



Características sociodemográficas por trás das taxas de cesáreas em Pernambuco

Sociodemographic characteristics behind cesarean section rates in Pernambuco

Características sociodemográficas detrás de las tasas de cesárea en Pernambuco

Renata Ferreira de Araujo¹, Dayana Cecília de Brito Marinho¹, Maria Inês Bezerra de Melo¹, Viviane Maria Gomes de Araujo¹, Mayara Crystina Rodrigues Gomes¹, Sanayara Tavares Lima¹, Rayssa Joana Mendes da Rocha Pimentel¹, Thais de Albuquerque Corrêa¹, Suênia Bezerra dos Santos Moraes Lopes¹, Taynã Cristina de Freitas Almeida¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar as características maternas e do pré-natal que podem influenciar na decisão da via de parto no Estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, retrospectivo e quantitativo, utilizando dados secundários temporais coletados da base de dados, com recorte temporal de 5 anos. O estudo ocorreu entre julho de 2024 e novembro de 2024. A pesquisa foi realizada com mulheres com gestação única, no Estado de Pernambuco, entre os anos de 2019 a 2023 e que tiveram a declaração de nascido vivo preenchidas e anexadas no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC). A análise de dados foi realizada através de tabelas com características sócio-demográficas geradas automaticamente pelo SINASC e cálculo de porcentagem que representa o número de cesáreas de acordo com cada característica analisada. **Resultados:** Mulheres brancas, com maior grau de instrução, maior faixa etária, com cesáreas prévias ou fetos em apresentação pélvica representam o público com maior incidência nas taxas de cesáreas no Estado de Pernambuco. **Conclusão:** A análise dos dados obtidos a partir da base do SINASC de Pernambuco revelou padrões e tendências relevantes sobre as características maternas e do pré-natal que influenciam a escolha da via de parto. O estudo mostrou que fatores sociodemográficos estão diretamente relacionados à escolha da cesariana.

Palavras-chave: Trabalho de parto, Parto normal, Cesárea, Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To evaluate maternal and prenatal characteristics that can influence the decision on the route of delivery in the State of Pernambuco. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, retrospective and quantitative, using secondary temporal data collected from the database, with a time frame of 5 years. The study took place between July 2024 and November 2024. The research was carried out with women with a single pregnancy, in the State of Pernambuco, between the years 2019 and 2023 and who had the live birth declaration completed and attached to the Live Birth System (SINASC). Data analysis was carried out using tables with socio-demographic characteristics automatically generated by SINASC and calculating the percentage that represents the number of cesarean sections according to each characteristic analyzed. **Results:** White women, with a higher level of education, older age group, with previous cesarean sections or fetuses in breech presentation represent the public with the highest incidence of cesarean section rates in the State of Pernambuco. **Conclusion:** Analysis of data obtained from the SINASC database of Pernambuco revealed relevant patterns and trends regarding maternal and prenatal characteristics that influence the choice of route of delivery. The study showed that sociodemographic factors are directly related to the choice of cesarean section.

Keywords: Labor, Natural birth, Cesarean section, Obstetric nursing.

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife – Pernambuco.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar características maternas y prenatales que pueden influir en la decisión sobre la vía del parto en el Estado de Pernambuco. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y cuantitativo, utilizando datos temporales secundarios recopilados de la base de datos, con un horizonte temporal de 5 años. El estudio se realizó entre julio de 2024 y noviembre de 2024. La investigación fue realizada con mujeres con embarazo único, en el Estado de Pernambuco, entre los años 2019 y 2023 y que tenían la declaración de nacido vivo completada y adjunta al Sistema Nacido Vivo. (SINASC). El análisis de los datos se realizó mediante tablas con características sociodemográficas generadas automáticamente por el SINASC y calculando el porcentaje que representa el número de cesáreas según cada característica analizada. **Resultados:** Las mujeres blancas, con mayor nivel de escolaridad, grupo de mayor edad, con cesáreas previas o fetos en presentación podálica representan el público con mayor incidencia de cesáreas en el Estado de Pernambuco. **Conclusión:** El análisis de los datos obtenidos de la base de datos del SINASC de Pernambuco reveló patrones y tendencias relevantes en relación con las características maternas y prenatales que influyen en la elección de la vía de parto. El estudio demostró que los factores sociodemográficos están directamente relacionados con la elección de la cesárea.

