo, por muito tempo, as mulheres que se encontravam em trabalho de parto foram ajudadas por outras mulheres, comumente de sua convivência mais próxima (parentes, vizinhas ou amigas), ou mulheres reconhecidas pela sua experiência ou competência para tal acompanhamento – as parteiras.

Em um dado momento da história, houve o chamado evento conhecido como “caça às bruxas”, no qual milhares de pessoas morreram e, em sua maioria, mulheres conhecidas pela prática curativa em saúde, as chamadas curandeiras, parteiras e herboristas. Para muitos autores, esse evento não passou de uma estratégia do Estado e da igreja visando monopolizar o saber acerca da cura das doenças e legitimá-lo como saber médico (BRASIL, 2010).

A partir do momento em que a medicina, ao tornar-se uma profissão alicerçada pela autoridade da linguagem técnica e da educação universitária, converteu-se em uma atividade dominada pelos homens, desde esse momento as atividades executadas pelas parteiras e pelas curandeiras tornaram-se uma ameaça ao monopólio do saber. A caça às bruxas não conseguiu acabar com as curandeiras e parteiras, mas teve como consequência a transformação de sua prática em atividade suspeita (VIEIRA, 2002).

Foi no século XVI, que a profissão de parteira começou a sofrer um declínio, decorrente da introdução do fórceps obstétrico, instrumento inventado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540–1596). Seu uso trouxe mudanças radicais à assistência obstétrica da época, desafiando a noção do parto como um ato comandado pela vontade divina e introduzindo a noção do parto como um ato controlado pela vontade humana (OSAVA; TANAKA, 1997; LITOFF, 1982). Mas não foi tão simples assim, pois até o final do século XVI ainda persistia um forte pensamento contrário ao ingresso dos homens na assistência ao parto, com exceção dos casos em que era necessário o procedimento cirúrgico (BRASIL, 2010).

O surgimento da obstetrícia como disciplina científica e especialidade da medicina ocorreu primeiramente na França, nos séculos XVII e XVIII. Isto viria a desapropriar, progressivamente, as parteiras do direito do seu exercício e negar a validade de seu saber,

culminando na entrada dos homens no cenário do parto. Dá-se início aos conflitos entre os médicos e as parteiras/obstetizes pela assistência ao parto, eventos estes que persistem até os dias de hoje (BRASIL, 2010).

A medicina moderna nasce em torno dos últimos anos do século XVIII. Assim sendo, o século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de prática médica: a medicina como saber científico, que surge no momento histórico da formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. É nesse contexto que a medicalização do corpo feminino se insere. Cada vez mais, na nossa cultura, acentuou-se o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos, como a menstruação, a gravidez e a menopausa, em doenças e o parto em evento cirúrgico (BRASIL, 2010).

Até meados do século XIX, os partos ocorriam, em sua grande maioria, em domicílios e eram assistidos por obstetizes/parteiras. Naquela época, as maternidades não constituíam um lugar seguro para as mulheres darem à luz. Em 1878, estimou-se que as mulheres inglesas tinham ampliado em seis vezes as suas chances de morrer ao darem entrada nas maternidades, como consequência de infecção puerperal (TANAKA, 1995).

Somente após a Segunda Guerra Mundial o parto foi progressivamente institucionalizado, quando os médicos – por meio da incorporação de novos conhecimentos e habilidades nos campos da cirurgia, da assepsia, da anestesia, da hemoterapia e da antibioticoterapia – conseguiram diminuir, significativamente, os riscos do parto hospitalar e a morbimortalidade materna e neonatal (TANAKA, 1995).

A institucionalização do parto levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir. Dessa forma, o modelo de atenção ao parto e nascimento atual é marcado pela medicalização, pelo abuso de práticas invasivas e desnecessárias, potencialmente iatrogênicas, e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia (BRASIL, 2010).

O assim chamado “parto tecnocrático”, em que soluções meramente técnicas e/ou racionais desprezam os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais, fundamenta-se na noção de que o corpo feminino é uma máquina incompleta e necessita de intervenções. Foi estabelecida a separação corpo/mente e a mulher foi colocada numa postura passiva e temerosa em relação ao seu parto. O parto é considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo-se a mulher do seu papel de protagonista. Configura-se a visão distorcida de que é o profissional de saúde quem “faz” o parto (BRASIL, 2010; CARNEIRO; VILELA, 2003).

A hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, tendo como um de seus resultados o progressivo aumento de operações cesarianas desnecessárias, aumentando os riscos à saúde para as mulheres e bebês e implicando, ainda, em elevação de custos para o sistema de saúde (TANAKA, 1995).

3.2 Os fatores que norteiam a escolha da via de parto

Gestação e parto não se limitam apenas a eventos fisiológicos e naturais da vida humana, mas englobam os aspectos sociais, como o acesso à informação e aos serviços de saúde, e os culturais, como padrões de valores e comportamentos que são transmitidos de forma coletiva e se modificam de acordo com o tempo na sociedade em que a gestante está inserida. A institucionalização do parto possibilita a inversão de papéis, na qual a mulher tem pouca autonomia na decisão do parto e o médico torna-se o principal protagonista no processo de nascimento (SOUZA *et al*, 2022).

A escolha da via de parto, de forma geral, é permeada por influências do profissional que acompanha a gestação, pessoais da própria gestante, desfechos em saúde, questões socioeconômicas, culturais, aumento de tempo de internação e das intercorrências clínicas (BARROS *et al*, 2011). A partir da análise da literatura, foi possível inferir que são diversas as razões pelas quais a mulher pode optar ou não por uma forma de parir, não podendo limitar essa decisão a apenas um motivo, mas a um conjunto de fatores (CAIXEIRO, 2017; ALVARENGA, 2022).

São fatores determinantes para a escolha do parto vaginal: protagonismo durante o parto, redução da sensação de dor no pós-parto, menor tempo de recuperação, melhora do vínculo mãe-bebê, alta hospitalar mais rápida e retorno precoce às atividades diárias. Quanto à escolha do parto cesáreo, foram destacados: Temor a dor e da fala de progressão no parto normal; sensação de maior segurança; processo com maior praticidade; definir previamente a data do parto e medo de precisar de uma cesárea de emergência (LEGUIZAMON *et al*, 2013; VELHO *et al*, 2014; RISCADO *et al*, 2016).

A dor é uma das razões mais comumente associada ao medo de parir pela via vaginal, o que faz com que a gestante opte pelo parto cirúrgico devido a romantização do parto sem dor e sofrimento pelo seu alívio através dos anestésicos. O medo faz com que a mulher tenha a visão distorcida de que a cesariana é indolor e mais rápida e não se informem sobre a recuperação no pós-parto cirúrgico, muitas vezes marcado pela dor e desconforto que se estende até o pós-parto. A dor no parto vaginal ocorre somente no momento da parturição, e não retarda a recuperação da puérpera e nem o contato com o bebê (VALE *et al*, 2016).

