

## Partos no sistema único de saúde (SUS) brasileiro: prevalência e perfil das parturientes

### Childbirths under the unified health system (SUS) of Brazil: prevalence and profile of parturients

DOI:10.34117/bjdv7n2-019

Recebimento dos originais: 02/01/2021

Aceitação para publicação: 02/02/2021

#### **Nara Moraes Guimarães**

Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil

E-mail: naramoraesgui@hotmail.com

#### **Valéria Cristina de Souza Freitas**

Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil,

E-mail: valeriacristinassf2014@gmail.com

#### **Christina Galbiati de Senzi**

Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil

E-mail: titigalbiatti@hotmail.com

#### **Guilherme Trojillo Gil**

Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil,

E-mail: guitgil98@gmail.com

#### **Leonice Domingos dos Santos Cintra Lima**

Docente do Programa de Mestrado em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil,

E-mail: lecaclima@yahoo.com.br

#### **Danila Fernanda Rodrigues Frias**

Docente do Programa de Mestrado em Ciências Ambientais da Universidade Brasil, Campus Fernandópolis, São Paulo, Brasil

E-mail: danila.frias@universidadebrasil.edu.br

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar o perfil dos partos realizados no Sistema Único de Saúde do Brasil, entre os anos de 2000 a 2018. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo transversal, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários temporais coletados da base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC).

**Resultados:** No período de estudo foram realizados 56.314.895 partos pelo SUS em todo o Brasil, sendo 51,3% partos vaginais e 48,7% partos cesáreos. Possuíam companheiro no momento do parto, 51,2% das gestantes; 62% possuíam acima de 8 anos de estudos; e

52,1% de 20 a 29 anos de idade. O recorte racial demonstrou a ocorrência maior de partos cesáreos em mulheres declaradas de raça branca, e parto vaginal em mulheres negras, pardas, amarelas e indígenas. **Conclusão:** A incidência de partos cesáreos no Brasil parece estar mais associada as condições socioeconômicas e ao direito de escolha, aliada aos avanços tecnológicos na área da medicina.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Nascido Vivo.

## ABSTRACT

**Objective:** Examines the profile of deliveries performed by SUS in Brazil between 2000 and 2018. **Methods:** This is a descriptive epidemiological, cross-sectional, retrospective, quantitative study involving secondary temporal data collected from the TABNET/DATASUS database on the Live Birth Information System (SISNAC). **Results:** During the study period, 56,314,895 deliveries were performed under SUS throughout Brazil, consisting of 51.3% vaginal and 48.7% cesarean deliveries. Of all parturients, 51.2% were partnered at the time of delivery; 62% had more than eight years of education; and 52.1% 20 and 29 years old. The racial profile revealed a higher occurrence of cesarean deliveries in women that declared to be white, and vaginal deliveries in black, brown, yellow and indigenous women. **Conclusions:** the incidence of cesarean deliveries in Brazil seems to be more associated with socioeconomic conditions and the right to choose, coupled with technological advances in medicine.

**Keywords:** Women's Health. Humanizing Delivery. Live Birth.

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade as práticas de assistência ao parto passaram por inúmeras transformações, desde eventos assistidos por parteiras nos domicílios, até a transferência total dos procedimentos para âmbito hospitalar assistido por profissional médico. Este fato está relacionado a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a diminuição dos riscos pós-operatórios imediatos, ao desenvolvimento da área obstétrica, e o direito de escolha da gestante (1).

A medicalização dos partos, principalmente depois que as políticas de saúde começaram a promover iniciativas voltadas a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da intervenção na forma de assistência ao parto, que antes eram dominadas por parteiras emerge como um dos pilares desta transformação (2).

No Brasil, a assistência ao parto registra número elevado de cesarianas e uso excessivo de intervenções no parto vaginal. Dentre estas intervenções, pode-se citar a episiotomia, restrição da parturiente ao leito durante o trabalho de parto, uso de ocitocina, entre outros (3).

A medicalização dos partos transformou as maternidades em locais modernos e adequados para realização dos nascimentos, pois nestes locais as gestantes têm acesso a assistência médica, repouso e procedimentos assépticos que diminuem os riscos de infecções pós-parto (4).

Com relação aos procedimentos cirúrgicos a cesárea, no Brasil, é muito comum, tanto que o país é conhecido como líder mundial deste procedimento. Esta questão está relacionada a boa assistência obstétrica e a tecnologia, e também as questões socioeconômicas, que são evidentes, pois a quantidade de cesarianas no setor privado corresponde a quase 80% dos procedimentos para nascimentos; enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS), está próximo à 30% (5).