Palabras clave: Parto, Parto natural, Cesárea, Enfermería obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto e nascimento são eventos fisiológicos na vida da mulher, onde temos como participantes o conteúdo uterino, classificado pelo feto e seus anexos; a bacia obstétrica, que recebe o nome de passagem; e o motor, que são as contrações uterinas. A este conjunto, nomeia-se mecânica do parto. O diagnóstico de trabalho de parto se estabelece a partir de contrações uterinas regulares, acompanhadas da progressiva mudança cervical. Na fase ativa do trabalho de parto as contrações uterinas se apresentam numa frequência de duas a três em dez minutos. Podendo chegar até cinco em dez minutos durante a fase do expulsivo, onde também ocorre a contração voluntária da musculatura abdominal, também conhecida como puxo, que tem como objetivo aumentar a pressão abdominal e ajudar na descida do feto. (ZUGAIB M e VIEIRA RP, 2016).

Atualmente, essa fisiologia não tem sido experimentada como algo natural, tendo em vista que maioria das gestantes têm seus filhos por meio de um processo cirúrgico: a cesárea (BRASIL, 2013). Quando tem indicação médica, a cesariana é capaz de salvar vidas. Mas, quando suas taxas ultrapassam os 10%, não está associada à redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2015).

As indicações de cesárea estão divididas em absolutas e relativas, sendo essas, raras (SOUZA ASR, et al., 2010a; SOUZA ASR, et al., 2010b). Logo, não há justificativas para porcentagens que ultrapassem estes números. Estamos diante de um sério problema de saúde pública, tendo em vista que o procedimento não está isento de riscos, como complicações, podendo estas serem permanentes ou não, sequelas e até mesmo morte (OMS, 2015).

Cabe, neste momento, fazer uma análise histórica da assistência obstétrica no país: Antes da atenção obstétrica ser estabelecida em ambiente hospitalar, os cuidados durante o parto eram prestados por mulheres conhecidas da família, com experiências adquiridas em seus partos ou acompanhando outras mulheres. Recebiam o nome de parteiras, e atuavam em ambiente domiciliar. Os cuidados das parteiras são centrados na mulher e na família, com conhecimento adquirido através de relatos de parteiras mais antigas, não se fazendo necessário embasamento científico, lançando mão do uso de chás, orações, posições corporais e rituais que fazem parte da cultura dessas mulheres (GOMES SC, et al., 2021).

Atualmente, nas comunidades ribeirinhas e de difícil acesso as parteiras seguem protagonizando o cuidado às gestantes. Contudo, mesmo com o reconhecimento social, não podem atuar legalmente nos serviços de saúde (SILVA SC, et al., 2021).

O parto domiciliar é o modelo menos bem aceito pelo sistema biopolítico atualmente. Frequentemente o parto fisiológico é associado ao sentimento de temor, dor, complicações e riscos. Como se a mulher não conseguisse fazer isso fora do ambiente hospitalar. As cesáreas eletivas, modelo predominante, com dia e horário marcados previamente ao trabalho de parto, possibilitam gerenciar as agendas dos serviços de

saúde, dos médicos e até mesmo das gestantes (CARVALHO MK e SANTOS RC, 2020). No processo de gestar e nascer, o profissional de saúde tem a sua importância, mas deve sempre ocupar o papel de coadjuvante, auxiliando nessa experiência (BRASIL, 2013).

Além de colocar a mulher em um papel de protagonismo que desagradava a muitos, o parto natural apresenta menor rentabilidade. Não possui data certa para iniciar nem horário para terminar, o que pode ocasionar cancelamentos de atendimentos e afetar a agenda de profissionais. Já a cesariana segue uma lógica de produtividade. Em uma sociedade onde tempo se traduz em dinheiro, "perder tempo" é algo malvisto (CARVALHO MK e SANTOS RC, 2020).

