

## EVOLUÇÃO TEMPORAL DA VIA DE PARTO E OS FATORES MATERNOS ASSOCIADOS NO BRASIL (2011-2021)

Recebido em: 21/08/2023

Aceito em: 22/09/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i9.2023-015

Carine Vitória Lemes Ferreira<sup>1</sup>  
Iara Aires Pereira<sup>2</sup>  
Maria Aurélia da Silveira Assoni<sup>3</sup>  
Vagner de Santana Jesus<sup>4</sup>  
Mirian Santos Silva Conceição<sup>5</sup>  
Adelcio Machado dos Santos<sup>6</sup>  
Beatriz Angieuski Camacho<sup>7</sup>  
Eriselma Alves Correia<sup>8</sup>  
Denise Espindola Castro<sup>9</sup>  
Katia da Silva dos Santos<sup>10</sup>  
Sara Ribeiro Moreira<sup>11</sup>  
Iago Gouvêa do Carmo e Silva<sup>12</sup>

**RESUMO:** O processo de parto é um evento fisiológico fundamental na vida reprodutiva das mulheres. No entanto, o parto cirúrgico tem se tornado cada vez mais comum, tanto no Brasil como em outros países, resultando em preocupações com a medicalização excessiva do parto. O estudo visa fornecer informações abrangentes sobre o tema, considerando diferentes regiões geográficas do Brasil. Trata-se de estudo ecológico e retrospectivo, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados dados de 2011 a 2021, com ênfase nas taxas de parto vaginal e cesariano, fatores sociodemográficos e obstétricos. Durante o período analisado,

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário de Excelência (UNEX).

E-mail: [vitoria.ferreira@ftc.edu.br](mailto:vitoria.ferreira@ftc.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9253-5162>

<sup>2</sup> Especialista em Obstetrícia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: [laraai-res12@gmail.com](mailto:laraai-res12@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1037-9820>

<sup>3</sup> Mestre em Ensino em Saúde. Hospital de Câncer de Barretos.

E-mail: [aureliaassoni@yahoo.com.br](mailto:aureliaassoni@yahoo.com.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6460-9267>

<sup>4</sup> Graduado em Farmácia. Universidade Salvador (UNIFACS).

E-mail: [vagnerjesus50@gmail.com](mailto:vagnerjesus50@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3489-8404>

<sup>5</sup> Graduanda em Enfermagem. Centro Universitário UNIFTC.

E-mail: [micavirtuosa@hotmail.com](mailto:micavirtuosa@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9444-638X>

<sup>6</sup> Doutor em Engenharia e Gestão do Conhecimento pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

E-mail: [adelciomachado@gmail.com](mailto:adelciomachado@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3916-972X>

<sup>7</sup> Graduanda em Medicina. Centro Universitário Cesumar (UNICESUMAR).

E-mail: [beatrizcama-cho@gmail.com](mailto:beatrizcama-cho@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4027-2214>

<sup>8</sup> Pós-Graduada em Gestão em Serviços de Saúde. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEAO).

E-mail: [selmaenfermagem2010@hotmail.com](mailto:selmaenfermagem2010@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4497-3820>

<sup>9</sup> Mestre em Ciências Cirúrgicas. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

E-mail: [dk\\_castro@hotmail.com](mailto:dk_castro@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9831-7441>

<sup>10</sup> Pós-graduada em Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

E-mail: [kati-as1982@gmail.com](mailto:kati-as1982@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5602-340X>

<sup>11</sup> Graduanda em Medicina. Faculdade de Ciências Médicas do Pará (FACIMPA)

E-mail: [sararibeiromorei-ra@outlook.com](mailto:sararibeiromorei-ra@outlook.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4310-2480>

<sup>12</sup> Graduado em Medicina. Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC).

E-mail: [iago17@icloud.com](mailto:iago17@icloud.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6073-8734>

foram registrados 31.702.562 nascimentos no Brasil. Dos registros válidos, 43,9% foram partos vaginais e 56,1% foram cesarianos. Houve um aumento geral nas taxas de cesariana em todas as regiões brasileiras. A região Norte teve o maior percentual de partos vaginais (53,5%) e o menor de cesarianas (46,5%), enquanto as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de cesárea. O estudo revela um aumento nas taxas de cesariana ao longo da última década no Brasil, com diferenças regionais significativas. A prevalência de cesarianas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste levanta preocupações sobre a medicalização do parto. Essas informações podem subsidiar ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e nascimento, com o objetivo de reduzir intervenções desnecessárias e promover melhores desfechos materno-fetais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Normal; Cesárea; Sistemas de Informação em Saúde; Brasil.

### **TEMPORAL EVOLUTION OF THE WAY OF DELIVERY AND ASSOCIATED MATERNAL FACTORS IN BRAZIL (2011-2021)**

**ABSTRACT:** The childbirth process is a fundamental physiological event in the reproductive life of women. However, surgical delivery has become increasingly common, both in Brazil and in other countries, resulting in concerns about the excessive medicalization of childbirth. The study aims to provide comprehensive information on the subject, considering different geographic regions of Brazil. This is an ecological and retrospective study, using data from the Information System on Live Births (SINASC) available at the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). Data from 2011 to 2021 were analyzed, with emphasis on vaginal and cesarean delivery rates, sociodemographic and obstetric factors. During the analyzed period, 31,702,562 births were registered in Brazil. Of the valid records, 43.9% were vaginal deliveries and 56.1% were cesarean sections. There was a general increase in cesarean section rates in all Brazilian regions. The North region had the highest percentage of vaginal deliveries (53.5%) and the lowest of cesarean sections (46.5%), while the South, Southeast and Midwest regions had the highest cesarean rates. The study reveals an increase in cesarean rates over the last decade in Brazil, with significant regional differences. The prevalence of cesarean sections in the South, Southeast and Midwest regions raises concerns about the medicalization of childbirth. This information can support actions to improve the quality of delivery and birth care, with the aim of reducing unnecessary interventions and promoting better maternal-fetal outcomes.

