

# Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal

*Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study*

*Factores asociados con el parto normal y por cesárea en hospitales de maternidad públicos y privados: un estudio transversal*

**Thales Philipe Rodrigues da Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-7115-0925

**Erica Dumont-Pena<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1220-6041

**Alexandra Dias Moreira<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4477-5241

**Bárbara Araujo Camargos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-2478-8002

**Marivania Queiroz Meireles<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-3493-2538

**Kleyde Ventura de Souza<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-0971-1701

**Fernanda Penido Matozinhos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0003-1368-4248

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

## Como citar este artigo:

Silva TPR, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV, et al. Factors associated with normal and cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20180996. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0996>

## Autor Correspondente:

Fernanda Penido Matozinhos  
E-mail: [nandapenido@hotmail.com](mailto:nandapenido@hotmail.com)



EDITOR CHEFE: Dulce Aparecida Barbosa  
EDITOR ASSOCIADO: Margarida Vieira

**Submissão:** 12-02-2019    **Aprovação:** 01-04-2020

## RESUMO

**Objetivos:** investigar os fatores associados à via de nascimento em mulheres gestantes do município de Belo Horizonte. **Métodos:** estudo transversal desenvolvido com dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento", realizada em sete maternidades de Belo Horizonte – Minas Gerais. A amostra final constituiu-se de 1088 mulheres gestantes/puérperas. Neste estudo, para verificar a magnitude da associação entre a variável desfecho e seus possíveis determinantes (variáveis exposição), foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *Odds Ratio*. **Resultados:** o aumento da idade, a ausência de um acompanhante, o financiamento privado do hospital para a realização do parto e ser gestante primigesta aumentaram a chance de se ter a via de nascimento cesárea. **Considerações Finais:** o conhecimento dos fatores associados à prevalência de cesariana pode subsidiar reflexões entre os profissionais de saúde sobre este procedimento cirúrgico em determinadas situações, sobretudo quando não tem indicações clínicas precisas.

**Descritores:** Parto Normal; Cesárea; Gestante; Enfermagem; Obstetria.

## ABSTRACT

**Objectives:** to investigate the factors associated with the mode of delivery in pregnant women in the city of Belo Horizonte. **Methods:** cross-sectional study developed with data from the study "Being born in Belo Horizonte: survey on childbirth and birth" carried out in seven maternity hospitals in Belo Horizonte - Minas Gerais. The final sample consisted of 1088 pregnant/postpartum women. In this study, to verify the magnitude of the association between the outcome variable and its possible determinants (exposure variables) logistic regression models were constructed to estimate the Odds Ratio. **Results:** increasing age, the lack of companionship, the hospital's private financing for performing delivery and being a first-time pregnant woman increased the chance of delivery by cesarean section. **Final Considerations:** the knowledge of factors associated with the prevalence of cesarean sections can support reflections among health professionals about this surgical procedure in certain situations, especially when there are no precise clinical indications.

**Descriptors:** Vaginal Delivery; Cesarean Section; Pregnant Woman; Nursing; Obstetrics.

## RESUMEN

**Objetivos:** investigar los factores asociados con la ruta de nacimiento en mujeres embarazadas en la ciudad de Belo Horizonte. **Métodos:** estudio transversal desarrollado con datos de la investigación "Nacer en Belo Horizonte: Encuesta sobre el parto y el nacimiento", realizada en siete hospitales de maternidad en Belo Horizonte - Minas Gerais. La muestra final consistió en 1088 mujeres embarazadas/postparto. En este estudio, para verificar la magnitud de la asociación entre la variable de resultado y sus posibles determinantes (variables de exposición), se construyeron modelos de regresión logística para estimar el *Odds Ratio*. **Resultados:** el aumento de la edad, la ausencia de un acompañante, la financiación privada del hospital para el parto y el hecho de ser una mujer embarazada por primera vez aumentaron las posibilidades de tener una ruta de parto por cesárea. **Consideraciones Finales:** el conocimiento de los factores asociados con la prevalencia de cesáreas puede apoyar las reflexiones entre los profesionales de la salud sobre este procedimiento quirúrgico en ciertas situaciones, especialmente cuando no hay indicaciones clínicas precisas.

