

Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil

Raphael Mendonça Guimarães ¹
Rafael Leiróz Pereira Duarte Silva ²
Viviane Gomes Parreira Dutra ³
Pedro Gomes Andrade ⁴
Ana Camila Ribeiro Pereira ⁵
Rafael Tavares Jomar ⁶
Renata Pascoal Freire ⁷

¹ Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Av. Brasil, 4365, sala 317. Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 21.041-360. E-mail: raphael.guimaraes@fiocruz.br

² Caliper Clínica Escola de Imagens. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Instituto Nacional de Infectologia. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{4,5} Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

⁶ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁷ Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Resumo

Objetivos: estimar a prevalência de cesáreas e fatores associados ao tipo de parto no Brasil.

Métodos: foram coletados dados referentes aos partos ocorridos no Brasil em 2014. Foram avaliadas características demográficas, relacionadas à gravidez e ao regime do hospital de nascimento (público ou privado). Para cada hipótese levantada, as variáveis foram modeladas através de regressão logística binária, cujo desfecho considerado foi o tipo de parto.

Resultados: a prevalência de cesárea no Brasil, em 2014, foi de 52,8%, sendo 38,1% em hospitais públicos e 92,8% em hospitais privados. No modelo logístico, destacou-se a associação entre a realização de cesáreas e o regime jurídico do hospital, que apresentou associação positiva e interação entre faixas etárias (OR = 23,26; IC = 95% 13,39- 41,79 para mulheres entre 20 e 24 anos e OR = 51,04; IC = 95% 31,06 – 84,23 para mulheres com 35 anos ou mais).

Conclusões: a realização do parto no Brasil vai ao encontro das rotinas e recomendações estabelecidas nas políticas de saúde da mulher e parto humanizado do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave Saúde da mulher, Cesárea, Fatores socioeconômicos, Gestão em saúde, Administração hospitalar

Introdução

O modelo excessivamente medicalizado de assistência ao parto vem sendo criticado mundialmente, o que culminou na adoção da saúde materna como prioridade na agenda internacional dos últimos anos,^{1,2} bem como as políticas nacionais,^{3,4} traduzidas na criação de uma rotina de avaliação sistemática das práticas obstétricas, à luz daquilo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem adotando ao longo das últimas décadas.^{5,6}

O parto normal é considerado um evento fisiológico que necessita de apoio, avaliação e vigilância. Evidências apontam que para intervir neste processo deve haver uma justificativa realmente válida.⁷ A cesárea, por outro lado, é um procedimento introduzido na prática obstétrica com a finalidade de preservar vidas maternas e de crianças, colocadas em risco graças a complicações no período pré-natal e durante o parto. A OMS recomenda que as taxas de cesáreas devem ser mantidas abaixo de 15%.⁸ Entretanto, sua utilização tem aumentado ao longo das últimas três décadas, sendo observadas taxas de até 50% em alguns países.⁹ Especificamente na América Latina, em sua maioria os países apresentam altas taxas de re-licença de cesáreas. O Brasil, particularmente, apresenta elevadas taxas de cesárea, ainda crescentes no decorrer dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2014 indicam 56,64% de cesáreas, chegando a 62,66% na região sul do país.¹⁰ Este aumento das taxas de cesariana no Brasil, observado predominantemente a partir de 1970, ressalta a importância de identificar e estudar os fatores associados à decisão pelo tipo de parto.

O diagnóstico de superutilização da cesárea no Brasil tem gerado preocupações crescentes sobre seu uso indiscriminado, gerado por questões desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição para as mulheres.^{11,12} Desta forma, é preciso compreender os fatores que levam ao aumento desta prática, para que ações de política pública sejam pensadas para grupos populacionais específicos, de forma a torna-las ações mais eficazes.¹³

Diante disso, os objetivos do presente estudo são descrever a prevalência de cesáreas e estimar a magnitude da associação entre o tipo de parto e características demográficas e relacionadas à gravidez em hospitais públicos e privados no Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal cuja unidade de

análise é o nascido vivo. Sua informação é disponibilizada através da Declaração de Nascido vivo e alimenta o registro administrativo, cuja via de destinação à Secretaria Municipal de Saúde (e em seguida aos outros níveis de Informação em Saúde) alimenta um Sistema de Informação específico que contém dados sobre os nascimentos em todo o Brasil.