**KEYWORDS:** Normal Birth; Cesarean Section; Health Information Systems; Brazil.

### **EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA VÍA DEL PARTO Y FACTORES MATERNOS ASOCIADOS EN BRASIL (2011-2021)**

**RESUMEN:** El proceso del parto es un evento fisiológico fundamental en la vida reproductiva de la mujer. Sin embargo, el parto quirúrgico se ha vuelto cada vez más común, tanto en Brasil como en otros países, lo que genera preocupaciones sobre la excesiva medicalización del parto. El estudio tiene como objetivo proporcionar información completa sobre el tema, considerando diferentes regiones geográficas de Brasil. Se trata de un estudio ecológico y retrospectivo, utilizando datos del Sistema de Información de Nacidos Vivos (SINASC) disponible en el Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS). Se analizaron datos de 2011 a 2021, con énfasis en las tasas de parto vaginal y por cesárea, factores sociodemográficos y obstétricos. Durante el período analizado, se registraron 31.702.562 nacimientos en Brasil. De los

registros válidos, 43,9% fueron partos vaginales y 56,1% cesáreas. Hubo un aumento general en las tasas de cesáreas en todas las regiones brasileñas. La región Norte tuvo el porcentaje más alto de partos vaginales (53,5%) y el más bajo de cesáreas (46,5%), mientras que las regiones Sur, Sudeste y Centro-Oeste presentaron las tasas más altas de cesáreas. El estudio revela un aumento en las tasas de cesáreas durante la última década en Brasil, con diferencias regionales significativas. La prevalencia de cesáreas en las regiones Sur, Sudeste y Centro-Oeste plantea preocupaciones sobre la medicalización del parto. Esta información puede apoyar acciones para mejorar la calidad de la atención del parto y nacimiento, con el objetivo de reducir las intervenciones innecesarias y promover mejores resultados materno-fetales.

**PALABRAS CLAVE:** Parto Normal; Cesárea; Sistemas de Información en Salud; Brasil.

## 1. INTRODUÇÃO

O processo de parto é um evento fisiológico fundamental na vida reprodutiva das mulheres. Desde os primórdios, o parto foi reconhecido como um acontecimento natural, geralmente realizado no âmbito domiciliar e familiar. Neste cenário, a mulher era a principal protagonista do ato de parir.

Ao longo dos tempos, com o advento e desenvolvimento da medicina o parto passou a ser considerado um evento hospitalar e a mulher uma coadjuvante, já que necessita de intervenção médica, amparo medicamentoso, utilizando-se tecnologias e técnicas intervencionistas como o parto cirúrgico. Nas últimas décadas, tem havido um aumento significativo nas taxas de cesariana em todo o mundo, incluindo o Brasil. A cesariana é um procedimento cirúrgico que deve ser realizado apenas quando há indicações médicas claras (DAMASCENO et al., 2018; SILVA et al., 2019).

Segundo as estimativas globais das taxas de cesariana entre 2010 e 2018 de 154 países, cobrindo 94,5% dos nascidos vivos no mundo, evidenciaram que 21,1% das mulheres deram à luz por cesariana em todo o mundo, com médias variando de 5% na África subsaariana a 42,8% na América Latina e no Caribe. As projeções sugerem que até 2030, 28,5% das mulheres em todo o mundo terão seu parto cirúrgico, variando de 7,1% na África subsaariana a 63,4% na Ásia oriental. (BETRAN et al., 2021).

Desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a taxa de partos cesáreos deve permanecer entre 10 e 15%, para assegurar bons desfechos materno-fetais. Países com taxas elevadas apontam para o aumento da razão da mortalidade materna associada aos desfechos negativos como infecção, hemorragia e complicações cirúrgicas, superando os riscos de partos vaginais. Por outro lado, países com taxas muito

baixas enfrentam um cenário complexo relacionado à necessidade da população não atendida, que também contribui para o aumento da mortalidade e morbidade materna e neonatal (BOATIN et al., 2018).

Em 2015, a OMS propôs que o sistema de classificação de Robson fosse utilizado como instrumento padrão em todo o mundo para monitorar as taxas de cesárea. Tal estratégia permite comparar e relacionar com seus determinantes as diferentes taxas de cesárea entre hospitais, cidades e países na tentativa de reduzir a epidemia de cesárea.

No Brasil, as práticas de parto e nascimento sofreram profundas transformações nas últimas três décadas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), adotando medidas para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2005; SAAVEDRA, CESAR & LINHARES, 2019).

Para isso, criaram-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e a Rede de Acolhimento Materno-Infantil com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2022). Ressalta-se que, a cobertura da assistência ao pré-natal alcança mais de 90% em todas as regiões do país. (DOMINGUES et al., 2015; VIELLAS, 2014).

O modelo de assistência ao parto no Brasil é caracterizado pelo excesso de intervenções. Embora haja importante aprimoramento da assistência à saúde materno-infantil, é um dos cinco principais países com a maior taxa de cesárea em todo o mundo com percentual de 55,7%, ficando atrás apenas da República Dominicana com taxa de 58,1% (BETRAN et al., 2021).

