

**TENDÊNCIA TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DAS VIAS
DE PARTO, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS MATERNAS
NO BRASIL, ENTRE 2011 E 2020**

Leticia Furlan de Lima Prates¹; Maria Luiza Melo da Silva²; Márcia Moroskoski³
Natan Nascimento de Oliveira⁴; Marcela de Andrade Pereira Silva⁵
Emiliana Cristina Melo⁶; Rosana Rosseto de Oliveira⁷

Destaques: (1). O estudo revelou declínio nas taxas de nascimentos por via vaginal, seguindo com tendência de constância das taxas de cesárea. (2). Mulheres com menos de 20 anos de idade e menos de oito anos de estudo tiveram maiores taxas de parto via vaginal, quando comparadas à cesárea. (3). Ressaltamos também a necessidade de adequação dos serviços de saúde para que sigam as recomendações da OMS e os desejos da gestante.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.13873>

Como citar:

Prates LF de L, da Silva MLM, Moroskoski M, de Oliveira NM, Silva M de AP, Melo EC. et al. Tendência temporal e distribuição espacial das taxas das vias de parto, segundo características maternas no Brasil, entre 2011 e 2020. Rev. Contexto & Saúde, 2024;24(48): e13873

¹ Centro Universitário Ingá (Uningá). Maringá/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1376-4619>

² Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7921-9635>

³ Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-4377-4025>

⁴ Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7239-4289>

⁵ Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2091-5975>

⁶ Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Bandeirantes/PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1013-4574>

⁷ Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá-PR, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

RESUMO

Objetivo: analisar a tendência temporal e a distribuição espacial das taxas das vias de parto, segundo as características sociodemográficas da mãe brasileira. **Método:** estudo ecológico, de séries temporais, com distribuição espacial das taxas das vias de parto no Brasil, de 2011 a 2020. Os dados foram selecionados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Para a análise de tendência foi utilizado o modelo de regressão polinomial. **Resultados:** foram analisados 29.025.461 nascimentos. Desses, 57,22% foram cesáreas e 42,70% partos vaginais. Houve aumento das taxas de cesárea em todas as regiões brasileiras, exceto no Sudeste, onde foi registrado aumento de partos por via vaginal. Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, a maioria era adolescente, com baixa escolaridade e sem companheiro. A distribuição espacial das taxas de cesáreas indicou concentração de estados com índices elevados dessa via de parto especialmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. **Conclusão:** a cesariana é a via de parto predominante de nascimentos no Brasil, com tendência constante e variações entre as regiões e estados. Melhora na formação, educação continuada dos profissionais de saúde e orientação de qualidade para as gestantes e a comunidade são imprescindíveis para garantir qualidade na atenção em saúde durante o período perinatal.

Palavras chaves: Parto. Cesárea. Saúde Materna.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da ciência e a criação do modelo tecnocrático, o parto começou a ser visto como uma patologia e a mulher como paciente. Isto foi o gatilho para a mudança do parto domiciliar, conduzido por parteiras, com o mínimo de intervenções médicas desnecessárias, para o parto no ambiente hospitalar, realizado por médicos. Dessa forma, de um evento sem intervenção e totalmente natural, o parto passou a ser um evento altamente medicalizado, com complicações e perda da autonomia feminina, muitas vezes permeada por violências obstétricas¹.

Criada para salvar a vida da mãe e/ou do bebê quando realizada sob indicação criteriosa, a cesárea vem sendo realizada de forma indiscriminada, com taxas que continuam a aumentar mundialmente². Entretanto, desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que não há justificativa para taxas de cesárea superiores a 15% do total de partos realizados³.

Estudos mostram que a realização da cesárea sem indicação está associada a desfechos perinatais desfavoráveis, tanto para a mãe quanto para o bebê⁴. Existem evidências de que as mortes maternas ocasionadas pelos partos cesáreos são de maior número comparado ao parto vaginal⁴. Além disso, aumentam os riscos para complicações anestésicas, urológicas, tromboembolismo, infecções, hemorragias, dispareunia e histerectomia⁵.

Outro ponto importante a ser observado, é que conforme aumenta o número de cesáreas na mesma mulher, observa-se o aumento do risco de ruptura uterina que, embora possa ser considerado um evento raro, quando ocorre é de gravidade importante, relacionando à possível necessidade de histerectomia, além da morte materna e neonatal⁶.

O Brasil possui a segunda maior taxa de cesárea no mundo, atrás apenas da República Dominicana (58.1%)². Em 2019, dos 2.849.146 partos registrados no Brasil, cerca de 56,3% foram realizados por meio de cesáreas⁷, ultrapassando em muito o recomendado pela OMS.

As altas taxas de cesárea podem ser explicadas por diversos fatores, sendo um deles a possibilidade de dor aguda ocorrida no trabalho de parto e parto vaginal⁸. No Brasil, um importante fator relacionado às altas taxas de cesárea é a realização majoritária desta via de parto no serviço privado de saúde, associada ao maior poder de decisão da mulher, receio da dor e conveniência médica, muitas vezes desconsiderando os riscos perinatais⁹.

A epidemia de cesáreas realizadas no Brasil, bem como o aparente aumento das taxas desta via de parto, justifica a necessidade de vigilância e do acompanhamento contínuo das taxas das vias de parto no país, considerando ainda as características sociodemográficas maternas. Nesse sentido, este estudo teve por objetivo analisar a tendência temporal e a distribuição espacial das taxas das vias de parto, segundo as características da mãe brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, de séries temporais, com distribuição espacial das taxas das vias de parto, segundo as características maternas dos nascidos vivos de mães residentes no Brasil, ocorridos no período de 2011 a 2020.

O Brasil tem uma área total de aproximadamente 8,5 milhões de quilômetros quadrados, representando 47% da América do Sul. É o quinto país mais populoso do mundo, com 203.062.512 habitantes em 2022, registrando no último censo divulgado (2010) um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,759. O país é composto por 27 unidades federativas, agrupadas em cinco grandes regiões, Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste¹⁰.

Os dados das vias de parto, separados por "vaginal", "cesárea" e "ignorado" foram coletados segundo região de residência no Brasil, através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponíveis de forma pública no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS - Datasus). A análise de tendência foi realizada segundo via do parto, de acordo com as características maternas. As taxas de parto vaginal e cesárea foram calculadas ano a ano, pela razão entre o número de nascimentos segundo tipo de parto, e o número total de nascimentos, multiplicado por 100.