O estudo realizado por Morais *et al.* (2016), mostrou que, embora a dor do parto, socialmente, seja estigmatizada e associada ao sofrimento, as mulheres que tiveram o parto no domicílio desmistificaram esse paradigma. Reconheceram esse evento como uma vivência natural e acreditaram que ter experiência da “dor do parto” produziu um crescimento por meio do fortalecimento adquirido pela superação, produzindo confiança em seus corpos como mães.

Vale lembrar que, o repertório de muitas gestantes que recorrem ao parto cirúrgico, por vezes, aparece repleto de imagens negativas veiculadas em novelas, filmes, programas de televisão, matérias de revistas e outras mídias. As histórias sobre mulheres que morreram no parto, ou bebês que tiveram “problemas por causa do parto”, via de regra, referem-se ao parto vaginal (Nakano et al., 2015).

Essa associação parece estar ligada à mudança estética no século XX, quando o parto vaginal passa a ser visto como doloroso, arriscado para o bebê e lesivo para o corpo e a sexualidade da mulher. É apresentado também como desagradável, degradante, assustador, uma exposição humilhante das genitálias humanas, ou seja, um evento a ser evitado e prevenido pela cesárea (ALVARENGA, 2022).

Além disso, o medo de danos ao assoalho pélvico devido ao parto vaginal levando a sequelas de longo prazo, como incontinência urinária e anal, também é uma razão para evitar o parto vaginal e, às vezes, é citado como uma indicação de cesariana a pedido, pois as mulheres temem que esses fatores gerem insatisfação com a vida sexual (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Há ainda que se considerar a proporção de mulheres que recorrem ao parto cesáreo, em detrimento do parto vaginal, devido a maior chance de realizar a laqueadura pela conveniência de aproveitar a oportunidade para realizar dois procedimentos cirúrgicos de uma só vez (RODRIGUES *et al.*, 2022).

Outro fator decisivo para a escolha da via de parto é a vivência anterior da gestante. Essas parturientes levam muito em consideração essa experiência prévia, seja ela pelo parto vaginal ou mesmo pelo parto cirúrgico. Para uma primigesta, as chances de ter um parto normal é cerca de 50%, quando se trata de mulheres com história de cesarianas anteriores essas chances tendem a ser ainda menores, principalmente, no serviço privado, e isso se baseia na concepção de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”, apesar das evidências científicas demonstrarem que há segurança para um parto normal após cesariana (GUISE *et al.*, 2010; NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2018). Desta forma, a repetição deste procedimento entre as multíparas, de forma indiscriminada, consiste em uma prática médica não baseada em evidências (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Diante das questões já levantadas, cabe, ainda, refletir sobre outros aspectos, como proposto por Dias p. 68, (2008):

Como explicar o fato de que as gestantes que têm piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor do que a população de grávidas mais favorecida economicamente, com maior nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? Como justificar que embora cerca de 70% das mulheres atendidas neste setor desejem o parto normal como desfecho da gestação e apenas cerca de 10% consigam ter seus desejos atendidos. Que fatores estariam sendo conjugados a ponto de afetar tão intensamente a assistência a este grupo de gestantes?

Segundo Câmara *et al.* (2016), os índices de cesariana são superiores a 90% no setor privado, o que reflete a realidade de mulheres com maior poder aquisitivo. O motivo por trás desses números é questionável, pode envolver a escolha pelo método de maior comodidade, os médicos envolvidos com esse público e até mesmo a cultura nacional de preferência da cesariana, uma vez que pessoas de classes econômicas mais altas têm mais autonomia na escolha da via de parto.

3.3 As vias de parto e suas implicações na saúde materno-infantil

Segundo a OMS, 15% dos partos têm indicação precisa de cesariana, o que é necessário para a preservação da saúde materna e/ou fetal. Embora um número significativo de cesarianas seja realizado por indicações obstétricas, algumas são simplesmente por solicitação materna e podem acarretar diversos riscos para o concepto. No entanto, não há muitos estudos comparando as complicações/repercussões na saúde materno-infantil da cesariana com as do parto vaginal (SHARMA, 2018).

Para Batista e Rissin (2018), as altas taxas de cesárea se tornam um problema de saúde pública quando a intervenção, a princípio concebida como um instrumento de proteção, se torna um fator de risco, caracterizando uma “epidemia” iatrogênica. Seus efeitos adversos, bem como de qualquer outra intervenção em saúde, podem representar uma iatrogenia social, estabelecendo um novo contexto da problemática saúde/doença.

De acordo com o estudo realizado por Sharma *et al.*, (2018), trabalho de parto prolongado, infecção de ferida operatória, lesão cirúrgica e morte materna foram significativamente associados ao tipo de parto, enquanto hemorragia pós-parto não foi associada. Trabalho de parto prolongado foi alto em parto vaginal, enquanto infecção de ferida, lesão cirúrgica e morte materna foi alta em parto cesáreo.

Uma revisão sistemática com meta-análise mostrou que a infecção pós-parto, independente do sítio cirúrgico, foi mais prevalente pós cesarianas, como também a internação

em UTI. Enquanto a hemorragia apresenta-se com maior risco em mulheres pós-parto eutócico, bem como incontinência urinária decorrente de trauma perineal e no assoalho pélvico. Trouxe, ainda, que o prolapso genital e incontinência urinária são menos prevalentes em mulheres que passaram apenas por cesariana (MASCARELLO, et al., 2017).

Enquanto isso, Severiano *et al.* (2017) em seu trabalho, apontou que o parto vaginal instrumentalizado com fórceps ou parto cesáreo, associa-se a um maior número de eventos de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). E sugeriu que a influência do parto por via vaginal está intimamente relacionada com o DNPM devido a compatibilidade com a maturação neurológica e idade cronológica das crianças avaliadas no estudo, uma vez que quando comparado a outros tipos de parto, apresentaram um risco de 2,5 vezes menor de atraso.

O parto normal favorece o vínculo entre a díade mãe-bebê e influencia positivamente no estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida e em sua permanência de forma exclusiva até os primeiros seis meses de vida do recém-nascido. Além disso, predispõe à criança o desenvolvimento de imunidade ativa por meio do contato com o fluido vaginal da mãe no momento do parto. Enquanto isso, o parto cesáreo interfere negativamente na amamentação, uma vez que a recuperação pós-anestésica da mãe, retarda o primeiro contato entre o binômio, favorecendo o uso de fórmulas lácteas em detrimento do leite materno (SOUZA, *et al.*, 2022).

Rodrigues e Silva (2018), por sua vez, concluiu que a via de parto exerce influência no desenvolvimento de competências locomotoras, manipulativas, visuais, de fala e linguagem aos 2 anos, onde os nascidos de cesariana eletiva manifestaram um índice menor de desenvolvimento destas, quando comparados aos nascidos de parto eutócico. Além disso, constatou-se, também, menor índice de competências de autonomia pessoal e abaixo do esperado aos 2 anos em crianças nascidas por parto cirúrgico, enquanto as por parto vaginal se encontraram dentro do esperado para a idade.

Outrossim, Cavaggione *et al.* (2020), evidenciou o aumento de riscos psicológicos em crianças nascidas via cesárea eletiva quando comparadas com as nascidas por parto vaginal no que se refere aos aspectos relacionados ao processamento sensorial, motricidade fina, linguagem expressiva e emissão de comportamentos adaptativos.