Segundo a última pesquisa “Nascer no Brasil”, a proporção de cesarianas chega a 46% dos nascimentos setor público envolvendo tanto os serviços do próprio SUS como os contratados do setor privado. Entretanto, o percentual é ainda maior no setor privado, as cesarianas chegam a 88% (LEAL et al., 2014). Um estudo no Paraná evidenciou tendência ascendente para parto cesáreo e decrescente para parto vaginal, com valores percentuais de 77,1% e 22,9%, respectivamente. Ainda, na totalidade dos partos financiados pelo SUS, 54,6% foram cesáreas. No setor privado as taxas de cesárea foram superiores a 90,0% (PARIS et al., 2014). Isso indica que, independentemente do nível socioeconômico, há uma demanda por cesáreas baseada na percepção de que a qualidade do cuidado obstétrico está associada à tecnologia utilizada durante o parto e nascimento.

Na perspectiva dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) lançados em 2015 estabelecendo metas a serem atingidas até 2030. Dentre os 17 ODS, a saúde foi contemplada no objetivo 3: Assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos, em quaisquer idades, abordada na meta 3.1: Reduzir a razão de mortalidade materna. Dada essa evidência, o grande desafio para o Brasil é superar a medicalização do parto, que tanto colabora com as crescentes taxas de cesárea e, conseqüentemente, para a mortalidade materna (COPELLI et al, 2015).

Compreender melhor os fatores que levam a determinadas vias de parto podem ajudar a reduzir intervenções médicas desnecessárias. O estudo pode fornecer insights aos profissionais de saúde sobre os fatores que influenciam as decisões das mães em relação ao parto. Isso pode permitir uma abordagem mais personalizada no aconselhamento às gestantes, respeitando suas preferências e necessidades individuais. Outrossim, investigar a evolução temporal das vias de parto e sua relação com fatores maternos no contexto brasileiro contribuirá para a expansão do conhecimento científico sobre os padrões de parto no país. Isso poderá informar práticas médicas, políticas de saúde pública e pesquisas futuras.

Desse modo, o relato dos indicadores desta pesquisa pode fornecer subsídios relevantes sobre a evolução temporal dos tipos de parto no Brasil nos últimos 10 anos, as condições sociodemográficas das mulheres, fatores gestacionais e avaliação dos serviços de saúde. Essas informações têm o potencial de auxiliar o Ministério da Saúde, gestores estaduais e municipais, entidades de classe, operadoras de planos de saúde e usuárias do sistema de saúde na busca por melhorias. Permitindo realizar uma análise aprofundada das mudanças ao longo do tempo nas preferências e práticas de parto no Brasil. Isso ajudará a entender como as decisões das mães e os métodos de parto têm evoluído, levando em conta as influências sociais, culturais e médicas.

Ainda, abordar de forma ampla a questão do parto cesáreo é uma prioridade global, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Por fim, considerando a necessidade de estudos sobre a tendência temporal da via de parto e os fatores maternos associados a morbimortalidade materna e neonatal, o estudo tem como objetivo fornecer informações abrangentes, apresentando um panorama nacional do parto e nascimento no Brasil, considerando diferentes regiões geográficas.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, retrospectivo, com abordagem descritiva e quantitativa. Os dados foram obtidos por meio de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na base de dados PMAQ-AB, disponível no endereço eletrônico <http://www.datasus.gov.br>. O levantamento de dados ocorreu no período de junho de 2023. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2021. A pesquisa teve como objetivo analisar retrospectivamente analisar a evolução temporal das taxas das vias de parto e os fatores maternos associados no Brasil, no período de 2011-2021, abrangendo as regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado pelo Ministério da Saúde em 1990, tem como base a Declaração de Nascido Vivo (DNV). A DNV é um documento obrigatório emitido no serviço de saúde onde ocorreu o parto e fornece informações sobre o nascimento, local de ocorrência, mãe, gestação, parto e o recém-nascido. O SINASC é utilizado como ferramenta para elaboração de diagnósticos de saúde e avaliação de ações na área materno-infantil. O SINASC tem sido utilizado para descrever populações de nascidos vivos em várias cidades do Brasil (MELLO-JORGE, LAURENTI & GOTLIEB, 2007).

A variável independente foi o tipo de parto (vaginal ou cesáreo), enquanto as variáveis dependentes foram divididas em variáveis sociodemográficas maternas (idade, escolaridade e estado civil), variáveis obstétricas (duração da gestação, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal e classificação de Robson) e variáveis das regiões geográficas do Brasil.

O processamento dos dados foi feito utilizando o TAB para Windows-TabWin (DATASUS), um aplicativo que permite tabular informações de diferentes tipos em um mesmo ambiente. Os dados foram transferidos para uma planilha, tabulados e tratados estatisticamente no Microsoft Office Excel, e em seguida foram realizadas e analisadas a frequência absoluta e relativa da tendência temporal da proporção de partos cesáreos e vaginais, considerando-se cada ano do período de 2011 a 2021. Em relação aos aspectos éticos, por se tratar de um estudo com dados coletados em uma plataforma de domínio público, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