Posteriormente, foi realizada a análise de tendência por meio da regressão polinomial, considerando as taxas de parto cesáreo e parto vaginal como variáveis dependentes (Y), enquanto os anos do calendário de estudo foram consideradas variáveis independentes (X). Calcularam-se as médias móveis de três pontos para a análise dos dados, além da centralização do ano médio do estudo (ano – 2015). Foram testados o modelo de regressão linear simples e em seguida os modelos de segunda e terceira ordens, quando necessário. Observou-se o princípio da parcimônia na escolha dos modelos, bem como tendência significativa quando o modelo estimado obteve p valor $<0,05$.

Os cálculos das taxas da série histórica foram elaborados em planilhas do Excel® e as análises de regressão polinomial foram realizadas no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

A base cartográfica para a construção dos mapas foi baixada em formato *shapefile* (SHP) no site do IBGE. A distribuição espacial das taxas de cesárea foi apresentada em intervalos, considerando as taxas mínimas às máximas, em escalas de rosa, definindo tons mais claros para as taxas mais baixas e tons mais escuros para as taxas mais elevadas. O risco relativo também foi calculado e demonstrado em mapa, em que os tons claros representam um fator de proteção e os escuros um fator de risco para a ocorrência de parto cesáreo. As figuras foram construídas no software QGIS versão 3.10.

O estudo usou exclusivamente dados secundários, não nominais, em conformidade com a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. Por tratar-se de uma pesquisa com dados secundários disponíveis em plataforma pública, não foi necessária avaliação junto a um Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos¹¹.

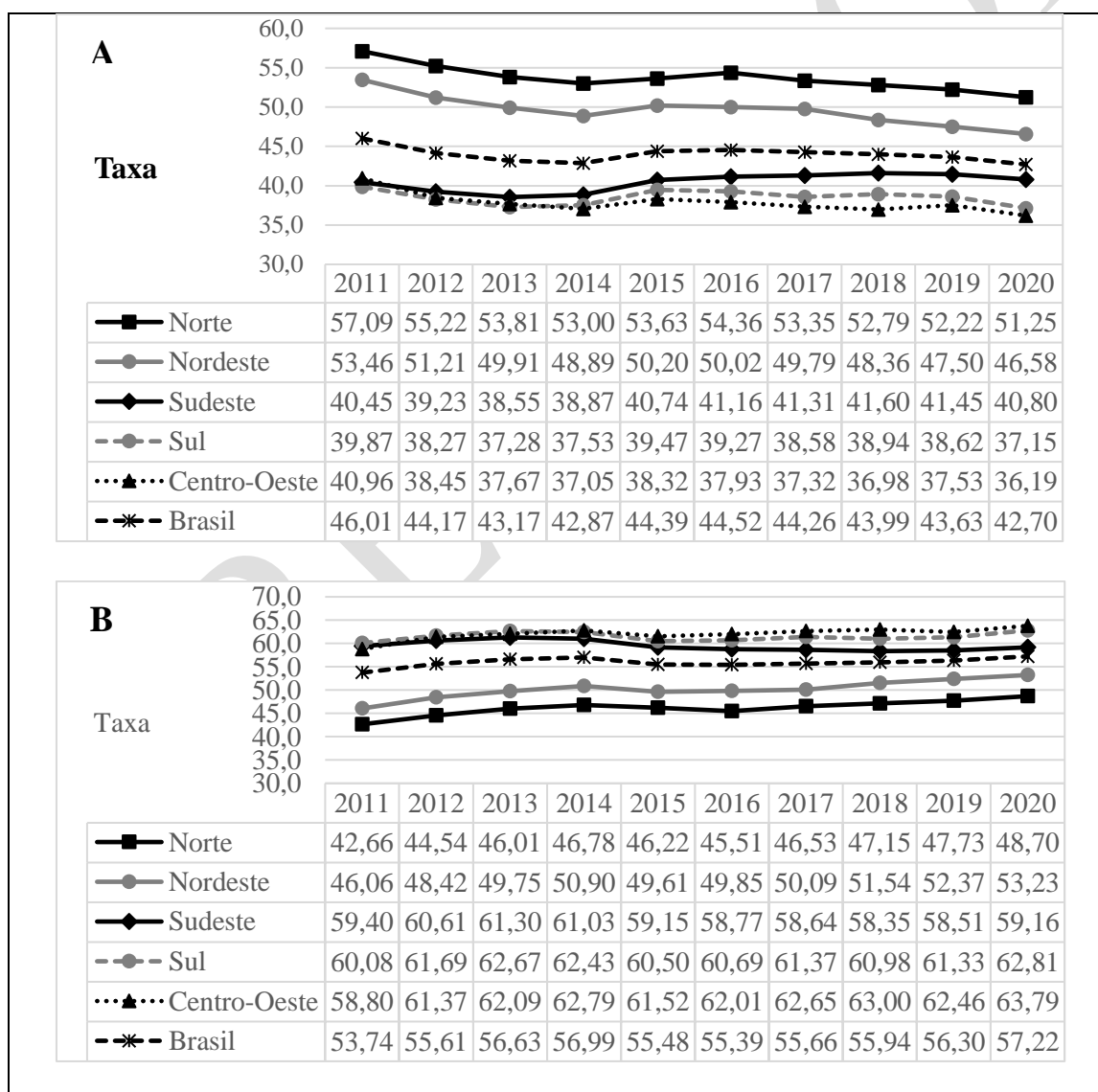
RESULTADOS

Foram analisados 29.025.461 nascimentos de residentes no Brasil, no período de 2011 a 2020. Ao longo de 10 anos, houve declínio nas taxas de nascimentos por via vaginal no país,

passando de 46,01% em 2011 para 42,70% em 2020. A única região onde não houve redução das taxas de parto vaginal é a região Sudeste, que apresentou taxa de 40,45% em 2011 e 40,80% em 2020 (Figura 1A).

Em relação aos partos cesáreos, o Brasil registrou aumento na taxa, passando de 53,74% em 2011, para 57,22% em 2020. Comportamento semelhante ao observado entre as regiões do país, com destaque para o Sul e Centro-Oeste, onde as taxas foram mais expressivas. Por outro lado, a região Sudeste manteve os índices no período (Figura 1B).