Fatores também relacionados a escolha da parturiente pela cesárea estão relacionados ao medo da dor, a flexibilidade de decidir o dia e o horário do nascimento, manter a integridade da vagina e do períneo, além da ideia cultural e equivocada que o parto vaginal para o feto é mais arriscado que a cesariana (1,6).

Devido ao número elevado de cesarianas, o Ministério da Saúde promove ações para humanização da assistência aos partos e aos nascimentos baseando-se em normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nas desvantagens que a cesárea possui quando comparada ao parto vaginal em relação a mortalidade perinatal e materna<sup>5</sup>. Além disso, estudos recentes, relacionados a práticas de humanização na saúde, vem mostrando os benefícios do parto vaginal em relação ao parto cesáreo, tanto para mãe quanto para o filho, além da importância da conscientização quanto a desmistificação da cultura de que parto cesáreo é a melhor opção para o bebê (7).

De acordo com a OMS, nos últimos 20 anos, o parto cesáreo tornou-se uma “epidemia”, e recomenda-se que a realização de apenas 10 a 15% dos partos sejam por esta prática, pois este é o valor médio de partos que realmente expõe uma situação de risco para mãe e/ou para o bebê, necessitando de intervenção cirúrgica (8).

Por isso, a cesariana é considerada um problema de saúde pública, e tem sido objeto de várias pesquisas relacionadas à busca de entendimento sobre este tema, relacionando-o com as características socioeconômicas das parturientes, região geográfica, tipo de instituição pública ou privada, dentre outros (9).

Neste contexto, a presente pesquisa tem por objetivo avaliar o perfil dos partos realizados no Sistema Único de Saúde do Brasil, entre os anos de 2000 a 2018.

## 2 MÉTODOS

A presente pesquisa foi realizada por meio de um estudo epidemiológico descritivo, transversal, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários temporais coletados da base de dados TABNET/DATASUS no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SISNAC), seguindo os passos: Acesso à informação>> Informações de saúde (TABNET)>> Estatísticas vitais>> Nascidos vivos>>Brasil. Em seguida foram selecionadas as regiões brasileiras, os nascimentos por residência da mãe, e o período de 2000 a 2018.

Foram consideradas as seguintes variáveis para esta pesquisa: tipo e local de parto; idade, escolaridade, estado civil e raça da parturiente. Todas as informações coletadas não possuíam identificação do participante da pesquisa.

Por utilizar dados públicos, a pesquisa foi dispensada de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

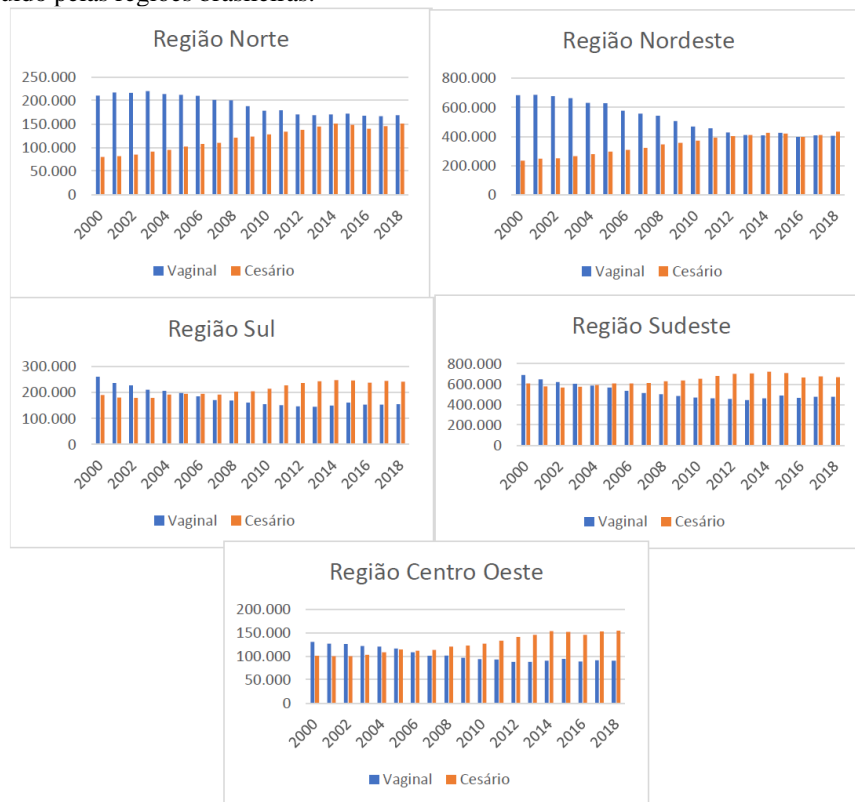
Após coleta dos dados, os mesmos passaram por uma análise estatística descritiva simples e os resultados foram apresentados em formato de gráficos e tabelas.