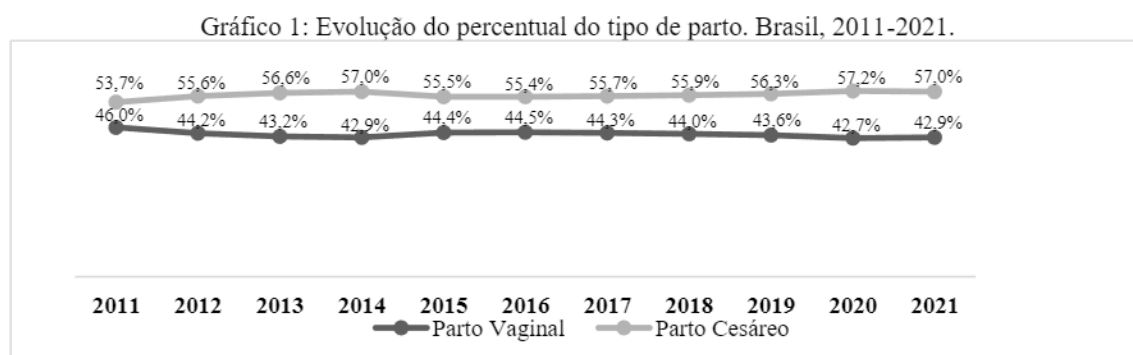
Um estudo ecológico analisa a associação entre exposições ou intervenções e resultados de saúde em nível populacional, utilizando unidades de análise agregadas,

como grupos populacionais, regiões geográficas ou países. Esses estudos não estabelecem relações de causa e efeito no nível individual (PORTA et al., 2014; ROTHMAN, 2008). Por outro lado, um estudo quantitativo utiliza dados numéricos e técnicas estatísticas para examinar, analisar e interpretar informações, fornecendo uma compreensão objetiva e mensurável dos fenômenos estudados.

Os resultados são expressos em termos de números, porcentagens, médias e outras medidas estatísticas (BABBIE, 2013; SALKIND, 2010). Já o estudo retrospectivo é uma pesquisa que investiga a relação de causa e efeito entre exposições ou intervenções passadas e resultados de interesse. Para isso, são coletadas informações sobre exposições e resultados utilizando registros médicos, bancos de dados ou outras fontes disponíveis (VANDENBROUCKE & PEARCE, 2012).

### 3. RESULTADOS

No período de 2011 a 2021 foram notificados 31.702.562 nascimentos no Brasil. Destes 13.914.477 foram nascimentos de parto vaginal, enquanto 17.748.607 foram de parto cesáreo. Vale destacar que foram excluídos deste estudo 39.478 nascimentos, visto que a informação tipo do parto foi ignorada no momento do preenchimento da DNV. Com a exclusão, foram analisados 31663084 nascimentos de acordo com o tipo de parto, sendo 43,9% nascimentos de parto vaginal e 56,1% de parto cesáreo. Ao analisar o Gráfico 1, é possível observar o percentual de acordo com o tipo de parto e por ano de nascimento.

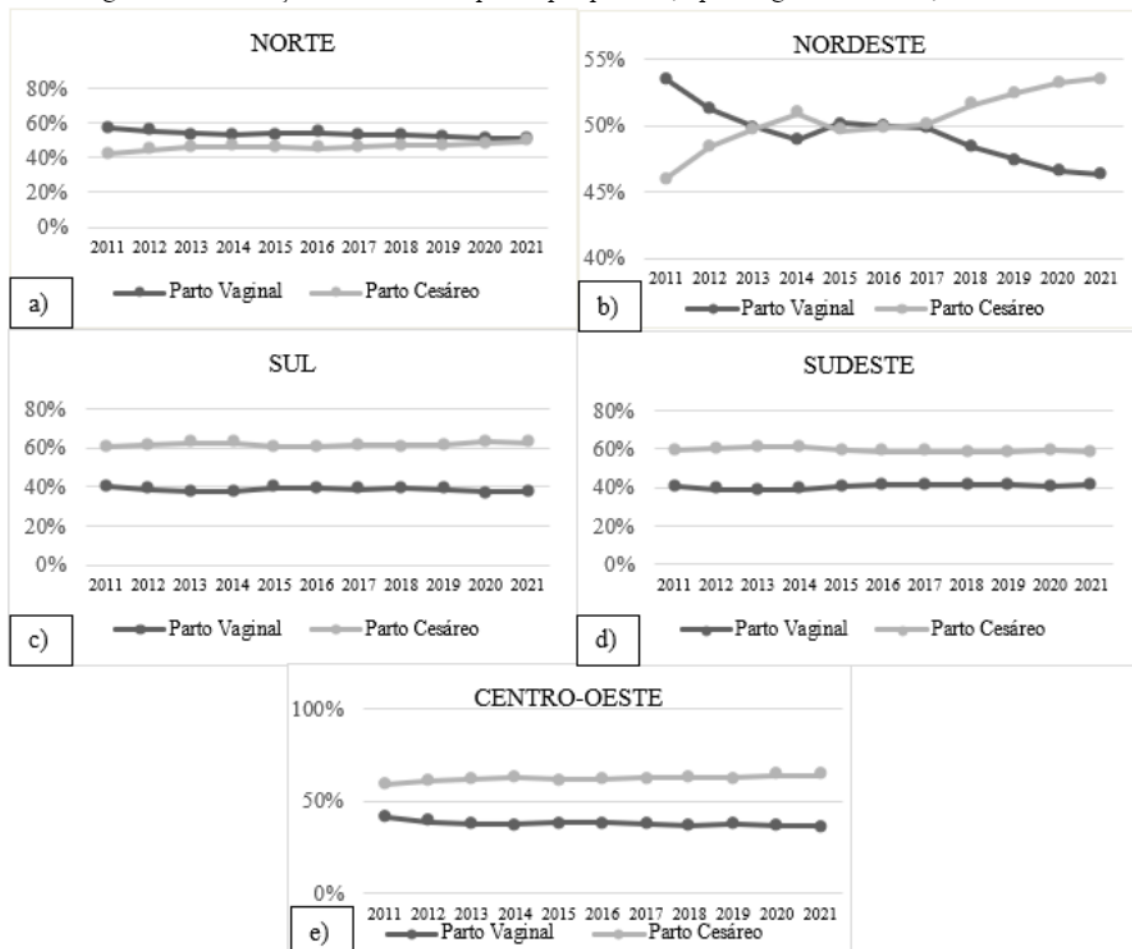


Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

De acordo com a distribuição do número de partos por período, tipo e regiões do Brasil, foi observado uma tendência de aumento em todas as regiões brasileiras. A região Norte apresentou o percentual mais alto de nascimentos por parto vaginal (53,5%) e o mais baixo por parto cesáreo (46,5%). A região Nordeste apresentou uma diferença

