



Nascer em Belo Horizonte: fatores gineco-obstétricos e processo decisório da via de nascimento na rede suplementar de saúde

Being born in Belo Horizonte: gynecologic-obstetric factors and the decision-making process for mode of delivery in the supplementary health system

Nacer en Belo Horizonte: factores ginecoobstétricos y el proceso de toma de decisiones sobre la vía del parto en la red de salud suplementaria

Carla Lima Ribeiro¹, Larissa Fernanda do Couto Brandi¹, Roberto Allan Ribeiro Silva¹, Fernanda Penido Matozinhos¹, Eunice Francisca Martins¹, Kleyde Ventura de Souza¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre fatores gineco-obstétricos e o processo decisório sobre a via de nascimento na rede suplementar de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado em quatro maternidades da rede suplementar de saúde. A amostra incluiu 223 mulheres, e modelos de regressão de Poisson ajustados foram aplicados para estimar a Razão de Prevalência (RP). **Resultados:** A maioria das mulheres tinham entre 20 e 34 anos (73,33%), pele não branca (55,36%), ensino médio (51,01%) e 96,6% realizaram pré-natal no setor privado. A cesariana foi a via predominante (69,06%), com 36,31% das mulheres não entrando em trabalho de parto e, em 39,24% dos casos, a decisão pela via de nascimento foi atribuída ao médico. A ausência de partos normais prévios e a presença de intercorrências obstétricas aumentaram a prevalência de cesariana. **Conclusão:** A elevada taxa de cesarianas na rede suplementar de saúde reflete a influência de fatores obstétricos e da decisão médica no processo. Torna-se essencial que a equipe multidisciplinar promova uma assistência segura e qualificada, garantindo a participação ativa das mulheres durante a gestação, parto e puerpério.

Palavras-chave: Cesárea, Parto normal, Saúde suplementar, Enfermagem obstétrica, Tociologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between gynecologic-obstetric factors and the decision-making process regarding the mode of delivery in the supplementary health network of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in four maternity hospitals within the supplementary health network. The sample included 223 women, and adjusted Poisson regression models were used to estimate the prevalence ratio (PR). **Results:** The majority of women were between 20 and 34 years old (73.33%), identified as non-white (55.36%), had a high school education (51.01%), and 96.6% received prenatal care in the private sector. Cesarean delivery was the predominant mode (69.06%), with 36.31% of women not going into labor. In 39.24% of cases, the decision for the mode of delivery was attributed to the physician. The absence of prior vaginal deliveries and the occurrence of obstetric complications were associated with a higher

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) - Chamada Pública Edital 01/2011, Processo APQ- 01275-11.

SUBMETIDO EM: 2/2025

| ACEITO EM: 3/2025

| PUBLICADO EM: 5/2025

prevalence of cesarean delivery. **Conclusion:** The high rate of cesarean deliveries in the supplementary health network reflects the influence of obstetric factors and medical decision-making. It is crucial that the multidisciplinary team provides safe and high-quality care, ensuring active participation of women throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Keywords: Cesarean section, Vaginal delivery, Supplementary health, Obstetric nursing, Obstetrics.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre factores ginecoobstétricos y el proceso de toma de decisiones sobre la modalidad de parto en la red suplementaria de salud de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Estudio transversal realizado en cuatro maternidades de la red suplementaria de salud. La muestra incluyó a 223 mujeres, y se aplicaron modelos de regresión de Poisson ajustados para estimar la razón de prevalencia (RP). **Resultados:** La mayoría de las mujeres tenían entre 20 y 34 años (73,33%), eran de piel no blanca (55,36%), tenían educación secundaria (51,01%) y el 96,6% recibió atención prenatal en el sector privado. La cesárea fue la modalidad predominante (69,06%), con un 36,31% de las mujeres sin haber iniciado trabajo de parto. En el 39,24% de los casos, la decisión sobre la modalidad de parto se atribuyó al médico. La ausencia de partos vaginales previos y la presencia de complicaciones obstétricas aumentaron la prevalencia de cesáreas. **Conclusión:** La alta tasa de cesáreas en la red suplementaria de salud refleja la influencia de factores obstétricos y la decisión médica en el proceso. Es esencial que el equipo multidisciplinario ofrezca una atención segura y de calidad, garantizando la participación activa de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

Palabras clave: Cesárea, Parto vaginal, Salud suplementaria, Enfermería obstétrica, Obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, a institucionalização do parto e do nascimento tornou-se a norma no Brasil, impulsionada pelo objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e neonatal (MOTTA CT e MOREIRA MR, 2021; VILELA MEDA et al., 2021; LEAL MDC et al., 2018). Esse processo consolidou a hospitalização como padrão assistencial, favorecendo a hegemonia do modelo tecnocrático de atenção obstétrica, caracterizado por uma forte medicalização do nascimento e pelo uso rotineiro de intervenções obsoletas, muitas vezes desnecessárias e/ou prejudiciais (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; DINIZ SG, 2009; RUDEY EL et al., 2020).