4 MÉTODOS

4.1. Delineamento da pesquisa

Este estudo baseou-se em uma análise exploratória com abordagem quantitativa de dados efetuada por meio de uma planilha eletrônica, abastecida por dados colhidos no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, referentes a todos os partos registrados no período de 2011 a 2020 no Brasil.

Tal opção metodológica se justifica tanto pelo caráter numérico das informações coletadas quanto pelo tratamento dedicado às mesmas, apresentando os resultados de maneira tabulada. Ressalta-se que os dados não são amostrais, mas compreendem toda a população de parturientes do Brasil em uma década (2011-2020) que registraram os nascimentos através da Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento oficial do sistema de saúde brasileiro. A coleta de dados (quantitativos) efetuada diretamente (via internet) no sítio do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do Ministério da Saúde, permitiu alcançar todo esse universo.

4.2. Instrumento de pesquisa

Como instrumento de pesquisa foram utilizadas as Declarações de Nascidos Vivos (DNV), instrumento oficial para coleta de dados que compõem o SINASC. De uso obrigatório em todo o território nacional, trata-se de um instrumento padronizado, impresso com sequência numérica única, compondo um formulário de três vias autocopiativas com diferentes cores (branca, amarela e rosa), conforme leiaute padronizado pela SVS/MS.

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), é um sistema de vigilância epidemiológica nacional, foi implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde (BRASIL, 2011).

Os dados obtidos a partir da DNV são essenciais para a produção de estatísticas vitais e epidemiológicas no País, viabilizando o monitoramento dos nascidos vivos e das características do pré-natal, da gestação e do parto, contribuindo assim para o conhecimento da situação de saúde materno-infantil da população brasileira.

A DNV é regulamentada pela Lei n.º 12.662, de 5 de junho de 2012, que assegura sua validade em todo o território nacional até que seja lavrado o assento do registro do nascimento. Sua emissão é obrigatória para todos os nascimentos com vida ocorridos no Brasil e deve ser feita “por profissional de saúde responsável pelo acompanhamento da gestação, do parto ou do

recém-nascido, inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ou no respectivo Conselho Profissional” (BRASIL, 2022).

A referida Lei estabelece, ainda, um rol mínimo de variáveis que deve constar na DNV. A versão atualmente em uso foi atualizada em 2021 e é composta por 52 variáveis, distribuídas em oito blocos, ilustrado na Figura 1:

Figura 1: Blocos da Declaração de Nascido Vivo - DNV



Fonte: BRASIL, 2022.

As DNVs são preenchidas nas unidades notificadoras, habitualmente no local de ocorrência do nascimento, e regularmente recolhidas pelas SMS, conforme o seguinte fluxo (BRASIL, 2022):

1- Parto hospitalar:

- 1ª via (BRANCA): Arquivo no estabelecimento de saúde até ser recolhida por funcionário da Secretaria Municipal de Saúde;
- 2ª via (AMARELA): fica com o responsável legal do recém-nascido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- 3ª via (ROSA): fica no estabelecimento de saúde para ser arquivado no prontuário da parturiente.

2- Parto domiciliar com assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional:

- 1ª via (BRANCA): fica com a pessoa que prestou assistência ao parto para ser encaminhada a SMS;
- 2ª via (AMARELA): fica com o responsável legal do recém-nascido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- 3ª via (ROSA): fica com o responsável legal do recém-nascido, devendo ser apresentada na primeira consulta na Unidade de Saúde, onde ficará arquivada.

3- Parto domiciliar sem assistência prestada por profissional de saúde ou parteira tradicional:

- 1ª via (BRANCA): O Oficial de Registro arquiva no cartório até ser recolhida por funcionário da Secretaria Municipal de Saúde;
- 2ª via (AMARELA): O Oficial de Registro arquiva no cartório após a emissão da Certidão de Nascimento;
- 3ª via (ROSA): fica com o responsável legal do recém-nascido, devendo ser apresentada na primeira consulta na Unidade de Saúde, onde ficará arquivada.

4- Parto domiciliar de indígena aldeado, com assistência:

- 1ª via (BRANCA): Pessoa que prestou assistência ao parto encaminha para o Distrito Sanitário Especial Indígena;
- 2ª via (AMARELA): fica com o responsável legal do recém-nascido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento;
- 3ª via (ROSA): fica com o responsável legal do recém-nascido, devendo ser apresentada na primeira consulta na Unidade de Saúde, onde ficará arquivada.

Após o recolhimento das DNVs pelas SMS, as informações são digitadas, processadas e consolidadas no SINASC local. Em seguida, os dados informados pelos municípios são transferidos à base de dados estadual, que os agrega e envia ao nível federal (MS), onde compõem um grande banco de dados nacional armazenado no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) (BRASIL, 2009b).

4.3 Coleta de dados

As informações sobre os nascimentos ocorridos no Brasil entre 2011 a 2020 foram coletadas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) nos meses de outubro e novembro de 2022. Os dados foram disponibilizados em planilhas criadas no programa TabWin

(DataSUS). Em seguida, foram agrupadas em planilhas utilizando o programa Microsoft Excel 2016 para consolidação do banco de dados do estudo.

As variáveis estudadas foram:

- Via de parto segundo cor/raça;
- Via de parto segundo estado civil da mãe;
- Via de parto segundo Instrução da mãe/grau de escolaridade;
- Via de parto segundo Região;
- Via de parto segundo ao de nascimento;
- Via de parto segundo duração da gestação;
- Via de parto segundo quantidades de consulta de pré-natal;
- Via de parto segundo grupos de Robson.

4.4 Análise dos dados

Isso posto, com o intuito de identificar o perfil de parturiente segundo a via de parto no Brasil, os dados do SINASC foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas com o uso do software Excel®.