## 3 RESULTADOS

Durante o período pesquisado (2000 a 2018), foram realizados 56.314.895 partos pelo SUS em todo o Brasil, sendo 51,3% partos vaginais e 48,7% partos cesáreos.

A distribuição regional dos partos no Brasil, de acordo com a categoria, está descrita na Figura 1.

Figura 1. Tipo de parto realizado no SUS de acordo com dados do SISNAC, durante o período de 2000 a 2018 distribuído pelas regiões brasileiras.



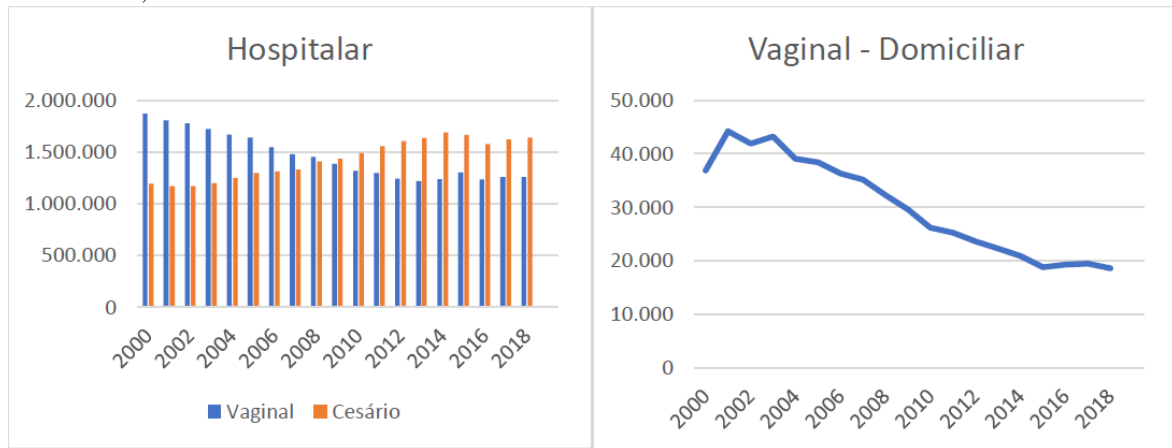
Considerando os tipos de parto, os dados demonstraram que nas regiões Norte e Nordeste, destacou-se os partos vaginais (47%) e nas demais regiões ocorreu maior prevalência de partos cesáreos, compreendendo cerca de 67,8%.

Em 2018, a percentagem de partos cesáreos foi de 47,2% na região Norte, 51,6% na Nordeste, 58,4% na Sudeste, 61% na Sul e 63% na região Centro Oeste. As regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram dados acima da média nacional, que no ano de 2018 foi de 56,3%, evidenciando a disparidade entre as regiões.

Em todas as regiões a pesquisa revelou o aumento de partos cesáreos ao longo dos últimos anos. Na região Sudeste a inversão entre o tipo de parto (de parto vaginal para parto cesáreo) ocorreu a partir do ano de 2004 e nas regiões Sul e Centro Oeste do ano de 2006. A região Nordeste demonstrou a partir de 2013 uma oscilação, onde o número dos mesmos ocorreu de forma bastante semelhante. Já a região Norte, sobressai-se ainda os partos vaginais, porém com crescimento acentuado anualmente dos partos cesáreos, indicando que a inversão poderá ocorrer nos próximos anos.

Ao analisar os dados referentes ao local que foi realizado o parto, estes se encontram na Figura 2.

Figura 2. Local dos partos realizados pelo SUS de acordo com dados do SISNAC, durante o período de 2000 a 2018, no Brasil.

