



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE ALTAMIRA
FACULDADE DE MEDICINA

LUCYDÉLIA CARLA DOS ANJOS ARBAGE FILGUEIRAS

EPIDEMIA DE CESÁREAS NO BRASIL: um estudo
sobre a realidade das cesarianas no Pará

**ALTAMIRA
2025**

LUCYDELIA CARLA DOS ANJOS ARBAGE FILGUEIRAS

EPIDEMIA DE CESÁREAS NO BRASIL: um estudo
sobre a realidade das cesarianas no Pará

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
UFPA – Campus Altamira, como
requisito parcial para obtenção de grau de
Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Helene
Conceição Damasceno

Co-Orientador: Prof. Dr. José Rogério
Sousa Monteiro

,

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Anjos Arbage Filgueiras, Lucydelia Carla dos.
Epidemia de cesáreas no Brasil : um estudo sobre a realidade
das cesarianas no Pará / Lucydelia Carla dos Anjos Arbage
Filgueiras. — 2025.
46 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Helane Conceição Damasceno
Coorientador(a): Prof. Dr. José Rogério Souza Monteiro
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade Federal do
Pará, Campus Universitário de Altamira, Faculdade de Medicina,
Altamira, 2025.

1. Cesariana. 2. Parto. 3. Parto Normal. I. Título.

CDD 312.098115

LUCYDELIA CARLA DOS ANJOS ARBAGE FILGUEIRAS

EPIDEMIA DE CESÁREAS NO BRASIL: um estudo
sobre a realidade das cesarianas no Pará

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Medicina da
UFPA – Campus Altamira, como
requisito parcial para obtenção de grau de
Bacharelado em Medicina.

Data de aprovação: ___/___/___

Conceito: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Helane Conceição Damasceno
Orientadora UFPA

Prof. Dr. José Rogério Sousa Monteiro
Co-Orientador UFPA

Prof. Dra. Aldine Cecília Lima Coelho
Examinadora Interna – UFPA

Prof. Msc. Elizângela Gondim
Examinadora Interna – UFPA

ALTAMIRA
2025

*Dedico esse trabalho ao meu pai do coração,
Manoel Rodrigues Teixeira, por ter cuidado de mim
como filha, por ter sido sempre incansável em me
apoiar durante o cursinho, por acreditar
em mim mesmo quando eu mesma não o fiz, por não medir
esforços em me ajudar a realizar meus sonhos e por ser
meu exemplo de leitura e estudo desde sempre.
Por isso e por tanto, te agradeço e amo,
Para sempre!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pelo dom da vida, por me dar saúde, força e perseverança em não desistir de alcançar o sonho de me tornar médica. Ao longo de minha caminhada pude ter certeza de que Ele sabe de todas as coisas e sempre esteve ao meu lado.

Agradeço à minha mãe Edith, meu pai do coração Manoel Teixeira e minha irmã Manoelly, por me apoiarem incansavelmente, por serem minha âncora em dias de tempestade e por tantas vezes enxugarem minhas lágrimas quando meus sonhos pareciam tão impossíveis. Do início ao fim eles sempre estiveram ao meu lado, em especial à minha mãe que nessa reta final provou ser não só a melhor mãe como a melhor avó que já existiu no mundo. Sem vocês eu não conseguiria. Essa vitória é nossa!

Agradeço ao meu esposo, Davi Filgueiras, por ser meu companheiro fiel em meio às adversidades, por escolher estar sempre ao meu lado mesmo com a distância e todos os obstáculos. Sobretudo, agradeço por sempre me mostrar o lado bom de todas as coisas. Meu amor, você sempre foi excepcional. Que sorte a minha!

Agradeço meu filho, Theodoro, por ser minha luz no fim do dia, por abrilhantar essa reta final e por me dar mais um motivo pra sorrir diariamente. Meu filho, você é a razão de tudo. É uma honra findar essa caminhada com você em meus braços.

Agradeço meu pai e minha madrastra, Lya e Carlos, por vibrarem minhas vitórias e me darem forças em acreditar que a vitória estava próxima.

Agradeço ao meu grupo de internato, Eva, João e Mércia, por todo apoio, amizade, carinho, cuidado e parceria em todos os momentos. Vocês deixavam os dias mais leves. Foi um prazer compartilhar os últimos 2 anos com vocês.

Aos meus orientadores, Dra. Helane Damasceno e Dr. José Rogério Monteiro, por toda paciência, parceria, empatia e principalmente toda excelência no suporte para a realização deste trabalho. Foram queridos professores do ciclo clínico, que tenho a honra de ter ao meu lado nessa reta final e que estarão pra sempre no meu coração.

A todos os amigos e familiares que de alguma forma se fizeram presente em minha caminhada, meu muito obrigado. Jamais esquecerei de cada um. Nós conseguimos!

“Do início ao último porto, só interessa a viagem: as vezes tem tempestades, ondas enormes cobrem o barco; depois vem a calma e podemos desfrutar de um horizonte claro. Mas, se durante a travessia a gente prosseguir desejando o bom, o belo e o verdadeiro, então tudo terá valido a pena.” – Lygia Fagundes Telles

RESUMO

Introdução: O número de cesarianas no Brasil nas últimas décadas atingiu níveis alarmantes, inclusive além do recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Isso se dá por questões culturais, estruturais e sociais, distribuindo-se de forma desigual em todo o país. Esse crescimento desenfreado traz consequências como os riscos inerentes ao procedimento para mãe e bebê e também custos ao sistema de saúde. Apesar de a região norte ser detentoras das menores taxas de cesáreas em relação a outras regiões, esta possui nítidas disparidades de acesso no que tange ao tema de saúde materna, tanto por questões econômicas como estruturais. Assim, a análise acerca do perfil das mulheres submetidas a esse tipo de parto no estado do Pará surge como uma tentativa de colaborar com a formulação de políticas públicas mais equitativas e sensíveis às especificidades da população paraense. **Objetivos:** Analisar o perfil socioeconômico das mulheres que foram submetidas ao parto cesáreo nas Regiões de Saúde do Estado do Pará, entre os anos de 2013 e 2023, considerando variáveis de cor/raça e escolaridade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, de caráter descritivo, que analisou a tendência do tipo de parto (cesáreo ou vaginal) no estado do Pará entre 2013 e 2023, considerando dados agregados por regiões de saúde obtidos através da análise de dados secundários do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), especificamente do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). A variável dependente principal foi o tipo de parto (cesariano ou vaginal). Como variáveis independentes, consideraram-se a raça/cor da mãe, o nível de instrução materna, o ano do parto e a região de saúde (CIR). A escolha dessas variáveis permitiu caracterizar o perfil das mulheres submetidas a parto cesáreo e identificar disparidades regionais e sociais associadas. Como os dados são secundários e de domínio público, a pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética. **Conclusão:** No período analisado houve aumento exponencial no número de partos por via cesárea no Pará, sobrepondo-se aos partos vaginais a partir de 2019. A Região de Saúde Metropolitana I é a que mais realiza cesarianas, e a Marajó II é a com menores taxas. As mulheres com as maiores taxas são as com médio grau de instrução, autodeclaradas pardas. Os dados coletados podem ser relevantes na busca por estratégias de redução no número de cesarianas no estado, com o direcionamento de medidas as mulheres nesse perfil.

Palavras-chave: Parto; Parto Normal; Cesariana;

ABSTRACT

Introduction: The number of cesarean sections in Brazil in recent decades has reached alarming levels, even exceeding those recommended by the World Health Organization. This is due to cultural, structural, and social factors, and is unevenly distributed throughout the country. This unbridled growth has consequences such as the inherent risks of the procedure for both mother and baby and also costs to the healthcare system. Although the northern region has the lowest cesarean rates compared to other regions, it has clear disparities in access to maternal health, due to both economic and structural factors. Therefore, the analysis of the profile of women undergoing this type of delivery in the state of Pará emerges as an attempt to contribute to the formulation of more equitable public policies that are sensitive to the specific needs of the Pará population. **Objectives:** To analyze the socioeconomic profile of women who underwent cesarean sections in the Health Regions of the State of Pará between 2013 and 2023, considering variables such as race/ethnicity and education. **Methodology:** This is a descriptive, ecological, time-series study that analyzed trends in the mode of delivery (cesarean section or vaginal delivery) in the state of Pará between 2013 and 2023. Data were aggregated by health regions and obtained through secondary data analysis from the database of the Department of Information Technology of the Unified Health System (DataSUS), specifically the Live Birth Information System (SINASC). The main dependent variable was the mode of delivery (cesarean section or vaginal delivery). The independent variables considered were the mother's race/color, maternal education level, year of delivery, and health region (CIR). The selection of these variables allowed us to characterize the profile of women undergoing cesarean delivery and identify associated regional and social disparities. Because the data are secondary and in the public domain, the research was not submitted to the Ethics Committee. **Conclusion:** During the period analyzed, there was an exponential increase in the number of cesarean deliveries in Pará, surpassing vaginal deliveries starting in 2019. Metropolitan Health Region I performs the most cesarean sections, and Marajó Region II has the lowest rates. The women with the highest rates are those with a medium level of education and who self-identify as mixed race. The data collected may be relevant in the search for strategies to reduce the number of cesarean sections in the state, by targeting measures for women in this profile.

Keywords: Childbirth; Natural Birth; Cesarean Section;

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	10
2.1.	História e conceito de cesariana	10
2.2.	A cesariana como fenômeno social e de saúde pública	11
2.3.	Indicações médicas para realização de cesariana.....	13
2.3.1.	Emergências Obstétricas	13
2.3.2.	Cesariana Eletiva	14
2.3.3.	Cesariana à pedido.....	15
2.4.	Riscos e implicações do parto cesáreo desnecessário para mãe, bebê e economia.	15
2.5.	Perfil da realização de cesarianas no Brasil.....	16
2.6.	Entraves de saúde na região Norte e no estado do Pará.....	19
2.	JUSTIFICATIVA.....	22
3.	OBJETIVOS	23
3.1.	Objetivo geral	23
3.2.	Objetivos específicos.....	23
4.	METODOLOGIA	24
4.1.	Tipo de pesquisa	24
4.2.	População e amostra	24
4.3.	Procedimento de coleta e análise dos dados	24
4.4.	Análise de dados	25
4.5.	Riscos e benefícios	26
4.6.	Aspectos Éticos	27
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
5.1.	A realidade das cesarianas no estado do Pará.....	28
5.2.	Particularidade na região do Xingu.....	32
5.3.	A relação da escolaridade com o crescente número de cesáreas.....	34
5.4.	A relação da cor/raça com o crescente número de cesáreas.....	37
6.	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS.....	41

1. INTRODUÇÃO

Ainda na antiguidade, a cesariana era realizada somente após a morte da mãe, com a única finalidade de salvar o feto ainda com vida. O primeiro feito com a mãe ainda viva data no ano de 1500 em uma pequena cidade da Suíça, por um homem simples e do povo, mas que obteve êxito ao garantir a vida tanto da mãe como do bebê (REZENDE, 2009).

No Brasil, a primeira cesariana data de 1822, no estado do Pernambuco. Em meio a influência da escola positivista de Augusto Comte (1798-1857) o desenvolvimento do método científico estava ligado ao progresso do espírito humano e, em vista desse pensamento, a Medicina conquista sua projeção social e credibilidade – surgindo então os questionamentos acerca dos conhecimentos empíricos das parteiras, até então responsáveis pelos desfechos de parto. Foi quando na primeira metade do século XX pessoas com melhores condições financeiras recorriam aos médicos para a realização dos partos, usando como argumento as vantagens e segurança do parto hospitalar (LEAL, *et al.*, 2020).

A partir de 1950 a estrutura do atendimento hospitalar se estabelece como um marco decisivo no processo de hospitalização, representando uma alteração total no ambiente e nos protagonistas do parto, com a mudança dos instrumentos realizados, dos rituais e em toda a dinâmica do processo. As parteiras dos partos domiciliares deram lugar aos médicos, hospitais, tecnologia e a intervenção cirúrgica (LEAL, *et al.*, 2020).

Esse novo padrão de parto fez da cirurgia cesariana como modo crescente de dar à luz, hoje com cerca de 90% dos partos no Brasil ocorrendo em hospitais e mais da metade por via cirúrgica. É nesse cenário de crescimento que surge o indicador de taxa de parto cesáreo, que tem como objetivo avaliar o grau de ocorrência desses partos em relação ao total de partos realizados no período considerado, além de permitir avaliar a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2014).

As normas nacionais estabelecem limites percentuais precisos de partos cesáreos por estado, com valor máximo de 25% para todos (BRASIL, 2014). Entretanto, em 2012, por exemplo, mais da metade dos nascimentos do país se deram por via cirúrgica – valor esse muito superior aos preconizados pela Organização Mundial da Saúde, em que o ideal seria manter em até 15% da quantidade total de partos (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015b) e também superior ao esperado como limite por estado no Brasil.