Em 2011, o Governo Federal introduziu a estratégia denominada Rede Cegonha, com o propósito de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, além de assegurar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, reconhecendo-as para além da função reprodutiva. O documento destaca que a realização de um pré-natal de qualidade é o passo inicial para garantir partos e nascimentos saudáveis. Também enfatiza o papel relevante dos enfermeiros obstetras e obstetrias durante o período da gravidez e pós-parto, assim como a importância do estímulo ao nascimento em centros de parto normal, casas de parto e hospitais (BRASIL, 2013).

Mais tarde, o Ministério da Saúde elaborou o documento intitulado "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", com a finalidade de instruir tanto os profissionais da saúde quanto a população sobre as práticas mais apropriadas com base nas evidências disponíveis. Nesse documento, recomenda-se fornecer informações, durante o pré-natal, parto e puerpério, sobre os riscos e benefícios do parto e nascimento, promovendo a participação da gestante na escolha, a qual deve, preferencialmente, estar formalizada por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, indicando os fatores que influenciaram essa decisão e qual foi o mais determinante (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde reconhece que a cesariana está associada a implicações complexas, assim como os motivos que levam ao seu uso em excesso também envolvem uma série de fatores, como a forma centralizada com que a assistência ao parto é estruturada no Brasil, sem valorização da atuação em equipe; os aspectos socioculturais; e as falhas na qualidade dos serviços de saúde. O Ministério também ressalta que a assistência pré-natal oferecida ainda é deficiente no que diz respeito à preparação para o parto e o nascimento (BRASIL, 2015).

No ano de 2022, foi sancionada a Lei nº 14.443, que modifica a Lei nº 9.263/1996, permitindo que a laqueadura seja realizada a partir dos 21 anos de idade ou para mulheres com pelo menos dois filhos vivos, desde que se respeite o intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a cirurgia (BRASIL, 2022). Um aspecto relevante dessa nova legislação é a autorização para que a laqueadura possa ser realizada durante o parto, o que anteriormente só era possível em situações comprovadamente necessárias ou após múltiplas cesarianas (BRASIL, 1996).

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou uma Portaria que substitui a Rede Cegonha pela Rede Alyne. Essa Portaria estabelece a meta de reduzir em 25% a mortalidade materna até 2027, promovendo maior investimento em recursos financeiros, materiais e logísticos para a assistência a gestantes e recém-nascidos, além de melhorar o pré-natal e ampliar a oferta de exames recomendados nesse período (BRASIL, 2024). Alyne foi uma jovem negra de 28 anos que faleceu após o parto, vítima de negligência médica. Seu caso fez com que o Brasil fosse o primeiro país condenado pelo Sistema Global de Direitos Humanos por morte materna. No Brasil, existem muitas outras "Alynes", cujas histórias, em sua maioria, não chegaram ao conhecimento da mídia.

Com os avanços na medicina e a capacidade de antecipar possíveis complicações, as gestantes passaram a ser vistas dentro de uma lógica de risco. O parto vaginal, considerado imprevisível, foi sendo substituído pela cesariana, apresentada como uma alternativa segura capaz de evitar contratempos. O desenvolvimento de novas técnicas e a simplificação do procedimento contribuíram para que a cesárea deixasse de ser apenas uma possibilidade, tornando-se quase uma norma. Enquanto os obstetras de gerações passadas atuavam quando o momento chegava, os profissionais atuais buscam antecipar e controlar os eventos, tentando prevenir intercorrências (NAKANO AR, et al., 2017).

Uma análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) aponta que, desde 2016, há um crescimento significativo no número de cesarianas realizadas. A estimativa para o ano de 2023 indica que 59,08% dos partos foram cirúrgicos (SINASC, 2023). Esse dado representa quase cinco vezes o limite considerado adequado. O SINASC, que utiliza dados da Declaração de Nascido Vivo preenchida pelas instituições de saúde, permite identificar características sociodemográficas que podem influenciar a escolha da via de parto.