Observou-se importante declínio em todo o país dos nascimentos cuja via de parto foi preenchida como ignorada. Em 2011, esses casos representavam 0,25% das declarações de nascidos vivos, caindo para 0,08% em 2020. A região com a redução mais expressiva foi a Nordeste, com proporções que passaram de 0,48% para 0,18% no período (Figura 1C).



TENDÊNCIA TEMPORAL E DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DAS TAXAS DAS VIAS DE PARTO,
SEGUNDO CARACTERÍSTICAS MATERNAS NO BRASIL, ENTRE 2011 E 2020

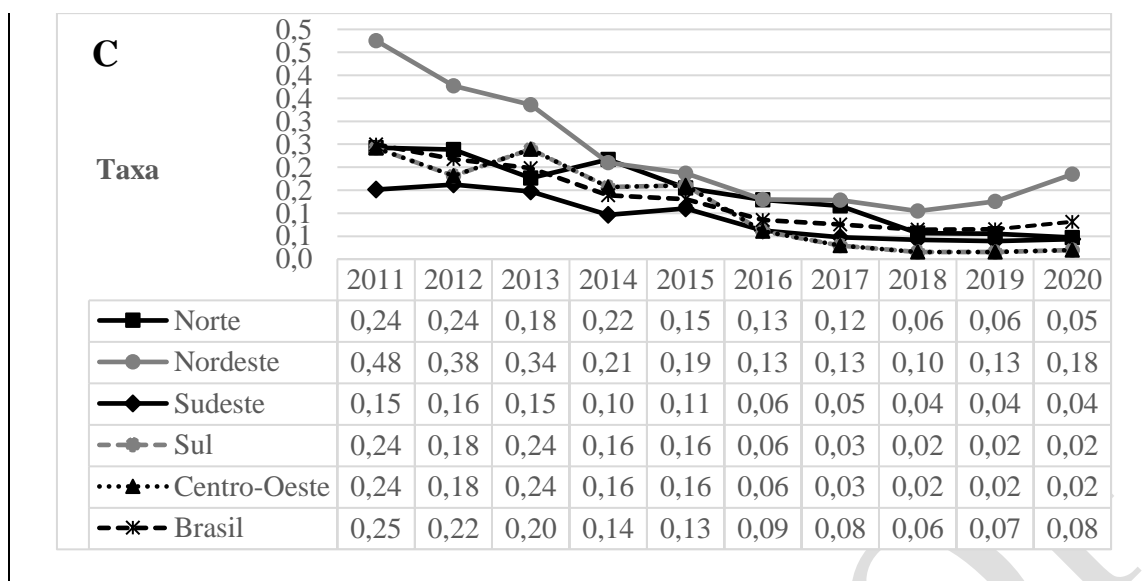


Figura 1 – Série histórica das taxas das vias de parto (A – parto vaginal; B – cesárea; C – Ignorado), segundo região de residência. Brasil, 2011 a 2020.

A análise de regressão polinomial mostrou tendência constante dos partos por via vaginal no Brasil ($p=0,814$) e na região Sul ($p=0,340$), também visualizada através dos coeficientes de correlação, os quais sugerem correlação fraca entre as variáveis. A região Sudeste foi a única a apresentar tendência de aumento nas taxas de parto vaginal, com aumento médio de 0,38% ao ano ($r^2=0,84$). As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram tendência decrescente, com redução anual média de 0,34%, 0,43% e 0,21%, respectivamente. Vale destacar que a região Centro-Oeste apresentou a menor taxa média de parto vaginal (37,81%) e a região Norte a maior taxa média (53,76%) (Figura 2).