Apesar de na década de 1970 haver a crença da existência da relação direta entre redução da mortalidade materno-infantil e o crescimento do número de cesáreas, hoje sabe-se que os avanços médicos foram os verdadeiros responsáveis por essa redução – como o advento no

banco de sangue, a incorporação da antibioticoterapia e as condições de assepsia do ambiente hospitalar e da equipe médica – e que taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal. Pelo contrário: para a Organização Mundial de Saúde não existem evidências de que fazer cesáreas sem necessidade garantam benefícios ao binômio materno fetal e ainda trazem os riscos inerentes do procedimento, que podem afetar a saúde de mãe e filho (WHO,2015).

Para a mãe, alguns dos riscos são as infecções, as complicações pós anestesia, danos a órgãos próximos ao útero e problemas de coagulação o sangue (MASCARELLO *et al.*, 2018). Para a saúde do bebê o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) destaca alguns dos danos que a cesárea eletiva pode causar: dificuldade na amamentação, problemas respiratórios futuros, hiperbilirrubinemia neonatal e também o maior risco de óbito ou necessidade de internação em Unidades de Terapia Intensiva.

Além desses riscos, tem-se que a proporção de partos cesáreos em uma população reflete o nível de acesso a assistência em saúde e o seu uso (OMS, 2015). Segundo o Ministério da Saúde, o pré-natal deve se dá por consultas acolhedoras, estabelecimento de vínculo entre o a mãe e seu local de parto, acesso a serviços de saúde de qualidade e sem intervenções desnecessárias (VIELLAS *et al.*, 2013).

No entanto, pesquisas nacionais revelam limitações nesse quesito, apontando falhas de assistência, dificuldades no acesso, número inadequado de consultas e a falta de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto (VIELLAS *et al.*, 2013). Esse cenário propicia desfechos desfavoráveis ao parto, como o aumento de 23% nas chances da realização de uma cesariana não programada, além de mais riscos aos neonatos, como o aumento de 62% no risco de prematuridade e 56% de nascer com baixo peso (FIOCRUZ, 2023).

Há também as desigualdades evidentes ao analisar o perfil de mulheres cesariadas no país, sendo mais prevalentes em regiões mais desenvolvidas, em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos, de cor de pele branca e com maior nível de escolaridade e superior nos hospitais privados (DIAS *et al.*, 2022).

Diante disso, é pertinente ressaltar que o Brasil foi pioneiro na busca por um consenso universal sobre a padronização dos partos cirúrgicos, quando em Fortaleza/CE foi realizado o primeiro documento internacional sobre as práticas recomendadas de hospitalar ao parto, em que a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a diretriz com taxas de 12-15%. No entanto, o cenário atual evidencia uma epidemia, em que um procedimento a princípio concebido e aplicado como instrumento de proteção hoje atua como um novo padrão de parto (BATISTA-FILHO; RISSIN, 2018).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. História e conceito de cesariana

As mudanças corporais que ocorrem durante a gestação são facilmente notadas, e isso não passava despercebido aos humanos na antiguidade. Há anotações datadas do Império Romano nas quais consta a proibição de realizar-se funerais de mulheres grávidas antes que o ventre fosse exposto para retirada do concepto; caso esse sobrevivesse, recebia a alcunha de “cesão” ou “césar”. Contudo, o procedimento era considerado uma exceção, realizado apenas em casos de óbito materno antes do termo gestacional (REZENDE, 2009).

Na prática obstétrica do mundo a introdução da cesárea começou no século XVIII. Por volta da metade do século XIX o procedimento chegou à América do Sul, ao inaugurar-se o setor de obstetrícia da faculdade de medicina da Universidade do Chile. No Brasil a primeira operação cesariana foi realizada pelo Dr. José Correia Picanço, em Pernambuco, no ano de 1822 (REZENDE, 2009).

Contudo, a mortalidade materna permanecia alta, principalmente por hemorragia pós-parto e complicações infecciosas decorrentes das más práticas de assepsia presentes à época (OLIVARES-ALBORNOZ, 2022). Com adaptações na técnica cirúrgica desse procedimento, ainda no século XIX, o mundo pôde evidenciar a redução efetiva nos níveis de mortalidade e morbidade materna, tendo a cesariana como uma via de parto segura para os casos em que o parto vaginal não era possível (SANTOS, 2019).

Atualmente, entende-se que um parto cesariano é aquele que ocorre por meio de laparotomia (dá acesso à cavidade abdominal) seguida de histerotomia (provê acesso à cavidade uterina, onde se encontra o produto conceptual), seguida de retirada do nascituro e fechamento de cavidades por planos (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Idealmente, diante dos riscos inerentes, essa cirurgia teria de ser realizada apenas quando existisse indicação clara e documentada para tal. Contudo, observou-se gradativo incremento na prevalência de partos cesarianos no mundo ao longo do século XX, ao ponto de, em algumas localidades, abandonar-se o sistema de indicações de cesarianas e tornar esta a via prioritária para partos (CERQUEIRA; BORGES; PARENTE, 2024).

No Brasil essa realidade tornou-se evidente em meados de 1970 ao atingir o total de 88 mil cesarianas – 14,6% do total de partos. Em 1996 esse número dobrou, com 31% dos partos sendo realizados por via cirúrgica, seguidos de 45% em 2006 e 55,5% em 2015 (SANTOS, 2019). Desde então, as taxas de cesariana seguem em franco crescimento e necessitam de atenção, tendo em vista suas implicações sociais e de saúde.

2.2. A cesariana como fenômeno social e de saúde pública

Em 1985 a Organização Mundial da Saúde reconheceu o parto como um evento natural e normal, afirmando ainda que não havia justificativa para taxas de partos cesariana acima de 15%. Fez ainda o alerta de que métodos cirúrgicos usados de forma desnecessária e excessiva podem aumentar os riscos tanto para mãe como para o bebê (OMS,1985) – sendo este o exato oposto do objetivo de ter-se a alternativa da cirurgia como via de parto.

No Brasil, diante do crescimento do número de cesáreas durante o século XX, houve a necessidade de maior atenção no quesito de assistência ao parto. Foi quando através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituiu-se um modelo de atenção à saúde médico assistencialista, fundado no cuidado médico individualizado em base hospitalar e ambulatorial. Este programa continha um conjunto de ações que instituiu a integralidade da assistência obstétrica, com o objetivo de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério (BRASIL, 2002).

O modelo de atenção ao parto que vigora no Brasil hoje é definido como um evento médico ou tecnológico em que a gestante é tratada como paciente e os nascimentos são hospitalares com o médico sendo responsável pela sua execução, é um componente determinante na organização obstétrica, tanto pública como privada, em que se observam duas realidades distintas (PATAH; MALIK, 2011).

Hoje, cerca de 56% do total de partos se dão por via cirúrgica. Desses, cerca de 40% ocorrem no sistema público, enquanto na rede privada esse índice alcança 88% (SANTOS, 2019). Essa elevação deve ser contextualizada tanto em função das características socioculturais e econômicas como do modelo de assistência ao parto vigente, já que estes envolvem diferentes características como remuneração, local de ocorrência e interesses (PATAH; MALIK, 2011).

No modelo de assistência médica privada a relação médico-paciente é um dos fatores determinantes na escolha da via de parto. Nele a mulher pode escolher o profissional que irá acompanhá-la durante todo o pré-natal e ainda fazer seu parto – quando somada a outros fatores, esta disposição culmina na realização da cesárea eletiva (PATAH; MALIK, 2011).

Entretanto, essa não é a realidade da maior parte da população brasileira atendida no sistema público. No SUS estas não possuem a chance de escolher o médico que irá assisti-las e estão fadadas a enfrentar a desvinculação entre médico e paciente, o que diminui o poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam. No entanto, a intensa jornada de trabalho de plantões em hospitais públicos faz com que o obstetra não disponibilize tempo para aguardar o trabalho de parto e favoreça também a decisão

pela cirurgia (PATAH; MALIK, 2011).

Seria simplista, porém, apenas responsabilizar os fatores médicos pelas elevadas taxas de cesárea, ignorando o contexto social em que se está inserido. Jorge de Rezende, em seu livro “Obstetrícia Fundamental”, considera que a cesariana foi normalizada como um padrão obstétrico moderno, alavancada sob o discurso de controle, segurança, previsibilidade e eficiência do procedimento (REZENDE; MONTENEGRO, 2018).

Sob uma perspectiva cultural, na sociedade atual a cesariana é apresentada como algo inerente a condição moderna, um modo de parir da mulher de atualmente. Em contraste a isso, o parto vaginal aparece como algo primitivo. Para muitas, a cesárea parece ser coerente com suas trajetórias e forma de vida, usufruindo do controle e segurança advindos da modernidade (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015a).

Nesse sentido, o acesso às informações disseminadas em todo o mundo por meio da internet também exerce influencia nas decisões de cuidado a saúde. Antes, os pacientes vinham a consulta médica apresentar seus sintomas e aguardavam por recomendações de tratamento sem questionar. Hoje, o advento da modernidade possibilita o acesso a todo o tipo de conteúdo, e os usuários aproveitam desse artifício para discutir sobre anestesia, episiotomia, tipos de parto e outros temas. Assim, a decisão por uma ou outra via de parto, muitas vezes, antecede a conduta médica e a cesariana passa a assumir esse papel de “*padrão obstétrico moderno*” a ser seguido (PATAH; MALIK, 2011) .

Além da questão cultural, deve-se considerar também a associação entre o medo da mulher em relação a dor do parto vaginal e o desconhecimento dos riscos e benefícios do tipo de parto escolhido (MORAIS *et al.*, 2022). Por mais que o parto vaginal possa ser acompanhado de grandes incômodos sentidos pela parturiente, sabe-se que todo o processo se dá de forma fisiológica, e, na maioria dos casos, o suporte dado à mulher serve apenas para auxiliar o corpo feminino a propiciar de forma mais eficaz a saída do conceito; o corpo feminino possui plena capacidade de parir (PALERMO *et al.*, 2019).

Essa questão cultural quando somada a perspectivas desconhecidas ou negligenciadas constituem-se no que se conhece como “cesariana a pedido” (PALERMO *et al.*, 2019), ou seja, o parto cesariano mesmo sem indicação de risco ao feto ou a mãe, sendo este um direito garantido pela lei (GOVERNO FEDERAL, 1990).

Nesse contexto, o próprio número elevado de cesarianas também acaba por retroalimentar esse ciclo e aumentar ainda mais esses números. Pesquisas recentes mostram que entre todos os partos 55,3% são via cesariana, e desses cerca de 85,3% são recorrentes. Os hospitais privados são os maiores detentores de taxa de recorrência, com cerca de 90% de todas

as cirurgias (DIAS et al., 2022). Isso porque mulheres com cesariana prévia frequentemente são submetidas a novas cesarianas por repetição, devido a um receio obstétrico de ocorrer rotura uterina durante a indução do parto (BRAGA *et al.*, 2023). No entanto, pesquisas apontam que entre mulheres com cesariana prévia a taxa de mortalidade materna é maior em gestantes submetidas a uma nova cesárea agendada do que àquelas que tiveram o parto vaginal planejado (BRASIL, 2016).

A OMS reitera a efetividade da cesárea quando indicada por motivos médicos. Porém, também defende não haver evidências que apontem benefícios para aquelas realizadas sem recomendação adequada. Pelo contrário: os riscos podem se estender por anos, podendo afetar tanto a saúde da mulher como de seu filho (OMS, 2015).

Dentre as possíveis consequências maternas da realização de uma cesariana sem indicação estão as hemorragias, infecções puerperais, riscos anestésicos e outras patologias. Para o recém-nascido os riscos se relacionam a problemas no sistema respiratório, deficiências hepáticas, hipoglicemia e hipoxia, além de ser um fator ligado a prematuridade quando realizada sem qualquer sinal de trabalho de parto (VIANA *et al.*, 2018).

2.3. Indicações médicas para realização de cesariana

Vale ressaltar que há situações distintas no que diz respeito às indicações ao parto cesariano: emergências obstétricas, indicação de cesárea eletiva e as cesáreas a pedido. Mais de uma condição podem coincidir, porém também é possível que a opinião médica divirja do desejo da paciente (FIOCRUZ, 2021).