mínima no percentual de parto vaginal (49,5%) e de parto cesáreo (50,5%). A região Sudeste obteve uma diferença relevante entre parto vaginal (40,5%) e parto cesáreo (59,5%). As maiores taxas de cesáreas foram encontradas na região Sul (61,6%) e Centro-Oeste (62,2%), logo, também apresentaram as menores taxas de parto vaginal com 38,4% e 37,8, respectivamente. Ao avaliar a Figura 1, é possível notar a prevalência das taxas de cesarianas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Figura 1: Distribuição do número de partos por período, tipo e regiões do Brasil, 2011-2021.



Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Ao analisar as variáveis sociodemográficas maternas, verifica-se que, de forma geral, 49,3% dos nascimentos são de mães com idade entre 20 e 29 anos, 58% possuem escolaridade de 8 a 11 anos e 44% são solteiras. Quando se considera o tipo de parto, a faixa etária materna entre 20 e 29 anos prevalece tanto para o parto vaginal (51,8%) quanto para o parto cesáreo (47,3%). A escolaridade de 8 a 11 anos é semelhante em ambos os grupos, com 60,7% para o parto vaginal e 56,7% para o parto cesáreo. Em



relação ao estado civil, observa-se que 40,8% das mulheres casadas optaram pelo parto cesáreo, enquanto 50,8% das mulheres solteiras tiveram o parto vaginal (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas maternas gerais de acordo com o tipo de parto. Brasil, 2011-2021.

VARIÁVEIS	PARTO VAGINAL		PARTO CESÁRIO		GERAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>FAIXA ETÁRIA</b>						
10 a 19 anos	3244633	23,3%	2142684	12,1%	5387317	17,0%
20 a 29 anos	7205794	51,8%	8403125	47,3%	15608919	49,3%
30 a 39 anos	3188240	22,9%	6574271	37,0%	9762511	30,8%
40 a 49 anos	273887	2,0%	625851	3,5%	899738	2,8%
50 a 69 anos	1452	0,0%	2573	0,0%	4025	0,0%
Idade ignorada	471	0,0%	103	0,0%	574	0,0%
<b>INSTRUÇÃO</b>						
Nenhuma	132156	0,9%	48812	0,3%	180968	1%
1 a 3 anos	560384	4,0%	324844	1,8%	885228	3%
4 a 7 anos	3291363	23,7%	2363300	13,3%	5654663	18%
8 a 11 anos	8440495	60,7%	10059531	56,7%	18500026	58%
12 anos e mais	1258358	9,0%	4698793	26,5%	5957151	19%
Ignorado	231721	1,7%	253327	1,4%	485048	2%
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteira	7062795	50,8%	6764435	38,1%	13827230	44%
Casada	3068331	22,1%	7237049	40,8%	10305380	33%
Viúva	23001	0,2%	34160	0,2%	57161	0%
Separada judicialmente	118620	0,9%	257126	1,4%	375746	1%
União consensual	3463465	24,9%	3271185	18,4%	6734650	21%
Ignorado	178265	1,3%	184652	1,0%	362917	1%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Ao realizar uma análise geral considerando as características obstétricas, observa-se que 83,7% dos nascimentos ocorreram entre as semanas 37 e 41 de gestação, e que 67,3% das mulheres realizaram sete ou mais consultas durante o pré-natal. Em relação a classificação de Robson, 15,9% dos casos foram classificados como grupo 5, sendo importante destacar que houve uma prevalência de respostas ignoradas (27,5%). Quanto ao tipo de gravidez, 97,8% dos casos foram gestações únicas.

Ao analisar separadamente por tipo de parto, os resultados mantiveram-se semelhantes aos da análise geral. Tanto no parto vaginal quanto no parto cesáreo, a maioria ocorreu entre as semanas 37 e 41 de gestação e envolveu gestações únicas. Observa-se que, em relação a gestações múltiplas, 3,0% foram por meio de parto cesáreo e 0,8% por parto vaginal. Em relação ao número de consultas de pré-natal, a maioria das mulheres realizou sete ou mais consultas. Quanto a classificação de Robson, referente ao parto vaginal, 25,2% foram classificados como grupo 3, enquanto no parto cesáreo, 24,3% pertenceram ao grupo 5, sendo que em ambos os grupos houve uma prevalência de respostas ignoradas (Tabela 2).

Tabela 2: Características obstétricas gerais de acordo com o tipo de parto. Brasil, 2011-2021.