Durante a residência em enfermagem obstétrica, esse tema despertou grande inquietação, principalmente diante da observação prática de um elevado número de mulheres submetidas a cesarianas, muitas vezes sem indicação clínica justificável. A partir dessas constatações, decidiu-se investigar as características maternas e do pré-natal que podem interferir na decisão sobre a via de parto.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e quantitativo, baseado em dados secundários temporais extraídos da base de dados pública do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), referente ao período dos últimos 5 anos. A amostra foi composta por mulheres com gestação única, que realizaram seus partos entre 2019 e 2023 no estado de Pernambuco. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: gestações múltiplas, gestantes de outros estados e ausência de preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos. O número de participantes foi determinado pela quantidade de registros disponíveis na fonte de dados utilizada.

Como os dados são públicos, a pesquisa foi isenta de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após a coleta, os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva simples, e os resultados foram apresentados por meio de tabelas. A análise de dados foi realizada através de tabelas com características sócio-demográficas geradas automaticamente pelo SINASC e cálculo de porcentagem que representa o número de cesáreas de acordo com cada característica analisada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que quanto maior a idade da mulher, maior a incidência de cesáreas (**Tabela 1**). Dentre as possibilidades de explicação para este achado, ressalta-se o desejo pela laqueadura tubária intraparto, a qual foi permitida pela Lei 14.443/2022. Considerando também a alteração na idade mínima para o procedimento, há a possibilidade do aumento de cesáreas nos próximos anos.

Tabela 1 - Tipo de partos segundo a idade da mãe (2019-2023).

Idade	Vaginal	Cesárea	Ignorado	TOTAL	% cesárea
TOTAL	295 894	312 280	387	608 561	51,3%
10-14 anos	3 136	1 440	3	4 579	31,4%
15-19 anos	61 890	30 408	58	92 356	32,9%
20-24 anos	90 476	67 593	86	158 155	42,7%
25-29 anos	67 174	80 295	89	147 558	54,4%
30-34 anos	44 507	72 964	85	117 556	62,06%
35-39 anos	22 468	46 018	55	68 541	67,1%
40-44 anos	5 860	12 785	10	18 655	68,5%
45-49 anos	356	716	1	1 073	66,7%
50-54 anos	21	52	-	73	71,2%
55-59 anos	1	5	-	6	83,33%
60-64 anos	3	4	-	7	57,14%
65-69	1	-	-	1	0%
Idade ignorada	1	-	-	1	-

Fonte: Araujo RF, et al., 2025.

A respeito do número de consultas de pré-natal, observou-se que, ao contrário do que esperamos, quanto maior o número de consultas realizadas, maior a chance da via de parto ser por cesariana (**Tabela 2**). Vale destacar que, para o Ministério da Saúde, um pré-natal com 6 consultas ou mais é considerado adequado (BRASIL, 2012). Estudos mostram que a maioria das mulheres iniciam o pré-natal demonstrando preferência pelo parto via vaginal, mas que essa preferência reduz no final da gestação, e a cesariana apresenta um aumento significativo, sobretudo naquelas que tiveram seu pré-natal realizado em serviços particulares ou que ainda não haviam decidido sua via de parto durante a gestação. Aquelas que já iniciaram o pré-natal decididas pela cesariana, apresentaram maior taxa de parto antes do trabalho de parto ser iniciado (DOMINGUES RMSM, et al., 2014).

Tabela 2 - Tipo de parto segundo número de consultas pré-natal 2019-2023.

Nº de consultas	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	% de cesáreas
Total	295 894	312 280	387	608 561	51,3%
7 ou mais	204 628	246 085	278	450 991	54,5%
4 a 6	62 836	51 802	77	114 715	45,1%
1 a 3	19 889	2 509	278	450 991	0,55%
Ignorado	2 877	2 321	5	5 203	44,6%
Nenhuma	5 664	2 509	15	8 188	30,6%

Fonte: Araujo RF, et al., 2025.

Mulheres brancas são mais frequentemente submetidas à cesariana, quanto que mulheres pretas e indígenas têm maior número de partos vaginais (**Tabela 3**), o que está muito associado ao racismo obstétrico no Brasil. Mulheres pretas e pardas, ainda que em condições socioeconômicas similares às de mulheres brancas, apresentam pior adequação ao pré-natal e à vinculação à maternidades (LEAL MC, et al., 2017).

Tabela 3 - Tipo de parto de acordo com a cor/raça 2019-2023.