**Descritores:** Parto Normal; Cesárea; Mujer Embarazada; Enfermería; Obstetria.

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a assistência ao trabalho de parto e parto nas sociedades ocidentais passou por grandes modificações. Inicialmente, se configurava como um evento domiciliar, protagonizado por mulheres gestantes e parteiras<sup>(1)</sup>. Este cenário mudou de forma gradual na modernidade, com a inserção do profissional médico e do contexto hospitalar<sup>(1)</sup>.

Tais transformações associaram-se aos modos de vida que se consolidavam, por valores que privilegiavam as tecnologias, o benefício econômico e a ciência biologicista<sup>(2)</sup>, e por técnicas como a cirurgia cesárea e a anestesia<sup>(3)</sup>.

Com as transformações da sociedade moderna e do contexto hospitalar, a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento foi pautada em uma cultura na qual o modelo biomédico de assistência é o centro de todo o processo de parir<sup>(2)</sup>. Diante desse contexto, o processo de parir passou a ser arraigado em uma cultura intervencionista e, dentre estas intervenções, a cesariana consolidou-se como a via de nascimento de primeira escolha<sup>(4)</sup>.

É notório que a via de nascimento cesariana tornou mais seguros os partos com indicações obstétricas absolutas e reduziu a mortalidade materna e neonatal, mas a taxa de cesariana sem reais indicações ainda é muito elevada<sup>(5)</sup>. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(6)</sup>, as indicações absolutas para a via de nascimento cesariana são a desproporção céfalo-pélvica e placenta prévia total. Outras situações devem ser avaliadas individualmente, especialmente durante o trabalho de parto<sup>(6)</sup>. A frequência de cesarianas no Brasil apresentou uma tendência de aumento desde meados de 1990, alcançando 57% em 2014, com redução para 55,5% em 2015 e maior prevalência na rede privada em comparação com a rede pública de saúde<sup>(6)</sup>.

O risco de complicações decorrentes do número elevado e desnecessário de cesarianas, principalmente as cesáreas eletivas, contribui para o aumento das taxas de mortalidade materna<sup>(7)</sup>. Ademais, segundo a OMS, as principais causas de morte materna são hemorragia, aborto e manutenção das causas obstétricas indiretas<sup>(6)</sup>. Diante do exposto, na ausência de contraindicações, o parto por via vaginal garante benefícios e menores riscos para a mãe e o bebê<sup>(8)</sup>.

O processo de escolha da via de nascimento cesariana pelas mulheres sofre influência de diferentes fatores individuais, como menor idade, maior escolaridade e maior renda, experiência prévia de cesariana e cor/raça branca<sup>(9)</sup>. Associado a estas variáveis individuais, não se pode suprimir a influência da via de nascimento por fatores provenientes do financiamento hospitalar onde a gestante terá o seu filho, principalmente no setor privado: reembolso financeiro oferecido pelos seguros da saúde suplementar brasileira, questões relacionadas à infraestrutura e qualificação de recursos humanos<sup>(10-11)</sup>.

Como o parto é um processo fisiológico, natural e parte dos direitos reprodutivos das mulheres, elas devem participar ativamente do processo de escolha da via de nascimento e demais aspectos que compõem o contexto obstétrico. Nessa perspectiva, o parto pressupõe que a escolha de cada mulher seja informada e consciente para cada procedimento realizado em seu corpo, orientado pelo seu tempo físico, psíquico e por suas escolhas relacionadas ao ambiente, almejando o mínimo de intervenções biomédicas, com a mulher como centro do cuidado<sup>(12)</sup>.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto e nascimento devem evitar o processo de medicalização do parto e intervenções desnecessárias, além de auxiliar para que a escolha da mulher pela via de nascimento de sua preferência seja uma decisão informada e pautada nas evidências científicas recentes<sup>(13)</sup>. Contudo, é comum a tendência dos profissionais induzirem determinada via de nascimento, sem referências em evidências científicas nem participação efetiva da mulher, atendendo aos interesses da equipe e da instituição<sup>(14)</sup>.