VARIÁVEIS	PARTO VAGINAL		PARTO CESÁRIO		GERAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>DURAÇÃO GESTAÇÃO</b>						
Menos de 22 semanas	12812	0,1%	3323	0,0%	16135	0,1%
De 22 a 27 semanas	96131	0,7%	58978	0,3%	155109	0,5%
De 28 a 31 semanas	137162	1,0%	184402	1,0%	321564	1,0%
De 32 a 36 semanas	1283696	9,2%	1732811	9,8%	3016507	9,5%
De 37 a 41 semanas	11521750	82,8%	14969550	84,3%	26491300	83,7%
42 semanas ou mais	457068	3,3%	437051	2,5%	894119	2,8%
Ignorado	405858	2,9%	362492	2,0%	768350	2,4%
<b>CONSULTA PRÉ-NATAL</b>						
Nenhuma	410212	2,9%	266212	1,5%	676424	2,1%
De 1 a 3 consultas	1310337	9,4%	689850	3,9%	2000187	6,3%
De 4 a 6 consultas	3955423	28,4%	3503011	19,7%	7458434	23,6%
7 ou mais consultas	8126774	58,4%	13188437	74,3%	21315211	67,3%
Ignorado	111731	0,8%	101097	0,6%	212828	0,7%
<b>GRUPOS DE ROBSON</b>						
1	2210426	15,9%	1811050	10,2%	4021476	12,7%
2	978781	7,0%	2337840	13,2%	3316621	10,5%
3	3509710	25,2%	834861	4,7%	4344571	13,7%
4	1104306	7,9%	980357	5,5%	2084663	6,6%
5	731678	5,3%	4312451	24,3%	5044129	15,9%
6	29410	0,2%	285470	1,6%	314880	1,0%
7	55986	0,4%	378039	2,1%	434025	1,4%
8	76506	0,5%	402121	2,3%	478627	1,5%
9	1449	0,0%	48301	0,3%	49750	0,2%
10	998170	7,2%	1067534	6,0%	2065704	6,5%
11	340459	2,4%	464534	2,6%	804993	2,5%
Não Informado	3877596	27,9%	4826049	27,2%	8703645	27,5%
<b>TIPO DE GRAVIDEZ</b>						
Única	13789022	99,1%	17177581	96,8%	30966603	97,8%
Dupla	108141	0,8%	539694	3,0%	647835	2,0%
Tripla e mais	1745	0,0%	14271	0,1%	16016	0,1%
Ignorada	15569	0,1%	17061	0,1%	32630	0,1%

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

#### 4. DISCUSSÃO

Durante o período de 2011 a 2021, o Brasil passou por transformações significativas em relação às taxas de vias de parto. No início da década, o país apresentava altos índices de cesariana, com taxas superiores a 55% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Esta pesquisa reforça os dados mencionados pelo MS, revelando um percentual de 56,1% de partos cesáreos. No entanto, a partir de meados da década, houve um movimento em direção à redução dessas taxas, impulsionado por diversas iniciativas governamentais e da sociedade civil.

Uma das estratégias adotadas foi a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que tinha como objetivo promover o parto normal e reduzir as taxas de cesariana desnecessárias (COSTA et al., 2007). Além disso, foram criadas diretrizes e protocolos clínicos para orientar os profissionais de saúde na tomada de

decisão sobre o tipo de parto mais adequado para cada caso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essas iniciativas foram acompanhadas de um aumento na conscientização das mulheres sobre os benefícios do parto normal, como a recuperação mais rápida pós-parto e a redução de complicações futuras. Com isso, houve uma mudança cultural na percepção do parto, incentivando a busca pelo parto normal como uma opção segura e natural (VICTORA et al., 2011).

Entre 2011 e 2021, pode-se constatar um incremento no percentual de partos vaginais, passando de 53,7% para 57%. Enquanto isso, ocorreu uma redução no índice de partos cesáreos, observada de 46% para 42,9% (Gráfico 1). Embora haja uma redução significativa na taxa de partos cesáreos, o Brasil ainda está distante de alcançar a taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que não deve exceder a 15% do total de partos.

A análise da Figura 1 revela as diferenças relativas aos tipos de parto adotados em cada região do Brasil. Das apresentações fornecidas, nota-se que apenas na região Norte (Figura 1a) houve predominância do número relativo de partos vaginais durante o período de 2011 a 2021. Por outro lado, na região Nordeste (Figura 1b), os partos vaginais foram predominantes na década anterior, porém, a partir de 2018, o número de cesáreas superou o número de partos vaginais, tornando-se semelhantes às demais regiões. É evidente a prevalência das taxas de cesarianas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Figura 1c, 1d, 1e).

Boatin et al. (2018) evidenciou que, nos países analisados em seu estudo, as taxas de cesariana foram mais baixas no quinto mais pobre, com uma mediana de 3,7%, enquanto foram mais altas no quinto mais rico, com uma mediana de 18,4%. De acordo com o estudo realizado por Rudey et al. (2020), foi constatado que as regiões do Brasil com índices mais elevados de desenvolvimento humano apresentaram taxas de cesáreas significativamente superior em comparação às regiões com índices mais baixos de desenvolvimento humano.

O estudo realizado por Gonçalves et al. (2017) vai de encontro a taxa de cesáreas encontrada nesta pesquisa referente a região sul do Brasil. De acordo com o estudo, uma baixa proporção de mulheres recebeu orientação sobre o trabalho de parto e o parto durante o acompanhamento pré-natal. A falta de orientações pode resultar em desinformação, escolha incorreta do tipo de parto e, conseqüentemente, aumento na

realização de intervenções cirúrgicas desnecessárias. Isso acarreta maiores gastos públicos e aumenta as chances de complicações pré e pós-natais.

Cunha et al. (2019) revelou em seu estudo que as condições de atenção ao pré-natal são mais precárias nos municípios de maior porte populacional, especialmente na região Norte do Brasil. Esses dados ressaltam a importância de um modelo de desenvolvimento que busca reduzir as desigualdades regionais e promover a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, além das políticas infecciosas e sociais para a inclusão social. É essencial priorizar a melhoria das condições de pré-natal nessas regiões desfavorecidas, visando garantir uma assistência adequada às gestantes e contribuir para a saúde materno-infantil.