Cor/raça	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	%
Total	295 894	312 280	387	608 561	51,3%
Branca	41 925	71 781	100	113 806	63,07%
Preta	19 935	16 630	29	36 594	45,4%
Amarela	903	876	1	1 780	49,2%
Parda	225 671	216 747	238	442 656	48,9%
Indígena	3 308	2 660	4	5 972	44,5%
Ignorado	4 152	3 586	15	7 753	46,2%

Fonte: Araujo RF, et al., 2025.

Mulheres com maior grau de instrução estão mais suscetíveis ao parto por via cirúrgica (**Tabela 4**). A explicação para este achado é que existe uma maior taxa de cesáreas anteriores no grupo de mulheres com maior escolaridade (FREITAS PF e SAVI EP, 2011).

Tabela 4 - Tipo de parto segundo instrução da mãe.

Instrução	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	% de cesa
TOTAL	295 894	312 280	387	608 561	51,3%
Nenhuma	1 780	897	2	2 679	33,4%
1-3 anos	8 933	5 721	8	14 662	39,01%
4-7 anos	63 422	40 828	52	104 302	39,14%
8-11 anos	192 245	191 536	220	384 001	49,87%
12 anos ou mais	25 442	71 158	95	96 695	73,5%
Ignorado	4 072	2 140	10	6 222	34,3%

Fonte: Araujo RF, et al., 2025.

Com relação ao Apgar, os dados mostraram que 57,2% dos bebês que apresentaram nota menor que 8 no 1º minuto, nasceram de cesárea, enquanto que no 5º minuto, esse número corresponde a 46,8% do valor total. Um estudo retrospectivo de caso-controle não pareado, realizado em 2019, com um N=205,

mostrou que Apgar abaixo de 7 no 1º minuto aumenta em 227 vezes as chances de internação nas primeiras 24 horas de vida e está associado ao óbito neonatal (TAVONI AGT, 2019).

Algo que despertou muita curiosidade foi a porcentagem de cesáreas em múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, que corresponde ao “efeito dominó”, onde a via de parto é indicada com a justificativa de cesáreas prévias. As evidências comprovam os riscos de sucessivas cesarianas, aumentando os riscos de acretismo placentário, lesões cirúrgicas por aderência dos tecidos, chances de histerectomia e risco para hemorragia, tudo isso contribui para a elevação da morbimortalidade materna (SOUZA ASR, et al., 2010).

Também destacou-se a porcentagem de cesáreas em fetos com apresentação pélvica independente da paridade (**Tabela 5**), o que aumenta a mortalidade materna a curto prazo e aumenta os riscos das gestações futuras. Além disso, a indução do trabalho de parto em apresentações pélvicas, apresenta elevada taxa de sucesso e é totalmente viável, quando realizada entre 37 e 38 semanas, por profissionais experientes. Ainda existe a opção de realizar-se a Versão Cefálica Externa (VCE), quando disponível, para evitar cesarianas ou distócias no parto pélvico vaginal (ALVES AL, et al., 2024).

Isso nos faz refletir sobre a formação médica a respeito da segurança dos profissionais para prestar assistência a esses partos que, por si só, não contraindicam o parto vaginal desde que exista equipe capacitada para lhe assistir.

Tabela 5 - Tipo de parto segundo grupos de Robson.

Grupos de Robson	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total	% cesáreas
Total	295 894	312 280	387	608 561	51,3%
01	78 481	48 282	80	126 843	38,06%
02	16 050	46 976	14	63 040	74,5%
03	120 647	28 466	86	149 199	19,07%
04	18 014	27 141	13	45 168	60,08%
05	23 796	110 740	45	134 581	82,2%
06	652	6 815	1	7 468	91,2%
07	1 542	10 245	13	11 800	86,8%
09	31	810	-	841	96,3%
10	29 558	26 854	17	56 429	47,5%
11	7 123	5 951	118	13 192	45,11%

Fonte: Araujo RF, et al., 2025.