A predominância desse modelo assistencial transformou processos fisiológicos em patológicos, favorecendo a realização excessiva de cirurgias cesarianas (DIAS BAS et al., 2022; (RUDEY EL et al., 2020). Atualmente, quase a totalidade dos partos ocorre em ambiente hospitalar (98%), sendo a cesariana a via predominante, representando 57,2% dos nascimentos no Brasil em 2020 (BRASIL, 2024). Na rede suplementar de saúde, essas taxas são ainda mais elevadas, ultrapassando 80% ao longo da última década (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021). Em 2021, dos 297.800 partos realizados no setor suplementar, 81,76% ocorreram por cesariana (BRASIL, 2024).

Essas taxas ultrapassam significativamente a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece um percentual global entre 10% e 15% para assegurar benefícios à saúde materno-infantil (OMS, 2015). Além disso, projeções indicam uma tendência ascendente na prevalência das cesarianas no Brasil, podendo alcançar 57,4% dos partos até 2030, com índices superiores a 70% nas regiões Sudeste e Sul (PIRES RC et al., 2023). Em contraste, países nórdicos como Suécia, Noruega, Finlândia, Dinamarca e Islândia apresentam taxas entre 12,6% e 16,8%, mantendo uma estabilidade ou mesmo tendência de redução, refletindo modelos assistenciais mais alinhados às diretrizes internacionais de parto humanizado (RUDEY EL et al., 2020).

Esse cenário configura o chamado paradoxo perinatal brasileiro, em que a intensa medicalização do parto e a alta taxa de cesarianas não resultaram na redução da mortalidade materna e neonatal. Pelo contrário,

embora a cesariana seja essencial em determinados casos, sua realização sem indicação clínica tem sido associada a piores desfechos materno-infantis (DINIZ SG, 2009; FERREIRA ALS et al., 2022). No Brasil, a mortalidade materna permanece elevada, atingindo 57,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2022. Apesar do retorno aos níveis pré-pandemia, esse índice ainda supera a meta 3.1 - reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos até 2030, ajustada para o Brasil, no contexto da Agenda 2030. (IBGE, 2024; OPAS, 2017), evidenciando a necessidade de mudanças no modelo assistencial.

As elevadas taxas de cesariana não se justificam por demanda das gestantes. Embora a preferência pelo parto cirúrgico seja frequentemente citada como um fator determinante (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; COPELLI FHDS et al., 2015; DIAS MAB et al., 2008), estudos indicam que a decisão sobre a via de nascimento é amplamente influenciada por fatores estruturais e institucionais. A cesariana é frequentemente atribuída ao médico (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; DIAS MAB et al., 2008; DOMINGUES RMSM et al., 2014) e impulsionada por um modelo assistencial intervencionista, caracterizado pela medicalização excessiva, pela conveniência profissional e pela lógica de remuneração baseada no pagamento por procedimento, aspectos que reforçam sua predominância na rede suplementar (FERRARI AP et al., 2016; RUDEY EL et al., 2020).

Além dos aspectos institucionais, fatores socioeconômicos e obstétricos também influenciam essa escolha. A escolaridade materna, a estabilidade conjugal e a inserção no mercado de trabalho estão associadas a maiores taxas de cesariana (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; FERRARI AP et al., 2016). Do ponto de vista obstétrico, a ausência de partos normais prévios e a ocorrência de intercorrências na gestação frequentemente justificam essa indicação (DIAS BAS et al., 2022; DOMINGUES RMSM et al., 2014). Assim, a decisão pelo parto cirúrgico ocorre em um contexto em que fatores médicos, sociais e econômicos convergem para reforçar sua predominância na assistência obstétrica privada (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; RUDEY EL et al., 2020).

No entanto, a alta prevalência de cesarianas na rede suplementar e a limitada participação da mulher na decisão sobre sua via de parto, especialmente diante de intercorrências obstétricas, ainda são desafios persistentes. Assim, este estudo busca responder: De que maneira fatores gineco-obstétricos contribuem para essa escolha? Quem são os principais responsáveis pela decisão sobre a via de nascimento? Considerando a escassez de estudos sobre o tema, especialmente em grandes centros urbanos como Belo Horizonte, que ocupa um papel central no cenário sociopolítico, econômico e de saúde no Brasil, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre fatores gineco-obstétricos e o processo decisório sobre a via de nascimento na rede suplementar de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, que utilizou dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento". Esta pesquisa utilizou o mesmo método, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado "Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento", no qual foram incluídas todas as capitais brasileiras.