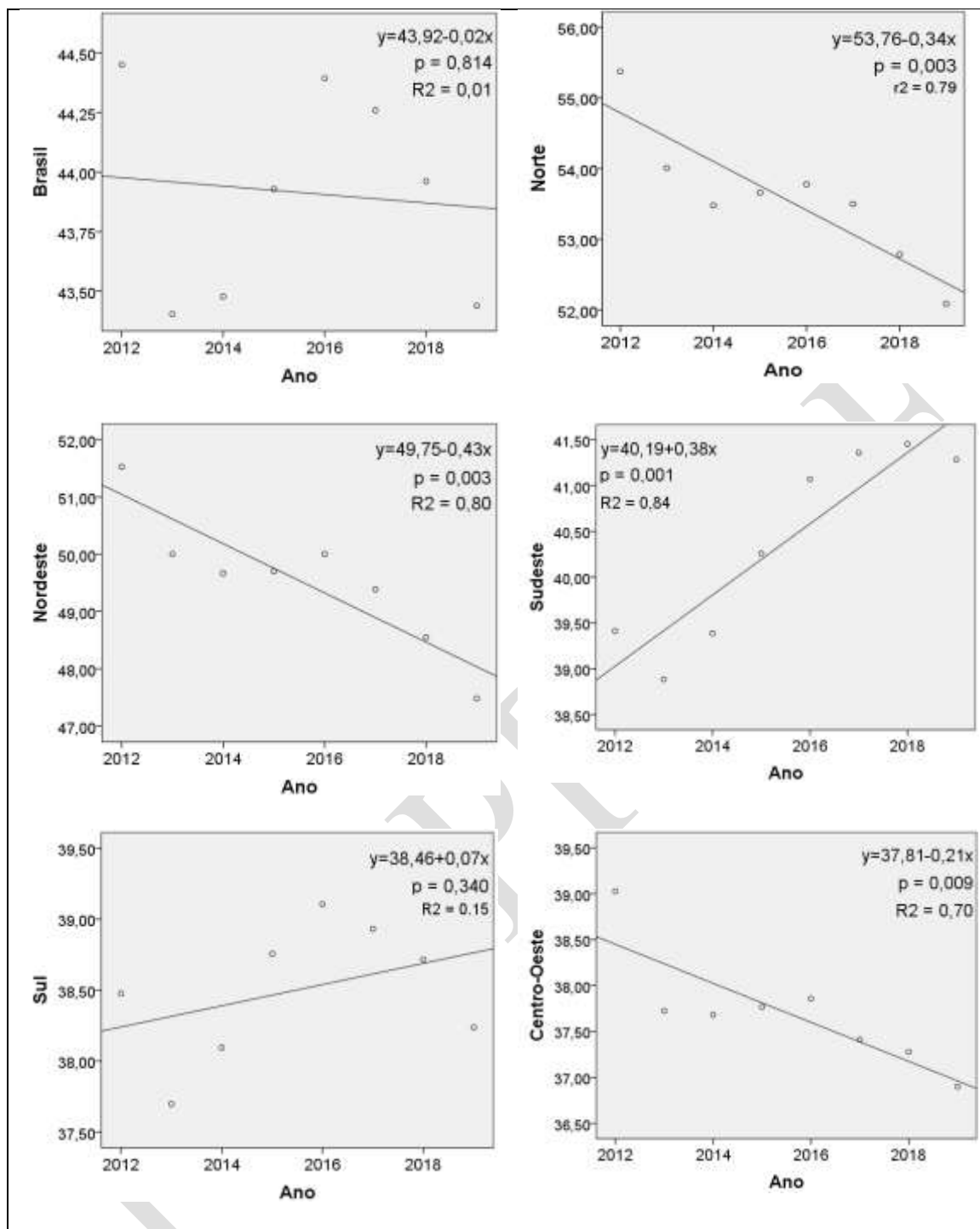


Figura 2 – Tendência das taxas de parto vaginal, segundo região de residência. Brasil, 2011 a 2020.

Na análise da tendência dos partos cesáreos, observou-se que esta não foi significativa estatisticamente para o Brasil ($p=0,590$) e na região Sul ($p=0,324$), também evidenciando tendência constante para esta via de parto nestes estratos, assim como o observado para o parto vaginal. A única região com redução nas taxas de parto cesáreo foi a região Sudeste, com redução média de 0,37% ao ano ($r^2=0,83$). As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste apresentaram tendência crescente, com aumento anual médio de 0,25%, 0,37% e 0,47%,

respectivamente. Cabe frisar que a região Norte apresentou a menor taxa média de parto cesárea (46,09%) e a região Centro-Oeste a maior taxa média (62,06%) (Figura 3).

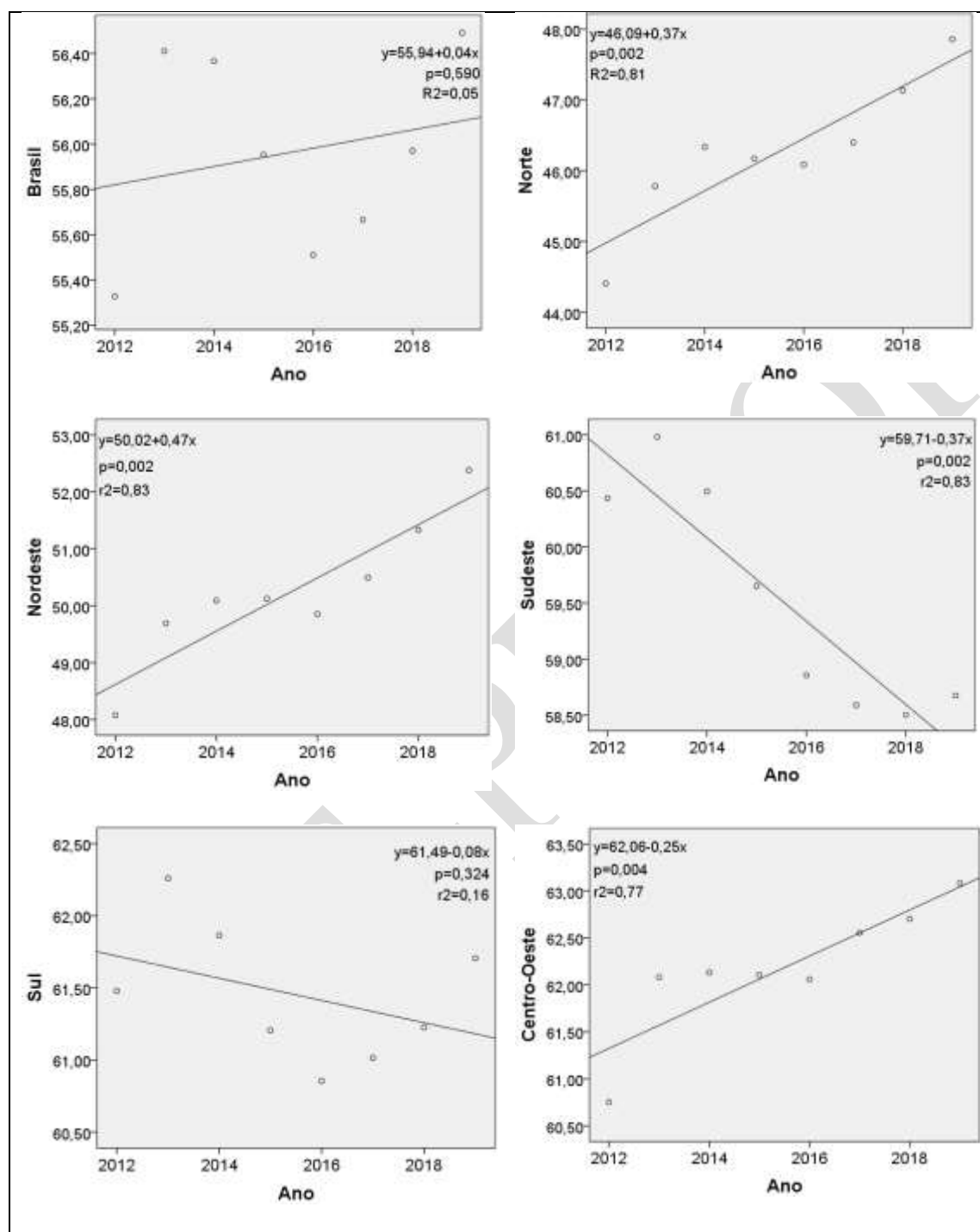


Figura 3 – Tendência das taxas de cesárea, segundo região de residência. Brasil, 2011 a 2020.