Foram utilizados os microdados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos referentes aos nascimentos ocorridos em 2014, cujo parto tenha ocorrido em ambiente hospitalar. As seguintes variáveis foram utilizadas: idade categorizada em faixa etária “até 19 anos”, “20 a 24 anos”, “25 a 29 anos”, “30 a 34 anos”, e “35 anos e mais”; estado civil categorizada em sem cônjuge (“solteiro”, “viúvo” e “separado”) e com cônjuge (“casado” e “união consensual”); escolaridade categorizada em “até 8 anos” e acima de “8 anos de estudo”; tipo de gravidez categorizada em “única” ou “múltipla”; idade gestacional categorizada em “pré-termo e pós-termo” e “a termo”; primípara categorizada em “sim” e “não”; tipo de estabelecimento de saúde categorizada em “público” e “privado”; número de consultas de pré natal⁴ como “adequado” (7 consultas ou mais) ou “inadequado” (menos de 7 consultas);⁴ local de residência foi obtida considerando se a puérpera era moradora do mesmo local de ocorrência do parto, classificada como “sim” ou “não”; e, finalmente, a variável parto categorizada em “vaginal” e “cesárea”.

A variável tipo de parto, dicotômica, foi considerada a variável de desfecho (dependente), e as demais variáveis foram avaliadas como variáveis de interesse (independentes). Foram elaboradas hipóteses baseadas nas variáveis de interesse. Para cada hipótese levantada as variáveis foram modeladas através de regressão logística binária, cujo desfecho considerado foi realização de cesárea. Para avaliar o ajuste do modelo alternativo testado, estabeleceu-se a análise da *deviance* do modelo, de forma a se comparar a diferença entre as *deviances* do modelo nulo (somente com o intercepto) com a variável de escolha.

Em seguida à modelagem univariada, procedeu-se a introdução das variáveis num modelo multivariado, a partir da força de associação que cada variável assumiu com relação ao desfecho, e foi-se observando as diferenças entre as *deviances*, avaliando-se o ajuste do modelo. Após verificação do modelo com a inclusão de todas as variáveis explicativas que se mostraram estatisticamente significativas, procedeu-se a testagem da adequação de alguns termos de interação. A escolha dos termos de interação foi baseada no referencial teórico subja-

cente. Para tal, considerou-se como hipótese nula o modelo em que estavam incluídas as variáveis estatisticamente significativas, cuja obtenção segue o passo anteriormente descrito.

Para validar o modelo de regressão logística estabelecido, foi necessário aplicar alguns testes de validação para este modelo. Foi preciso verificar se o modelo logístico ajustado era adequado. Foram utilizados para validar o modelo, os testes de *Hosmer-Lemeshow*, o teste de *Pearson* e o teste de *Deviance*.¹⁴

Finalmente, por se tratar de estudo que utilizou bases de dados secundários, de origem pública, e que não são identificáveis, segundo a resolução 466/2012, o estudo fica isento de aprovação do Comitê de Ética.

Resultados

No ano de 2014, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou 2.979.259 nascimentos realizados em hospitais no Brasil. Os dados descritivos do estudo estimaram a prevalência de cesárea em 58,2%, e predominantemente ocorreram entre jovens, solteiras, de alta escolaridade, em múltiparas e com gravidezes únicas de gestação a termo. Observando-se a prevalência por tipo de hospital, há uma diferença significativa ($p < 0,001$), sendo a prevalência de 38,1% nos hospitais públicos e 92,8% em hospitais privados.

Observa-se que este perfil não é igual quando se observa os nascimentos de acordo com o tipo de parto (Tabela 1). De uma forma geral, os partos normais são mais frequentes entre as mais jovens, solteiras, de alta escolaridade, de gravidez única, em múltiparas e com gestação a termo. Entre o grupo de mulheres submetidas à cesárea, observa-se, quando comparadas às mulheres com parto normal, o deslocamento da idade para faixas um pouco superiores, bem como uma prevalência maior de casadas, maior frequência de escolaridade alta, de multiparidade, gravidez múltipla e partos prematuros.

Uma vez que se observou diferença estatisticamente significativa para todas as variáveis na análise bivariada (Tabela 1), procedeu-se à modelagem das variáveis por regressão logística. Inicialmente foram testados os modelos univariados, de forma a comparar seu ajuste com o modelo nulo, sem a presença de nenhuma variável e considerando somente o intercepto. Ao testar os modelos alternativos, conforme descritos no método, todas as variáveis contribuíram para a explicação do fenômeno, e por isso optou-se, após avaliar as diferenças entre as *deviances* dos modelos nulos e alternativos,

realizar a modelagem multivariada.

A partir da regressão logística múltipla, foi construído um modelo para estimar as probabilidades de uma mulher ser submetida a uma cesárea em hospitais do Brasil. Chegou-se a um modelo reduzido com 12 parâmetros (9 variáveis independentes e 3 termos de interação), todos estatisticamente significativos ao nível de 1%. O poder explicativo deste modelo foi de 42% (R^2 de Naegelkerke). A Tabela 2 apresenta as informações mais detalhadas sobre o modelo escolhido.