## OBJETIVOS

Investigar os fatores associados à via de nascimento em mulheres gestantes do município de Belo Horizonte.

## MÉTODOS

### Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas. A coleta de dados foi iniciada após obtenção da assinatura das parturientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, desenvolvido com dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento”, realizada em sete maternidades que atendem a rede pública de saúde e em quatro maternidades que atendem a rede suplementar de saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais.

A pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento” utilizou o mesmo método de amostragem, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado “Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento”<sup>(15-16)</sup>.

### Amostra

Em relação aos critérios de inclusão deste estudo, participaram todas as mulheres admitidas nas maternidades, selecionadas por ocasião da realização de parto. A amostra final incluiu 1088 puérperas.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a março de 2013, por meio de entrevista às puérperas pelo menos seis horas após o parto (tempo pré-estabelecido como intervalo mínimo definido para descanso pós-parto) e por investigação em seus prontuários.

### Protocolo do estudo

A variável desfecho deste estudo foi a via de nascimento, sendo: 0 – Parto por via vaginal e 1 – Via de nascimento cesariana.

As variáveis incluídas neste estudo referiram-se às características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, clínicos, da gestação, do parto, além da fonte financiadora do hospital (público ou privado).

Também foi criada uma variável denominada intercorrências (clínica ou obstétrica) durante a gestação ou parto e que, possivelmente,

influenciaria na maior chance de o nascimento ser por cesariana. Foi considerada intercorrência a presença de pelo menos uma das seguintes condições: doenças clínicas pré-existentes, síndromes hipertensivas, diabetes, diabetes gestacional, infecção pelo HIV, crescimento intrauterino restrito (CIUR), oligodrâmnio, polidrâmnio, 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<sup>(9)</sup>, além de incompetência istmo-cervical (IIC), amniorexe prematura, eclâmpsia e cirurgias uterinas prévias (miomectomia, micro cesárea ou outras cirurgias do corpo).

### Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Software for Data Science* (Stata), versão 14.0.

As estimativas foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%). Para as variáveis quantitativas, depois de verificada a assimetria pelo teste Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados por meio de mediana e intervalo interquartil (IQ). Para verificar a magnitude da associação entre a variável desfecho e seus possíveis determinantes (variáveis exposição), foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *Odds Ratio* (OR).

Para o modelo de regressão multivariado, foi adotado o método *backward* para construção do modelo e incluídas todas as variáveis de interesse relacionadas a um nível de significância estatística inferior a 20% na análise bivariada, sendo retiradas uma a uma. Para avaliar os ajustes do modelo final, foi utilizado o teste de bondade do modelo de *Hosmer-Lemeshow*.

### RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta de 1088 mulheres, com mediana da idade de 28 anos (IQ = 23 – 33 anos), predominância de cor autorreferida parda (65,53%), mulheres que exerciam trabalho remunerado (53,49%), possuíam ensino médio (54,23%) e em união estável (73,07%). Em relação ao histórico obstétrico, a mediana foi de oito consultas de pré-natal (IQ = 7 – 10), 95,95% tiveram acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato, 81,80% não tiveram nenhum tipo de intervenção clínica ou obstétrica e 67,56% tiveram seus filhos em hospitais com financiamento público (Tabela 1).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