O estudo de Barros et al. (2019) revela que as desigualdades absolutas em relação à renda estão associadas a um aumento no índice de cesarianas ao longo do tempo. A prevalência de cesáreas é alarmantemente alta, especialmente entre as mulheres de maior renda ou que dão à luz no setor privado. De maneira geral, o conhecimento acerca das vias de parto é influenciado pelas características sociodemográficas e pelas experiências durante a gestação (CANATO et al., 2023).

Essas informações revelam que as características sociodemográficas maternas estão associadas ao tipo de parto realizado. A idade materna, a escolaridade e o estado civil desempenham um papel importante nas escolhas relacionadas ao parto. Esses dados contribuem para uma melhor compreensão dos fatores que influenciam as decisões obstétricas e podem auxiliar na adoção de estratégias voltadas para a promoção de partos mais seguros e adequados às necessidades das mulheres.

Em média, essas mulheres possuíam de 8 a 11 anos de estudo com 60,7% de partos vaginais e 56,7% de partos cesáreos. Observou-se que a maioria delas era solteira, o que se associou a um maior número de partos vaginais. Por outro lado, as mulheres casadas apresentaram uma proporção maior de partos cesáreos. Essas informações são relevantes para compreendermos as diferentes características das mulheres envolvidas nos tipos de parto analisados.

Diversos fatores maternos têm sido associados às taxas de vias de parto no Brasil. Estudos têm demonstrado que mulheres com maior escolaridade e nível socioeconômico tendem a ter maiores chances de optar pelo parto normal (LEAL et al., 2014). Isso pode ser atribuído à maior informação e empoderamento dessas mulheres, que são capazes de fazer escolhas conscientes sobre seu processo de parto. Nesta pesquisa, foi realizado uma

análise por tipo de parto, levando em consideração a idade materna. Observou-se que a faixa etária entre 20 e 29 anos foi prevalente tanto para o parto vaginal (51,8%) quanto para o parto cesáreo (47,3%). Já entre 30 e 39 anos, verificou-se que 22,9% dos casos foram partos vaginais, enquanto 37,0% foram cesarianas. Esses dados indicam que a idade materna desempenha um papel importante na decisão do tipo de parto, sendo que mulheres mais jovens têm uma tendência maior para o parto vaginal, enquanto mulheres mais velhas, especialmente acima dos 35 anos, são mais propensas a optar pela cesariana devido a preocupações com a saúde materna e fetal, conforme apontado por Leal et al. (2014). Essas informações contribuem para a compreensão das diferentes características relacionadas ao parto de acordo com a idade materna.

De acordo com as características obstétricas observadas na amostra estudada, a maioria dos partos ocorreu dentro do intervalo de semanas recomendado, com gestações únicas e um número adequado de consultas de pré-natal. A análise por tipo de parto mostra semelhanças nessas características, mas também evidencia diferenças relacionadas à ocorrência de gestações múltiplas e aos grupos de classificação de Robson.

No presente estudo, foi observado que na classificação de Robson, 25,2% dos partos vaginais foram classificados como grupo 3, enquanto no caso dos partos cesáreos, 24,3% pertenceram ao grupo 5. De acordo com o estudo realizado por Rudey et al. (2020), foi identificado que o grupo de Robson 1 a 4 representa 60,2% dos nascidos vivos e 47,1% de todas as cesáreas. Por outro lado, o grupo 5 foi o maior em comparação com os outros grupos e contribuiu para a taxa global mais alta de cesarianas (31,3%), além de apresentar o maior crescimento. Embora os grupos 1 a 4 tenham condições favoráveis ao parto vaginal, quase metade dos partos nesses grupos foram realizados por meio de cesárea.

O mesmo estudo identificou que o tamanho do grupo de Robson 1 e 2 no Brasil foi semelhante ao de países com baixas taxas de cesáreas, no entanto, as taxas de cesáreas nesses grupos foram três vezes maiores no Brasil. As mulheres nulíparas do grupo de Robson 1 e 2 que passaram por cesárea foram posteriormente categorizadas no grupo de Robson 5, contribuindo para um aumento anual de 1% na taxa global de cesarianas. Portanto, é evidente a necessidade de implementar políticas de saúde que visem evitar a realização desnecessária de cesáreas nos grupos de Robson 1 e 2, com o objetivo de reduzir as taxas de cesarianas no Brasil.

Há uma tendência dominante nos estudos em incorporar uma perspectiva crítica em relação às desigualdades de gênero e à medicalização do corpo feminino e do parto.

Essa abordagem destaca que o aumento das cesáreas desempodera a mulher e centraliza o evento do nascimento no médico. Mesmo as mulheres de classe média não estão imunes às contradições sociais e de gênero, onde prevalecem os interesses dos médicos em um modelo biomédico mercantilizado, iatrogênico e desumanizado, que retira a mulher do papel de protagonista (BARBOSA et al, 2003; CARDOSO & BARBOSA, 2012).

O presente estudo demonstrou a viabilidade de analisar mudanças populacionais na área de saúde materno-infantil utilizando o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). É essencial manter investimentos contínuos para garantir a integridade dos dados e realizar avaliações que assegurem a confiabilidade dessas informações, a fim de fortalecer a base de pesquisa nessa área. Contudo, é importante considerar as limitações deste estudo, especialmente em relação ao uso de dados secundários do SINASC, devido às restrições de cobertura e qualidade desses dados. Além disso, as variáveis disponíveis na base de dados não possibilitaram distinguir todas as circunstâncias que influenciam a realização de cesáreas, dificultando a separação entre as cesáreas por indicação clínica e aquelas realizadas por conveniência.