2.3.1. Emergências Obstétricas

- a) Emergências obstétricas: condição que represente risco iminente à vida, cuja resolução deva ser imediata para que não ocorra óbito do paciente. Há situações gestacionais nas quais demanda-se intervenção para evitar desfechos negativos. Entre essas situações pode-se citar:

- a. Prolapso de cordão umbilical: expulsão prematura do cordão umbilical via cérvix antes da saída do concepto, em que há risco de compressão de estruturas e possível sofrimento fetal por hipoxia (WONG *et al.*, 2021).
- b. Sofrimento fetal agudo (SFA): uma emergência obstétrica, cujos desfechos podem ser negativos caso não haja correção. Para que se estabeleça o diagnóstico, algumas condições devem ser observadas: resultados da cardiotocografia, movimentação fetal, respiração fetal, tônus fetal e batimentos cardíacos fetais. Ademais, há provas laboratoriais (análise de

sangue fetal) e de imagem (doppler-velocimetria de artéria uterina, entre outros) que também podem ser utilizadas para guiar o profissional de saúde rumo à definição de melhor conduta (MARTINS, 2020);

- c. Falha da progressão do parto: quando evidenciada dilatação cervical maior ou igual a 6 cm com bolsa rota, mesmo que com contrações adequadas, ou após pelo menos 6 horas de administração de ocitocina (PARO; CATANI, 2019);
- d. Descolamento prematuro de placenta: nos casos de sangramento anteparto com suspeita de descolamento de placenta e/ou comprometimento materno-fetal (PARO; CATANI, 2019).

2.3.2. Cesariana Eletiva

Indicação clínica de necessidade de cesariana realizada de forma individualizada, como em casos de apresentação fetal complexa, acretismo placentário, macrosomia fetal, infecção por HIV ou gemelaridade (PARO; CATANI, 2019).

- a) Apresentações fetais complexas: a cesariana tem sido citada como mais satisfatória para reduzir mortalidade materno-infantil em casos de apresentações fetais que tornem o parto vaginal muito dispendioso ou inviável, como é o caso do bebê córmico. Ademais, fatores como a apresentação pélvica têm sido, por si sós, relacionados a maior taxa de natimortos ou resultados perinatais desfavoráveis como hipoxia fetal (SILVA., 2021).
- b) Acretismo placentário: gestantes com cesariana prévia tem risco aumentado de desenvolver placenta de inserção baixa e evoluir com acretismo placentário, sendo este risco diretamente proporcional ao número de cesarianas anteriores. Portanto, diante da suspeita de acretismo evidenciada em exame ultrassonográfico, a cesariana deve ser programada (BRASIL,2016). Deve-se avaliar o comprometimento das estruturas e definir a idade gestacional para a interrupção, que geralmente ocorre entre 34 e 36 semanas (PARO; CATANI, 2019).
- c) Macrosomia fetal: estimativa ultrassonográfica de peso fetal maior que 4500g em mulheres com diabetes mellitus gestacional e peso fetal maior que 5000g em mulheres sem diagnóstico de diabetes mellitus constinuem como indicação de cesárea eletiva (FIOCRUZ, 2021; PARO; CATANI, 2019).
- d) Infecção por HIV: pacientes com diagnóstico de HIV sem tratamento antirretroviral

e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias virais deve ter cesariana agendada para as 38 semanas, com o intuito de evitar transmissão vertical (PARO; CATANI, 2019).

- e) Gemelaridade: em casos em que o primeiro feto não esteja em apresentação cefálica ou em mulheres com gestação gemelar monoamniótica, a fim de evitar complicações de cordão com o segundo feto (PARO; CATANI, 2019).

2.3.3. Cesariana à pedido

Apesar de não haver evidências científicas suficientes para a recomendação da cesárea a pedido, a legislação regula esse direito mesmo quando sem indicação clínica, sob justificativa de manutenção da autonomia da mãe (BRAGA *et al.*, 2023). Nesse caso, a gestante deve aguardar as 39 semanas e assinar termo de consentimento informado, além de receber as orientações acerca dos riscos aumentados de placenta prévia/acreta em cesáreas subsequentes. Se a motivação for medo ou dor, deve-se orientar sobre o direito a analgesia intraparto também assegurado pela lei (PARO; CATANI, 2019).

2.4. Riscos e implicações do parto cesáreo desnecessário para mãe, bebê e economia.

Apesar de a cesariana ser uma alternativa salvadora de vidas e garantidora da proteção do binômio materno-perinatal, sua realização descontrolada também está associada a riscos importantes, imediatos ou futuros, tanto para o recém-nascido como para a puérpera (BRAGA *et al.*, 2023).

Para o bebê tem-se os riscos fetais imediatos, como a prematuridade por iatrogenia (por nascimento a termo precoce, principalmente em cesarianas eletivas) e o aumento das taxas de taquipneia transitória. Entre os riscos futuros para esse bebê, podemos citar alterações na microbiota intestinal, maiores taxas de disfunções imunológicas e ainda desordens metabólicas e cognitivas, como obesidade, asma e hiperatividade (BRAGA *et al.*, 2023).

Além disso, a demora na descida do leite materno também é um fator preocupante, tendo em vista que o parto cesariano é o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida – momento este potencializador de promoção à saúde, associado à maior duração do aleitamento materno e redução das taxas de mortalidade infantil. (ESTEVES, 2014).

A dificuldade está no fato de que no parto cesáreo mãe e bebê ficam mais tempo longe nos primeiros momentos, e este é exatamente o maior responsável pela liberação de hormônios mediadores da produção e ejeção do leite. Sem ele, os efeitos positivos – como maturação da mucosa intestinal e fatores imunológicos bioativos – dão lugar à adesão às fórmulas infantis

mais precocemente e outras consequências negativas ao neonato, como a maior propensão a alergias e doenças crônicas como a asma (ESTEVEES, 2014).

Para a mãe, entre os riscos imediatos estão o aumento no sangramento ainda intraparto, as hemorragias pós-parto, aumento nos riscos de sepse, quadros tromboembólicos e lesões nos órgãos pélvicos adjacentes ao útero – sobretudo em cesáreas de urgência (BRAGA *et al.*, 2023). A longo prazo tem-se o risco de formação de aderências, infecção de ferida operatória, placenta prévia em gestações posteriores – o que indiretamente pode aumentar as chances de um próximo parto também ser por via cesáreo (USP, 2023), redução da fertilidade, dor pélvica crônica e sangramento uterino anormal (BRAGA *et al.*, 2023).

Todas essas complicações podem acarretar piora nos quadros maternos e estão associadas à importante morbimortalidade materna (BRAGA *et al.*, 2023). Nos casos de infecção puerperal, por exemplo, as cesarianas aparecem como um fator de risco até 1,5 vezes maior que em comparação ao parto vaginal. Nesse cenário, tem-se como consequência quadros puerperais de maior gravidade, que culminam em aumento no tempo de internação hospitalar, óbitos puerperais e também dos índices de mortalidade materna. (MASCARELLO *et al.*, 2018).

É nesse sentido que surge o aspecto econômico, sobretudo em um sistema público de saúde já sobrecarregado e fragilizado. Diante disso, estudos apontam que o procedimento do parto cesariana possui um custo cerca de 38% maior do que o do parto vaginal. No Brasil, cerca de 7% de todos os recursos são gastos com internações e desses cerca de 20% especificamente com parto (ENTRINGER *et al.*, 2018). Em 2015, por exemplo, no Brasil cerca de 45% dos 650 milhões de reais gastos em partos foram em partos cesáreos. Se as prevalências da OMS fossem consideradas, haveria uma redução de cerca de 57 milhões de reais (DALMORO; ROSA; BORDIN, 2018).

Conclui-se, portanto, que as crescentes taxas de cesariana devem ser encaradas de forma prioritária, pois além de estarem associadas a malefícios para mãe e bebê, quando não indicada por necessidade, também representam um valor expressivo de gasto pelo SUS – valor este que poderia estar sendo investido em outros serviços ou para aprimorar a assistência ao parto nacionalmente.

2.5. Perfil da realização de cesarianas no Brasil.

Ainda que a epidemia de cesáreas no Brasil seja um fenômeno prevalente em todo o país, há diferenças epidemiológicas no que diz respeito às preferências de via de parto. São vários os fatores determinantes dessa realidade: sociais como a escolaridade, renda e acesso ao setor privado de saúde ou ainda a cor de pele em um país estruturalmente racista. Todos esses

fatores dispõem, em diferentes níveis de influência, algum grau de interação capaz de determinar a via de nascimento do bebê (DINIZ *et al.*, 2016).

Dados indicam que, entre os anos de 2010 e 2020, mais de 31 milhões de partos foram registrados em todo o país. Desses, cerca de 55% foram cesarianas. Sendo que a única região brasileira em que se notou (no período analisado) a manutenção da taxa de cesarianas abaixo da quantidade de partos normais foi no Nordeste – apenas entre os anos de 2010 e 2013, sendo que a partir de 2018 a quantidade de cesarianas passou a ser mais elevada (SIMÕES *et al.*, 2022).

Essa elevação, associada à diminuição da quantidade de partos vaginais, levou o Ministério da Saúde a buscar maneiras de compreender quais motivos levaram a ascensão rápida e constante do número de cesarianas realizadas no Brasil. Foi quando adotou-se em 2014 a estratégia de lançar mão da Classificação de Robson (CR) como ferramenta de apoio na identificação do perfil das cesarianas no país. A CR foi suscitada pela OMS em 2011, e cataloga as parturientes em grupos que levam em consideração informações sobre histórico obstétrico em geral de forma sistematizada e validada internacionalmente (CRUZ, 2022).

Apesar dessa classificação possuir lacunas, principalmente no que diz respeito à análise dos componentes étnicos e sua relação com a via de parto, é alarmante que a maioria dos grupos analisados conte com proporção tão alta, podendo chegar a 96% a depender do ano e do grupo analisado, sendo que em todo o Brasil a realização de cesarianas pode ser superior aos partos vaginais em até 7 dos 10 grupos, como avaliado por estudos recentes. (CAVALCANTI *et al.*, 2024).

No que tange aos aspectos de cor de pele/raça, tem-se que entre os anos de 2000 e 2018 foram registrados mais de 56 milhões de partos (no âmbito do SUS), sendo que 51,3% foram partos vaginais e 48,7% cesarianas. Nesses, houve predomínio da realização de cesarianas entre mulheres autodeclaradas brancas e de partos vaginais entre pretas/pardas (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

A princípio, a menor exposição às intervenções poderia significar maior cuidado, estando em mais acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. No entanto, na prática, o modelo de assistência adotado no Brasil é intervencionista, em que as práticas de intervenção são indicativas de um bom cuidado. Ou seja: mulheres pretas/pardas carecem desse cuidado no modelo de assistência atual. Como consequência, evidencia-se o excesso de nascimentos em idades gestacionais entre 37 e 38 semanas, sobretudo devido cesarianas agendadas nessa população (LEAL *et al.*, 2017).

Esses dados suscitam a discussão de que, apesar de o Brasil ser um país que tem a

miscigenação como característica contundente, ainda prevalece o ideal do racismo estrutural. Isso se traduz em um cenário em que mulheres pretas possuem maior risco de pré-natal inadequado, menos orientações durante o pré-natal/início de trabalho de parto e também menores chances de acesso a intervenções asseguradas por lei, como a analgesia durante o trabalho de parto (LEAL *et al.*, 2017).

O uso de anestesia durante o parto vaginal, por exemplo, é usado pelo Ministério da Saúde desde 1991 como estratégia para diminuir o medo da dor do parto e, assim, reduzir o número de cesáreas. Portanto, a dificuldade no acesso desse direito compromete o sucesso dessa estratégia, favorecendo, mesmo que indiretamente, o aumento no número de cesarianas (LEAL *et al.*, 2017).

Ainda para Leal *et al.*, esse cenário de pior assistência possivelmente está associado às percepções sociais antiquadas de existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas à cor de pele, como um “racismo internalizado” em que pretas, supostamente, seriam mais resistentes à dor em relação às brancas. Dito isso, contata-se o evidenciado por Guimarães (2021), com o predomínio da realização de cesarianas entre mulheres autodeclaradas brancas e de partos vaginais entre pretas/pardas (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Além disso, pesquisas apontam que apenas um quinto das mulheres negras realizam um pré-natal considerado adequado (LEAL, *et al.*, 2017). Dessa forma, ao considerar que o acesso aos serviços de atenção pré-natal e ao parto e a qualidade dessa atenção são dois fatores determinantes na morbimortalidade materna, evidencia-se um aspecto de funcionamento do cotidiano dos serviços de saúde que trazem benefícios e oportunidades diferenciadas segundo critérios de cor/raça, em que há o prejuízo para as de cor mais escura (RATTNER; MOURA, 2016).