4.5 Aspectos éticos

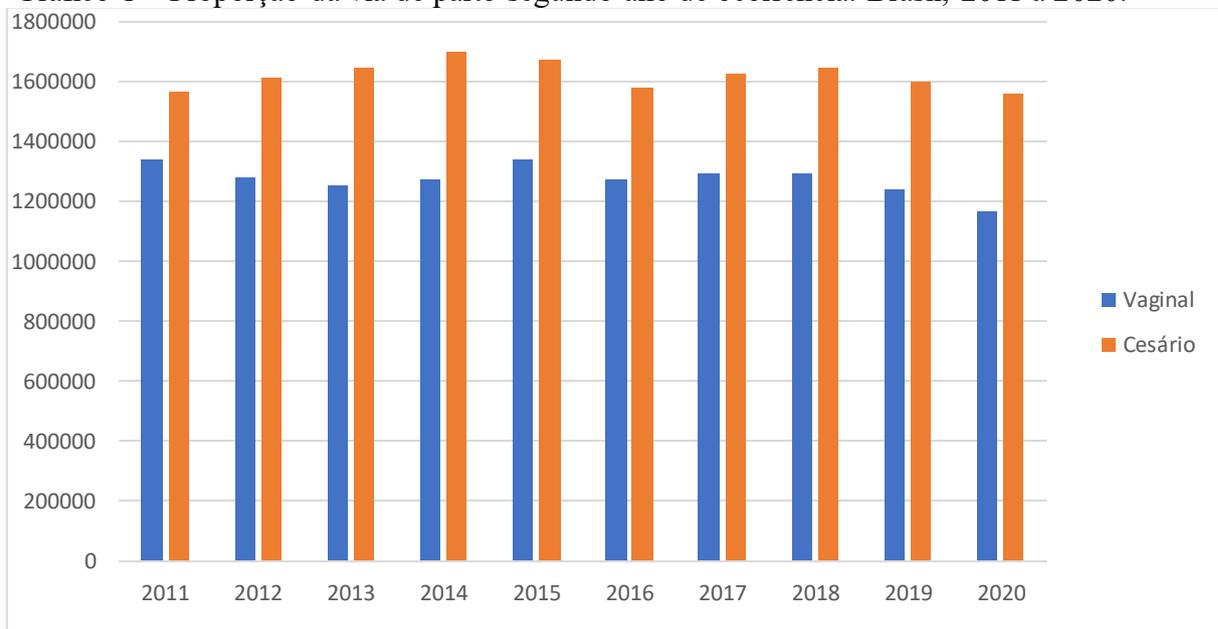
Foram empregados exclusivamente dados secundários, de domínio público, de modo que o estudo foi dispensado de apreciação ética, em conformidade com a Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

Foram registrados 29.025.461 nascimentos no Brasil no período de 2011 a 2020. Destes, 12.765.175 (44%) foram por parto vaginal, 16.222.292 (55,9%) por parto cesáreo e 37.994 (0,1%) com via de parto ignorada. Em todos os anos do período estudado (2011 a 2020), a taxa de cesariana ultrapassou a de partos por via vaginal (Gráfico 1).

Como dito anteriormente, este estudo buscou analisar os fatores sociodemográficos (idade da mãe, escolaridade, raça/cor e região de nascimento) e os fatores obstétricos (quantidade de consultas de pré-natal, idade gestacional e grupos de Robson), todos esses são variáveis dispostas na DNV, e verificar a sua relação com a via de parto.

Gráfico 1 – Proporção da via de parto segundo ano de ocorrência. Brasil, 2011 a 2020.



Fonte: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

5.1 Características sociodemográficas

A tabela 1 apresenta a proporção da via de parto de acordo com a faixa etária materna. Evidenciou-se que quanto maior a faixa-etária da mulher, maior a ocorrência de parto cesáreo. O grupo em que a via de parto vaginal (10,4%) ultrapassou a de parto cirúrgico (6,9%) foi a faixa etária de ≥ 10 a 19 anos, nos demais grupos ocorreu o contrário. A faixa-etária de 30 a 39 anos apresentou um pouco mais que dobro de parto cirúrgicos (20,6%) em relação ao parto vaginal (10,0%), o mesmo aconteceu com a faixa etária seguinte, de 40 a 49 anos, com 0,8% dos partos por via vaginal e 1,9% por cesariana.

Tabela 1 – Via de parto segundo idade da mãe. Brasil, 2011 a 2020.

Vias de parto	≥ 10 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		≥ 50 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	3.026.951	10,4	6.599.312	22,8	2.892.095	10,0	245.062	0,8	1.336	0,0
Cesáreo	1.995.872	6,9	7.697.200	26,6	5.973.900	20,6	552.924	1,9	2.295	0,0
Total	5.022.823	17,3	14.296.512	49,3	8.865.995	30,6	797.986	2,8	3.631	0,0

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A Tabela 2 representa a distribuição da via de parto segundo a instrução da mãe em anos. Observa-se que há uma estreita relação da escolaridade com a via de parto, quanto maior a escolaridade da mulher, menor é a chance de ela ter um parto vaginal. As mulheres que não tinham nenhum grau de instrução tiveram duas vezes mais partos vaginais (0,4%) do que cesáreos (0,2%). Já o grupo de maior escolaridade ≥ 12 anos de estudos, apresentou uma taxa desproporcionalmente elevada de cesariana (14,9%) em comparação com o parto vaginal (3,9%).

Tabela 2 – Via de parto segundo escolaridade da mãe em anos. Brasil, 2011 a 2020

Via de parto	Nenhuma		1 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		≥ 12 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	125.297	0,4	539.353	1,9	3.105.393	10,9	7.668.588	6,9	1.109.166	3,9
Cesáreo	45.575	0,2	310.365	1,1	2.219.164	7,8	9.147.421	32,1	4.262.726	14,9
Total	170.872	0,6	849.718	3,0	5.324.557	18,7	16.816.009	58,9	5.371.892	18,8

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A Tabela 3 mostra que mulheres de etnia clara, têm mais chances de ter acesso ao parto cesáreo do que as de pele escura. Mulheres brancas tiveram duas vezes mais partos cesarianos (24,9%) do que vaginal (12,4%), o mesmo ocorreu com mulheres autodeclaradas amarelas. Enquanto isso, nas demais categorias: preta, parda e indígena, prevaleceu o parto vaginal, sendo mais desigual no grupo de mulheres indígenas com 0,7% dos partos via vaginal e 0,2% partos cirúrgicos.

Tabela 3 – Via de parto segundo cor/raça da mãe. Brasil, 2011 a 2020.

Via de parto	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%

Vaginal	3.466.321	12,4	794.483	2,8	48.268	0,2	7.810.965	28,0	187.846	0,7
Cesáreo	6.943.762	24,9	763.103	2,7	65.396	0,2	7.793.820	27,9	47.018	0,2
Total	10.410.083	37,3	1.557.586	5,6	113.664	0,4	15.604.785	55,9	234.864	0,8

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No que se refere ao estado civil e parto, não houve necessariamente uma relação dessa variável com o tipo de parto. Porém, visualiza-se que mulheres solteiras, tiveram mais filhos por via vaginal (22,4%) do que parto cesáreo (21,3%). Enquanto que as casadas tiveram o dobro de parto cesáreos (23,3%) em relação ao parto vaginal (9,8%), conforme mostra a (Tabela 4).

Tabela 4 – Via de parto segundo estado civil da mãe. Brasil, 2011 a 2020.

Via de parto	Solteira		Casada		Viúva		Separada		União estável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	6.426.909	22,4	2.812.862	9,8	21.206	0,1	106.312	0,4	3.233.867	11,3
Cesáreo	6.105.283	21,3	6.672.430	23,3	30.963	0,1	229.841	0,8	3.016.142	10,5
Total	12.532.192	43,7	9.485.292	33,1	52.169	0,2	336.153	1,2	6.250.009	21,8

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No que diz respeito à distribuição de partos por regiões, as taxas de cesarianas superaram as taxas de partos vaginais em quase todas elas, com exceção da região Norte, onde 5,8% dos partos foram vaginais e 5% cesáreos. Na região Nordeste, no entanto, houve uma diferença muito pequena entre elas, sendo 14,1% partos vaginais e 14,2% partos cesáreos. Já nas outras regiões a diferença foi significativa, com predomínio da cesariana (Tabela 5).