Para fins deste trabalho, foram incluídos os dados de quatro maternidades que atendem a Rede Suplementar de Saúde em Belo Horizonte. No cálculo amostral foi adotado um nível de significância de 5% e um poder estatístico de 80%, a amostra foi ajustada para manter a mesma proporção de nascidos vivos em cada uma das instituições analisadas.

As informações foram provenientes de um banco de dados eletrônico elaborado a partir da aplicação de questionários estruturados, conduzidos por enfermeiros previamente treinados, com as puérperas durante a sua internação hospitalar, pelo menos seis horas após o parto, no período de novembro de 2011 a março de 2013. Também foram utilizados dados dos prontuários maternos, obtidos após a alta hospitalar ou óbito. Outras informações sobre o processo de coleta de dados, logística de campo e características dos questionários estão disponíveis em estudo previamente publicado (VASCONCELLOS MTL et al., 2014).

Foram consideradas elegíveis, nas análises, todas as puérperas com parto hospitalar com gestação única, que tiveram como produtos da concepção recém-nascidos (RN) com 22 semanas gestacionais ou mais, RN vivos e com mais de 500 gramas de peso ao nascer. Assim, realizou-se uma análise de subpopulação, restringindo à subpopulação de interesse (223 puérperas).

Em relação às mulheres que apresentaram pelo menos alguma intercorrência clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto (e que poderiam estar associadas à indicação de cesariana), considerou-se intercorrência se houve pelo menos uma das seguintes condições presentes na base de dados: doenças clínicas pré-existentes, síndromes hipertensivas, diabetes, diabetes gestacional, infecção pelo HIV, crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodramnia, polidramnia, isoimunização, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, trabalho de parto prematuro, má-formação congênita grave, duas ou mais cesáreas prévias, falha de indução do parto e complicações na evolução do trabalho de parto (DOMINGUES RMSM et al., 2014), além de incompetência istmo-cervical (IIC), amniorrexe prematura, eclampsias, cirurgias uterinas prévias (miomectomia, micro cesárea ou outras cirurgias do corpo) e outros.

As variáveis incluídas neste estudo referem-se às características sociodemográficas, econômica e antecedentes obstétricos, clínicos, da gestação, do parto e assistenciais: idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, trabalho remunerado, paridade, partos normais e cesarianas prévios, realização do pré-natal, local de realização do pré-natal, número de consultas de pré-natal, realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional, intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação ou parto, indicações de cesariana, preferência inicial pela via de nascimento no início, decisão final pela via de nascimento no início e via de nascimento final. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico Software Statistical Software, versão 14.0.

A diferença entre as frequências foi testada por meio do Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fisher. As frequências, as proporções e os IC95% das proporções foram calculadas para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a média e o desvio padrão (DP), devido à simetria das variáveis.

Por fim, para avaliar a associação entre os fatores gineco-obstétricos (exposição) e a via de nascimento (desfecho) foram construídos modelos de regressão de Poisson bruto e ajustado por variáveis socioeconômicas (idade materna, cor, escolaridade e estado civil), conforme questão teórica. Para tanto, considerou-se que a prevalência do desfecho selecionado na população estudada foi frequente. As estimativas brutas e ajustadas foram apresentadas e os intervalos 95% de confiança (IC95%) calculados, considerando um nível de significância de 0,5 ($p < 0,5$) em todos os procedimentos analíticos.

Em algumas variáveis não havia registros nos prontuários resultando em perda de informações das seguintes variáveis: os dados de paridade de 107 (48,0%) das mulheres, dados referentes aos partos normais prévios e às cesarianas prévias constavam em apenas 92 (41,3%) cada. As outras variáveis refletem a totalidade das mulheres.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o protocolo CAAE-0246.0.203.000-11 e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas.

RESULTADOS

Foram consideradas elegíveis, neste estudo, 223 puérperas. Em relação aos fatores sociodemográficos e econômicos, a faixa etária mais prevalente entre as participantes foi de 20 a 34 anos (73,33%), com a média de idade de 31 anos (DP = 5,93). A maioria das mulheres declarou ter pele não branca (55,36%), ensino médio (51,01%), viver com o companheiro (88,41%) e possuir trabalho remunerado (73,33%). Quanto às características obstétricas, aproximadamente 63,00% das puérperas apresentavam um parto anterior à gravidez atual, todas relataram ter realizado o pré-natal, sendo que 96,60% das puérperas o realizaram no serviço particular de saúde, com o profissional médico (99,15%).

A **Tabela 1** apresenta a frequência das vias de nascimento. Observa-se que cerca de 70% das mulheres tiveram o parto por cesariana:

Tabela 1- Frequência das vias de nascimento. Belo Horizonte, 2011-2013.

| Via de nascimento | n | % | IC95% |
|-------------------|------------|---------------|---------------|
| Parto Normal | 69 | 30,94 | (0,25- 0,37) |
| Cesariana | 154 | 69,06 | (0,63 – 0,75) |
| Total | 223 | 100,00 | |

Fonte: Ribeiro CL, et al., 2025.