Quanto as características maternas, a análise de regressão polinomial apontou diferenças de acordo com a via de parto. Em relação à idade, a taxa média de mulheres adolescentes foi maior no parto vaginal em comparação à cesárea (24,27% e 12,69%, respectivamente), com tendência decrescente para ambas as vias de parto. Em relação às

mulheres com 35 anos ou mais de idade, houve maior prevalência de cesáreas, com tendência crescente nas duas vias de parto (Tabela 1).

Tabela 1 – Tendência das características maternas, segundo via do parto. Brasil, 2011 a 2020.

	Taxa média	$\beta 1$	r2	p	Tendência
Parto vaginal					
Idade materna					
< 20 anos	24,27	-0,76	0,93	<0,001	↓
20 a 34 anos	66,64	+0,31	0,82	0,002	↑
35 e mais	9,09	+0,45	0,98	<0,001	↑
Escolaridade					
<8 anos	30,33	-2,40	0,99	<0,001	↓
≥8 anos	67,90	+2,51	0,99	<0,001	↑
Companheiro					
Sim	48,48	+0,64	0,58	0,028	↑
Não	50,22	-0,61	0,54	0,037	↓
Tipo de gravidez					
Única	99,08	+0,01	0,66	0,014	↑
Dupla e mais	0,80	-0,02	0,94	<0,001	↓
Cesárea					
Idade materna					
< 20 anos	12,69	-0,62	0,97	<0,001	↓
20 a 34 anos	71,07	-0,28	0,99	<0,001	↓
35 e mais	16,24	+0,90	0,99	<0,001	↑
Escolaridade					
<8 anos	16,30	-1,23	0,98	<0,001	↓
≥8 anos	82,17	+1,35	0,98	<0,001	↑
Companheiro					
Sim	60,62	-0,37	0,36	0,117	-
Não	38,33	+0,41	0,41	0,085	-
Tipo de gravidez					
Única	96,81	-0,04	0,92	<0,001	↓
Dupla e mais	3,08	+0,05	0,98	<0,001	↑

Com relação à escolaridade, os resultados mostram maior taxa média de baixa escolaridade entre as mulheres que tiveram o parto vaginal, e tendência de redução dos partos vaginais e cesáreas em mulheres com menos de oito anos de estudo. Mulheres com companheiro (casadas ou em união consensual) compuseram a maior proporção das cesáreas e menores entre aquelas com parto vaginal. Ainda, houve aumento de gravidez única na via de parto vaginal ($p=0,014$), e aumento da gravidez dupla e mais quando o parto foi por meio de cesárea ($p<0,001$) (Tabela 1).

A distribuição espacial de cesáreas evidenciou concentração das taxas médias mais expressivas dessa via de parto nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Por outro lado, os estados com taxas mais baixas concentraram-se no Norte e Nordeste do país. No mesmo

sentido, os estados com maior risco relativo para a ocorrência de parto cesáreo agruparam-se no Sul, sudeste e Centro-Oeste brasileiros (Figura 4).

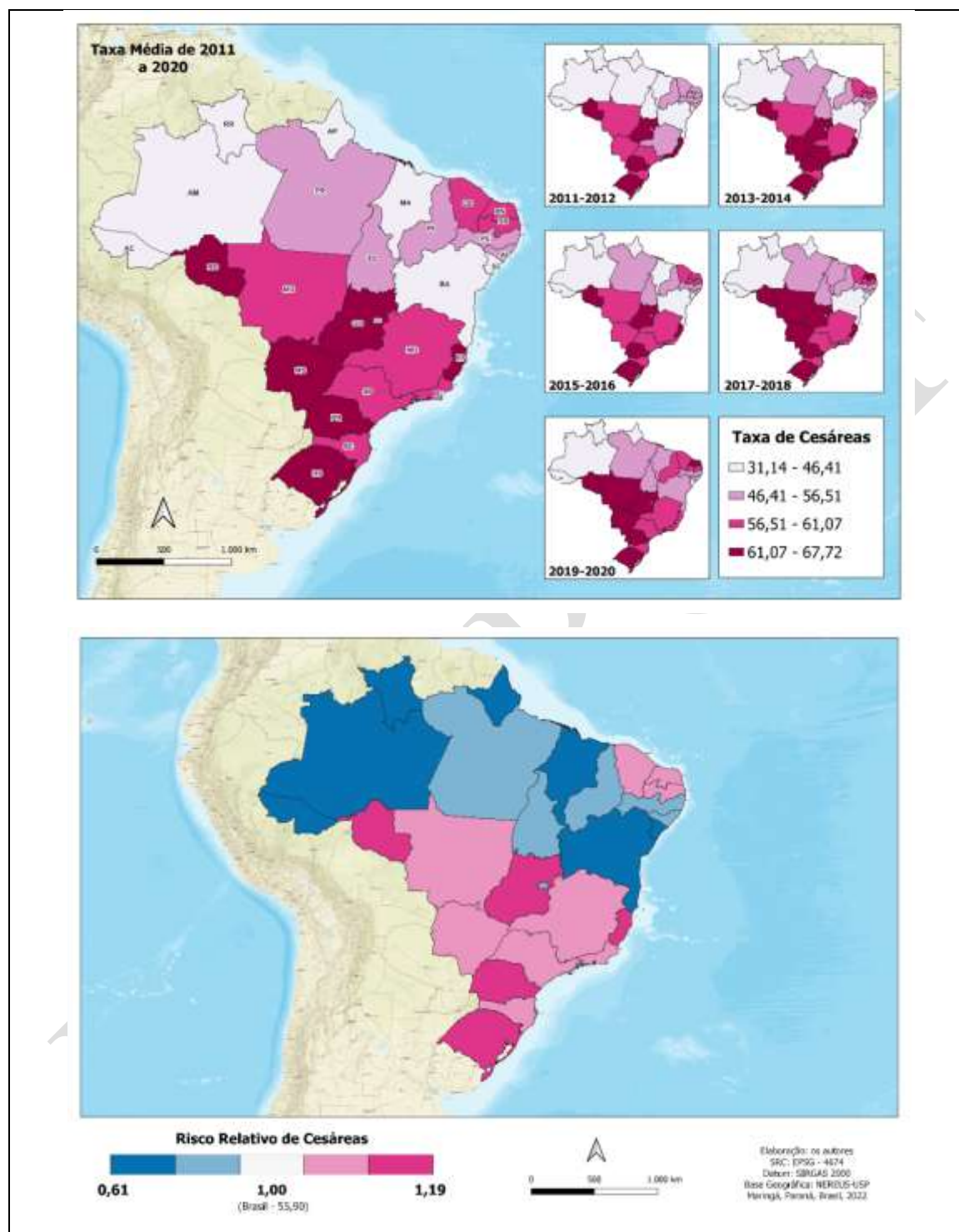


Figura 4 – Distribuição espacial e risco relativo das taxas de cesárea, segundo estado de residência. Brasil, 2011 a 2020.