Tabela 5 – Via de parto segundo região geográfica brasileira. Brasil, 2011 a 2022.

Via de parto	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	1.681.504	5,8	4.074.817	14,1	4.608.184	15,9	1.500.186	5,2	900.484	3,1
Cesáreo	1.446.763	5,0	4.117.319	14,2	6.786.571	23,4	2.394.023	8,3	1.477.616	5,1
Total	3.128.267	10,8	8.192.136	28,3	11.394.755	39,3	3.894.209	13,4	2.378.100	8,2

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

5.2 Características obstétricas

A análise da Tabela 6 revela que o número de consultas de pré-natal influencia significativamente na escolha da via de parto. Mulheres sem consultas de pré-natal tiveram mais

partos por via vaginal (1,3%) do que partos cirúrgicos (0,9%). Enquanto que nas mulheres com um número ≥ 7 de consultas, houve uma discrepância de partos cirúrgicos (41,7%) em relação ao parto vaginal (25,6%).

Tabela 6 – Via de parto segundo número de consultas de pré-natal. Brasil, 2011 a 2020.

Via de parto	Nenhuma		1 a 3 consultas		4 a 6 consultas		≥ 7 consultas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	382.311	1,3	1.220.889	4,2	3.695.558	12,8	7.361.494	25,6
Cesáreo	246.033	0,9	636.037	2,2	3.249.658	11,3	11.996.448	41,7
Total	628.344	2,2	1.856.926	6,5	6.945.423	24,1	19.357.942	67,2

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A Tabela 7 mostra que em idades gestacionais pré-termo extremo (<28 semanas) e pós-termo (≥ 42 semanas), predominou a via de parto vaginal em relação ao parto cirúrgico. Já nas gestações de 37 a 41 semanas, houve um predomínio significativo de partos cesáreos (48,4%) comparado com os partos vaginais (37,3%).

Tabela 7 – Via de parto segundo idade gestacional. Brasil, 2011 a 2020.

Via de parto	<22 sem		22 a 27 sem		28 a 31 sem		32 a 36 sem		37 a 41 sem		≥ 42 sem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vaginal	11.794	0,0	87.803	0,3	126.526	0,4	1.181.481	4,2	10.537.034	37,3	429.736	1,5
Cesáreo	3.044	0,0	53.591	0,2	167.344	0,6	1.573.925	5,6	13.671.508	48,4	407.371	1,4
Total	14.838	0,1	141.394	0,5	293.870	1,0	2.755.406	9,8	24.208.542	85,7	837.111	3,0

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A tabela 8, por sua vez, mostra que nos grupos de Robson classificados como G1, G3 e G4 houve maior ocorrência de partos vaginais do que em cesárea. Enquanto nos demais grupos foi ao contrário. Dos grupos em que a taxa de parto vaginal superou a de cesarianas, destaca-se o G3 com 15,8% dos partos vaginais e 3,8% dos partos cirúrgicos. Já, nos grupos com predominância de partos cesáreos, destaca-se o G5 com 19,3% dos partos cirúrgicos e 3,3% dos partos vaginais.

Tabela 8 – Via de parto segundo Grupos de Robson. Brasil, 2011 a 2020.

Grupos de Robson	Vaginal		Cesáreo		Total	
	n	%	n	%	n	%
G1	1.951.758	10,0	882.758	4,5	3.561.505	18,2

G2	882.758	4,5	2.079.261	10,6	2.962.019	15,2
G3	3.082.615	15,8	734.206	3,8	3.816.821	19,5
G4	987.426	5,1	860.415	4,4	1.847.841	9,5
G5	639.879	3,3	3.770.382	19,3	4.410.261	22,6
G6	26.515	0,1	253.421	1,3	279.936	1,4
G7	50.179	0,3	331.367	1,7	381.546	2,0
G8	68.271	0,3	352.795	1,8	421.066	2,2
G9	1.310	0,0	43.605	0,2	44.915	0,2
G10	886.334	4,5	934.876	4,5	1.821.210	9,3

*Excluídos os ignorados

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

6 DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), existem desigualdades significativas no acesso de uma mulher às cesarianas. Em países com baixo desenvolvimento socioeconômico, uma média de 8% dos nascimentos se deu por meio do parto cirúrgico, sendo apenas 5% na África Subsaariana, o que indica que as classes menos favorecidas não têm acesso a essa cirurgia que, quando bem indicada, salva vidas. O Brasil está incluído nos cinco países onde as cesarianas superam os partos normais.

Betran *et al.* (2021), traz a abordagem da cesariana de forma abrangente como uma prioridade global para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Refere, ainda, que o aumento das cesarianas de forma exacerbada é um problema complexo, pois o seu acesso limitado em uma boa parte dos países em desenvolvimento contribui para o aumento de morbidade e mortalidade associado às necessidades não atendidas. Enquanto o seu uso indiscriminado e inseguro gera desperdício de recursos e contribui para o aumento de morbimortalidade de causas evitáveis.

6.1 Características sociodemográficas e via de parto

No que diz respeito aos fatores sociodemográficos, este estudo englobou a idade da mãe, grau de escolaridade em anos, cor/raça, estado civil e região de ocorrência dos partos, destacando essas variáveis como significativas na sua relação com o tipo de parto.

Sobre a idade materna, a pesquisa evidenciou que quanto maior a faixa-etária da mulher, maior a ocorrência de parto cesáreo, pois a taxa de parto vaginal foi predominantemente superior em mulheres com idades ≥ 10 a 19 anos.

Vale destacar que dentro do grupo de menor faixa-etária encontram-se as adolescentes e jovens que, em sua maioria, são primíparas e associado a isso advém de famílias com baixas condições socioeconômicas, com limitado acesso à informação e aos sistemas de saúde. Muitos estudos relatam que mulheres com cesárea prévia têm mais chances de se submeter a um novo parto cirúrgico do que ao parto vaginal (GUIMARÃES, et al., 2021).

O estudo realizado por Silva *et al.* (2020), revelou que em mulheres na faixa etária entre 31 e 40 anos, usuárias do serviço privado, predominou a via de nascimento cesariana, corroborando a afirmação de que a idade materna constitui um forte indicador para esta escolha.

Atualmente as mulheres vêm constituindo família mais tardiamente, isso se deve ao acesso aos meios contraceptivos, maior grau de escolaridade, casamentos tardios, profissionalização e, conseqüentemente, melhor poder aquisitivo e acesso aos serviços de saúde, inclusive, a cesariana. Além disso, não se pode descartar que, a gestação em idades

avanzadas favorece ao maior risco de distorcias, contribuindo fortemente para essa via de parto devido ao medo de complicações (ALVES, et al. 2017).

A escolaridade apresenta-se como uma importante variável em saúde, sendo importante para avaliar diversos aspectos da vida humana. Observa-se que há uma estreita relação da escolaridade com a via de parto, quanto maior a escolaridade da mulher, menor é a chance de ela ter um parto vaginal, como foi mostrado anteriormente.