	n(%)	IC95%
<b>Sociodemográfico</b>		
Idade*	28(23 – 33)	
Cor		
Branca	285(26,19)	23,66 – 28,89
Preta	90(8,27)	6,77 – 10,06
Parda**	713(65,53)	62,65 – 68,30
Trabalho remunerado		
Não	506(46,51)	43,55 – 49,48
Sim	582(53,49)	50,51 – 56,44
Escolaridade		
Nenhum e Ensino fundamental	311(28,58)	25,97 – 31,34
Ensino médio	590(54,23)	51,25 – 57,17
Ensino superior	187 (17,19)	15,05 – 19,55
Estado Civil		
Com companheiro	795(73,07)	70,34 – 75,62
Sem companheiro	293(26,93)	24,37 – 29,65
<b>Obstétrico</b>		
Número de consulta(s) de pré-natal*	8(7 – 10)	
Local de realização das consultas do pré-natal		
Público	634(58,70)	55,73 – 61,61
Privado	387(35,83)	33,02 – 38,74
Ambos	59(5,46)	4,25 – 6,99
Primigesta		
Não	603(55,42)	52,44 – 58,35
Sim	485(44,58)	41,64 – 47,55
Acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato		
Não	44(4,04)	3,02 – 5,39
Sim	1044(95,95)	94,60 – 96,97
Intercorrências clínicas e obstétricas		
Não	198(18,20)	16,01 – 20,60
Sim	890(81,80)	79,39 – 83,98
Financiamento do hospital do nascimento		
Privado	353(32,44)	29,72 – 35,29
Público	735(67,56)	64,70 – 70,27

Nota: \*Mediana (IQ); \*\*Inclui amarelas e indígenas; IC95% - Intervalos de Confiança.

**Tabela 2** – Fatores associados à via de nascimento, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

	Via de Nascimento Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	Modelo bruto* OR (95%)	Valor de p
<b>Sociodemográfico</b>				
Idade*	26 (21 – 31)	31 (25 – 34)	1,09 (1,07 – 1,11)	<0,001
Escolaridade				<0,001
Ensino fundamental	205(65,92)	106(34,08)	1	
Ensino médio	340(57,63)	250(42,37)	1,42(1,07 – 1,89)	
Ensino superior	55(29,41)	132(70,59)	4,64(3,15 – 6,91)	
Cor de pele				<0,001
Amarela*	420(58,91)	293(41,09)	1	
Branca	128(44,91)	157(55,09)	1,75(1,33 – 2,33)	
Preta	52(57,78)	38(42,22)	1,04(0,66 – 1,62)	
Estado Civil				<0,001
Com companheiro	404(50,82)	391(49,18)	1	
Sem companheiro	196(66,89)	97(33,11)	0,51(0,38 – 0,67)	
Trabalho remunerado				<0,001
Não	316(62,45)	190(37,55)	1	
Sim	284(48,80)	298(51,20)	1,74(1,37 – 2,22)	
<b>Obstétrico</b>				
Número de consulta(s) de pré-natal	8 (6 – 9)	9 (7 – 10)	1,19 (1,13 – 1,26)	<0,001
Local de realização das consultas do pré-natal				<0,001
Público	443(69,87)	191(30,13)	1	
Privado	123(31,78)	264(68,22)	4,97(3,78 – 6,54)	
Ambos	29(49,15)	30(50,85)	2,39(1,40 – 4,10)	

Continua

Continuação da Tabela 2

	Via de Nascimento		Modelo bruto*	Valor de p
	Vaginal n(%)	Cesárea n(%)	OR (95%)	
Primigesta				0,502
Não	338(56,05)	265(43,95)	1	
Sim	262(54,02)	223(45,98)	1,08(0,85 – 1,38)	
Acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato				0,188
Sim	580(55,56)	464(44,44)	1	
Não	20(45,45)	24(54,55)	1,49(0,81 – 2,74)	
Intercorrências clínicas e obstétricas				<0,001
Não	163(82,32)	35(17,68)	1	
Sim	437(49,10)	453(50,90)	4,82(3,27 – 7,11)	
Financiamento do hospital do nascimento				<0,001
Público	511(69,52)	224(30,48)	1	
Privado	89(25,21)	264(74,79)	6,76(5,07 – 9,01)	

Nota: IC95% - Intervalo de Confiança; OR - Odds Ratio; p-valor em negrito - significativos.