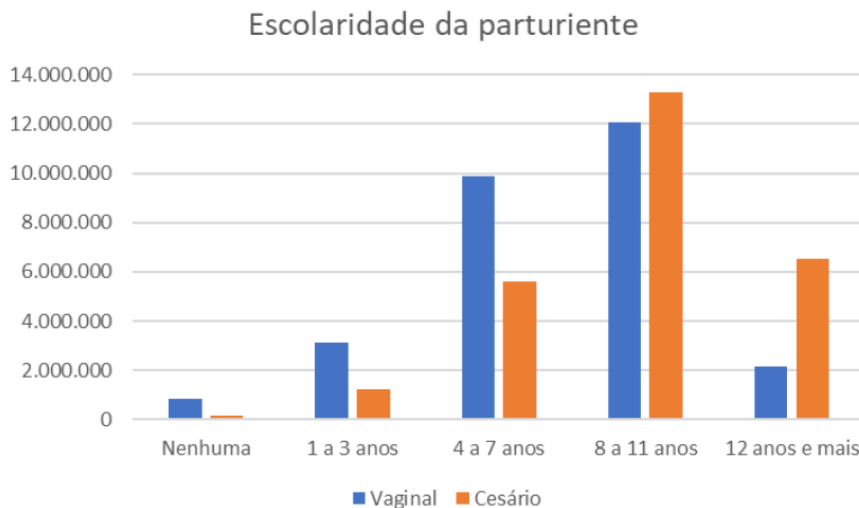


Avaliando a ocorrência de partos cesáreos, os mesmos foram executados em ambiente hospitalar, por ser um procedimento cirúrgico. Com relação aos partos vaginais domiciliares, nota-se uma queda acentuada, o que demonstra que as mulheres estão procurando auxílio médico para realização deste tipo de parto.

O local onde foram efetivados os nascimentos, na atual pesquisa, foram os hospitais, concentrando 99,4% dos partos.

Relacionada a escolaridade, os dados das parturientes estão discriminados na Figura 3.

Figura 3. Escolaridade das parturientes, de acordo com dados do SISNAC, cujos partos foram realizados pelo SUS, durante o período de 2000 a 2018 no Brasil.



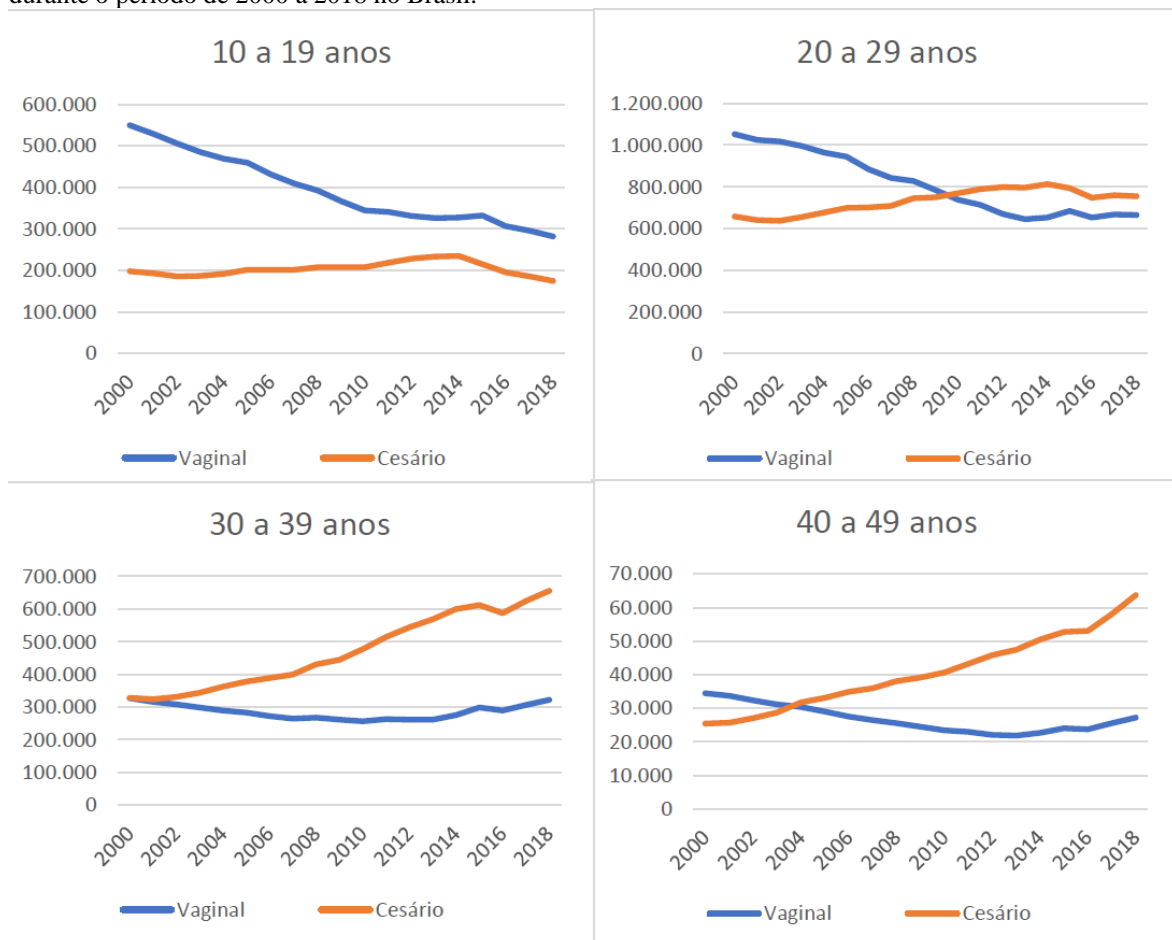
Quanto ao tempo de escolaridade os dados revelam que 62% das parturientes possuíam acima de 8 anos de estudos; 28,2% de 4 a 7 anos, 8% de 1 a 3 anos, e 1,8%