A escolaridade materna influencia na escolha da via de parto como consequência das melhores condições financeiras que essas mulheres apresentam, permitindo maior acesso aos serviços privados de saúde e, portanto, a maior autonomia e poder de escolha para decidir o que lhe é mais acessível (SOUZA, *et al*, 2022).

O grau de instrução está intimamente relacionado ao tipo de parto tendo em vista que as mães com maior grau de instrução apresentam uma possibilidade seis vezes maior de terem seus filhos de parto cirúrgico. Isso parece ser decorrente tanto por conveniência da mãe, como também médica, pois, como esse tipo de parto costuma ter um custo econômico maior, as mães com maior escolaridade costumam ter melhores condições financeiras para custeá-lo (HAIDAR, *et al.*, 2001). O que reforça a ideia de que a escolha da forma de parir não está associada apenas a fatores clínicos, mas principalmente ao tipo de acesso aos meios que cada mulher tem a sua disposição.

E não é só no momento da escolha da via de parto, alguns estudos mostraram que a escolaridade pode estar ligada, também, a mortalidade infantil e materna, menores consultas de pré-natal e puericultura em virtude de uma menor condição social (HAIDAR, *et al.*, 2001; GUIMARÃES, *et al.*, 2021).

Quanto a variável cor/raça, o estudo mostrou que as mulheres de etnia clara, ou seja, autodeclaradas brancas ou amarelas apresentaram mais partos cesáreos do que vaginal, contrapondo-se ao grupo de etnias de cor escura, grupo das pardas, negras e indígenas. Isso é extremamente significativo, pois levanta a reflexão de que o acesso à cesariana, além de condições financeiras, também tem cor, o que torna esse procedimento excludente para as minorias.

As classes mais desfavorecidas, ou seja, pretos, pardos e indígenas, apresentam taxas elevadas de adoecimento e mortes decorrentes de causas evitáveis. A mortalidade materna, por exemplo, no Brasil, é maior entre mulheres negras do que em brancas (DOMINGUES, et al., 2015; GUIMARÃES, *et al.*, 2021).

A desigualdade no acesso aos bens e serviços essenciais entre mulheres de cor não é problema novo, vários estudos já apontam que a violência obstétrica se dar principalmente nessa parcela da população, além de menor acesso aos serviços básicos de saúde, como o pré-natal, por exemplo, essas mulheres são menosprezadas e estereotipadas como “resistentes à dor”, o que reduz o uso de medicamentos para alívio da dor no momento do parto (SANTOS, *et al.*, 2020).

Um estudo realizado sobre o parto e nascimento no Brasil, revelou que mulheres de cor preta estão mais suscetíveis a um pré-natal inadequado, peregrinação anteparto, recebem menos orientações nas consultas e atingem as maiores taxas de parto pós-termo decorrentes de uma atenção e assistência precárias. O que influencia diretamente na saúde e bem-estar da díade mãe-bebê (LEAL, *et al.*, 2017).

Em relação ao tipo de parto ser predominantemente por via vaginal entre as indígenas, ainda, sejam um grupo de mulheres que vivam em condições de vulnerabilidade social e de saúde, essa escolha pode estar baseada principalmente na questão cultural, sendo o parto visto como um marco importante e natural na vida dessas mulheres. No entanto, os estudos sobre o assunto com essa população ainda são escassos, não podendo descartar a hipótese de negligência na oferta de cesarianas, quando esse procedimento se faz necessário (GUIMARÃES *et al.*, 2022 apud COIMBRA *et al.*, 2013).

Ao analisar o estado civil e a influência deste com a via de parto, nas mulheres classificadas como solteiras, houve prevalência do parto vaginal. Enquanto que nas casadas, a taxa de parto cesáreo foi significativamente mais alta do que o parto eutócico.

A busca na literatura não encontrou achados referentes a essa associação, indicando a possibilidade de se realizar mais pesquisas a respeito disso. No entanto, o estado civil é um fator importante a se considerar, tendo em vista que a figura paterna além de trazer maior estabilidade econômica para família, poderia influenciar nessa escolha devido a melhores condições financeiras para custear o parto cirúrgico, enquanto mães solteiras não dispõem desses recursos (SOUZA *et al.*, 2022).

No que concerne a distribuição das vias de parto entre as regiões geográficas brasileiras, às regiões conhecidas como as mais desenvolvidas do país, ou seja, Sul e Sudeste, concentram as maiores taxas de cesariana, quando comparadas às de menor desenvolvimento, como o Norte e Nordeste. Apesar de que, a taxa de cesariana no Nordeste apresenta-se um pouco maior do que a de partos vaginais.

O estudo realizado por Silva e colaboradores (2019), mostrou que, do período de 2010 a 2019, no ano de 2010 a taxa de parto vaginal foi a maior no período estudado, enquanto que

o ano de 2019 teve a maior taxa de cesariana e a menor taxa de partos vaginais, demonstrando que em alguns estados o aumento de partos cirúrgicos vêm crescendo progressivamente.

O local de residência exerce importante influência na saúde de uma população devido ao modo de vida e o seu acesso aos serviços de saúde. A escolha da via de parto, também, é influenciada pelo nível de desenvolvimento socioeconômico e processo de urbanização, assim, devido a maior facilidade de acesso aos serviços de saúde das grandes cidades e maior poder aquisitivo de sua população para ter acesso aos serviços privados de assistência ao parto, os grandes centros urbanos apresenta maiores taxas de cesarianas (SOUZA *et. al.*, 2022).

Contudo, é importante destacar que não houve uma diferença tão significativa entre as regiões brasileiras, tendo em vista que a região Norte apesar de ainda ser a única que apresenta o parto vaginal como predominante, essa taxa tem pouca diferença com a de partos cesáreos, sendo preocupante pois, devido ao crescimento constante dessa via, a ocorrência de partos cesáreos pode superar a de partos vaginais nos próximos anos, assim como houve com o Nordeste.

6.2 Características obstétricas e via de parto

Referente às consultas de pré-natal, o estudo revelou que mulheres que tiveram o maior quantitativo de consultas tiveram mais partos cesarianos do que vaginal. Enquanto que nas mulheres sem histórico de consultas de pré-natal, prevaleceu o parto vaginal. Esses dados trazem à tona a reflexão sobre a qualidade do pré-natal que essas mulheres vêm recebendo, tendo em vista que esse é um momento para se discutir questões como essas, se essas mulheres realmente estão cientes dos riscos e benefícios de ambos os tipos de parto.

Quanto maior o número de consultas de pré-natal, maior a prevalência de cesarianas. Há aumento considerável do número de partos cesáreos quando o pré-natal e o parto são realizados pelo mesmo médico. Além disso, há relatos de precarização ou omissão das informações sobre a via de parto escolhida pelo médico (SOUZA, et al., 2022).

O Ministério da saúde preconiza que seja realizado o mínimo de 6 consultas de pré-natal, sendo essas consultas intercaladas entre o médico e o enfermeiro (BRASIL, 2016). Trata-se de um cuidado importante em saúde, pois é nessas consultas que a gestante recebe orientações quanto aos cuidados perinatais, parto e puerpério. Inclusive, é esse o momento de a gestante conhecer sobre as possibilidades de parir, sendo esclarecidas quanto aos riscos e benefícios para ela e o bebê.