Legenda: 01 nulíparas com gestação única, cefálico, ≥ 37 semanas em trabalho de parto espontâneo; 02 Nulíparas com gestação única, cefálico, ≥ 37 semanas cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; 03 Múltiparas sem cesárea prévia, gestação única, cefálico, ≥ 37 semanas em trabalho de parto espontâneo; 04 Múltiparas sem cesáreas prévias, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; 05 Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas; 06 Todos partos pélvicos em nulíparas; 07 Todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo aquelas com cesárea anterior); 09 Todas apresentações transversas ou oblíquas, incluindo aquelas com cesárea anterior; 10: Todas gestações única, cefálicas, < 37 semanas (incluindo aquelas com cesárea prévia); 11 Nascimentos não classificados por falta de informação.

Com relação ao mês de nascimento, não houve uma grande diferença nas porcentagem entre eles, sendo a incidência de cesáreas no mês de janeiro discretamente maior. Para diminuir as taxas de cesárea no País, é necessário intervir em diversos níveis do sistema de saúde, tendo em vista que este é o problema de causa multifatorial, como visto na análise dos dados. É necessário trabalhar melhorias tanto nos profissionais quanto nas gestões dos serviços (OLIVEIRA CF, et al., 2019).

A princípio, a maior missão é desmistificar o trabalho de parto como um processo patológico e a dor como algo indesejado e que não podem ser manejados. Apresentar às mulheres esse processo como algo natural, conversando sobre métodos de alívio da dor e retirando-a do campo de justificativas para intervenções desnecessárias no corpo feminino (VIDAL AT, et al., 2021).

A assistência ao pré-natal de baixo risco por enfermeiros obstetras se mostrou capaz de reduzir custos, pela diminuição no consumo de exames e procedimentos desnecessários de baixo risco, bem como está associada a redução de uma média de 13 partos prematuros para cada 1000 gestantes de baixo risco no Sistema de Saúde Suplementar (MENEZES MO, 2021). Esses dados reforçam que a enfermagem

obstétrica no acompanhamento de pré-natal tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como no Sistema Suplementar é uma excelente alternativa para mudar os rumos da nossa realidade, diminuindo também as taxas de cesáreas, as complicações decorrentes destas, como transfusão de sangue, internamento materno em UTI, infecções, histerectomia, internamentos em UTI neonatal devido prematuridade, má adaptação respiratória, bem como diminuiria os custos relacionados a todos esses problemas.

Atingir a cobertura universal de intervenções realizadas por parteiras até 2035 seria capaz de reduzir em 67% as mortes maternas, 64% de mortes de recém-nascidos e 65% de natimortos, salvando assim 4,3 milhões de vidas por ano até 2035 (OMS, 2024). A inclusão do acompanhante desde o pré-natal até o parto e pós-parto também se mostrou como fator redutor na incidência de cesarianas (CARVALHO SS, et al., 2019).

Outro fator protetor pouco utilizado é o uso do partograma pelo profissional que presta assistência ao parto, documento recomendado pelo Ministério da Saúde e que é capaz de identificar mudanças no parto fisiológico, para que se indiquem menos cesáreas com justificativa de falha de progressão, tendo em vista que esta é rara. A baixa adesão ao instrumento pode significar insegurança ou desconhecimento profissional, falta de protocolos institucionais bem estabelecidos ou até mesmo objeções ao seu uso (SCHAFFER GL, et al., 2023).

Investir em métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, contratando recursos humanos que os possam ofertar, proporcionar treinamentos dos profissionais de forma periódica, e estabelecer fluxogramas institucionais, garantindo cobrança por parte dos gestores para que estes sejam utilizados rigorosamente, são algumas das diversas possibilidades para mudar o cenário obstétrico. Destaca-se, sobretudo, a importância de incluir a enfermagem obstétrica na assistência a pessoa gestante, desde a descoberta até o puerpério, como fator protetor para intervenções mal indicadas.

CONCLUSÃO

A escolha pela via de parto em Pernambuco, assim como em outras regiões, é influenciada por uma combinação de fatores maternos, socioeconômicos e de saúde. A análise das características maternas e do pré-natal mostra que a decisão pela cesariana não é aleatória, mas sim condicionada a múltiplos fatores que envolvem desde a idade da gestante até as condições de saúde prévias e o tipo de acompanhamento durante a gestação. Estratégias de educação em saúde, aumento do acesso a cuidados de saúde adequados e a redução das desigualdades regionais são fundamentais para promover um número mais equilibrado de partos normais, com segurança para mãe e bebê. A inclusão da enfermagem obstétrica dentro da assistência ao ciclo gravídico-puerperal, sobretudo no cenário do alto risco, se mostra como o caminho mais propício para redução significativa dos números de cesárea no estado.