nenhuma escolaridade.

Os resultados descritos na Figura 3 evidenciam que as mulheres com escolaridade acima de 8 anos realizaram a maioria dos partos cesáreos, enquanto as com menor escolaridade (7 anos e abaixo) foram as responsáveis pela maioria dos partos vaginais.

A idade da mulher que concebeu um nascido vivo no período do estudo também foi verificada e encontra-se na Figura 4.

Figura 4. Idade das parturientes, de acordo com dados do SISNAC, cujos partos foram realizados pelo SUS, durante o período de 2000 a 2018 no Brasil.



Com relação a idade da gestante os dados demonstraram que 52,1% possuíam de 20 a 29 anos, 25,5% de 30 a 39 anos, 20,1% de 10 a 19 anos e 2,3% acima de 40 anos.

Ao comparar a idade da mulher e o tipo de parto, destacou-se o parto vaginal entre as adolescentes (entre 10 a 19 anos de idade). As com idade entre 20 e 29 anos também se destacou o parto vaginal, mas a partir de 2010 ocorreu uma inversão, e o parto cesáreo foi o mais executado nesta faixa etária.

Outra característica importante avaliada neste estudo foi com relação a raça da parturiente. Os resultados estão expressos na Figura 5.

Figura 5. Raça das parturientes, de acordo com dados do SISNAC, cujos partos foram realizados pelo SUS, durante o período de 2000 a 2018 no Brasil.



O recorte racial realizado nesta pesquisa demonstrou a ocorrência de partos cesáreos em mulheres declaradas de raça branca, assim como de parto vaginal nas indígenas.

As indígenas apresentaram percentagem de partos cesáreos (21%) bem abaixo da média dos outros grupos raciais.

Com relação a raça amarela e parda, com o passar dos anos, ocorreu aumento significativo de partos cesarianos nestas mulheres, porém, nas pardas ainda permaneceu elevado o número de partos vaginais.

Um dado importante encontrado está relacionado com a população declarada



negra. Notou-se que, a partir de 2011, ocorreu um aumento significativo no número de partos neste grupo racial, e a ocorrência de cesárias e partos vaginais é bem próxima, apenas apresentando leve superioridade dos partos vaginais deste período em diante.

#### 4 DISCUSSÃO

Mesmo com as taxas parto vaginal superando 50% neste estudo, a quantidade de parto cesáreo está muito acima dos 15% recomendados pela OMS (8).

A taxa mundial de cesáreas aumentou de 12 para 21% de 2000 a 2015. Não apenas o Brasil apresenta altos índices de partos cesáreos, mas diversos países, como os da América Latina, que possui taxa média de 44,3% de seus nascimentos por cesariana. Em 2016, o Brasil apresentou taxa de 55,5%, ficando atrás apenas da República Dominicana entre os países que possuem dados disponíveis no mundo (10).

Pesquisa realizada em um município do estado de Goiás demonstrou dados ainda mais alarmantes, pois o número de partos vaginais compreendeu apenas 14% dos partos realizados no ano de 2016 (11).

Devido a estes valores elevados de cesarianas realizadas no Brasil, vários órgãos responsáveis pela área de saúde materna e neonatal promoveram ações e produziram documentos visando a realização de partos cesáreos apenas necessários e a extinção dos eletivos. Dentre estes documentos, estão as “Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana”, aprovada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2016, cujo cunho central foi o estabelecimento de parâmetros para a realização das cesarianas (12).

Além disso, em 2018, o MS criou o Projeto Parto Cuidadoso, que é um sistema de monitoramento *online* do número de partos cesáreos realizados pelo SUS, visando a diminuição de sua incidência (13).

Nesta pesquisa as regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram dados acima da média nacional com relação a realização de partos cesáreos. Pesquisa realizada por Rattner, Moura (14) demonstrou que a região Centro Oeste é que a possui maior probabilidade de aumento dos partos cesáreos. Este fato é observado na Figura 1, que demonstra a região Centro Oeste em ascensão para partos cesáreos.