Nota: IC95%=Intervalo 95% de Confiança.

A **Tabela 2** apresenta a descrição da amostra, de acordo com a via de nascimento final. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis de acordo com a via de parto final: número de partos normais e cesáreas prévios à gestação atual ($p < 0,001$), realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional ($p < 0,001$) e intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto ($p < 0,001$).

Tabela 2- Descrição da amostra segundo via de nascimento final. Belo Horizonte, 2011-2013.

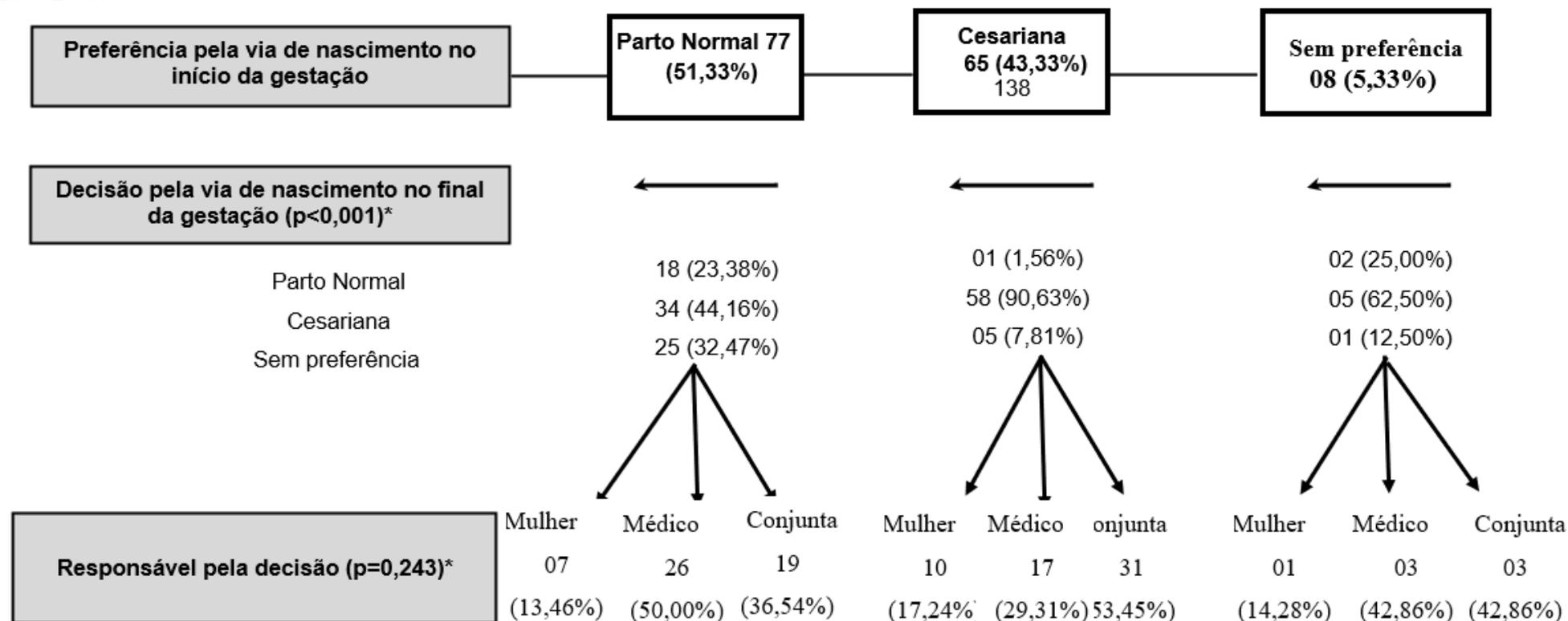
| Características Maternas | Parto Normal n = 70 (30,43%) | | Cesariana n = 160 (69,57%) | | Total n = 223 (100,00%) | | Valor de p |
|---|------------------------------------|--------|----------------------------------|--------|-------------------------------|--------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Potenciais ajustes | | | | | | | |
| Idade (anos) | | | | | | | |
| < 20 | 06 | 66,67 | 03 | 33,33 | 09 | 4,04 | 0,068** |
| 20 - 34 | 48 | 28,74 | 119 | 71,26 | 167 | 74,89 | |
| 35 ou mais | 15 | 31,91 | 32 | 68,09 | 47 | 21,07 | |
| Cor da pele | | | | | | | |
| Branca | 30 | 30,93 | 67 | 69,07 | 97 | 43,50 | 0,331** |
| Preta | 07 | 50,00 | 07 | 50,00 | 14 | 6,28 | |
| Parda/Morena/Mulata | 31 | 29,81 | 73 | 70,19 | 104 | 46,64 | |
| Amarela/Oriental/Indígena | 01 | 12,50 | 07 | 87,50 | 08 | 3,59 | |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Nenhuma /Ensino fundamental | 08 | 40,00 | 12 | 60,00 | 20 | 8,97 | 0,577* |
| Ensino médio (2º grau) | 38 | 31,40 | 83 | 68,60 | 121 | 54,26 | |
| Ensino superior (3º grau) | 23 | 28,05 | 59 | 71,95 | 82 | 36,77 | |
| Situação Conjugal | | | | | | | |