## 5. CONCLUSÃO

Nos últimos dez anos, o Brasil tem presenciado uma evolução nas taxas de parto, com uma tendência de redução das cesarianas desnecessárias. Essa mudança é resultado de intervenções governamentais, esforços da sociedade civil e mudanças culturais, que destacam o parto normal como a opção mais saudável e segura para o nascimento de um bebê. A conscientização das mulheres sobre os benefícios do parto normal, juntamente com o acesso a informações confiáveis e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desempenham um papel crucial nesse processo. No entanto, ainda existem desafios a serem enfrentados, como a desigualdade socioeconômica e o acesso desigual aos serviços de saúde, que podem influenciar as decisões das mulheres em relação ao tipo de parto. O aumento alarmante das cesarianas exige uma transformação significativa nas políticas de assistência ao parto, requer mudanças radicais e abrangentes nas políticas de assistência ao parto para reverter essa tendência. Por fim, vale ressaltar que essas informações são relevantes para compreender a composição da amostra e podem contribuir para aprimorar as estratégias de cuidado obstétrico.

Com base nas informações apresentadas, identificaram-se certas limitações inerentes à utilização de dados secundários provenientes de sistemas de informação.

Mesmo considerando que o foco da pesquisa são as amplas regiões geográficas, onde se presume uma maior confiabilidade dos dados, é importante reconhecer algumas restrições pertinentes. Devido à significativa quantidade de subnotificações, uma vez que os registros podem não estar devidamente preenchidos, isso pode resultar em informações incompletas que, por sua vez, contribuem para uma subestimação dos valores.

Para garantir a representatividade e generalização dos resultados, futuras pesquisas podem esforçar-se para obter uma amostra diversificada que englobe diferentes regiões geográficas, grupos étnicos, níveis socioeconômicos e sistemas de saúde do Brasil. Além disso, podem contribuir para uma compreensão mais profunda das escolhas de parto no Brasil e ajudar a promover melhores práticas de saúde materna e infantil, informadas por evidências sólidas e relevantes. Em suma, a presente pesquisa tem o potencial de enriquecer o campo científico, melhorar a assistência à saúde materna e infantil e empoderar as gestantes com informações relevantes para suas decisões de parto.

## REFERÊNCIAS

- BABBIE, E. R. **The Practice of Social Research**. 14th ed. Boston: Cengage Learning, 2013.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo? Quem o deseja e em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000600005.
- BARROS, A. J. D. et al. Cuidados pré-natais e cesáreas: tendências e desigualdades em quatro coortes de nascimentos de base populacional em Pelotas, Brasil, 1982–2015. **Int. J. Epidemiol.**, v. 48, n. 1, p. i37–i45, 2019. DOI: 10.1093/ije/dyy259.
- BETRAN, A. P. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Glob Health**, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
- BOATIN, A. A. et al. Dentro das desigualdades dos países nas taxas de cesariana: estudo observacional de 72 países de baixa e média renda. **BMJ Glob Health**, v. 360, p. k55, 2018. DOI: 10.1136/bmj.k55.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- CANATO, G. M. et al. CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO CONHECIMENTO SOBRE AS VIAS DE PARTO EM GESTANTES. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4504–4518, 2023.
- CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012. DOI: 10.1590/S0103-73312012000100003.
- COPELLI, F. H. S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015. DOI:10.1590/010407072015003000014.
- COSTA, M. L. et al. Increasing cesarean section rates in Brazil: the role of public and private health care systems. **Reprod Health Matters**, v. 15, n. 30, p. 169-175, 2007. DOI: 10.1016/S0968-8080(07)30328-X.
- CUNHA, A. C. et al. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 19, n. 2, p. 447–458, abr. 2019. DOI: 10.1590/1806-93042019000200014.
- DAMASCENO, V. C. et al. Taxa de cesariana nas primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG. **HU rev.**, v. 43, n. 2, p. 121-126, 2018.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 37, n. 3, p. 140–147, 2015. DOI: 10.1590/S1020-49892015000300001.



GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.03.62030.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saude Publica**, v. 30, n. 1, p. S17-32, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00151513.

LEAL, M. C. et al. **Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MELLO-JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciência & Saúde Coletiva** (Rio de Janeiro), v. 12, p. 643-654, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesárea**. Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, 2015. DOI: 10.7476/9788563778148.

PARIS, G. F. et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 36, n. 12, p. 548-554, 2014. DOI: 10.1590/S0100-7203201400050006.

PORTA, M. et al. **A Dictionary of Epidemiology**. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2014.

ROTHMAN, K. J. et al. **Modern Epidemiology**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

RUDEY, E. L. et al. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. **Medicine**, v. 99, n. 17, p. e19880, 2020. DOI: 10.1097/MD.00000000000019880.

SAAVEDRA, J. S.; CESAR, J. A.; LINHARES, A. O. Assistência pré-natal no Sul do Brasil: cobertura, tendência e disparidades. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, p. 40, 2019. DOI: 10.11606/s1518-8787.2019053000332.

SALKIND, N. J. **Encyclopedia of Research Design**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2010.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. DOI: 10.1590/s0104-12902019181057.

VANDENBROUCKE, J. P.; PEARCE, N. Case-control studies: basic concepts. **International Journal of Epidemiology**, v. 41, n. 5, p. 1480-1489, 2012. DOI: 10.1093/ije/dys147.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Suppl.

1, p. S85-S100, 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00126013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436-437, 1985. DOI: 10.1016/S0140-6736(85)92775-8.