Este estudo contribui para a compreensão das dinâmicas que envolvem a escolha da via de parto, oferecendo subsídios para políticas públicas mais eficazes que busquem reduzir as taxas desnecessárias de cesáreas e promover uma assistência obstétrica de qualidade no Estado de Pernambuco. Considera-se como limitações durante a pesquisa: o preenchimento de forma indevida das Declarações de Nascidos Vivos e a demora da base de dados em processar e disponibilizar os dados, sendo a última atualização em 2024, ainda processando dados parciais de 2023.

REFERÊNCIAS

1. ALVES AL, et al. Assistência ao parto pélvico. *Femina*, 2024; 52:26-40.
2. BETRAN AP, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 2021; 6:e005671.
3. BRASIL. Diário Oficial da União. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acessado em: 03 de agosto de 2024.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. 1999. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf. Acessado em: 08 de julho de 2024.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/rede-cegonha/portarias>. Acessado em: 06 de julho de 2024.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: https://coren-se.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 29 de dezembro de 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <https://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/GRAVIDEZ-PARTO-E-NASCIMENTO-COM-SA%C3%9ADE.pdf>. Acessado em: 03 de julho de 2024.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2024.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acessado em: 05 de agosto de 2024.
10. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>. Acessado em: 19 de julho de 2024.
11. BRASIL. Diário Oficial da União. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14443.htm. Acessado em: 24 de julho de 2024.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acessado em: 18 de julho de 2024.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em: 30 de janeiro de 2025.
14. CAMPOS A, OLIVEIRA DR. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) e a bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 2017; 115: 13-45.
15. CARVALHO MK, SANTOS RC. As convocações biopolíticas da imprensa em prol da cesariana. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 2020; 14:416-430.
16. CARVALHO SS et al. Inserção do acompanhante no processo gravídico-puerperal. *Revista de enfermagem UFPE*, 2019; 13: e243214.
17. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. 2023. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/grupos-de-robson/>. Acessado em: 03 de setembro de 2024.
18. DOMINGUES RMSM, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*, 2014; 30: 101-116.
19. FREITAS PF, SAVI EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011; 27: 2009–2020.
20. FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. Parto Vaginal após Cesariana (PVAC – VBAC). 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/parto-vaginal-aposcesariana-pvac-vbac/>. Acessado em: 15 de agosto de 2024.
21. GOMES SC, et al. Cuidados domiciliares de parteiras tradicionais na assistência ao parto. *Revista Enfermagem UERJ*, 2021; 29: e53642.
22. LEAL MC, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2017; 33: e00078816.
23. MENEZES MO, et al. Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetriz: custo-efetividade sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021; 37: e00076320.
24. NAKANO AR, et al. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2017; 27: 415-432.
25. OLIVEIRA CF, et al. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 427-439.
26. SCHAFFER GL, et al. A cultura da cesariana e as práticas obstétricas em um hospital de ensino. *Enferm Foco*, 2023;14:e-202335.
27. SILVA SC, et al. Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 2020; 24: e190030.
28. SOUZA ASR, et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, 2010. 38: 415-422.
29. SOUZA ASR, et al. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*, 2010; 38:

459-468.

30. SOUZA ASR, et al. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, 2010; 38: 505-516.
31. TAVONI AGT. Fatores associados à internação nas primeiras 24 horas de vida em uma unidade neonatal: um estudo caso-controle. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019; 87p.
32. VIDAL AT, et al. Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2021; 31: e310110.
33. World Health Organization (WHO). Statement on Caesarean Section Rates. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>. Acessado em: 16 de julho de 2024.
34. World Health Organization (WHO). Transitioning to midwifery models of care. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240098268>. Acessado em: 28 de janeiro de 2025.
35. ZUGAIB M, FRANCISCO RPV. Zugaib obstetrícia. 3 ed. Barueri: Manole, 2016; 319p.