Para LEAL; GAMA; CUNHA (2004) há a constatação de que na sociedade existem dois níveis de discriminação: o educacional e o racial, em que estes invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população. Nesse sentido, entre 2016-2021 observou-se que as cesarianas corresponderam a 57% do total de partos, sendo desses a maior prevalência em mulheres com escolaridade igual ou superior a 12 anos (MAUADIÉ *et al.*, 2024). Estudos nacionais de 2016 também associam a probabilidade de cesariana como progressivamente ligada ao nível de escolaridade materna: inferior em mulheres sem escolaridade e superior entre aquelas com ensino médio completo (BRASIL, 2016; LEAL *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A associação entre escolaridade mais elevada e maior número de cesarianas pode estar ligado ao maior poder aquisitivo – o de pagar pelo parto e suporte que deseja. Estudos atuais

confirmam essa hipótese ao concluir que as maiores taxas de cesariana estão nas regiões de maior desenvolvimento econômico (consequentemente mais ricas), em que as mulheres com ensino médio completo ou mais representaram cerca de 61,1% de todas as cesarianas. Além disso, observa-se uma alta taxa de cesariana recorrente, com cerca de 88% (DIAS *et al.*, 2022).

Ao relacionar poder aquisitivo com mais partos por via cesariana, subentende-se que esses números serão mais prevalentes em hospitais particulares – realidade essa comprovada por Dias *et. Al* (2022), que apontou cerca de 85% das cesáreas como realizadas em instituições privadas no ano de 2017, com uma recorrência expressiva de mais de 95% (FAISAL-CURY *et al.*, 2017).

No entanto, os hospitais públicos de São Paulo também evidenciaram, nesse mesmo ano, o aumento do número de cesarianas (FAISAL-CURY *et al.*, 2017). É sob essa perspectiva que surge a discussão acerca de uma íntima relação entre estudo e poder de negociação, suscitada por Paulo Freitas, pesquisador da Universidade Federal de Santa Catarina, que considera a escolaridade como um fator de aumento na chance de cesariana devido à maior capacidade de negociação com o obstetra, em que a mãe combina ainda durante o pré-natal no particular a realização do parto cirúrgico pelo SUS (FREITAS *et al.*, 2005).

Portanto, orientar as gestantes sobre o plano de parto e as vias de parto durante as consultas de pré-natal, garantir boas condições para os partos vaginais aquém de preconceito, assim como ofertar adequadamente analgesia de parto e utilizar métodos para manejo da dor são medidas importantes para reduzir as taxas de cesárea, tanto no setor privado como no público de saúde (DIAS *et al.*, 2022).

2.6. Entraves de saúde na região Norte e no estado do Pará.

Em Setembro dos anos 2000 foi firmado um compromisso de ações para o novo milênio por 189 países – objetivos estes que seriam alcançados até 2015 – denominados de Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entre eles o de número 4 visava reduzir a mortalidade na infância e o número 5 melhorar a saúde materna – ambos intimamente ligados com a atenção perinatal. Entende-se, portanto, que o acesso aos serviços de atenção ao pré-natal e ao parto, além da qualidade dessa assistência, são dois dos principais determinantes da morbimortalidade materna (RATTNER; MOURA, 2016).

Nesse sentido, o indicador internacional adotado em relação à qualidade da atenção ao parto é a taxa de cesariana. Há a evidência da associação da cesariana eletiva com a morbimortalidade materna, em que esta contribui para a manutenção de índices ainda altos. Essa relação é preocupante ao considerar o atual cenário brasileiro de elevação progressiva nas

taxas de partos cirúrgicos (RATTNER; MOURA, 2016).

Nesse contexto, as elevadas taxas de cesariana no Brasil acompanham diversas variações proporcionais entre as macrorregiões. Na região norte, de acordo com o constatado em estudo realizado em 2022, houve o crescimento das taxas entre 1994 e 2019, de 26,9% para 77,7%. Além disso, concluiu-se que os estados do Norte e Nordeste apresentavam as maiores tendências de aumento no número de cesáreas nos anos 2000. No Pará, enquanto em 1994 a proporção era de 24,7%, em 2019 chegou a 50,3% e em 2022 alcançou 51% (PIRES *et al.*, 2023); SILVA, 2021; SOUZA *et al.*, 2024).

Foi devido a isso que os ODM tiveram as regiões Norte e Nordeste como prioridade na redução da mortalidade materna e infantil, por considerarem a inadequação à atenção ao pré-natal/parto e as altas taxas de cesariana como fatores limitantes para o alcance das ODM 4 e 5. O cenário da região Norte é de que entre as 75,4% que conseguem pelo menos as 6 consultas pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, 41% evoluem para partos cirúrgicos (RATTNER; MOURA, 2016).

Nesse cenário, o estado do Pará apresenta barreiras particulares que comprometem o acesso aos serviços de saúde, tanto por suas características geográficas como por questões econômicas. No que tange às características geográficas, a vasta extensão territorial do estado traz consigo as dificuldades de transporte. Segundo Garnelo *et al.* (2018), as populações rurais de áreas remotas do Oeste do Pará, por exemplo, precisam encarar grandes distâncias para acesso à Atenção Primária, com rotas limitadas e custos logísticos elevados (GARNELO *et al.*, 2018).

Somado a isso, tem-se a realidade de concentração de profissionais médicos nas zonas urbanas. Ainda para Garnelo *et al.* (2023), quando comparadas as zonas rural e urbana, tem-se que em toda a região Norte apenas metade da população rural é detentora do acesso à assistência médica. No Pará, segundo Dados Nacionais da Demografia Médica de 2025 (SCHEFFER, 2025) tem-se 1,18 médicos a cada 1000 habitantes – significativamente abaixo da média nacional de 2,85. Além disso, grande parte das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), embora alocadas para atender áreas rurais, estão concentradas nas zonas urbanas. Essas unidades de ESF, de acordo com a Pesquisa Nacional em Saúde (2019), são responsáveis pela realização de cerca de 60% dos pré-natais no serviço público (PNS, 2019).

Dessa forma, a baixa disponibilidade de médicos por habitante, somada as dificuldades de acesso a esse atendimento devido a concentração em zonas urbanas, sobretudo por populações rurais, constituem como entraves a uma assistência pré-natal de qualidade. Esta atua como um fator de proteção para a saúde da mãe e bebê, podendo contornar problemas

obstétricos, assegurar partos e nascimentos saudáveis e consequentemente reduzir os índices de morbimortalidade materna e infantil (LEAL *et al.*, 2017) .

Somado a isso, o número de consultas pré-natais realizadas e o mês de início do acompanhamento também são fatores determinantes na saúde perinatal. No entanto, uma pesquisa realizada entre as mulheres usuárias de serviços públicos nos municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil na Amazonia legal e no Nordeste mostrou que apenas 57,3% das mulheres nortistas realizam pelo menos as seis consultas pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde. Em relação ao início precoce do pré-natal os valores também foram semelhantes, com apenas 64,4% – inclusive abaixo da média nacional de 75,8% (LEAL *et al.*, 2017).

SOUZA *et al.* (2024) constata essa relação negativa ao evidenciar que no Brasil as taxas de cesáreas entre as mulheres com pré-natal inadequado e intermediário são de respectivamente 36% e 41,7% (SOUZA *et al.*, 2024). Na região Norte, de acordo com o inquérito nacional de assistência pré-natal Nascer no Brasil 2, a inadequação do número de consultas de pré-natal é o maior do país, com 42,7%. No que tange à peregrinação para admissão durante o trabalho de parto (dificuldade da gestante em se vincular a uma maternidade para internação e parto) a região Norte também lidera com aproximadamente 52%. A consequência desse cenário é o aumento de até 23% nas chances da realização de uma cesariana não programada, além de 62% de chance de prematuridade (FIOCRUZ, 2023).

2. JUSTIFICATIVA

A saúde materna e neonatal no Brasil é um tema que provocou intensos debates nos últimos anos. Tem sido observado com preocupação o fenômeno do aumento exponencial das taxas de partos cesarianos e diminuição do número de partos vaginais. A escolha de via de parto deve levar em consideração critérios técnicos definidos clara e previamente, de acordo com as indicações para parto cesariano já bem consolidadas na literatura (SANTOS, 2018).

No entanto, no Brasil as altas taxas de cesariana alertam para um cenário em que a via cirúrgica de nascimento deixou de ser uma alternativa para casos que envolvessem risco de vida para a mãe e conceito para tornar-se primeira opção de via de parto (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015a). Diante disso, deve-se considerar que os fatores de risco para a cesárea não são suficientemente abordados se analisados individualmente, necessitando de uma análise conjunta entre o comportamento médico e das pacientes no modelo assistencial (PATAH; MALIK, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a cesariana pode ser necessária para salvar a vida tanto da mãe como da criança, no entanto, trata-se de uma cirurgia que pode apresentar riscos para ambos, e por isso não deve ser uma opção de parto, e sim uma indicação médica de acordo com a necessidade (IBGE, 2021).

Esse cenário vai de encontro às mais atuais evidências científicas, as quais têm retomado a via de parto vaginal como a mais segura, proporcionando benefícios a curto, médio e longo prazo tanto para parturiente quanto para o nascituro. Ademais, isso levanta questionamentos sobre a qualidade da atenção obstétrica que tem sido proporcionada às parturientes em todo o Brasil (SIQUEIRA; FEITOZA, 2021).

Dito isso, a pesquisa se justifica pela necessidade crescente de compreender qual o perfil de mulheres protagonistas no fenômeno do aumento de cesarianas entre a população do estado do Pará, já que as causas podem ser diversas e tem como consequência a exposição de gestantes e bebês a riscos desnecessários ou condições que facilmente seriam mitigadas caso os protocolos existentes fossem seguidos (PALERMO *et al.*, 2019).

Em última instância, este trabalho visa trazer a lume uma questão que afeta direta e indiretamente incontáveis vidas, de forma que as perspectivas de futuro para a atenção obstétrica possam ser as melhores possíveis, já que o arcabouço teórico deixado por este trabalho estará à disposição de outros pesquisadores.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- a) Analisar o perfil socioeconômico das mulheres que foram submetidas ao parto cesáreo nas Regiões de Saúde do Estado do Pará, entre os anos de 2013 e 2023, considerando variáveis de cor/raça e escolaridade.

3.2. Objetivos específicos

- a) Comparar as taxas dos partos cesariana entre as Regiões de Saúde do Pará em relação aos partos vaginais entre os anos de 2013 e 2023.
- b) Analisar as taxas de cesariana entre mulheres considerando os aspectos de raça/cor e instrução.
- c) Relacionar o perfil de mulheres por trás dos números de cesarianas no Pará ao cenário nacional.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, de caráter descritivo, que analisou a tendência do tipo de parto (cesáreo ou vaginal) no estado do Pará entre 2013 e 2023, considerando dados agregados por regiões de saúde.

4.2. População e amostra

A população estudada inclui todos os nascidos vivos do Estado do Pará filtrados de acordo com as 13 Regiões de Saúde (CIR) entre os anos 2013 e 2023 de acordo com o tipo de parto, cesáreo ou vaginal. Foram excluídos os dados que não estavam disponíveis em relação ao tipo de parto.

A variável dependente principal foi o tipo de parto (cesariano ou vaginal) por residência da mãe. Como variáveis independentes, consideraram-se a raça/cor da mãe, o nível de instrução materna, o ano do parto e a região de saúde (CIR). A escolha dessas variáveis permitiu caracterizar o perfil das mulheres submetidas a parto cesáreo e identificar disparidades regionais e sociais associadas.

4.3. Procedimento de coleta e análise dos dados

Os dados foram retirados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC) por intermédio da plataforma online DataSUS, usando o aplicativo TABNET, que disponibiliza informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS). Na base de dados do SINASC é encontrado o registro total dos nascidos vivos no Brasil, dados estes oriundos de uma notificação obrigatória de nascimentos definidos pelo governo federal.

Os dados do SINASC abrangem os tipos de parto: vaginal, cesárea, fórceps/outro e ignorado. Neste estudo os dados sobre o número de partos se deu em estatísticas vitais, nascidos vivos desde 1994, nascidos vivos de abrangência geográfica do estado do Pará, usando as variáveis cesariana e parto vaginal, com conteúdo de nascimentos por residência da mãe. Os dados foram organizados segundo as Regiões de Saúde do Pará (CIR), das quais estão: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Lago de Tucuruí, Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Rio Caetés, Tapajós, Tocantins, Xingu, Marajó I e Marajó II.

Após a coleta dos números totais de ambos os tipos de parto, foi usada a plataforma Google Planilhas para a organização dos dados de acordo com o ano e tipo de parto realizado. Após, foi realizada a coleta dos dados do número de cesarianas usando a variável dependente

“cor/raça” das mulheres submetidas somente à cesariana, em que as disponíveis eram: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado. Foram excluídos os dados da raça amarela, por conta de os números serem irrisórios na determinação da pesquisa. Novamente os dados foram organizados na plataforma Google Planilhas para análise.

Também foi utilizada a variável dependente “instrução da mãe”. Com relação ao grau de escolaridade da parturiente, as categorias disponíveis eram: nenhuma instrução, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos e mais, 1 a 8 anos, 9 a 11 anos, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau, superior ou ignorado. Para a pesquisa foram analisados somente os números mais prevalentes: de 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 ou mais anos.