As regiões Norte e Nordeste foram priorizadas nos “Objetivos do Milênio” (ODM) para redução da mortalidade materna e neonatal (14). Nota-se que estas regiões tiveram aumento anual do número de cesárias realizadas, podendo este aumento estar relacionado ao cumprimento deste objetivo, devido a falsa impressão de que o parto cesáreo protege a vida da mãe e do bebê. Porém, Leal et al. (15) avaliaram os dados destas

regiões e pontuaram inadequações na realização do pré-natal e partos, associadas ao elevado índice de cesarianas.

Alguns fatores podem estar diretamente relacionados ao aumento gradual dos partos cesáreos; no campo científico pode-se destacar a evolução da tecnologia na área da obstetrícia, a mistificação que o parto cesáreo seria melhor que o parto vaginal para o bebê e mãe, sensação de diminuição da dor e de intercorrências obstétricas e fetais, e as influências familiares e de terceiros (1,6).

Não se pode desconsiderar que a inserção da mulher no mercado de trabalho, que impõe a estas, cada vez mais novas exigências, também pode figurar como elemento que contribuiu para o avanço desta modalidade de parto. Conforme apresenta Melo et al. (6), a cesariana é um parto menos demorado e permite a mãe e ao médico a escolha da data e horário da cirurgia, porém os autores revelam que as vantagens apresentadas são de caráter não clínico, e as desvantagens como a demora da recuperação da gestante, o atraso na lactação, a falta de participação ativa no parto e os riscos gerais de uma cirurgia acabam sendo deixados de lado.

Estudos demonstraram que existe a chance seis vezes maior da mulher morrer na cesariana do que no parto vaginal, devido a ocorrência de hemorragias e infecções, e para o recém-nascido aumenta-se em quatro vezes o risco de necessidade de uso da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) quando o mesmo nasce via cesariana, principalmente devido à falta de início de trabalho de parto e também a não levar em consideração a maturidade do feto (16).

Devido a substituição gradual de partos vaginais por cesáreos, pesquisas científicas que avaliam índices de morbidade e mortalidade, tanto perinatal quanto materna relacionadas ao tipo de parto, além de temas como humanização da saúde e a desmistificação cultural do parto cesáreo, vem sendo discutidas em todo o mundo (7).

Esta pesquisa revelou que praticamente a totalidade dos partos foram realizados em ambiente hospitalar. Alguns trabalhos revelaram dados semelhantes onde a percentagem de partos hospitalares variou de 97 a 99,6% (11,17).

Com relação ao estado civil das mulheres que realizaram parto cesáreo ou vaginal a maioria declarou-se casada, seguido pelas solteiras. Outras pesquisas revelaram dados semelhantes a esta (11,18).

As mulheres solteiras e com união consensual foram responsáveis pela maioria dos partos vaginais, enquanto as casadas pelos partos cesáreos. Outras pesquisas corroboram com esta, pois citaram maior ocorrência de parto cesáreo em mulheres

casadas (19,20).

Ao avaliar o grau de instrução, a maioria declarou possuir mais de 8 anos de estudo. Pesquisa de Silva, Tobias, Teixeira (11) realizada em um município de Goiás, demonstrou que 87,7% das gestantes possuíam escolaridade acima de 8 anos, o que pode indicar que em alguns municípios brasileiros a percentagem de parturientes com escolaridade acima de 8 anos pode ser maior que a percentagem nacional citada nesta pesquisa.

Mendoza-Sassi et al. (19), Barros et al. (21) e Rattner, Moura (14) demonstraram em suas pesquisas que existe associação positiva entre escolaridade elevada com realização de partos cesáreos, corroborando com a atual pesquisa. Assim como Magalhães et al. (22) que reforçaram que mães mais escolarizadas tendem a ter preferência por parto cesariana, e que a figura do médico pode influenciar esta escolha durante os aconselhamentos que ocorrem no período pré-natal.

Quando analisado a idade das gestantes, destacou-se idade acima de 20 anos. Pesquisa realizada por Silva, Tobias e Teixeira (11) em um município de Goiás, revelaram também elevada taxa de partos entre mulheres de 20 a 29 anos.

Ao comparar idade ao tipo de parto, as adolescentes realizaram mais o parto vaginal e as acima de 20 anos o cesáreo. Mulheres com idade acima de 30 anos, apresentaram perfil de realização maior do parto cesáreo, para o qual o fator renda, inserção no mercado de trabalho (já mais consistentes nessa faixa etária) também apresentam influências. Outros estudos demonstraram a tendência de realização de parto cesáreo por mulheres acima de 20 anos, como os resultados desta pesquisa (19-21).