**Tabela 3** – Modelo final ajustado dos fatores associados à via de nascimento, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

Variável	Modelo ajustado* OR(95%)	Valor de p
Idade	1,07 (1,04 – 1,10)	<0,001
Primigesta		0,025
Não	1	
Sim	1,43 (1,04 – 1,96)	
Acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato		0,048
Sim	1	
Não	1,95 (1,01 – 3,80)	
Financiamento do hospital da realização do parto		<0,001
Público	1	
Privado	3,98(2,44 – 6,48)	

Nota: \*Modelo ajustado também pelas variáveis de importância teórica: escolaridade materna, cor de pele, local de realização das consultas de pré-natal e intercorrências clínica ou obstétrica durante a gestação ou parto. IC95% - Intervalos de Confiança; OR - Odds Ratio; Intervalos em negrito - significativos. Teste de bondade do modelo de Hosmer-Lemeshow = 0,06.

Em relação à variável desfecho, 55,15% das puérperas tiveram seus filhos por via vaginal. Na análise bivariada, as variáveis que demonstraram associação com a via de nascimento foram idade, escolaridade, cor de pele, estado civil, exercer algum tipo de trabalho remunerado, número de consultas de pré-natal, local de consulta de pré-natal, intercorrências clínicas e obstétricas e financiamento hospitalar (Tabela 2).

A Tabela 3 demonstra que, após ajustes, o aumento em um ano na idade da gestante elevou, em média, 1,07 (IC95% 1,04 – 1,10) vezes a chance de elas terem seus filhos por via de nascimento cesariana. Ademais, mulheres gestantes primigestas aumentaram, em média, 1,43 (IC95% 1,04 – 1,96) vezes a chance de serem submetidas a cesariana em relação às multíparas. Aquelas que não possuíam acompanhante no pré-parto, parto e puerpério imediato apresentaram, em média, o aumento de 1,95 (IC95% 1,01 – 3,80) vezes a chance de terem seus filhos por via de nascimento cesariana, quando comparadas com as gestantes que possuíam acompanhante. Mulheres gestantes que tiveram seus bebês em hospital privado apresentaram, em média, aumento de 3,98 (IC95% 2,44 – 6,48) vezes na chance de terem seus filhos por via de nascimento cesárea em relação às que tiveram seus bebês em hospital público.

## DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que as mulheres com idade mais elevada, primigestas, que pariram os seus filhos em um hospital com financiamento privado e não possuíam acompanhantes tiveram suas chances de vivenciar uma cesárea com mais frequência.

Ao longo dos últimos anos, foi observada uma relação entre o aumento na média de idade das mulheres gestantes e a elevação do número de cesáreas<sup>(17)</sup>. A associação entre via de nascimento e idade materna foi observada em outros estudos. Idades mais avançadas tiveram relação com complicações que refletem na escolha da via do nascimento<sup>(18-19)</sup>. Neste estudo, esta associação se manteve significativa mesmo após

ajustes por complicações e outros confundidores, reforçando a relação independente com os fatores geracionais<sup>(20)</sup>. Embora nos últimos anos tenha sido preconizada a escolha da via de parto pelas gestantes, esta opção ainda acontece fundamentada em informações profissionais, que possibilitam menos escolhas, induzem decisões e ferem a autonomia da mulher<sup>(20)</sup>.

O caráter socialmente construído do parto contribui para que ele assuma diferentes significados em uma sociedade, variando conforme gerações, raças, etnias e classes sociais. Os fatores geração e maternidade têm sido pouco estudados no que diz respeito ao aumento da idade<sup>(21)</sup>.