Os dados disponíveis na plataforma eram apenas em relação à quantidade de anos estudados. Com essa classificação em tempo de estudo pode-se entender que àquelas que estudaram por 4 a 7 anos podem ter iniciado e até concluído o ensino fundamental I, que vai do 1º ao 5º ano. As que estudaram por 8 a 11 anos podem ter completado o ensino fundamental II, que se estende do 6º até o 9º ano, e iniciado ou até concluído o ensino médio – dependendo da idade em que iniciaram a vida escolar. Com o tempo de estudo de 12 ou mais anos subentende-se que aquela mulher concluiu o ensino médio e iniciou, ou ainda concluiu, o ensino superior. A opção desses tempos se deu para estratificar os dados entre ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio completo ou incompleto e ensino superior completo ou incompleto, tendo em vista que apesar de disponíveis, essas categorias quando solicitadas não apresentavam resultado.

A escolha dessas variáveis se deu pelo objetivo de conseguir estabelecer qual o perfil das mulheres submetidas aos partos cesáreos nas diferentes regiões de saúde do estado do Pará, além de possíveis disparidades relacionadas à oferta e ao tipo de assistência obstétrica disponível.

4.4. Análise de dados

Os dados coletados foram organizados em planilhas no software Google Planilhas, possibilitando uma melhor visualização do cenário dos últimos 10 anos. Em seguida, os dados foram analisados com o auxílio do software Excel (Microsoft™), que permitiu calcular frequências absolutas e relativas, além da taxa de parto cesáreo, de modo a correlacionar o número de procedimentos com o perfil das mulheres submetidas a eles. Taxa de parto cesáreo é a relação entre o número total de partos cesáreos e o total de partos total (vaginais e cirúrgicos) realizados no ano considerado. O método de cálculo está ilustrado abaixo:

Figura 1. Fórmula para o cálculo para taxa de partos cesarianos.

$$\frac{\text{Nº de partos cesários}}{\text{Total de partos (normais + cesários)}} \times 100$$

Fonte: adaptado de ANS (BRASIL,2004)

Posteriormente, o Excel também foi utilizado para a elaboração de gráficos, a fim de ilustrar os resultados e subsidiar a discussão. Todos os dados apresentados foram extraídos do banco de dados do DataSUS.

Entre as limitações, destaca-se a possibilidade de subnotificação e inconsistências no preenchimento do SINASC, comuns em bases secundárias. Além disso, a exclusão da categoria “raça/cor amarela”, devido ao número reduzido de registros, pode limitar comparações. Outro ponto refere-se ao nível de instrução materna, que foi classificado a partir de faixas de anos de estudo, o que pode gerar imprecisão na equivalência com os níveis formais de escolaridade. Essas limitações, contudo, não comprometem a análise global da tendência de cesarianas no período e região estudados.

4.5. Riscos e benefícios

O trabalho lançou mão de dados secundários, disponíveis para consulta pública pelas plataformas DATASUS/TABWIN, sendo que as bases de dados não divulgam quaisquer informações que permitam a identificação de indivíduos cujos dados foram analisados. Logo, não houve riscos de que fossem descobertas informações pessoais.

Entre as limitações, destaca-se a possibilidade de subnotificação e inconsistências no preenchimento do SINASC, comuns em bases secundárias. Além disso, a exclusão da categoria “raça/cor amarela”, devido ao número reduzido de registros, pode limitar comparações. Outro ponto refere-se ao nível de instrução materna, que foi classificado a partir de faixas de anos de estudo, o que pode gerar imprecisão na equivalência com os níveis formais de escolaridade. Essas limitações, contudo, não comprometem a análise global da tendência de cesarianas no período e região estudados.

Ademais, a elaboração deste trabalho permitiu conhecer mais a respeito das características sociais das mulheres envolvidas na epidemia de cesarianas nas 13 regiões de saúde do Pará, com foco nos partos ocorridos entre os anos de 2013-2023. Isso pode permitir com que novas estratégias sanitárias sejam pensadas, tendo como base o arcabouço teórico fornecido pelas investigações conduzidas neste trabalho.

4.6. Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza como fonte de dados artigos e documentos de domínio público, disponíveis em bases de dados eletrônicas, o projeto dispensa a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As publicações utilizadas para dar sustentação teórica ao trabalho serão citadas conforme o padrão da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), sendo que a referência completa das citações estará disponível ao final do trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. A realidade das cesarianas no estado do Pará.

Entre os anos de 2013 e 2023 foram registrados 1.505.581 partos no Estado do Pará. Nesse período, a cesariana se destacou-se como a via de parto mais frequente, totalizando 768.844 procedimentos, o que corresponde a aproximadamente 51% do total de partos realizados.

Tabela 1. Distribuição dos partos vaginais e das cesarianas no Pará (2013 – 2023)

ANO	PARTO VAGINAL		PARTO CESÁREA	
	Fi	Fr	Fi	Fr
2013	70.517	50,7	68.694	49
2014	70.839	49,5	72.380	51
2015	73.153	51,0	70.227	49
2016	71.213	51,8	66.259	48
2017	70.954	51,2	67.573	49
2018	71.553	50,5	70.139	50
2019	68.702	49,7	69.535	50
2020	63.701	48,0	69.144	52
2021	64.210	46,9	72.826	53
2022	57.199	44,7	70.700	55
2023	54.696	43,4	71.367	57

Legenda: Fr (frequência relativa); Fi (frequência absoluta)

Fonte: elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS.

A análise dos dados revela que houve prevalência de partos vaginais nos anos de 2013, 2015, 2016, 2017 e 2018, enquanto de 2019 a 2023 observou-se predominância de partos cesarianos. Além disso, a diferença entre os tipos de parto aumentou significativamente ao longo do período: em 2013, essa diferença era de aproximadamente 1.823 partos, enquanto em 2023 atingiu 16.671 em números absolutos (tabela 1).

A prevalência de partos vaginais no período de 2013 a 2018 se dá provavelmente devido a implementação de programas de melhoria da atenção ao parto e nascimento, como o Programa Rede Cegonha. Esse programa, implementado a partir de 2011 tanto no setor público como na saúde suplementar, inicialmente ambicionava atender as regiões brasileiras com os maiores

índices de mortalidade materna e infantil – as regiões Norte e Nordeste (RATTNER; MOURA, 2016) – mas em 2013 já atuava em todos os estados brasileiros (LEAL *et al.*, 2021).

Além disso, destaca-se ainda as Diretrizes de Atenção a Gestante: operação cesariana, um relatório implementado pelo Ministério da Saúde em 2016, que tinha como objetivo a orientação das mulheres, profissionais e gestores brasileiros, nos âmbitos público e privado, sobre as questões de vias de parto e seus riscos ou implicações, além de estabelecer parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e o acompanhamento das mulheres a ela submetidas (BRASIL, 2016).

Pires *et al.* avaliou em 2022 as tendências temporais e projeções de cesarianas no Brasil entre 1994 e 2019, e constatou que os estados da região Norte e Nordeste apresentaram a maior tendência de aumento nos anos 2000. No último ano da série estudada a proporção de cesarianas no Brasil já estava acima da estimativa global, superior inclusive em relação aos países com as maiores proporções como Chipre e Egito (PIRES *et al.*, 2023).

O Pará seguiu essa tendência, constatando-se a partir de 2019 o número de cesarianas superior ao de partos vaginais em 0,6% e seguindo em franco crescimento, crescendo de 50,3% a 50,7% entre 2019 e 2023.

Enquanto os estados da região Norte e Nordeste seguiam em crescimento, as demais regiões, no mesmo período, apresentaram tendência de estabilização ou até mesmo queda, como por exemplo os estados de Santa Catarina e Paraná, ambos na região Sul (PIRES *et al.*, 2023).

Isso se dá provavelmente devido as diferentes condições socioeconômicas entre as regiões, em que estados com maior Produto Interno Bruto (PIB) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estejam realizando mais o parto vaginal baseando-se nas evidências científicas. Em contrapartida, as regiões com estados mais pobres têm mais mulheres sendo submetidas a cesariana, por vezes vista como bem de consumo (PIRES *et al.*, 2023).

Tabela 2. Evolução da taxa de cesárea por 100 partos nas Regiões de Saúde do Pará (2013 – 2023).

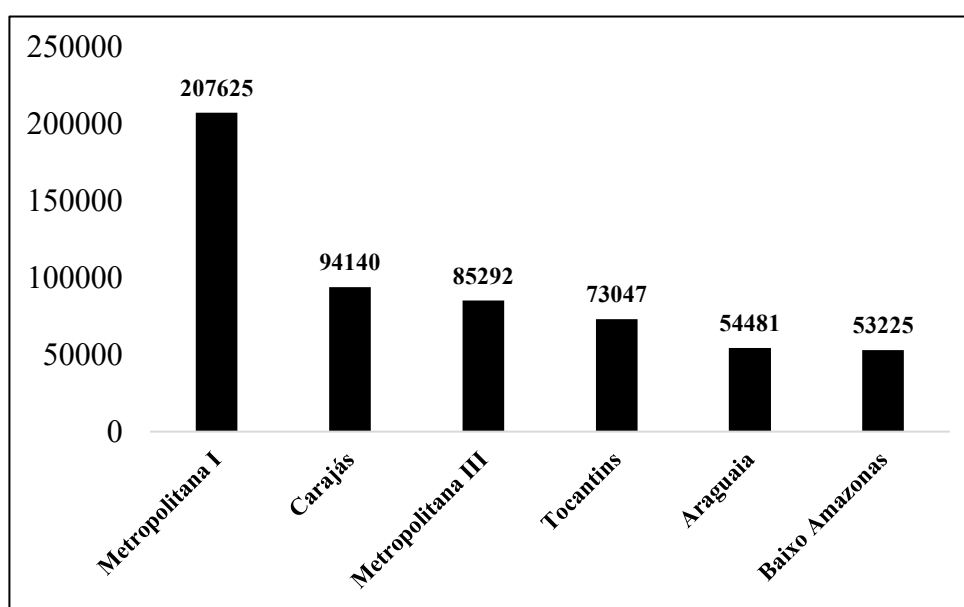
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
METROPOLITANA I	16,4	16,1	14,4	13,6	13,3	13,1	12,7	12,5	12,5	12,9	12,6
CARAJÁS	5,55	5,80	5,96	5,97	6,01	6,17	6,38	6,49	6,73	6,73	7,00
METROPOLITANA III	5,79	5,80	5,57	5,47	5,34	5,31	5,55	5,76	5,71	5,87	6,09
TOCANTINS	4,18	4,33	4,19	4,32	4,59	4,79	4,78	5,07	5,35	5,72	6,18
ARAGUAIA	3,02	3,26	3,32	3,25	3,48	3,62	3,68	3,87	4,00	4,10	4,23
BAIXO AMAZONAS	2,72	2,95	2,97	3,15	3,31	3,42	3,62	3,94	3,89	4,33	4,74
RIO CAETÉS	2,83	2,76	2,60	2,56	2,58	2,64	2,75	2,99	3,16	3,21	3,28
XINGU	2,02	2,17	2,29	2,50	2,55	2,70	2,72	2,77	2,91	3,14	3,14
LAGO DE TUCURUÍ	2,21	2,31	2,11	2,14	2,23	2,23	2,17	2,33	2,33	2,23	2,20
METROPOLITANA II	1,87	1,92	1,89	1,87	1,85	1,96	2,05	2,01	1,96	2,12	6,09

TAPAJÓS	0,84	1,21	1,29	1,31	1,45	1,46	1,51	1,69	1,80	1,99	2,24
MARAJÓ I	0,89	0,88	0,93	0,88	0,95	0,94	1,02	1,08	1,20	1,22	1,25
MARAJÓ II	0,80	0,87	0,86	0,88	0,93	1,02	1,15	1,39	1,48	1,60	1,66

Fonte: elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS.

No que tange aos números das 13 Regiões de Saúde (tabela 2), as taxas de parto cirúrgico também apresentam grandes variações. Além disso, os índices permanecem elevados quando comparados a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que estabelece como ideal a realização de 10 a 15% de cesarianas em relação ao total de partos (OMS, 2015).

Gráfico 1. Distribuição das seis Regiões de Saúde com maiores taxas de partos cesarianas entre 2013-2023.



Fonte: elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS.

A região de saúde Metropolitana I (gráfico 1) foi a que liderou com 13% do total de partos cesariana realizados no período. Esta abarca os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará (COSTA, 2017).

A região Metropolitana III se manteve em 2º lugar nos anos de 2013 e 2014, dando lugar ao Carajás a partir de então e passando ao 3º lugar apenas em 2023. A região Tocantins se manteve em 4º posição por 9 anos consecutivos, de 2013 a 2022, passando para 3º em 2023. Em 5º lugar veio a região do Araguaia, que manteve essa posição até 2019, perdendo para o Baixo Amazonas em 2020, retomando em 2021 e passando ao 6º lugar em 2022 e 2023.