Também é importante frisar que, em adolescentes prevaleceu o parto vaginal. Este dado é importante, pois existe um índice seis vezes maior de realização de cesárias por mulheres com cesárea prévia. Desta forma, adolescentes geralmente são primíparas e a realização de parto natural pode influenciar na escolha do parto em suas gestações futuras (23).

Mesmo o parto vaginal para adolescentes sendo o mais indicado, deve-se ter cuidado com esta faixa da população gestante, pois além de poder apresentar alterações fisiológicas, a gravidez na adolescência é considerada de risco, principalmente porque a maioria das gestantes nesta faixa etária pertencem a estratos sociais menos favorecidos, que apresentam déficit com relação ao recebimento de informações durante a gravidez e até mesmo a inadequada assistência pré-natal (18), somadas a condição socioeconômica e nutricional habitualmente mais vulneráveis.

Nesta pesquisa, as indígenas apresentaram percentagem de partos cesáreos abaixo da média dos outros grupos raciais. Se analisarmos este dado comparando ao que é recomendado pela OMS (15% de partos cesáreos), e para a população brasileira (taxa ajustada para 25 a 30%), esta população teria a menor taxa de morbimortalidade materna e perinatal (8, 24).

Porém, de acordo com Coimbra et al. (25), as indígenas são um grupo de mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômicas e de saúde. Desta forma, este baixo índice de partos cesáreos tanto pode indicar ausência de intervenções necessárias ao parto, como a preservação de traços da cultura indígena cuja relação com o nascimento está associada a um fato natural da vida e não a uma questão de saúde.

A partir de 2011, notou-se um aumento do número de partos entre mulheres declaradas negras. Este aumento de dados relativos a este grupo racial pode estar associado à ampliação das políticas públicas afirmativas e compensatórias empreendidas no país na primeira década do século XXI que colaborou para a ampliação da autodeclaração racial, bem como para a inserção do quesito raça-cor em documentos do Sistema Único de Saúde.

Esta caracterização é diferente do que se vê de 2000 a 2010, em que o parto vaginal destacava-se, porém com queda acentuada e o parto cesáreo sempre em ascensão, dado semelhante ao da pesquisa de Barros et al. (21).

Nesta pesquisa ficou evidente que mulheres negras, pardas, amarelas e indígenas realizaram a maioria dos partos de forma vaginal, o que pode ser indicativo de menor prática intervencionista. Pesquisa realizada por Leal et al. (15) citaram que mulheres negras e pardas possuem maior taxa de partos pós-termo, podendo ser resultado de menos intervenções que as necessárias, o que pode indicar padrão de tratamento diferenciado pelo recorte raça/cor.

O Brasil recebeu avaliação positiva no que diz respeito aos ODM para a maioria dos indicadores, porém ainda ficaram evidentes as lacunas com relação a equidade de gênero, autonomia da mulher e mortalidade materna (27).

A mortalidade materna, está relacionada a problemas na atenção obstétrica, e mesmo que o país possua coberturas universais de pré-natal e assistência hospitalar, a qualidade dos serviços prestados é falha, o que promove estes desfechos negativos (27).

É importante frisar que, ao comparar a taxa de mortalidade materna no Brasil, a de mulheres negras é 2,5 vezes maior que de mulheres brancas, assim como outros países que apontam esta expressiva taxa de mortalidade superior em mulheres de minorias

étnico-raciais (15, 28).

O parto cesariano está tão banalizado e associado a caráter comercial que o mesmo tornou-se comum e disseminado, mesmo que a expectativa da parturiente seja pelo vaginal. Isso também pode estar relacionado a formação básica do profissional da saúde onde a manobra de parto vaginal recebe pouca ênfase ou é subvalorizada; a falta de disponibilidade do profissional em atender a parturiente, alegando-se incompatibilidade de agenda para realizar procedimentos longos e com datas incertas; e também por questões relacionadas a própria gestante, como o medo da dor do parto vaginal, a perda do prazer sexual devido as alterações anatômicas ocorridas durante o parto e também a deformação do corpo (29, 30).

Os dados de realização de cesarianas são preocupantes quando se tem como foco a saúde da mulher e a minimização de intervenções cirúrgicas em processos que podem se desenvolver naturalmente.