DISCUSSÃO

O presente estudo realizou análise temporal e distribuição espacial das taxas das vias de parto no Brasil, segundo características maternas, no período de 2011 a 2020. Houve um declínio nas taxas de nascimentos por via vaginal no país, com exceção da região Sudeste. Além disso, a taxa nacional de cesárea em 2020 (57,22%), representou 3,8 vezes mais do que o recomendado pela OMS³.

Pesquisadores destacam o desejo da mulher pela cesárea em decorrência da crença na redução de seu sofrimento e dor durante o período do parto. O medo do sofrimento no parto vaginal ocorre, em muitos casos, por falta de informações ou compreensão, com a falsa concepção de que o parto cesáreo seja um processo mais fácil, com maior probabilidade de agendamento e controle sobre o nascimento, menos arriscado, com menos complicações, e com a possibilidade da realização de laqueadura durante o procedimento¹². Estudo de revisão sistemática identificou que entre os fatores que mais influenciam as mulheres por optarem pela cesariana estão a influência médica, indicação clínica e o medo da dor¹³.

No Brasil, tornou-se senso comum de que a cesárea é a melhor e mais segura via de parto¹³. Estudos buscam entender essa escolha, além dos fatores maternos citados acima, existem os fatores médicos, como a conveniência, melhor remuneração e menor duração do procedimento. Para diversos profissionais, justifica-se a intervenção cirúrgica para a redução da mortalidade materna e neonatal. Entretanto, as evidências científicas mostram que o processo natural do parto contribui para a diminuição das taxas de infecção e complicações perinatais¹³.

Vale ressaltar que em países mais desenvolvidos que o Brasil, as taxas de cesáreas são próximas às recomendações de até 15% da OMS, tais como Holanda, Finlândia e Noruega com taxas em torno de 16%, Rússia com 13% e Suíça com 11,3%. Por outro lado, Inglaterra e Canadá apresentam cerca de 27% de cesáreas, e França e Japão 20%. Portugal, Polônia e Itália, seguidos por Austrália e Estados Unidos as taxas giram entre 30 e 35%¹⁴.

Quanto às regiões do Brasil, as maiores taxas de cesáreas se concentraram nas regiões Sul e Centro-Oeste. Estudos vêm demonstrando que o aumento das cesáreas no país ocorre de forma desigual. Uma revisão integrativa, com dados de 2015 a 2020, indica íntima relação entre a cesárea e fatores culturais, sociais e econômicos⁸.

A única região do país em que houve aumento das taxas de parto vaginal foi a região Sudeste. Em Minas Gerais, existe uma tentativa de oferecer uma assistência humanizada no período prévio ao parto, durante a realização do mesmo e no período puerperal¹⁵. Além disso,

o estado de São Paulo e a região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro contam, desde 2015, com legislações específicas implantadas visando o incentivo ao parto humanizado e a proteção dos direitos da mulher e da criança, o que pode ter contribuído para o aumento das taxas de parto vaginal na região¹⁶⁻¹⁷.

Quanto à análise de regressão polinomial das características maternas no Brasil, observam-se diferenças de acordo com a via de parto. Em relação à idade, a taxa média de mulheres adolescentes foi maior no parto vaginal em comparação à cesárea, mas com tendência decrescente para ambas as vias de parto. Este dado vai ao encontro de pesquisa anterior que apontou tendência de redução de 3,5% ao ano na taxa de fertilidade entre as adolescentes brasileiras. Tal redução foi atribuída às Políticas Públicas do SUS, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE)¹⁸. Outro fato a se levar em consideração é o desejo da mulher de se tornar uma profissional qualificada, almejando um campo de trabalho que lhe traga seguridade financeira, o que resulta em uma tendência em adiar a maternidade¹⁹.

Em vista aos resultados mostrados, de que a mulher adolescente apresentou maior taxa de parto vaginal, este pode estar relacionado ao fato de a adolescente possuir imaturidade psicossocial em relação às mulheres de maior idade, ou ainda por possuir uma condição socioeconômica desfavorecida e depender unicamente do SUS²⁰.

Neste contexto, lembramos que em 05 de março de 2021 foi aprovada a Lei 768/2021, que garante à gestante o direito de optar pela via de parto também no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada as indicações médicas²¹. Contudo, até a conclusão deste estudo, não foram encontrados estudos na literatura científica que discutissem os fatores relacionados à escolha da via de parto após a aprovação desta lei, sendo necessárias novas pesquisas que investiguem o impacto dela nos indicadores de nascimento no país.

Em relação às mulheres com 35 anos e mais de idade, há maior prevalência entre aquelas que tiveram cesárea, bem como tendência crescente nas duas vias de parto. Independência financeira, acesso às informações, melhor nível socioeconômico e disseminação de métodos contraceptivos são alguns dos fatores que estimulam a decisão pela gestação tardia²². Além disso, os desejos da mulher moderna não estão mais restringidos apenas à maternidade, existem outras possibilidades que despertam a satisfação e felicidade, como a carreira acadêmica e profissional²³. Um estudo mostrou que mulheres com melhor nível socioeconômico compõem a maioria nas estatísticas do parto cesárea²⁴.

De acordo com diversas pesquisas realizadas no Brasil, mulheres com melhor escolaridade e maior renda financeira, foram submetidas a cesarianas conforme seus desejos maternos, reforçando a ideia de que a escolha da via de parto está mais associada a questões financeiras do que a própria indicação médica²⁵⁻²⁷. Os resultados mostram ainda maior prevalência de baixa escolaridade entre as mulheres que tiveram o parto vaginal. Mulheres com baixa escolaridade tendem a ser aquelas com menor nível socioeconômico, reforçando as afirmações das literaturas, as quais observaram que a escolha da via de parto está associada a questões financeiras²⁵⁻²⁷.