Belarmino et al. (2022) constatou em seu estudo que o aumento do parto cesáreo estava associado, entre outros fatores, a ser residente nas regiões mais ricas e desenvolvidas do Brasil. Dessa forma, estabelecendo uma íntima relação entre cesariana e aspectos culturais, sociais e econômicos (BELARMINO *et al.*, 2022). No Pará, a distribuição entre as 6 regiões de saúde mais cesaristas segue essa tendência.

O primeiro lugar, ocupado pela região Metropolitana I, explica-se também pela concentração de serviços de referência em saúde do estado na capital Belém. Inclusive a Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), onde funciona a maior maternidade pública do estado, uma das maiores do Norte do Brasil e referencia em partos, de média e alta complexidade, para a população usuária do SUS. Em 2023 essa instituição foi responsável por cerca de 9.274 partos, representando 7,5% do total de partos do estado naquele ano (PARÁ, 2024).

A região do Carajás, que ocupa o segundo lugar no período analisado, abarca cidades como Canaã dos Carajás e Parauapebas, detentoras do primeiro e terceiro lugar, respectivamente, no ranking dos 10 municípios com maior PIB per capita no Pará. Canaã dos Carajás, por exemplo, possui uma média de PIB estadual cerca de 30x maior que o do estado, sendo o segundo maior do Brasil em 2021 (PARÁ, 2021).

A região Metropolitana III abarca municípios como Castanhal, Curuçá, Marapanim, Terra Alta e São João da Ponta, todos pequenos municípios localizados próximos da capital Belém. Ao considerar que o filtro da coleta de dados no DATASUS se dá por municípios de residência da mãe, constata-se que essa proximidade favorece o reflexo desses elevados números da capital também a esses municípios, que por não terem unidades de referência próprias, poderão usufruir das da capital.

As regiões do Tocantins, Araguaia e Baixo Amazonas também abarcam cidades com os maiores PIB per capita do estado, como Barcarena, Santa Maria das Barreiras e Oriximiná respectivamente. Numa sociedade extremamente capitalista a cesárea é sinonimo de produtividade e lucro, ao ser realizada em menor tempo e gerar maior receita tanto para hospitais como para médicos, além de atender as demandas da mulher moderna (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Isso porque, apesar de melhores condições de vida serem atribuídas a um grupo mais instruído e conseqüentemente mais informado, e isso teoricamente suscitar ao parto vaginal, no Brasil criou-se um senso comum de que a cesárea é a melhor e mais segura via de parto, em que quem pode escolhê-la o faz. Vários fatores podem contribuir para essa cultura: de um lado a mãe com medo da dor ou de possíveis lacerações, do outro médicos que optam pela melhor remuneração e otimização de tempo da menor duração do procedimento cirúrgico em detrimento ao trabalho de parto vaginal (BELARMINO *et al.*, 2022).

Surge assim a cultura material do parto, em que o uso social da cesariana entre as mulheres representa um modo de nascer compatível com a vida moderna. A cesárea marcada retira de cena os elementos agora primitivos, como as contrações, cólicas, gritos e também

substitui o tempo de espera pela previsibilidade do parto agendado (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015a).

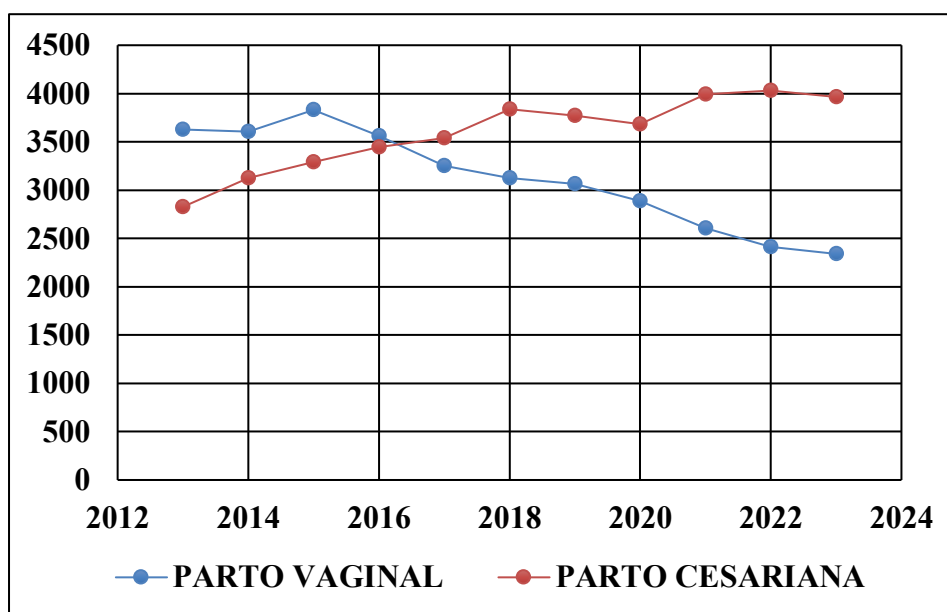
A região do Marajó I foi a de menor número, com 15.414, cerca de 1,02% do total de partos, contemplando os municípios: Afuá, Anajás, Breves, Curralinho, Melgaço e Portel (COSTA, 2017). As regiões do Marajó II e Tapajós também seguiram com as menores taxas de cesariana em relação às demais regiões, porém, desde 2016 seguem com taxas sempre crescentes, chegando a quase dobrar entre 2016 e 2023.

As regiões detentoras dos menores números de cesarianas no estado também são as com menos acesso a assistência, tendo em vista que os municípios do Marajó possuem como principal dificuldade as barreiras de acesso em saúde, inclusive geográficas ou de disponibilidade de médicos. Dessa forma, alguns autores defendem que a marginalização do acesso a tecnologia médica aumentam a demanda por cesarianas, como uma tentativa de evitar um atendimento considerado ruim e negligente. Trata-se de uma situação concreta de desigualdade, em que tecnologia seria sinônimo de boa assistência (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

5.2. Particularidade na região do Xingu

No que se refere à região do Xingu – que compreende municípios como Altamira, Anapú, Brasil Novo, Medicilândia e Pacajá – houve o domínio dos partos vaginais entre 2013 e 2016 (gráfico 2).

Gráfico 2. Variações nos tipos de parto entre os anos de 2013 e 2023 na Região de Saúde do Xingu



Fonte: elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS

A partir desse período, a taxa de partos vaginais, que vinha em crescimento até 2015,

apresentou declínio, cruzando-se com a curva de cesarianas em 2016. Desde então, os partos cirúrgicos mantiveram tendência de elevação quase contínua, ultrapassando de forma consistente os partos vaginais, antecipando-se inclusive em relação as outras Regiões de Saúde do estado.

Em 2023, observou-se aproximadamente 4.000 cesarianas frente a 2.400 partos normais. Essa mudança no perfil obstétrico coincide com os anos de maior atividade vinculada a implantação da Usina Hidrelétrica de Belo Monte, empreendimento que promoveu profundas transformações demográficas, econômicas e sociais na região, possivelmente influenciando também as práticas e condutas em saúde.

As aspirações em torno do projeto de construção da usina de Belo Monte remontam a década de 1970, mas sua execução efetiva teve início apenas em 2011. Com o avanço das obras, registrou-se um expressivo afluxo populacional em Altamira, impulsionado sobretudo pela chegada de trabalhadores em busca de oportunidades de emprego. Estimativas da época indicam que a população do município alcançou cerca de 150 mil habitantes (ESTRONIOLI; MIRANDA NETO, 2021).

Esse crescimento súbito gerou repercussões em diferentes setores da sociedade local, destacando-se o inchaço dos serviços de saúde, que passaram a enfrentar demandas muito superiores à sua capacidade instalada. As estruturas permaneciam praticamente as mesmas dos anos anteriores, sem a adequada expansão proporcional ao aumento populacional. Ademais, algumas das melhorias condicionantes para a liberação ambiental do empreendimento não foram cumpridas, como é o caso da construção do hospital materno-infantil (ESTRONIOLI; MIRANDA NETO, 2021).

Nesse sentido, superlotação dos serviços de saúde no contexto da construção de Belo Monte pode ter contribuído para o aumento do número de cesarianas. Além desse fator estrutural, a definição de via de parto nem sempre se baseia exclusivamente em critérios clínicos. Um dos critérios também por vezes utilizado é a comodidade para a equipe de saúde que estará a cargo da supervisão do processo dentro das unidades hospitalares. O trabalho de parto vaginal fisiológico pode ser um processo longo, demorado, requerendo atenção por parte de um número maior de pessoas (COPELLI *et al.*, 2015).

O parto cesariano, por outro lado, pode mobilizar um número relativamente menor de pessoas, além de permitir que o procedimento seja marcado com antecedência. Esse fato é levado em consideração, ainda que frequentemente a decisão não pondere aquilo que é melhor para a paciente. Em uma situação de superlotação, com pressão de outros setores hospitalares para que haja maior agilidade na condução do serviço, torna-se ainda mais propícia a realização

de cesarianas ao invés de partos vaginais (LEGUIZAMON *et al.*, 2013).

A preferência por cesarianas em situações de estresse para a equipe foi atestada por outros pesquisadores. Durante a pandemia, por exemplo, com equipes reduzidas e todas as atenções voltadas para os enfermos com COVID-19, em muitos casos a opção principal de escolha costumou ser o procedimento mais rápido e que desse, de uma certa forma, maior autonomia aos profissionais de saúde (CARVALHO; PINELLA; VILELA, 2025).

5.3. A relação da escolaridade com o crescente número de cesáreas

Ao analisar o parâmetro da escolaridade, os dados disponíveis no DataSUS são filtrados em instrução da mãe de acordo com o tempo em anos que essas estudaram. Foram extraídos os dados de 2013 à 2023 do tipo de parto cesáreo e filtrados entre os tempos: 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e 12 ou mais anos. Os dados coletados estão disponíveis na tabela 3:

Tabela 3. Instrução das mães de parto cesárea de 2013 a 2023.

ANO	4-7 ANOS		8-11 ANOS		12 OU + ANOS	
	FI	FR	FI	FR	FI	FR
2013	15.639	24,3	39.244	61,0	9.476	14,7
2014	15.397	23,0	41.365	62,0	10.036	1,55
2015	14.835	23,9	40.187	64,7	10.497	16,9
2016	13.345	22,2	38.447	64,0	10.270	17,0
2017	13.359	21,2	37.990	60,4	11.541	18,3
2018	13.296	21,0	38.309	60,2	12.019	18,9
2019	12.865	20,0	39.243	61,2	11.994	18,7
2020	12.550	19,4	40.244	62,0	12.013	18,5
2021	12.384	18,1	42.947	63,0	12.817	18,8
2022	11.429	17,3	41.688	63,4	12.637	19,2
2023	11.586	16,8	43.804	63,6	13.452	19,5

Fonte: Elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS

Ao analisar o período de 2013 a 2023 observa-se uma prevalência do número de cesarianas entre as mulheres que estudaram de 8 a 11 anos, ou seja, das que podem ter terminado o ensino fundamental e até iniciado o ensino médio.

Em contrapartida, com o passar dos anos observou-se diminuição da abordagem cirúrgica entre mulheres que estudaram por menos tempo, ao passo que se notou aumento da realização de cesarianas entre mulheres com maior tempo de escolaridade. Em números

absolutos, em 2022 de todos 70.700 partos cesáreos, 11.429 se deram entre mulheres que passaram menos tempo estudando (4 a 6 anos), contra 12.637 entre as que estudaram por mais tempo. Já em 2023 subiu para 13.452 o número de cesáreas em mulheres que passaram 12 ou mais anos estudando (gráfico 3).

Essa tendência de crescimento entre as mães com 12 ou mais anos de escolaridade é evidenciada também ao analisar toda a região Norte. Uma análise do perfil epidemiológico das mulheres submetidas a partos cesáreo apontou que cerca de 73,1% das cesáreas são nessa população, enquanto as mães sem escolaridade representam apenas 17,2% (SOUZA *et al.*, 2024).