Nos hospitais públicos as cesarianas chegam a 42% dos partos realizados e na rede privada a 86%, demonstrando a grande contribuição dos hospitais privados para esta prática (25). Nesta pesquisa, os dados coletados foram apenas da rede pública (SUS), e já mostraram a elevada ocorrência, embora a realização de cesárias eletivas não seja indicada.

Como conclusões este estudo aponta que a incidência de partos cesáreos, ou seja, intervenções cirúrgicas no momento do nascimento no Brasil parece estar mais associada as condições socioeconômicas das mulheres e ao direito de escolha que as mesmas tem do que a questões clínicas e/ou de saúde; que o aumento da incidência de cesarianas no Brasil liga-se diretamente também aos avanços tecnológicos na área da medicina e ao surgimento e uso em larga escala de medicamentos preventivos de reações ou processos dolorosos.

Pode-se ainda concluir que o grau de instrução, inserção no mercado de trabalho e as novas exigências impostas as mulheres na sociedade contemporânea são elementos que podem potencializar a escolha pelo parto cesáreo, considerando a possibilidade de escolha de datas, locais, horários, permitindo o controle da mulher ou do médico sobre o processo de nascimento.

Também notou-se avanços significativos dos registros de cesariana em mulheres negras e pardas após a inserção do quesito raça-cor por auto declaração em documentos de atendimentos no Sistema de Saúde no Brasil.

Considerando as desigualdades regionais, a pesquisa apresentou realidades distintas em relação às estatísticas por tipo de procedimento (parto cesáreo/ parto natural) bastantes significativas, o que dividiu o país basicamente em dois grandes grupos; um composto pela região norte/nordeste e outro onde se agrupam, com dados bastante similares, as demais regiões, revelando mais uma vez que a desigualdade social e econômica também mostra seus impactos no campo da saúde da população.

Desta forma há, no Brasil, uma necessidade urgente de ampliação e qualificação das informações às mulheres sobre os reais riscos dos diferentes tipos de parto ampliando o conhecimento sobre a naturalização do nascimento bem como a humanização deste processo.

## REFERÊNCIAS

1. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, CAmpodónico L, Bataglia V, Faundes A, Langes A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*. 2006;12(9525):1819-1829.
2. Martins APV. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30(supl 1):S17-32.
4. Amaral MC. Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927). *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*. 2008;15(4):927-944.
5. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010;38(8):415-422.
6. Melo JKF, Davim RMB, Silva RRA. Vantagens e desvantagens do parto transpélvico e cesariano: opinião das puérperas. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2015;7(4):3197-3205.
7. Vicente AC, Lima AKBS, Lima CB. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. *Temas em Saúde*. 2017;17(4):24-35.
8. WHO. World Health Organization. WHO statement on Caesarean section rates; 2015. [acesso em 10 set 2020]. Disponível em : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=4D1525D59A951EF32CBCD5DA24D9421B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=4D1525D59A951EF32CBCD5DA24D9421B?sequence=1)
9. Hofelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas Regiões: 1994 a 2009. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012;21(4):561-568.
10. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M, Rabello Neto DL, Temmerman M. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*. 2018;392(10155):1341-1348.
11. Silva MCM, Tobias GC, Teixeira CC. Caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes em um município de Goiás, Brasil. *Revista de atenção à Saúde*. 2019;17(61):21-29.
12. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. Garcia N, Valadares C. [noticia na internet]. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país. *Agência Saúde*. 2018. [acesso em 15 set 2020].

Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-faramonitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>>.

14. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2016;16(1):39-47.

15. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN. 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.

16. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2008;12(1):39-44.

17. Oliveira MM, Andrade SSCA, Dimech GS, Oliveira JCG, Malta DC, Rabello Neto DL, Moura L. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, Brasil, 2006 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015;24(4):629-640.

18. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2006;6(2):175-181.

19. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44(1):80-89.

20. Pádua KS, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44(1):70-79.

21. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, Victora CG. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(4):635-643.

22. Magalhaes MM, Melo CPG, Menezes Filho N, Komatsu BK. Os determinantes da realização de cesárias no Brasil. *Policy Paper*. 2019; 41:1-28.

23. Rasador S, Abegg C. Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. 2019;19(4):807-815.

24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b.

25. Coimbra Junior CEA, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, Rassi E, Foller ML, Horta BL. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013;13(52): 1-19.



26. Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016
27. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*. 2011;377:1863-1876.
28. Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH. Ten years of confidential inquiries into maternal deaths in France, 1998-2007. *Obstetrics and Gynaecology*. 2013;122(4):752-760.
29. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50(4):734-741.
30. Spinola PSL. Convenience Effect on Birth Timing Manipulation: Evidence from Brazil. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Economia). Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.