Mulheres com companheiro (casadas ou em união consensual) compuseram a maior proporção das cesáreas e menores entre aquelas com parto vaginal. É evidente que uma rede de apoio é fundamental diante de um momento tão único quanto a gestação. A mulher passa por mudanças físicas, emocionais e psicológicas, e o apoio do companheiro é fundamental diante das escolhas em relação a via de parto, desde o acompanhamento nas consultas, até a preparação para a chegada do bebê como suporte à mulher em meio a tantas mudanças²⁸, incluindo neste, o apoio e maior aporte financeiro. A ausência de companheiro entre mulheres com parto vaginal, também reforçam as afirmações quanto a associação da via de parto a questões financeiras²⁵⁻²⁷.

A distribuição espacial das taxas e a análise do risco relativo para a ocorrência de cesáreas indicou que os estados com números elevados dessa via de parto pertencem ao Sul, Sudeste e Centro-Oeste Brasileiros, regiões socioeconomicamente favorecidas. Tal situação corrobora com outras pesquisas no sentido de que a escolha por cesárea é influenciada por fatores culturais, sociais e econômicos⁸ e que as mulheres com maior nível socioeconômico representam a maioria dos partos cesáreos²⁴.

A decisão pela via de nascimento deve ser analisada e tomada em conjunto com a mulher, respeitando sua autonomia e fornecendo informações embasadas cientificamente, desde o pré-natal até o momento do nascimento²⁹. Para que isso ocorra de forma clara e efetiva é fundamental para a decisão da via de parto, uma aproximação do profissional com a gestante, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que diz respeito a sua escolha. Por conta do atendimento fragmentado no SUS, falta comunicação entre os profissionais, e com isso, a incapacidade de oferecer uma atenção continuada de qualidade com melhores resultados em saúde³⁰.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a ausência do registro da via de parto representada em 2020 em 0,08% dos registros. Informações de qualidade e bancos de dados

atualizados são necessários para a análise da situação de saúde e tomada de decisões baseadas em evidências³¹.

CONCLUSÃO

O presente estudo revelou declínio nas taxas de nascimentos por via vaginal no Brasil no período analisado. O Brasil segue com tendência de constância das taxas de cesárea já consideradas elevadas, sendo a região Sudeste a única a apresentar tendência de redução. Mulheres com menos de 20 anos de idade e menos de oito anos de estudo tiveram maiores taxas de parto via vaginal, quando comparadas à cesárea.

Apesar das iniciativas do setor público e privado, com recomendações e incentivo ao parto vaginal, a perspectiva de que o Brasil chegue aos 15% de cesárea do total de partos realizados, preconizados pela OMS, ainda não é vislumbrada. A cesariana destaca-se no cenário, com altas taxas de cesarianas a pedido ou baseadas em indicações não clínicas, como comodidade do agendamento, medos e mitos, o que caracteriza o perfil obstétrico atual. Para que ocorram mudanças, são necessárias políticas públicas mais efetivas que contenham a realização desnecessária desse procedimento cirúrgico.

Pela análise de tendência realizada neste estudo, os partos cesáreos continuarão elevados, o que enfatiza a necessidade de elaboração de novas condutas que visem sua redução. O planejamento familiar e a assistência pré-natal de excelência, com ênfase na qualidade dos serviços de saúde, podem contribuir para reduzir o índice de cesariana. Destacamos a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde, especialmente da obstetrícia, para que esteja alinhada às boas práticas, humanização do atendimento e promoção do parto e nascimento seguros. Ressaltamos também a necessidade de adequação dos serviços de saúde para que sigam as recomendações da OMS e os desejos da gestante.

Os resultados deste estudo retratam o aumento do parto cesáreo ao longo do tempo e as características das mulheres em ambas as vias de parto, contribuindo para o direcionamento das ações de conscientização. Entretanto, novos estudos são necessários para a análise das consequências sobre a saúde da população.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Kruno RB, Silva TO da, Trindade PT de O. A vivência de mulheres no parto domiciliar planejado. *Saúde (Sta. Maria)* [Internet]. 2017 [Acessado 26 de abril de 2022];43(1):22-30. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/17736/pdf>. doi: 10.5902/2236583417736.
2. Betran AP, Ye J, Moller A, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. [internet]. 2021 [Acessado 26 de abril de 2022]; 6:e005671: 1-8. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
3. World Health Organization (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet*. [internet]1985 [Acessado 27 de abril de 2022];326(8452). doi: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
4. Silva SCM, Monteiro EA, Freitas WMF, Barros AG, Guimarães CMC, Melo SA. Diagnóstico da situação de morte materna. *Rev Bras Promoç Saúde*. [internet]. 2019 [Acessado 27 de abril de 2022]; 32:(9259):1-11. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/9259>. doi: 10.5020/18061230.2019.9259.
5. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, Fernandez E, Gundabattula SR, Betran AP, Khan K, Zamora J, Thangaratinam S. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and metaanalysis. *Lancet*. [internet]. 2019 [Acessado 27 de abril de 2022]; 393(10184): 1973-1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929893/>. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32386-9.
6. Togioka BM, Tonismae T. Uterine Rupture. 2023 Jul 29. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan–. PMID: 32644635.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. (Sistema de informações sobre Nascidos Vivos). 2022 [Acessado 18 de junho de 2022] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
8. Paier, I, Alexandre, LA, Rotoli A, Getelina CO. Factors related to the choice of way of delivery: an integrative review. *Research, Society and Development*. [internet] 2021[Acessado 18 de junho de 2022]; 10(13),e294101321019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21019>. doi: 10.33448/rsd-v10i13.21019.
9. Ferrari AP, Almeida MAM, Carvalhes MABL, Parada CMGL. Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. [internet] 2020 [Acessado 18 de junho de 2022]; 20(3):879-888. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/GDFLb8rFvqSSBpHdDhcDwbg/>. doi: 10.1590/1806-93042020000300012.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas & séries históricas. Rio de Janeiro/RJ [Internet] 2022. [Acessado 18 de setembro de 2022]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
12. Silva TPR, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV, Matozinhos FP. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2020 [Acessado 20 de junho de 2022]; 73(Suppl 4):e20180996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vs6cyd8rSbGFh6QSG4xZP4r/>. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0996.
13. Santos KSA, Campos SMS, Almeida DR, Xaves MO, Hartwig SV. Fatores para não realização do parto via vaginal: revisão sistemática. *Research, Society and Development.* [internet]. 2022 [Acessado 20 de junho de 2022];11(3), e49611326810: [cerca de 17 p.]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26810>. doi: 10.33448/rsd-v11i3.26810.
14. World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. [Internet]. 2018 [Acessado 27 de abril de 2022]; Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
15. Pereira RM et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Cien Saude Colet.* [internet]. 2018 [Acessado 21 de julho de 2022]; 23(11): 3517-3523. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zFnLqbKLF75JphwHJqRdhCd/>. doi: 10.1590/1413-812320182311.07832016.
16. Brasil. Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. *Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo* 2015; 25 mar.
17. RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB nº 3.622, de 17 de dezembro de 2015. Cria o Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/442-2015/dezembro/4119-deliberacao-cib-n-3-622-de-17-de-dezembro-de-2015.html>. Acesso em: 05 ago. 2022
18. Bicalho MLC, Araújo FG, Andrade GN, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Tendência das taxas de fertilidade, proporção de consultas de pré-natal e cesarianas entre adolescentes brasileiras. *Rev Bras Enferm.* [internet]. 2021[Acessado 28 de julho de 2022]; 74 (4):e20200884. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/db57mRKmbpQ4hqMW96XWjmx/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0884
19. Bruzamarello D, Patias ND, Cenci CMB. Ascensão Profissional Feminina, Gestação Tardia e Conjugalidade. *Revista Psicologia em Estudo.* [internet]. 2019 [Acessado 28 de julho de 2022]; 24, e41860. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/41860>. doi:
10.4025/psicolestud.v24i0.41860