A gestante necessita de conhecimento sobre gestação e parto a partir da primeira consulta de pré-natal. É durante esse momento que, a partir das orientações passadas pelo

profissional que lhe assiste, ela vai assumir uma postura frente a melhor decisão que deve tomar no seu parto, exercendo sua autonomia e protagonismo (CARVALHO, *et al.*, 2020).

O pré-natal realizado pelo enfermeiro, representa uma estratégia, segundo alguns estudos, para redução das taxas de cesariana, devido ao seu papel como educador e impulsionador de práticas menos intervencionistas. Ao contrário do modelo biomédico, pautado em uma visão distorcida desse procedimento, tratando esse processo que, é eminentemente natural, como algo patológico, o que desencadeia insegurança e inquietações na gestante, influenciando negativamente sua escolha pela forma de parir e induzindo a busca pelo parto cirúrgico (CAIXERO, 2017; CARVALHO, *et al.*, 2020).

O estudo realizado por Guedes e colaboradores (2016), traz consulta do enfermeiro como um instrumento de relevância para o aumento da cobertura e qualidade na atenção pré-natal, estimulando a mulher a ser protagonista desse importante evento em sua vida e informar sobre os benefícios do parto normal.

Vários estudos já reconhecem a inserção do enfermeiro obstetra como uma importante iniciativa para redução das taxas de cesarianas eletivas e da mortalidade materna e infantil, bem como para a melhora da qualidade da assistência ao parto natural e humanizado. Com esse objetivo o Ministro da Saúde criou a Portaria nº 2815, de 29/5/98 que considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto, o pagamento e treinamento de enfermeiras obstétricas para realizar partos normais em hospitais (AYMBERÉ *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2022).

A prematuridade no Brasil tem duas faces que se completam para a taxa total, sendo elas a falta de acesso aos cuidados em saúde e a intervenção profissional. Enquanto os partos prematuros espontâneos estão relacionados com fatores socioeconômicos associados à maior vulnerabilidade, como menos anos de escolaridade e acesso ao pré-natal, e obstétricos como história anterior de prematuridade, infecções e gestações múltiplas, os partos iniciados pelo provedor estão associados aos serviços privados, duas ou mais cesáreas anteriores, gestações múltiplas ou patologias maternas e fetais, que são identificadas e, sem protocolos de indução em período ideal estabelecidos, acabam em cesárea sem qualquer manejo obstétrico (ALVERENGA, 2022).

Mesmo a termo, o período que precede as 40 semanas de gestação é de extrema importância para o desenvolvimento encefálico e pulmonar dos bebês. Outro dado brasileiro preocupante para os pesquisadores do estudo Nascir no Brasil foi a proporção de 35% de nascimentos entre 37 e 38 semanas, embora não sejam prematuros, esses bebês ainda poderiam ganhar mais peso e maturidade de chegasse às 39 semanas, essa epidemia silenciosa de bebês

que, em geral, recebem alta se nenhuma complicação aparente, é explicado pelo elevado número de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto (BRASIL, 2014).

A partir da análise da idade gestacional e vias de partos, percebeu-se que foi nos grupos com idade gestacional <28 semanas que a taxa de partos vaginais superou a de partos cesáreos, que se relaciona com os abortos. Contudo não foram encontrados estudos que embasaram essa teoria, deixando aberta uma lacuna a ser preenchida a partir de novos estudos.

Como forma de otimizar o número alarmante de cesáreas sem indicação clínica real, a OMS recomenda a todos os hospitais o uso da Classificação de Dez Grupos de Robson, criado em 2001 por Michael Robson, médico obstetra (OMS, 2015; KINDRA, 2017).

Essa ferramenta avalia os aspectos obstétricos como: Paridade (nulípara ou múltipara com e sem cesárea anterior); Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); Idade gestacional (pré-termo ou termo); Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e Número de fetos (único ou múltiplo) (OMS, 2015).

Os dez grupos, segundo o sistema de Classificação de Robson, são: Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; Grupo 3: Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; Grupo 4: Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; Grupo 5: Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, acima ou igual a 37 semanas; Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica; Grupo 7: Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es); Grupo 8: Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es); Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es); Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, acima ou igual a 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es) (SPOHR, 2018).

A partir do estudo, verificou-se que dentro dos dez grupos de Robson, em apenas três deles o parto vaginal foi superior ao cesáreo, e que o grupo com a maior taxa de partos vaginais foi o grupo 3, onde fazem parte as múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único cefálico, com idade gestacional ≥ 37 semanas e em trabalho de parto espontâneo. Enquanto que o grupo 5, foi o que obteve a maior taxa de cesarianas, nele estão as múltiparas, com histórico cesárea anterior, feto único cefálico e idade gestacional ≥ 37 semanas.

Diante dos dados apresentados, fica claro que a diferença entre o grupo 3 e o grupo 1, é apenas o fato da mulher já ter ou não passado por uma cesárea prévia, embora esse fator tenha contribuído para uma diferença extremamente significativa no que se refere a taxa de cesariana.

Por isso, baseado nesse tipo de acontecimento, vários estudos têm demonstrado como uma estratégia para redução das cesáreas, seria evitar a primeiro parto cesáreo e permitir o início do trabalho de parto espontâneo, claro, nos grupos em que não há indicação clínica para o procedimento (KINDRA, 2017).

Apesar dos estudos apontarem a segurança dos partos vaginais após cesariana, a maior parte das mulheres são encaminhadas a uma nova cirurgia, ocorrendo a grande maioria antes do trabalho de parto, tanto no setor público quanto no privado. Além da prevenção de cesáreas sem indicação clínica em mulheres nulíparas, é importante compreender que o grupo de mulheres com cesáreas anteriores é o que mais contribui para a taxa de cesariana global do Brasil. Sendo que mulheres sem cesariana prévia e com partos vaginais anteriores foram submetidas com mais frequência ao parto vaginal, sendo evidenciado que a escolha da via de parto é fortemente influenciada pela experiência anterior da mulher. (ALVARENGA, 2022; SOUZA, et al., 2022).

Destaca-se como principais limitações na realização deste estudo, o quantitativo de informações que poderiam servir para contabilizar de forma mais fidedigna os dados, por conta das variáveis que foram ignoradas no momento do preenchimento da DNV, o que inviabiliza a adição aos resultados. Outro ponto é o tempo em que as informações são dispostas ao sistema, não permitindo um resultado mais pontual, por exemplo, se já estivessem disponíveis as informações do ano de 2021, poderia avaliar de que forma o período da pandemia influenciou na escolha da via de parto. Apesar de ter muitos estudos de revisão de literatura, foi possível verificar a necessidade de pesquisas amostrais diretamente com a população, uma vez que não foram encontrados estudos que verificassem a influência da figura paterna na escolha do da via de nascimento.

7 CONCLUSÃO

O estudo mostrou que são diversos os fatores que influenciam a tomada de decisão sobre a via de parto, e que esses fatores estão majoritariamente associados às questões sociodemográficas e culturais da gestante e do serviço de saúde que lhes atende, do que por razões clínicas.