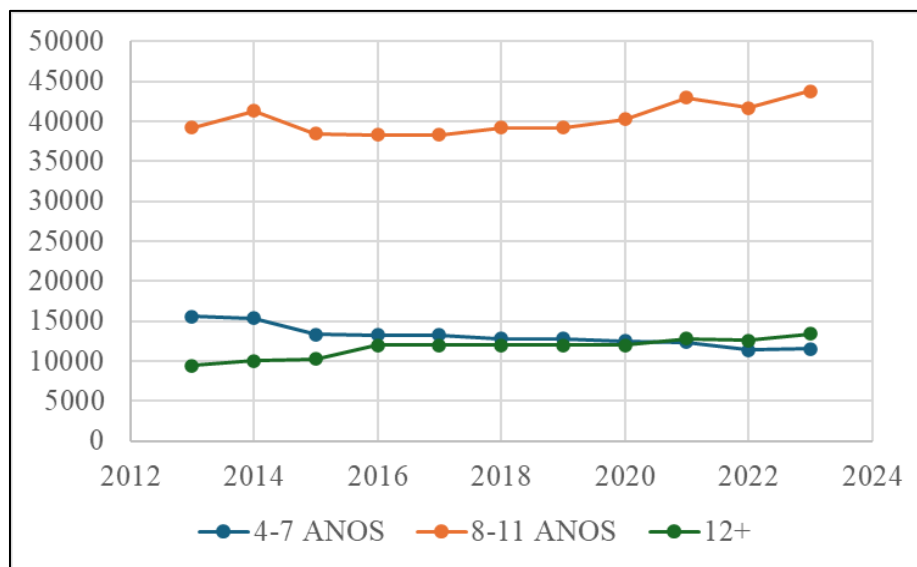
Em estudo conduzido na região sul, Cesar e colaboradores (2017) constataram que a quantidade de cesarianas entre as puéperas analisadas foi de 37% para aquelas que contavam com menos de 8 anos de estudo, ao passo que as mulheres com 9-12 anos de estudo foram submetidas a cesarianas em 62% dos casos, quantidade quase duas vezes superior. Nesse mesmo estudo, também vale ressaltar que 74% do quantitativo total de cesarianas ocorreu entre mulheres brancas, que também foram as que apresentaram nível de escolaridade superior (CESAR *et al.*, 2017).

Diniz e colaboradores (2016), em estudo realizado na região Sudeste, constataram que até 60% das mulheres brancas foram submetidas a cesarianas ($p < 0,001$), sendo que o nível de escolaridade (médio e superior) foram maiores entre mulheres brancas ($p < 0,001$) salvo nos casos de mulheres com ensino fundamental incompleto, no qual a maior parte das mulheres eram pretas ou pardas (DINIZ *et al.*, 2016).

Nunes e Lopes conduziram um estudo em uma capital nordestina no qual puderam constatar que o nível de escolaridade das mulheres brancas sempre foi superior em relação a todos os caracteres relacionados a escolaridade, enquanto mulheres negras apresentavam maior percentual de pessoas que cursaram níveis educacionais incompletos. Mais de 50% das mulheres brancas foi submetida a cesariana; entre negras, o número foi de menos de 40% das mulheres, com significância estatística encontrada na análise ($p = 0,034$) (NUNES; LOPES, 2023).

Rothstein e colaboradores (2019), em um amplo estudo, analisaram proporção de cesarianas entre as diferentes regiões brasileiras em relação à escolaridade das mães. Constatou-se que, em todas as regiões, a taxa de cesarianas era inversamente proporcional à quantidade de anos de estudo. Na região Norte, apenas 15% das mulheres com nenhuma escolaridade eram submetidas a partos cesáreos, contrastando com as parturientes com 12 ou mais anos de escolaridade, que chegaram a ter taxa de cesarianas de até 77% (ROTHSTEIN *et al.*, 2019).

Gráfico 3 – Variações dos tempos de estudo das mulheres submetidas a cesariana entre 2013 e 2023 nas Regiões de Saúde do Pará.



Fonte: Elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS

Apesar de ao longo do período analisado a maioria das cesáreas tenha ocorrido entre quem estudou por cerca de 8 a 11 anos, observa-se uma tendência em que cada vez mais as mulheres submetidas ao parto cesáreo são as com maior grau de instrução.

Entre os dados mais recentes houve um tímido crescimento em números absolutos dessa população no estado do Pará, com aumento de 5,07% entre 2022 e 2023. Entretanto, a tendência de cesáreas entre as que estudaram por 12 ou mais anos foi percentualmente maior, com cerca de 6,5%. Ao analisar os anos de 2013 e 2023, entre as mulheres que estudaram por mais tempo houve um aumento percentual de cerca de 42%, enquanto entre as que estudaram por 8 a 11 anos esse aumento foi de 11,6%.

Nacionalmente, pesquisas apontam a probabilidade de ocorrer uma cesariana como diretamente proporcional ao nível de escolaridade materna. Ou seja: quanto mais tempo de estudo, maiores as chances de aquela mulher optar pela via alta de parto (BRASIL, 2016). Entretanto, no Pará foi observada uma prevalência do número de cesarianas entre as mulheres que estudaram de 8 a 11 anos – aquelas que podem ter terminado o ensino fundamental e até iniciado o ensino médio, mas não concluído – com 57,5% de todas as cesarianas ocorrendo entre essa população.

A particularidade do estado nessa análise está no fato de que, de acordo com o Censo de 2022, a média de anos estudados em pessoas de 25 anos ou mais é de 8,6 anos (IBGE, 2023), abaixo da média nacional que em 2024 foi de 10,1 anos de estudo (IBGE, 2024a). Essa pode ser uma das justificativas para a maior demanda de cesáreas ser entre essa população, tendo em

vista que numericamente haverá proporcionalmente um maior quantitativo de pessoas. Além disso, o menor grau de escolaridade tende a limitar o acesso as informações adequadas sobre o parto normal, causando uma aceitação mais passiva de uma indicação cirúrgica sem questionamento (LIMA, 2023).

5.4. A relação da cor/raça com o crescente número de cesáreas

No Brasil, a categoria cor/raça é uma classificação usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para descrever a identidade étnico-racial das pessoas para fins estatísticos. Nessas categorias temos: branco, pretos e pardos – indivíduos dos dois grupos são considerados negros – amarelo e indígenas. Essa classificação atual é de acordo com a identificação do indivíduo, ou seja, com a percepção que ele tem de si próprio e do grupo racial que se autointitula (EURICO, 2022).

Ao analisar os dados nacionais nesse quesito, constata-se a prevalência de uma alta concentração da população na categoria parda – que seria uma categoria transitória, em que as pessoas de pele menos escura podem assumir uma identidade sem vinculação com a população negra. Dessa forma, as questões de auto-declaração ainda revela que muitas pessoas negam sua cor, com o intuito de fugir dos estigmas e desvantagens associadas à um grupo de pertencimento (EURICO,2022). A partir daí vê-se o desafio que é uma pessoa negra reconhecer-se em uma sociedade estruturalmente racista.

Tabela 4. Cor/raça das mães de cesariana segundo Região de Saúde de 2013 a 2023

ANO	BRANCAS		PRETAS		PARDAS		INDÍGENAS	
	FI	FR	FI	FR	FI	FR	FI	FR
2013	7.078	10,4	1.807	2,65	58.894	86,6	205	0,30
2014	7.028	9,85	1.696	2,37	62.411	87,4	210	0,29
2015	6.386	9,26	1.226	1,77	61.071	88,6	218	0,31
2016	5.417	8,30	1.154	1,76	58.406	89,5	234	0,35
2017	5.481	8,21	1.308	1,95	59.431	89,0	256	0,38
2018	5.867	8,48	1.386	2,00	61.581	89,0	309	0,44
2019	5.447	7,95	1.302	1,90	61.478	89,7	278	0,40
2020	5.689	8,33	1.581	2,31	60.662	88,8	341	0,49
2021	5.926	8,67	1.829	2,67	63.936	93,6	367	0,53
2022	5.881	8,42	1.900	2,72	61.612	88,3	392	0,56
2023	6.515	9,31	2.305	3,30	60.689	86,8	408	0,58

Fonte: Elaborado pela autora, com dados do TABWIN/DATASUS

Para fins de pesquisa foram filtradas as categorias branca, preta, parda e indígena – desconsiderando as categorias amarela (devido ao fato de ser a que aparece em menor prevalência em números absolutos) e ignorado. Ao verificar os dados de raça/cor nas regiões de saúde do Pará constata-se a que o número de mulheres submetidas à cesariana auto-declaradas pardas foi de mais de 85% em todos os anos analisados (gráfico 4).

Ao se tratar de cor/raça, o Pará possui suas particularidades, com características regionais e históricas que refletem diretamente no perfil étnico-racial. Fatores como a miscigenação intensa e a presença de comunidades afrodescendentes e indígenas desde os primórdios da civilização levaram o estado a maior concentração de pessoas autodeclaradas pardas, com cerca de 67% da população nessa categoria, enquanto 19,3% se identificam como brancas, 9,8% como pretas e 0,9% como indígenas (IBGE, 2021).

Esse padrão proporcional segue o encontrado nos dados acerca das cesarianas, em que houve o predomínio inquestionável das pardas, com cerca de 87% dos partos cirúrgicos, seguido das autodeclaradas brancas, com 8,67%, pretas com 2,27% e indígenas com 0,4%, conforme pode ser visualizado na tabela 4.

A temática da desigualdade sociodemográfica racial em relação a via de parto é tão relevante que, ao comparar-se os achados do gráfico 04 com o que foi visualizado em outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil em períodos distintos, nota-se que os dados confirmam aquilo que pôde ser averiguado por outros pesquisadores. Diniz e colaboradores (2016), por exemplo, visaram em seu estudo que mulheres declaradas pretas/pardas, além de terem menor qualidade da cobertura de consultas pré-natais, foram submetidas a cesarianas com frequência duas vezes menor do que mulheres brancas (DINIZ *et al.*, 2016).

A questão de mais partos vaginais não é necessariamente apontada como desvantagem pelos pesquisadores. Do ponto de vista obstétrico, a via vaginal sempre é preferível caso não haja contraindicações; a questão levantada pelos cientistas é que as evidências apontam para a existência de diferença de conduta quando se trata da escolha de melhor via de parto para mulheres brancas e para mulheres negras, com uma aparente preferência por não permitir cesarianas eletivas em parturientes não brancas (DINIZ *et al.*, 2016).

Secall (2022) aponta que à mulher preta ou parda costumeiramente nega-se o direito de cesariana. Do ponto de vista funcional, a autora aponta a maior segurança da via de parto vaginal; contudo, também salienta que esse fato pode colocar a mulher não branca em maior vulnerabilidade, já que há condições em que obrigatoriamente a via de parto deve ser cesariana. O silenciamento das vozes pretas lhes nega direito reprodutivo, e coloca em risco a integridade do binômio mãe-bebê, perpetuando séculos de abuso e desrespeito à saúde da população preta

(SECALL, 2022).

Nunes e Lopes (2023), em estudo conduzido no nordeste brasileiro, também constataram que a taxa de cesarianas entre mulheres brancas é maior do que entre mulheres pretas. Os autores fizeram um paralelo com o estudo citado previamente Diniz e colaboradores (2016), concluindo também que esse dado pode ser visto como vantagem e como desvantagem: vantajoso por se tratar da via de parto preferencial, desvantajoso por evidenciar construções sociais que perpetuam a negação de autonomia para mulheres não brancas (NUNES; LOPES, 2023).

Diversos estudos evidenciam desigualdades raciais na realização de cesarianas no Brasil. Pesquisas apontam que mulheres brancas apresentam maiores taxas desse procedimento em todas as regiões do país, possivelmente em razão do maior nível de escolaridade, que lhes proporciona mais autonomia para solicitar a via cirúrgica. Essa tendência também foi confirmada no Nordeste, onde se ressalta que, embora a cesariana seja frequentemente considerada a via preferencial, a diferença observada reflete construções sociais que limitam a autonomia das mulheres não brancas. Além disso, observa-se que as equipes de saúde costumam oferecer maior atenção e mais opções de escolha às parturientes brancas, o que reforça a seletividade e aprofunda as desigualdades no cuidado obstétrico (MARQUES, 2025; NUNES; LOPES, 2023; ROTHSTEIN *et al.*, 2019).

A literatura evidencia desigualdades raciais na atenção obstétrica: mulheres brancas tendem a receber assistência mais adequada e estão menos expostas à violência obstétrica, enquanto mulheres pretas/pardas enfrentam perda de autonomia, práticas discriminatórias e menor acesso a analgesia. Essas diferenças refletem resquícios do período escravocrata e do racismo estrutural, que ainda impactam negativamente a qualidade do cuidado oferecido (FERREIRA, 2025).

6. CONCLUSÃO

Foram coletados dados de um total de 1.505.581 partos, entre os anos de 2013 e 2023. Desses, 736.737 foram vaginais e 768.844 foram cesáreas, divididos entre as diferentes Regiões de Saúde do Pará.

Foi constatado que os partos por via cirúrgica são mais prevalentes no estado desde 2019, e seguem em constante tendência de crescimento desde então. Em algumas regiões como Xingu, Rio Caetés e Araguaia esse cenário se antecipa, com as cesáreas ocorrendo em maior número desde 2016.

A região de saúde que seguiu em prevalência entre todos os anos analisados foi a Metropolitana I, que abarca os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará, concentrando 13,7% de todas as cesáreas no tempo analisado. Essa região concentra grande parte dos serviços de saúde de alta complexidade de estado, especialmente em Belém, que atua como polo regional.