| Vive com o companheiro | 57 | 29,53 | 136 | 70,47 | 193 | 86,55 | 0,249* |
| Não vive com o companheiro | 12 | 40,00 | 18 | 60,00 | 30 | 13,45 | |
| Trabalho remunerado | | | | | | | |
| Sim | 46 | 28,93 | 113 | 71,07 | 159 | 71,30 | 0,306* |
| Não | 23 | 35,94 | 41 | 64,06 | 64 | 28,70 | |
| Potenciais exposições | | | | | | | |
| Paridade | | | | | | | |
| Nenhum parto anterior (Primíparas) | 03 | 20,00 | 12 | 80,00 | 15 | 14,02 | 0,378** |
| Um parto anterior | 27 | 39,13 | 42 | 60,87 | 69 | 64,49 | |
| Mais de um parto anterior | 07 | 30,43 | 16 | 69,57 | 23 | 21,49 | |
| Partos normais prévios | | | | | | | |
| Nenhum | 01 | 02,04 | 48 | 97,96 | 49 | 53,26 | <0,001** |
| 1 | 27 | 79,41 | 07 | 20,59 | 34 | 36,96 | |
| 2 | 05 | 62,50 | 03 | 37,50 | 08 | 8,70 | |
| 3 ou mais | 01 | 100,00 | - | - | 01 | 1,09 | |
| Cesarianas prévias | | | | | | | |
| Nenhuma | 33 | 86,84 | 05 | 13,16 | 38 | 41,30 | <0,001** |
| 1 | - | - | 44 | 100,00 | 44 | 47,83 | |
| 2 | 01 | 12,50 | 07 | 87,50 | 08 | 8,70 | |
| 3 ou mais | - | - | 02 | 100,00 | 02 | 2,17 | |
| Realização do Pré-natal | | | | | | | |
| Sim | 69 | 30,94 | 154 | 69,06 | 223 | 100,00 | |
| Não | - | - | - | - | - | - | |
| Local de realização do Pré-natal | | | | | | | |
| Serviço público | 04 | 44,44 | 05 | 55,56 | 09 | 4,04 | 0,463** |
| Serviço particular | 65 | 30,37 | 149 | 69,63 | 214 | 95,96 | |
| Realização do pré-natal e parto com o mesmo profissional | | | | | | | |
| Sim | 17 | 17,53 | 80 | 82,47 | 97 | 43,50 | <0,001* |
| Não | 52 | 41,27 | 74 | 58,73 | 126 | 56,50 | |
| Intercorrência clínica ou obstétrica na gravidez ou no parto | | | | | | | |
| Ausência | 53 | 52,48 | 48 | 47,52 | 101 | 45,30 | <0,001* |
| Presença | 16 | 13,11 | 106 | 86,89 | 122 | 54,70 | |