Nas experiências da gravidez, os aspectos sociais são traduzidos por culturas arraigadas, consideradas naturais<sup>(22)</sup>. Assim, a redução da fertilidade - que ocorre com o aumento da idade - leva, também, a uma compreensão social de pior estado de saúde, já que na sociedade ocidental a percepção da saúde da mulher está, frequentemente, relacionada ao fator fertilidade. A opção pela cesariana, cujas indicações muitas vezes estão relacionadas a percepções sociais e não a evidências científicas, pode basear-se apenas em questões técnicas (biológicas) para estados de saúde deficientes, como se pressupõe o estado das mulheres de idade mais elevada.

Neste estudo, entre as mulheres gestantes primigestas, houve maior chance de terem seus filhos por via cesariana. A cesárea em primigestas também deve ser realizada com indicação precisa<sup>(23)</sup>, pois sabe-se que a evolução do trabalho de parto costuma ser mais demorada entre elas<sup>(24)</sup> e culmina em maior número de intervenções<sup>(25)</sup> desnecessárias, incluindo as cesarianas. O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas<sup>(26)</sup> orienta a redução do número de cesarianas em primigestas, pois esta escolha pode ser decisiva nas futuras gestações<sup>(20,26)</sup>. Neste caso, diferente das mulheres com idade mais elevada, às quais está vinculada uma percepção de fragilidade de saúde, a via de parto cesariana é acionada para primigestas como uma opção relacionada à falta de experiência, capaz de responder a uma demanda cultural. A experiência, neste caso, seria um por vir incontrollável, que se aprende de modo a envolver um sofrimento e que também exige autoridade por parte das mulheres, autoridade para experimentar algo que desde o século XVIII passou a ser controlado pelos médicos<sup>(27)</sup>.

Esta pesquisa também demonstrou que não ter a presença do acompanhante aumenta a chance de mulheres serem submetidas a

cesarianas. Ter um acompanhante no trabalho de parto e pós-parto é um direito da parturiente, respaldado na lei 11.108 de sete de abril de 2005. A presença do acompanhante no trabalho de parto está comprovadamente relacionada a benefícios emocionais. Proporciona calma, tranquilidade e segurança. Isso contribui, indubitavelmente, para a redução da taxa de cesariana, diminuição do uso de ocitocina, do tempo de trabalho de parto e do uso de fármaco para o alívio da dor<sup>(1)</sup>.

Este estudo demonstrou, por fim, que as taxas de cesariana estão relacionadas ao sistema de financiamento hospitalar, ou seja, as mulheres da rede privada têm maior probabilidade de ter parto cirúrgico quando comparadas àquelas em hospitais públicos, sendo a associação significativa após ajustes. Essa relação foi observada em outros estudos<sup>(4,28)</sup>, sugerindo a possibilidade de que um grande número de cesáreas sem indicação aconteça, sobretudo, no setor privado.

A prática de cesárea por uma decisão materna não é usual no Brasil em hospitais públicos<sup>(29)</sup>. Especialmente nas maternidades universitárias, os protocolos assistenciais são bem definidos e costumam ser utilizados cotidianamente, evitando as cesáreas desnecessárias. Nesses espaços, as preocupações acerca da humanização do cuidado emergem como parte de uma equipe multidisciplinar, valorizando a prática baseada em evidências.

Nos últimos anos, o procedimento tem deixado de ser um método exclusivo para melhora dos resultados perinatais e se tornando muitas vezes, uma mercadoria de consumo, mais usual em mulheres com maior poder aquisitivo e alta escolaridade<sup>(26)</sup>. Logo, as questões socioeconômicas podem se relacionar ao protagonismo das mulheres quanto à escolha do tipo de parto, às questões de acesso e a equidade nos serviços de saúde<sup>(30)</sup>. Nessa direção, a escolha da cesárea pode relacionar-se, ainda, ao status social e ao fato de as mulheres poderem escolher o dia e a hora em que o bebê nascerá e a perspectiva de evitar a dor do parto vaginal<sup>(28)</sup>.