Após a definição do modelo, foram feitas as estatísticas de adequação de ajuste de *Hosmer-Lemeshow* e *Deviance* que verificam as hipóteses para a aceitação do modelo. As hipóteses foram assim formuladas: H_0 : o ajuste dos dados é bom versus H_1 : o ajuste dos dados não é bom. A análise do resíduo através do teste de qui quadrado para as *deviances* gerou um p valor de 0,96. Já a estatística de Hosmer-Lemeshow foi de 2,84 (10 gl), obtendo assim um p valor de 0,94.

Além das estatísticas apresentadas, foram ainda avaliados outros três índices de discriminação do modelo. A estatística C avalia a capacidade de discriminação do modelo através do cálculo da área da curva ROC, e varia entre 0,5 e 1. Quanto mais próximo de 1, mais adequado é o modelo. O valor desta estatística para o modelo realizado foi de 0,82, classificado como excelente, de acordo com os critérios de Hosmer e Lemeshow.¹¹ Já a estatística D_{xy} (correlação de Somers) estabelece a correlação entre as probabilidades estimadas e as respostas observadas, e varia entre 0 e 1. O valor de zero significa que os modelos de predição são completamente aleatórios, e o valor de 1 significa que o modelo é perfeitamente discriminatório. No presente estudo, o valor encontrado foi de 0,69. Finalmente, através de tabelas de contingência foram avaliadas a sensibilidade e especificidade do modelo, que foram, respectivamente, 66% e 89%. Isto significa que é um modelo mais específico, que discrimina com maior fidedignidade os casos de cesárea do que os de parto vaginal. Por tudo isso, pode-se dizer que o modelo é adequado.

Após ajustado o modelo, pode-se usá-lo para estimar a probabilidade de uma gestante ser submetida a uma cesárea. Considerando o particular interesse em se observar a diferença desta probabilidade para hospitais públicos e privados, optou-se por estimar as probabilidades, as chances e as razões de chance para os termos referentes ao tipo de estabelecimento.

Todas as variáveis incluídas nas fórmulas de probabilidade estimadas são do tipo *dummy*, de

Tabela 1

Frequência de tipo de parto, segundo características demográficas e clínicas. Brasil, 2014 (N= 2.979.259).

Variáveis	Parto						p
	Vaginal		Cesárea		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)							<0,001
até 19	343969	26,69	159753	9,45	503812	16,91	
20-24	381214	29,58	302262	17,88	683506	22,94	
25-29	265097	20,57	424148	25,09	689173	23,13	
30-34	184936	14,35	468608	27,72	653555	21,94	
35 ou mais	113410	8,80	335734	19,86	449215	15,08	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Estado civil							<0,001
Sem cônjuge	992985	77,05	866384	51,25	1859474	62,41	
Com cônjuge	295769	22,95	824121	48,75	1119785	37,59	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Escolaridade							<0,001
até 8 anos	427995	33,21	240897	14,25	668949	22,45	
8 anos e mais	860759	66,79	1449608	85,75	2310310	77,55	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Tipo de gravidez							<0,001
Única	1278444	99,20	1629478	96,39	2908002	97,61	
Múltipla	10310	0,80	61027	3,61	71256	2,39	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Primípara							<0,001
Sim	824674	63,99	979140	57,92	1803747	60,54	
Não	464080	36,01	711364	42,08	1175512	39,46	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Gestação							<0,001
Prematura	1105236	85,76	1417488	83,85	2522813	84,68	
A termo	183519	14,24	273017	16,15	456446	15,32	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Consultas de pré natal							<0,001
Adequada	548752	42,58	340975	20,17	889670	29,86	
Inadequada	740003	57,42	1349530	79,83	2089589	70,14	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Tipo de estabelecimento							<0,001
Público	1207047	93,66	699531	41,38	1906538	63,99	
Privado	81707	6,34	990974	58,62	1072721	36,01	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	
Local de residência							<0,001
Igual ao local do parto	1183334	91,82	1479361	87,51	2662705	89,37	
Diferente do local do parto	105420	8,18	211144	12,49	316554	10,63	
Total	1288754	100,00	1690505	100,00	2979259	100,00	

Tabela 2

Modelo de regressão logística com associações ajustadas para covariadas estatisticamente significativas e tipo de parto com termos de interação. Rio de Janeiro, 2014. (N= 2.979.259).