Fonte: Ribeiro CL, et al., 2025.

Notas: *Qui-quadrado de Pearson; ** Teste exato de Fisher; p-valor em negrito $\leq 0,05$.

Quanto às intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez ou no parto, salienta-se que a principal intercorrência observada entre as mulheres participantes foi síndromes hipertensivas (8,52%). Em relação à preferência inicial pela via de nascimento no início da gravidez, entre as mulheres sem intercorrência na gestação ou parto, 51,33% das puérperas tinham preferência pelo parto normal, proporção que reduziu ao término da gestação: 23,38%. Observou-se que 16,67% das puérperas que tinham preferência pelo parto normal no início da gestação tiveram, ao final, parto normal, sem intercorrências. Em relação às que tiveram a cesariana como via de nascimento final, 51,89% possuíam como preferência inicial de via nascimento o parto normal e 3,77% não tinham preferência pela via de parto no início da gravidez ($p=0,020$) (**Figura 1**).

Figura 1- Preferência das puérperas pela via de nascimento no início da gestação e decisão próxima ao parto (mulheres sem intercorrências). 63Belo Horizonte, 2011-2013.



Fonte: Ribeiro CL, et al., 2025.

Nota: * Teste exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O presente estudo indica que a decisão sobre a via de nascimento na rede suplementar de saúde de Belo Horizonte é influenciada por fatores médicos, institucionais e socioeconômicos, resultando em uma predominância da cesariana, muitas vezes sem justificativa clínica evidente. A literatura corrobora essa tendência ao apontar que a prática obstétrica no setor privado favorece a cesariana eletiva em detrimento do parto normal, mesmo em gestações de baixo risco (BRASILEIRO AC e PEREIRA FA, 2021; DIAS BA, et al., 2022; FERRARI AP, et al., 2016).

Neste estudo, observou-se uma elevada prevalência de cesarianas com 69,06% dos nascimentos ocorrendo por essa via, tanto em mulheres com até 34 anos (69,32%) quanto entre as com 35 anos ou mais (68,09%). Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no estado de São Paulo, que apontou uma taxa média de cesarianas de 80% na rede suplementar entre 2015 e 2021, variando de 69% entre mulheres jovens (10-24 anos) a 86% entre mulheres de 40 a 49 anos (SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024). No mesmo período, a taxa média de cesarianas no SUS foi de 45%, evidenciando uma discrepância entre os dois sistemas de saúde (SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024).

A análise das características sociodemográficas revelou que mulheres com maior escolaridade e que realizaram o pré-natal no setor privado apresentaram maior taxa de cesariana. Esses achados reforçam as evidências de que fatores como nível educacional e acesso à assistência privada influenciam a escolha da via de parto, favorecendo a cesariana (BRASILEIRO AC e PEREIRA FA, 2021). Esse fenômeno está alinhado a estudos que indicam que mulheres de classes mais altas tendem a considerar a cesariana uma opção mais segura e previsível, enquanto o parto vaginal pode ser visto como mais incerto, associado a riscos (LEAL MC, et al., 2017) e maior dor (COPELLI FH, et al., 2015). Deve-se considerar ainda que muitas mulheres optam pela cesariana para evitar uma experiência negativa de parto, muitas vezes associada à violência obstétrica, tais como intervenções não consentidas/aceitas com informações parciais, cuidado indigno, abuso verbal; abuso físico; cuidado não confidencial/privativo e discriminação, entre outras (LANSKY S, et al., 2019).

Além disso, observou-se que mulheres em união estável e com trabalho remunerado apresentaram maior prevalência de cesarianas, possivelmente em razão da necessidade de planejamento da licença-maternidade e da percepção de maior previsibilidade do procedimento, frequentemente visto como um avanço tecnológico em comparação ao parto vaginal, considerado menos controlável (DIAS MA, et al., 2016; FERRARI AP, et al., 2016). Ressalta-se, ainda, que a cesariana a pedido da mulher está entre os principais fatores associados ao aumento dessa via de nascimento em diversos países, embora a decisão médica frequentemente prevaleça nesse processo (BRASILEIRO AC e PEREIRA FA, 2021; COPELLI FH, et al., 2015).

Embora a cesariana a pedido da mulher seja amplamente debatida, a literatura indica que a maioria das gestantes inicia a gravidez desejando o parto normal. Muitas elaboram planos de parto com preferências sobre procedimentos e intervenções, mas, ao longo da gestação, acabam sendo submetidas à cesariana, muitas vezes sem uma justificativa clínica adequada (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; DOMINGUES RMSM et al., 2014). Os dados deste estudo evidenciam essa mudança: aquelas que inicialmente desejavam o parto normal ou não tinham preferência definida, em sua maioria, optaram pela cesárea ao final da gestação. Em contraste, as mulheres que preferiam a cesariana desde o início mantiveram sua escolha até o momento do parto. Esse padrão sugere uma forte influência de fatores externos, especialmente dos médicos, que desempenham um papel central na tomada de decisão, seja individualmente ou em conjunto com as gestantes.

A continuidade do cuidado pelo mesmo profissional pode influenciar a mudança de preferência pela via de parto (FERRARI AP et al., 2016; SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024). O presente estudo identificou que a realização do pré-natal e do parto com o mesmo médico esteve significativamente associada a uma maior taxa de cesariana. O vínculo de confiança estabelecido durante a gestação pode reformular a percepção das mulheres sobre os riscos e benefícios do parto, muitas vezes levando-as a optar pela cesariana (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; DOMINGUES RMSM et al., 2014). No setor suplementar, esse modelo prioriza a previsibilidade e a conveniência profissional, enquanto a estrutura de remuneração médica desestimula o parto normal, reforçando o modelo tecnocrático (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024).