As intervenções obstétricas, em especial as cesarianas, demonstraram grande disparidade entre os grupos de risco, sendo a taxa ainda muito elevada no grupo de risco habitual, composto por mulheres gestantes sem real indicação clínica ou obstétrica de cesárea<sup>(31)</sup>. Os riscos superam os benefícios e, portanto, as cesarianas devem ser realizadas com prudência e segurança<sup>(5)</sup>. Os possíveis agravos estão associados a infecção pós-parto, internação em unidade de terapia intensiva, morte materna, dentre outros.

Nessa direção, os fatores associados à via de parto encontrados neste estudo nos remetem à discussão sobre a “maternidade contratada” e a “maternidade experiência”, as quais ajudam a problematizar escolhas no contexto obstétrico e podem resultar em perspectivas muito diferentes<sup>(12)</sup>. De um lado, há escolhas relacionadas com a perspectiva da maternidade contratada, nas quais as mulheres, embora decidam, terminam por aderir a práticas que as distanciam dos seus próprios corpos e desejos abnegados

diante do controle institucional<sup>(12)</sup>. Do outro, há escolhas que se mostram mais referenciadas pela perspectiva da experiência, nas quais existe uma possibilidade de criar, experimentar e até mesmo transcender os modelos institucionais hegemônicos<sup>(12)</sup>.

A decisão pela via de nascimento muitas vezes deve ser analisada por mais de um profissional de saúde e tomada em conjunto com a mulher, respeitando sua autonomia, pois a formação de alguns profissionais pode direcioná-los ao entendimento da cesariana como um procedimento prático e seguro, além da cirurgia ser reconhecida por diversas parturientes como um mecanismo de redução da dor, desconsiderando os riscos perinatais<sup>(31)</sup>.

### Limitações do estudo

Em primeiro lugar, ressalta-se o fato de as entrevistas terem sido realizadas após o parto, o que pode ter alterado o relato de algumas mulheres. Além disso, alguns dados referentes a condições que poderiam estar associadas à indicação de cesariana estavam ausentes, apesar da disponibilidade na base de dados possibilitar a inferência, mesmo que indireta. Finalmente, reforça-se a necessidade de replicar essas análises em amostra representativa para a cidade de Belo Horizonte.

### Contribuições para a área da Enfermagem

O presente estudo contribui para o avanço na discussão acerca dos fatores associados à via de nascimento em mulheres gestantes. Ao conhecer tais fatores, os membros da equipe multidisciplinar podem evitar intervenções desnecessárias na assistência ao parto e nascimento. Tais profissionais precisam basear-se em evidências científicas recentes e ter julgamento clínico eficiente, a fim de priorizar aspectos primordiais neste contexto, como o desejo da mulher e as suas condições fisiológicas.

### CONCLUSÕES

O conhecimento dos fatores associados à prevalência de cesariana pode subsidiar reflexões entre os profissionais de saúde sobre este procedimento cirúrgico em determinadas situações, sobretudo quando não há indicações clínicas precisas. A cesárea deve ser realizada quando for identificado um benefício que neutralize os custos e riscos somados a essa via de nascimento.

### FOMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Processo: 402369/2010-6.

Agradecimento pelo apoio do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Vacinação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – NUPESV.

## REFERÊNCIAS

1. Marcos J, Santos J, Wiliame M, Cunha N, Mendes RB, Souza L, et al. Pregnant woman's position during vaginal delivery: discrepancies between medical and nursing practices. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2017;19(4):58–64. doi: 10.21722/rbps.v19i4.19804
2. Davis-Floyd R. *Ways of knowing about birth: Mothers, midwives, medicine, and birth activism*. Waveland Press; 2017.