Além disso, essa pesquisa reforça que escolher a via de parto é um evento importante que vai repercutir na vida do binômio mãe-bebê, que o parto vaginal é a forma mais saudável e ideal de parir e o parto cesáreo é um procedimento indicado para salvar vidas, quando as indicações são eminentemente clínicas.

No que se refere aos pontos estudados neste trabalho, observa-se que os serviços de saúde pública e/ou público-privado necessitam de mudanças e reformas em seus protocolos assistenciais para melhorar a saúde de gestantes, parturientes, puérperas e neonatos. Desse modo, será possível minimizar os efeitos negativos como uma gravidez complicada e a incidência de cesáreas desnecessárias, bem como diminuir as mortes materna e infantil por causas evitáveis.

Diante do atual cenário mundial da predileção das cesarianas em detrimento do parto vaginal, convém destacar que mais estudos precisam ser realizados para compreender as lacunas que ainda existem, e investimentos são extremamente importantes com enfoque para o parto normal.

A institucionalização de protocolos e políticas públicas voltadas para a saúde materna e educação dos profissionais responsáveis por cuidar de mulheres em seu período gravídico, de parturição e puerpério, se faz necessária. Qualificar os profissionais e criar estratégias para estimular a adoção de práticas baseadas em evidências, apresenta-se como uma necessidade imediata.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. B. **Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais**. Tese (Doutorado em Ciências), undação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.
- AYMBERÉ, A. L. et al. A importância da enfermagem obstétrica no parto normal. **Rev. Saúde em Foco**, ed. n° 12, 2020.
- BATISTA FILHO M, RISSIN A. WHO and the epidemic of cesarians. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** março de 2018;18(1):3–4.
- BETRAN, A. P., et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health** 2021;6:e00567.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. 29 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2022. 80 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres /** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2016. 230 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do **Ministério da Saúde**, 2010. 90 p.
- BRENES, A. C.. Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005. 96 p.
- CAIXEIRO, T., **Razões Para Preferência Do Tipo De Parto: Resultados Da Pesquisa “Nascer No Brasil” Na Região Sudeste**. Tese (Mestrado em saúde da criança e da mulher), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
- Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim Júnior J, Braga A, et al. Cesarean section by maternal request. **Rev Col Bras Cir.** 2016;43(4):301-310.
- CARNEIRO, L. M.; VILELA, M. E. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: relato de uma experiência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 1, p. 32, jul. 2003. Livro de resumos I.
- CARVALHO, L. C. **Análise Crítica das Taxas de Cesarianas em um Serviço de Atenção Terciária**. Tese (Mestrado em saúde da família). Universidade federal da paraíba, João

Pessoa, 2021.

CAVAGGIONE, A. P. M.; MARTINS, M. C. F.; BENINCASA, M. B., 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

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521- 1534, Oct. 2008.

DOMINGUES, R. M. S. M, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cad Saúde Pública.** 2015; 30(Suppl-1):S101-S116. doi: 10.1590/0102-311X00105113.

GUEDES, G. W., et al. Conhecimentos de gestantes quanto aos benefícios do parto normal na consulta pré-natal. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(10):3860-7, out., 2016.

GUIMARÃES, N. M., et al. Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.2, p. 11942-11958 feb. 2021.

GUISE J-M, Eden K, EMEIS C, DENMAN MA, MARSHALL N, RONGWEIRF, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment, No. 191. **Obstet Gynecol.** 2010; 115:1267–78

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: c o rrelação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):1025-1029, jul-ago, 2001.

KINDRA, T. **Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de robson em uma maternidade pública de risco habitual.** Tese (Mestrado em enfermagem) Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** 2017;33(supl.1):1-17.

LEGUIZAMON, J. T.; STEFFANI, J. A; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev Bioét.** 2013;21(3):509-517.

LITOFF, J. B. The midwife throuhhout history. **J. Nurs Midw.**, [S.l.], v.27, n. 6, p. 3-11, 1982. LUZ, M. T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

LUZ, M. T. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científí ca moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MASCARELLO, K. C., HORTA, B.L., SILVEIRA, M.F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev Saude Publica.** 2017;51:105.

MORAES. P. A. et al. A dor do parto: percepção de mulheres que pariram no domicílio. **Rev**

enferm UFPE on line., Recife, 10(Supl. 5):4176-81, nov., 2016;.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* dezembro de 2018;143(3):351–9.

NAKANO, A.R., BONAN C.; TEIXEIRA, L.A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis.* setembro de 2015;25(3):885–904.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: Programa de Reprodução Humana, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE (OPAS). Taxas de cesariana continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS. Genebra, 16 de jun de 2021.

OLIVEIRA, R. R. et al., Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP* · 2016;50(5):734-741.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. d' A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. *Revista. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e3570014.

RODRIGUES, S. M. L; SILVA, P. M. M., Parto eutócico versus cesariana eletiva e o impacto no desenvolvimento de competências da criança. *Revista de Enfermagem Referência*, 2018, vol. IV, núm. 16.

ROSIN, B. E. et al. Efeitos adversos perinatais associados a escolaridade materna. *Studies in Education Sciences*, Curitiba, v.3, n.1, p.49-60, jan./mar., 2022. ISSN: 2764-004.

SANTOS, V. C. S. et al., Violência Obstétrica na Perspectiva de Raça/Cor: Uma Revisão Integrativa. *Ver. Paulista de Enf.* v31 a8, 2020.

SCHILLER, E. F. A relação entre perfis de parturientes e vias de parto no Brasil. Tese (Trabalho de Conclusão de curso), Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2015.

SILVA, G. K. A., et al. A atuação do enfermeiro na atenção básica como favorecedor na diminuição do índice de cesáreas no Brasil. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, e259111133630, 2022.

SHARMA et al. Cesarean vs Vaginal delivery: An Institutional Experience. *J Nepal Med Assoc* 2018;56(209):535-39.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. In: *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro: UERJ, v. 13, nº 2, mai.- ago., 2005. p. 245-251.

SEVERIANO, A. A. O., et al. Associação entre amamentação, fatores obstétricos

e o desenvolvimento infantil de crianças do interior do nordeste brasileiro. *J Hum Growth Dev.* 27(2): 158-165, 2017.

SILVA, J. R. Et al. análise dos partos na região nordeste no período de 2010 a 2020. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 08, Vol. 08, pp. 148-156. Agosto de 2020.

SILVA, T. P. R., et al. Influência da idade materna e das características hospitalares nas vias de nascimento. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(Suppl 4):e20180955.

SOUZA, E. L. et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. **Rev Med (São Paulo)**. 2022 set.-out.;101(5):e-172947.

SPOHR, F. A., **distribuição de cesáreas em município de fronteira segundo a classificação de robson**. Tese (Mestrado em saúde pública), Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná, Foz do Iguaçu – PR, 2018.

TANAKA, A. C. d' A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: **ABRASCO**, 1995. 107 p.

VELHO M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm.** 2014;67(2):282-289.

VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2002. 84 p.