Outro aspecto evidenciado foi o impacto da história obstétrica na escolha da via de nascimento. A ausência de partos vaginais anteriores esteve fortemente associada à cesariana, o que corrobora estudos que indicam que a primiparidade e cesáreas prévias são fortes preditores para uma nova cesariana (DIAS BAS et al., 2022; DOMINGUES RMSM et al., 2014). No Brasil, há uma tendência de "cascata de cesarianas", em que mulheres submetidas à primeira cesariana encontram dificuldades para ter um parto vaginal subsequente, devido à resistência de profissionais em oferecer tentativa de parto vaginal (RUDEY EL et al., 2020; VOGEL JP et al., 2015).

O impacto das intercorrências obstétricas na escolha da via de parto também se destacou nos achados deste estudo. As síndromes hipertensivas foram a intercorrência mais frequente entre as mulheres participantes, e sua presença esteve associada a uma maior proporção de cesarianas. Embora a hipertensão gestacional seja um fator de risco legítimo para complicações perinatais, a decisão pela cesárea nem sempre é baseada em critérios clínicos rigorosos. Estudos apontam que diagnósticos como sofrimento fetal e desproporção céfalo-pélvica são frequentemente utilizados sem critérios objetivos, contribuindo para a alta taxa de cesarianas desnecessárias (DIAS BAS et al., 2022; DOMINGUES RMSM et al., 2014). Ademais, muitas condições que poderiam ser manejadas no parto normal acabam servindo como justificativa para cesarianas eletivas em um contexto de cultura intervencionista (SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024).

Ressalta-se que a cesariana, quando realizada sem indicação clínica está relacionada ao aumento da prematuridade iatrogênica, ao baixo peso ao nascer, ao risco da Síndrome respiratória do recém-nascido, ao óbito neonatal, além do enfraquecimento do vínculo materno-infantil, da amamentação na primeira hora de vida e o fortalecimento do desmame precoce (FERREIRA ALS et al., 2022). Associa-se, ainda, a sequelas na gestação atual e nas subsequentes, além de gerar uma elevação de gastos para o sistema de saúde - considerando o retardo na recuperação puerperal e o aumento dos gastos com medicações e cuidados da equipe multidisciplinar (SILVA RP e PAZIN-FILHO A, 2024).

Para monitorar e qualificar a indicação das cesarianas, a Organização Mundial da Saúde recomenda a Classificação de Robson, ferramenta que categoriza os perfis obstétricos e avalia a adequação das taxas do procedimento nos diferentes contextos assistenciais (RUDEY EL et al., 2020; VOGEL JP et al., 2015; WHO, 2017). No Brasil, a adoção dessa metodologia permitiria identificar grupos específicos em que há maior incidência de cesáreas sem indicação clínica, subsidiando estratégias para reduzir sua prevalência. No entanto, na rede suplementar, a implementação dessa ferramenta ainda enfrenta resistência, especialmente por parte dos hospitais privados, que têm pouca transparência na divulgação de suas taxas de cesariana (RUDEY EL et al., 2020).

A participação da mulher no processo decisório também foi analisada. No presente estudo, em 39,24% dos casos, a decisão pela cesariana foi atribuída exclusivamente ao médico, reforçando a assimetria de poder entre profissionais e usuárias. Dados indicaram que a maior parte das participantes teve a cesariana determinada exclusivamente pelo profissional de saúde, o que reforça a assimetria de poder na relação médico-paciente (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; RUDEY EL et al., 2020). Essa constatação é preocupante, pois diretrizes nacionais e internacionais defendem a participação ativa das mulheres nesse processo, com acesso a informações claras e baseadas em evidências (RUDEY EL et al., 2020). A falta de diálogo entre gestantes e profissionais de saúde pode levar à aceitação passiva de condutas que não necessariamente refletem suas preferências ou necessidades clínicas (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021).

Para enfrentar esse desafio, é estratégico fortalecer o papel das enfermeiras obstétricas e obstetrias na rede suplementar, promovendo práticas baseadas em evidências. Modelos de assistência liderados por esses profissionais estão associados a menores taxas de cesarianas e melhores desfechos materno-infantis (LEAL MDC et al., 2018; MENDES YMMBE e RATTNER D, 2020). Experiências como o Programa Parto Adequado, lançado em 2015, demonstram que é possível reduzir cesáreas desnecessárias no setor privado ao incentivar o parto espontâneo. Esse modelo se apoia na qualificação da assistência, na adoção de intervenções eficazes e na disseminação de boas práticas, garantindo o engajamento institucional para transformar a cultura obstétrica vigente (CAMPOS ASDQ, et al., 2024)

Além disso, é fundamental promover práticas de educação em saúde para as gestantes (e seus acompanhantes) sobre os benefícios do parto normal e garantir que suas decisões sejam respeitadas dentro do processo assistencial. No processo de decisão pela via de nascimento, destaca-se a importância dos profissionais no acolhimento às mulheres, companheiro e familiares, principalmente durante o pré-natal (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021; LEAL MDC et al., 2019; VOGEL JP et al., 2015). É importante o fortalecimento do vínculo, por meio do oferecimento de informações baseadas em evidências científicas, visando o empoderamento e autonomia da mulher, a fim de que se tornem menos vulneráveis a opiniões alheias. Embora a escolha informada seja um direito das mulheres, muitas o desconhecem e acabam aceitando intervenções desnecessárias como parte de uma rotina obstétrica historicamente consolidada na prática obstétrica brasileira (LEAL MC, et al., 2017).