3. Vendruscolo CT, Kruehl CS. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Discip Sci Ciênc Hum* [Internet]. 2015[cited 2019 Oct 16];16(1):95–107. Available from: <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>
4. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2017;22(1):1–8. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0013
5. Mascarello, KC, Horta BL, Silveira M. Maternal complications and cesarean section with-out indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017;5151:1–12. doi: 10.11606/s1518-8787.2017051000389
6. World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *World Health Organ* [Internet]. 2015[cited 2019 Oct 16];1–8. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
7. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863–76. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
8. Marcolin AC. Until when will Brazil be known as the country of cesarean section? *Rev Bras Ginecol Ob*. 2014;36(7):283–9. doi: 10.1590/SO100-720320140005087
9. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D’Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*. 2014;30(suppl 1):S101–16. doi: 10.1590/0102-311X00105113
10. Ramires de Jesus G, Ramires de Jesus N, Peixoto-Filho FM, Lobato G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? *BJOG*. 2015;122(5):606–9. doi: 10.1111/1471-0528.13119
11. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician–gynecologists’ knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol*. 2007;109(1):57–66. doi: 10.1097/01.AOG.0000249608.11864.b6
12. Carneiro RG. *Enas de parto e políticas do corpo*. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2015.
13. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):1–6. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2016-0366
14. Nascimento RRP, Arantes SL, Souza EDC, Contrera L, Sales APA. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):119–26. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.56496
15. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl.):S49–58. doi: 10.1590/0102-311X00176013
16. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9(1):15. doi: 10.1186/1742-4755-9-15
17. Herstad L, Klungsøyr K, Skjærven R, Tanbo T, Forsén L, Åbyholm T, et al. Elective cesarean section or not? maternal age and risk of adverse outcomes at term: a population-based registry study of low-risk primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–11. doi: 10.1186/s12884-016-1028-3
18. Richards MK, Flanagan MR, Littman AJ, Burke AK, Callegari LS. Primary cesarean section and adverse delivery outcomes among women of very advanced maternal age. *J Perinatol*. 2016;36(4):272–7. doi: 10.1038/jp.2015.204
19. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM de FM, Gregório VRP, Custódio ZAO. Determinants of women’s preference for cesarean section. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):336–43. doi: 10.1590/0104-07072015000430014
20. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Choice of delivery method by the woman: autonomy or induction? *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(1):46–53. doi: 10.1590/1414-462X201400010008
21. Robles AF. Regulation of the body and parentality during the prenatal period in working-class young women. *Rev Ciências Sociais*. 2015;15(2):190–213. doi: 10.15448/1984-7289.2015.2.17985
22. Paim HHS. *Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. Doença, sofrimento, perturbação. Perspect etnográficas*. 1998.
23. Saraiva JM, Gouveia HG, Gonçalves AC. Factors associated with cesarean sections in a high complexity university hospital in southern Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(3):e69141. doi: 10.1590/1983-1447.2017.03.69141
24. Pádua KS, Osís MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Factors associated with cesarean sections in Brazilian. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):70–9. doi: 10.1590/S0034-89102010000100008
25. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Serafim D, Mathias TAF. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(4):591. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.33420
26. Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;210(3):179–93. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026
27. Carneiro RG. Dizer sim à experiência. *Cad Espaço Fem*. 2009;22(2).
28. Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT et al. Factors associated to the type of childbirth in public and private hospitals in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(3):571–80. doi: 10.1590/1806-93042017000300009
29. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Santiago K, Matijasevich A. The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. *Rev Saude Publica*. 2017;51:1–11. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051006134

30. Silva LM, Silva RA, da Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Brazilian J Med Biol Res.* 2007;40(9):1187–94. doi: 10.1590/S0100-879X2006005000144
  31. Riscado LC, Jannotti CB, Helena R, Barbosa S. Deciding the Route of Delivery in Brazil : Themes and Trends in Public Health Production. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):1–10. doi: 10.1590/0104-0707201600003570014
-