As 6 regiões de saúde que lideraram os números de cesariana no estado também concentram municípios com os maiores PIBS do estado, como Canaã dos Carajás, Parauapebas, Barcarena e outros, suscitando assim a discussão da cesariana como um advento da mulher moderna em uma sociedade capitalista.

Entre as mulheres submetidas a cesarianas: quando analisado o nível de instrução tem-se o predomínio das que estudaram entre 8 e 11 anos, com cerca de 30% do total das cesáreas.

Na análise de cor/raça, obteve-se que cerca de 44,5% se auto declaram pardas, porém, ao analisar somente pretas e brancas, houve o predomínio entre as brancas.

Foi possível observar, segundo os dados analisados, que disparidade entre a realização de cesarianas entre mulheres brancas e pretas é multifatorial, devendo-se a distintos fatores. Há questões sociais predominantes e que têm papel fundamental na perpetuação de más práticas obstétricas.

Uma das principais limitações deste estudo foi o uso de dados secundários: ao passo que é mais fácil para o cientista utilizá-los, perde-se a questão humana. As complexidades das relações interpessoais de seres humanos não podem ser limitadas a dados estatísticos, é necessário ir além. Uma abordagem mista, com uso de dados quantitativos e qualitativos poderia ser opção fiável: analisa o dado estatístico ao mesmo tempo que analisa as pessoas por trás dos dados, a fim de conhecer as histórias e anseios de cada uma.

REFERÊNCIAS

- ANS. Taxa de parto cesáreo. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01, 2014.
- BATISTA-FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 3–4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>
- BELARMINO, Vanusa *et al.* Distribuição espacial da cesárea no Brasil de 2000 a 2019. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. e43211427657, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27657>
- BRAGA, Antonio *et al.* Aumento de cesáreas no Brasil - um apelo à reflexão. **Femina**, [s. l.], v. 51, n. 3, p. 134–138, 2023. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gsg4m>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. **Conitec**, [s. l.], p. 101, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf
- BRASIL, MINISTERIO SAUDE. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 69–71, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1519-38292002000100011>
- CARVALHO, Carolina Aparecida Ribeiro; PINELLA, Maria Eduarda Lopes; VILELA, Arthur De Oliveira Rocha. Os fatores de influência na escolha da cesariana como via de parto. **Periódicos UNIFOA**, [s. l.], v. 01, n. 01, 2025.
- CAVALCANTI, Ana Julia Gomes Dantas de Araujo *et al.* View of Perfil do parto cesárea no Brasil: uma análise com base na Classificação de Robson. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 01–13, 2024.
- CERQUEIRA, Giulliane da Silva; BORGES, Lilian Rodrigues Coelho; PARENTE, Sara de Alencar. Motivos que levam gestantes e parturientes a optarem pela cesariana: revisão integrativa. **Journal Archives of Health**, [s. l.], v. 5, n. 3, p. e1877, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.46919/archv5n3espec-198>
- CESAR, Juraci Almeida *et al.* Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 99–105, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100006>
- COPELLI, Fernanda Hannah da Silva *et al.* Determinants of women's preference for cesarean section. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 336–343, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>
- COSTA, Andréa Nunes da. Ficha de Inscrição. **I Concurso de Boas Práticas**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 01–10, 2017.
- CRUZ, Fundação Oswaldo. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>.
- DALMORO, Caroline; ROSA, Roger; BORDIN, Ronaldo. Normal delivery and cesarean section: Cost per brazilian regions, 2015. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 64, n. 11, p. 1045–1049, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.11.1045>
- DIAS, Barbara Almeida Soares *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**, [s. l.], v. 38, n. 6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt073621>

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: Dados do inquérito nacional nascer no Brasil (2011-2012). **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 561–572, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>

ENTRINGER, Aline Piovezan *et al.* Cost-effectiveness analysis of spontaneous vaginal delivery and elective cesarean for normal risk pregnant women in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 34, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>

ENTRINGER, Aline Piovezan; PINTO, Márcia; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Cost-effectiveness analysis of natural birth and elective C-section in supplemental health. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 52, p. 1–14, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000373>

ESTEVEES, Tania Maria Brasil. Estudo relaciona cesariana e não amamentação do bebê. [s. l.], 2014.

ESTRONIOLI, Elisa Mergulhão; MIRANDA NETO, José Queiroz de. A Hidrelétrica de Belo Monte como fator de segregação socioespacial: uma análise a partir da cidade de Altamira-PA. **Novos Cadernos NAEA**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 219–238, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18542/ncn.v24i3.9273>

EURICO, Márcia Campos. Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia. **CFESS**, [s. l.], n. 61, p. 269–277, 2022.

FAISAL-CURY, Alexandre *et al.* The relationship between indicators of socioeconomic status and cesarean section in public hospitals. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 51, p. 1–11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006134>

FERREIRA, Maria Vitória Alves. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL NO CONTEXTO ÉTNICO-RACIAL: REVISÃO DE LITERATURA. **Periódicos UFCG**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 6, 2025. Disponível em: <https://www.city.kawasaki.jp/500/page/0000174493.html>

FIOCRUZ. Indução do Trabalho de Parto e Indicações de Cesárea. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 20, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/inducacao-do-trabalho-de-parto-e-indicacoes-de-cesarea/>

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 31 ago. 2025.

FREITAS, Paulo Fontoura *et al.* Social inequalities in cesarean section rates in primiparae, Southern Brazil. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 39, n. 5, p. 761–767, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000500010>

GARNELO, Luiza *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s106>

GOVERNO FEDERAL, BRASIL. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. [S. l.: s. n.], 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

GUIMARÃES, Nara Moraes *et al.* Partos no SUS brasileiro: prevalência e perfil das

- parturientes. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 01–17, 2021.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Ciclos de vida**. [S. l.: s. n.], 2021. ISSN 1530-0315.v. 5E-book.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* The color of pain: Racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 33, n. Supplement 1, p. 1–17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
- LEAL, Neide Pires *et al.* Social practices of labor and birth in Brazil: The speech of puerperal women. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 941–950, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
- LEAL, Neide Pires *et al.* Social practices of labor and birth in Brazil: The speech of puerperal women. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 941–950, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
- LEGUIZAMON, Teodoro Jr. *et al.* Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 509–517, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1983-80422013000300015>
- LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel. Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos. **Jornal Da Usp**, [s. l.], p. 28–30, 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-tem-o-segundo-maior-numero-de-cesareas-no-mundo-apesar-dos-riscos/>
- MARQUES, Gabriella Lima dos Santos. AS MOTIVAÇÕES PARA A SOLICITAÇÃO PELA CESÁREA NUMA MATERNIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Periódicos UFRJ**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 6, 2025. Disponível em: <https://www.city.kawasaki.jp/500/page/0000174493.html>
- MARTINS, Mariana Salomé Pereira. Sofrimento Fetal Agudo : Fatores de Risco e Implicações. **Periódicos Beira Interior**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01–80, 2020. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10757/1/7456_15899.pdf
- MASCARELLO, Keila Cristina *et al.* Early and late puerperal complications associated with the mode of delivery in a cohort in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010>
- MAUADIÉ, Ana Carolina Almeida *et al.* View of Parto cesáreo versus vaginal: uma descrição epidemiológica entre 2016 e 2021. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 01–11, 2024.
- MORAIS, Mikaelle Kérola Lustosa *et al.* Parto cesáreo no Brasil: prevalência, indicações e riscos acarretados para o binômio mãe e filho. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 10, p. e191111032466, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32466>
- NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312015000300011>
- NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. The normalization of c-section as a way of birth: Material culture of birth in private hospitals in Southeastern Brazil. **Physis**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>
- NUNES, Jhullyane Cristine da Cunha; LOPES, Ione Maria Ribeiro Soares. Diferenças quanto a aspectos do pré-natal e parto entre puérperas autodeclaradas pretas e brancas /pardas em

maternidades de uma capital do nordeste brasileiro. **Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2023.

OLIVARES-ALBORNOZ, Cristina M. El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna. **Revista Perinatología y Reproducción Humana**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 99–103, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/per.20000020>

OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de *et al.* Barriers in access to services in five health regions of Brazil: Perceptions of policymakers and professionals in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. **Human Reproduction Programme**, [s. l.], p. 1–8, 2015. Disponível em: http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

PALERMO, Aline *et al.* As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 624, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>

PARÁ, Governo do. **Produto Interno Bruto Total (R\$ 1.000), População, PIB per capita (R\$ 1,00) e Razão entre PIB per capita do Município e do Estado - 2021**. [S. l.], 2021. Disponível em: https://fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2024/tabelas/3-baixo-amazonas/tabela-41-pib-total-pop-pib-per-capita-e-razao-entre-pib-per-capita-do-municipio-e-do-estado-2021-ri-baixo-amazonas.htm?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 31 ago. 2025.

PARÁ, Governo do. **Santa Casa do Pará oferece aos recém-nascidos de alto risco um dos maiores centros de neonatologia do Brasil**. [S. l.], 2024. Disponível em: [https://www.agenciapara.com.br/noticia/59306/santa-casa-do-para-oferece-aos-recem-nascidos-de-alto-risco-um-dos-maiores-centros-de-neonatologia-do-brasil#:~:text=Em abril de 1990%2C a,alta complexidade nas áreas de](https://www.agenciapara.com.br/noticia/59306/santa-casa-do-para-oferece-aos-recem-nascidos-de-alto-risco-um-dos-maiores-centros-de-neonatologia-do-brasil#:~:text=Em abril de 1990%2C a,alta complexidade nas áreas de.). Acesso em: 31 ago. 2025.

PARO, Helena Borges Martins da Silva; CATANI, Renata Rodrigues. Indicações de cesárea. **Periódicos UFUB**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01–35, 2019.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Models of child birth care and cesarean rates in different countries. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 45, n. 1, p. 185–194, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100007>

PIRES, Rômulo Cesar Rezzo *et al.* Temporal trends and projections of caesarean sections in Brazil, its administrative macro-regions, and federative units. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 7, p. 2119–2133, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022>

RATTNER, Daphne; MOURA, Erly Catarina de. Nascimentos no Brasil: Associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 39–47, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>

REZENDE, Joffre Marcondes de. A primeira operação cesariana em parturiente viva. **À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina**, [s. l.], p. 171–172, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788561673635.0019>

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Claudio. *Obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA

PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA. **Texto Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 3570014, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>

RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino *et al.* Cesariana No Brasil: Uma Análise Epidemiológica. **Artigo Original Revista Multitexto**, [s. l.], p. 1, 2016.

ROTHSTEIN, Joyce Ribeiro *et al.* **Proporção De Cesarianas Segundo Cor Da Pele E Escolaridade Materna Nas Diferentes Regiões Do Brasil: Tendência Temporal De 2007 a 2016**. [S. l.: s. n.], 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18066/revistaunivap.v25i49.2224>

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos. Parto cesariano em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal. **Estação Científica (UNIFAP)**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 103, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18468/estcien.2018v8n2.p103-110>

SANTOS, Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos. Os modos de parir nos setores público e privado de saúde: um estudo sobre a história da cesariana e as preferências das gestantes relativas à via de parto. **Revista Textos Graduados**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 92–106, 2019.

SCHEFFER, Mário. **Medical Demography in Brazil 2025**. [S. l.: s. n.], 2025.

SECALL, Maria Clara Araujo. Disparidades raciais e realização de cesárea. **Periódicos FGV**, [s. l.], n. 01, p. 01, 2022.

SILVA, Yanick Adolfo Leal Correia. FATORES ASSOCIADOS A CHANCE DE REALIZAÇÃO DE CESARIANA PRIMÁRIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. **Periódicos UFRGS**, [s. l.], v. 01, n. 01, p. 01–28, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/236005>

SIMÕES, Amabille Dellalibera *et al.* Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 7, p. e0211729678, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29678>

SIQUEIRA, Maria Raquel Cavalcante; FEITOZA, Hudson Fábio Ferraz. PREFERÊNCIAS DAS GESTANTES PELO PARTO NORMAL OU CESÁREO: FATORES INTERVENIENTES CESAREAN DELIVERY: INTERVENING FACTORS. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, [s. l.], v. 03, n. 4, p. 515–523, 2021.

SOUZA, Karolaine Lima *et al.* Análise do perfil epidemiológico de mulheres submetidas a partos cesáreos na região Norte do Brasil. [s. l.], p. 47–48, 2024.

USP. **Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos**. [S. l.], 2023.

VIANA, Thamara Gabriela Fernandes *et al.* Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de belo horizonte. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1–8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180003>

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **Jornal de Pediatria**, [s. l.], v. 89, n. 1, p. 83–90, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2013.02.013>

WONG, Lo *et al.* Umbilical cord prolapse: revisiting its definition and management. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 225, n. 4, p. 357–366, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.077>