As limitações deste estudo incluem seu delineamento transversal, que não permite estabelecer causalidade, e a restrição da amostra à rede suplementar de saúde de Belo Horizonte, limitando a generalização dos achados. Além disso, houve perda de alguns dados, intrínseca ao fato de a coleta de dados ter sido realizada, também, em prontuários. Contudo, as análises de sensibilidade demonstraram que este aspecto não afetaria de forma considerável as estimativas deste estudo.

A garantia de uma assistência humanizada, com o resgate e fortalecimento da autonomia das gestantes, além do entendimento dos profissionais de que o parto é um evento fisiológico e natural, podem, indubitavelmente, contribuir para a redução das taxas de cesarianas, principalmente as sem indicações clínicas, no Brasil e no mundo (BRASILEIRO ACM e PEREIRA FA, 2021). Os achados deste estudo contribuem para a compreensão dos fatores que determinam a escolha da via de nascimento na rede suplementar e reforçam a necessidade de mudanças estruturais para garantir um modelo de cuidado mais humanizado.

CONCLUSÃO

Este estudo evidencia que a atenção obstétrica, especialmente na rede suplementar de saúde, exerce forte influência na decisão pela via de nascimento, sendo impactada por fatores médicos, institucionais e socioeconômicos, o que contribui para a alta prevalência de cesarianas, muitas sem justificativa clínica. A estrutura assistencial, centrada na medicalização do parto e na conveniência profissional, limita a participação ativa das mulheres no processo decisório. Diante disso, torna-se essencial que o trabalho em equipe multi/interdisciplinar seja adotado como uma ação estratégica para garantir uma assistência qualificada e segura. A formação e a atuação integrada de diferentes disciplinas profissionais podem favorecer um modelo mais humanizado e baseado em evidências científicas, assegurando o protagonismo das mulheres na gestação, parto e puerpério e contribuindo para a redução de cesarianas desnecessárias.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), conforme Chamada Pública Edital 01/2011, Processo APQ– 01275-11.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ficha técnica – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) – ano-base 2023. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2024.
2. BRASILEIRO ACM, PEREIRA FA. Cesarianas eletivas no Brasil: exercício ou negação da autonomia das pacientes? *Revista do Instituto de Ciências Penais*, 2021; 6(1): 185–221.
3. CAMPOS ASDQ, et al. Efetividade do Programa Parto Adequado na diminuição das taxas de cesárea de maternidades privadas no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2024; 40(9): e00216623..
4. COPELLI FHDS et al. Determinants of women's preference for cesarean section. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2015; 24(2): 336–343.

5. DIAS BAS et al. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, 2022; 38(6): e00073621.
6. DIAS MAB et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(5): 1521–1534.
7. DIAS MAB et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reproductive Health*, 2016; 13(S3): 114.
8. DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, 2009; 19(2): 313.
9. DOMINGUES RMSM et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(Suppl 1): S101–S116.
10. FERRARI AP, et al. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2016; 19(1): 75–88.
11. FERREIRA ALS et al. Consequências do parto cesárea sem indicação clínica. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 2022; 210–219.
12. IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.
13. LANSKY S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(8): 2811–2824.
14. LEAL MDC et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(6): 1915–1928.
15. LEAL MDC et al. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 2019; 26(1): 319–334.
16. LEAL MDC et al. A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00078816.
17. MENDES YMMBE, RATTNER D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Revista de Saúde Pública*, 2020; 54: 23.
18. MOTTA CT, MOREIRA MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(10): 4397–4409.
19. OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [s.l.: s.n.].
20. OPAS. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região. Washington: OPAS, 2017.
21. PIRES RCR et al. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023; 28(7): 2119–2133.
22. RUDEY EL, LEAL MDC, REGO G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. *Medicine*, 2020; 99(17): e19880.
23. SILVA RP, PAZIN-FILHO A. Taxa e custos médicos diretos de cesáreas em beneficiárias da saúde suplementar no estado de São Paulo, Brasil: 2015 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29: e00512023.
24. VASCONCELLOS MTL, et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(Suppl 1): S49–S58.
25. VILELA MEDA, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(3): 789–800.
26. VOGEL JP et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *The Lancet Global Health*, 2015; 3(5): e260–e270.
27. WHO. Robson classification: implementation manual. Geneva: World Health Organization, 2017.