20. Dias BF, Antoni NM, Vargas DM. Perfil clínico e epidemiológico da gravidez na adolescência: um estudo ecológico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. [internet]. 2020 [Acessado 30 de julho de 2022]; 49(1): 10-22. Disponível: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/596/394>.
21. BRASIL. Projeto de Lei PL 768, de 05 de março de 2021. Garante a gestante o direito de optar pela realização de parto por cesariana, no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como a utilização de analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, desde que observada à indicação médica para o caso. Brasília. *Câmara dos Deputados* 2021; 05 mar.
22. Marques LCSM, Pontelli BPB. Gravidez Tardia: Percepção de mulheres acompanhadas pelas estratégias de saúde da família do interior de Minas Gerais. *Rev Enf Eviden*. [internet]. 2019 [Acessado 30 de julho de 2022]; 3 (1): 57-73. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/enfermagemem evidencia/sumario/83/18112019170621.pdf>.
23. Braga RC, Miranda LHA, Veríssimo JPC. Para além da maternidade: as configurações do desejo na mulher contemporânea. *Pretextos - em Psicologia Revista da Graduação da PUC Minas*. [internet]. 2018 [Acessado 30 de julho de 2022]; 3(6): 523-540. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15994/13638>.
24. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victora C. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet*. [internet]. 2018 [Acessado 02 de agosto de 2022]; 23(6):1915-1928. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/>. doi: 10.1590/1413-81232018236.03942018.
25. Carlotto K, Marmitt LP, Cesar JA. On-demand cesarean section: assessing trends and socioeconomic disparities. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2020 [Acessado 12 de julho de 2022]; 54(01). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jdnqgJcJLkkXrLqw47GcQ5C/abstract/?lang=en>. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053001466.
26. Abreu LP, Lira RF, Santana RL. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson. *Rev. enferm. UERJ*. [Internet]. 2019 [Acessado 12 de julho de 2022]; Jan-Dez; 27:e37858. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1005084>.
27. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, Freire RP. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. [Internet]. 2017 [Acessado 12 de julho de 2022]; Jul-Set; 17(3):581-590 Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n3/pt_1519-3829-rbsmi-17-03-0571.pdf. doi: 10.1590/1806-93042017000300009.
28. Caldeira LA, Ayres LFA, Oliveira LVA, Henriques BD. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. [internet]. 2017 [Acessado 02 de agosto de 2022]; 7:e1417. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/qMhg65jGmBMcXzGdYDBqyrQ/>. doi:
10.19175/recom.v7i0.1417

29. Silva EV, Costa MAA, Almeida KC, Araujo LMB, Amâncio NFG. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* [Internet].2020 [Acessado 18 de julho de 2022]; jan-mar; 20(1): 249-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/v7fLrhK6jcZHxLzNy6fvsMB/?lang=pt>. doi: 10.1590/1806-93042020000100013
30. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasília-DF; 2011 [Acessado 05 de agosto de 2022]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
31. Silva DES, Lima KMS, Santos MJ, Menezes AF, Freitas CKAC, Leite AM, Mendes RB. Razões maternas da preferência inicial pelo tipo de parto em um município do nordeste brasileiro. *Cogitare enferm.* [internet]. 2020 [Acessado 05 de agosto de 2022]; 25:e68997. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/68997>. doi: 10.5380/ce.v25i0.68997.

Submetido em: 11/1/2023

Aceito em: 30/11/2023

Publicado em: 22/4/2024

Contribuições dos autores:

Leticia Furlan de Lima Prates: Conceituação, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Validação de dados e Experimentos, Redação do manuscrito Original, Redação - revisão e edição.

Maria Luiza Melo da Silva: Redação - revisão e edição.

Márcia Moroskoski: Redação - revisão e edição.

Natan Nascimento de Oliveira: Análise Formal, Disponibilização de Ferramentas, Desenvolvimento, implementação e teste de software, Design da apresentação de dados, Redação - revisão e edição.

Marcela de Andrade Pereira Silva: Redação - revisão e edição.

Emiliana Cristina Melo: Redação - revisão e edição.

Rosana Rosseto de Oliveira: Curadoria de dados, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Validação de dados e Experimentos, Redação - revisão e edição.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Autora correspondente:

Leticia Furlan de Lima Prates

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Rod. PR 317, 6114 Parque Industrial 200, Maringá/PR, Brasil. CEP 87035-510

E-mail: leticia-lima@hotmail.com

Editor associado: Dra. Eliane Roseli Winkelmann

Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