Variáveis	Níveis	β	Erro Padrão	IC95%		Teste de Wald (Z)	p	gl
				Min	Máx			
(Intercepto)		-1,171	0,039	-1,248	-1,094	892,336	< 0,001	1
Estabelecimento ^a	Hospital Privado	2,846	0,192	2,485	3,240	219,840	< 0,001	1
Idade ^b	20 a 24 anos	0,085	0,012	0,062	0,107	10,008	0,002	1
	25 a 29 anos	0,272	0,054	0,166	0,378	25,170	< 0,001	1
	30 a 34 anos	0,394	0,055	0,285	0,502	50,481	< 0,001	1
	35 anos e mais	0,570	0,058	0,457	0,683	98,089	< 0,001	1
Tipo de gravidez ^c	Múltipla	1,554	0,070	1,419	1,693	494,306	< 0,001	1
Estado civil ^d	Com Cônjuge	0,059	0,020	0,019	0,099	8,480	0,004	1
Escolaridade ^e	Alta	0,090	0,039	0,013	0,167	9,268	0,001	1
Consultas de pré-natal ^f	7 e mais	0,292	0,019	0,256	0,329	246,741	< 0,001	1
Local de residências	Outro Município	0,524	0,028	0,469	0,578	356,417	< 0,001	1
Número de partos ^h	Primípara	0,186	0,041	0,106	0,267	11,871	< 0,001	1
Tipo de gestação ⁱ	Pré termo e Pós termo	0,253	0,024	0,207	0,300	113,124	< 0,001	1
Termo de Interação 1 (estabelecimento*faixa etária)	Privado*20 a 24 anos	0,083	0,021	0,041	0,125	7,152	< 0,001	1
	Privado*25 a 29 anos	0,146	0,020	0,106	0,186	10,006	< 0,001	1
	Privado*30 a 34 anos	0,238	0,020	0,199	0,278	101,409	< 0,001	1
Termo de Interação 2 (escolaridade*faixa etária)	Privado*35 anos e mais	0,520	0,023	0,475	0,565	355,574	< 0,001	1
	Alta*20 a 24 anos	0,169	0,056	0,059	0,279	9,006	0,003	1
	Alta*25 a 29 anos	0,218	0,059	0,102	0,335	13,550	< 0,001	1
	Alta 30 a 34 anos	0,310	0,062	0,188	0,432	24,850	< 0,001	1
Termo de Interação 3 (número de partos*faixa etária)	Alta 35 anos e mais	0,477	0,067	0,345	0,609	50,240	< 0,001	1
	Primípara*20 a 24 anos	0,181	0,055	0,074	0,289	10,923	0,001	1
	Primípara*25 a 29 anos	0,379	0,061	0,259	0,498	38,452	< 0,001	1
	Primípara*30 a 34 anos	0,368	0,077	0,217	0,520	22,743	< 0,001	1
Termo de Interação 4 (estabelecimento*número de partos)	Primípara*35 anos e mais	0,459	0,105	0,254	0,667	19,010	< 0,001	1
	Privado*Primípara	0,175	0,056	0,065	0,285	10,601	0,004	1

^a A faixa de referência é "Estabelecimento Público"; ^b A faixa de referência é "até 19 anos"; ^c A faixa de referência é "única"; ^d A faixa de referência é "sem cônjuge"; ^e A faixa de referência é "Baixa - até 8 anos de estudo"; ^f A faixa de referência é "Menos de 7 consultas"; ^g A faixa de referência é "Igual ao local de ocorrência do parto"; ^h A faixa etária de referência é "Multípara"; ⁱ A faixa etária de referência é "Gestação a termo (37 a 41 semanas)".

Tabela 3

Probabilidades estimadas, chances e razão de chances para a realização ou não de cesáreas em mulheres de acordo com a faixa etária. Brasil, 2014 (N=2.979.259).

Faixa etária	π_1	π_0	Ratio π_1	Ratio π_0	Odds Ratio	IC95%	
20 a 24 anos	0,89	0,25	7,85	0,34	23,26	13,39	33,13
25 a 29 anos	0,93	0,29	13,04	0,41	32,03	19,27	44,79
30 a 34 anos	0,95	0,37	17,03	0,46	37,03	23,1	50,96
35 anos e mais	0,97	0,45	27,98	0,55	51,04	31,96	70,12

IC_{OR} 95%: intervalo de confiança da *odds ratio* a um nível de significância de 95%.

Figura 1

Curvas de probabilidade estimadas de realização de cesárea e parto vaginal por tipo de estabelecimento segundo faixa etária. Brasil, 2014 (N=2.979.259).

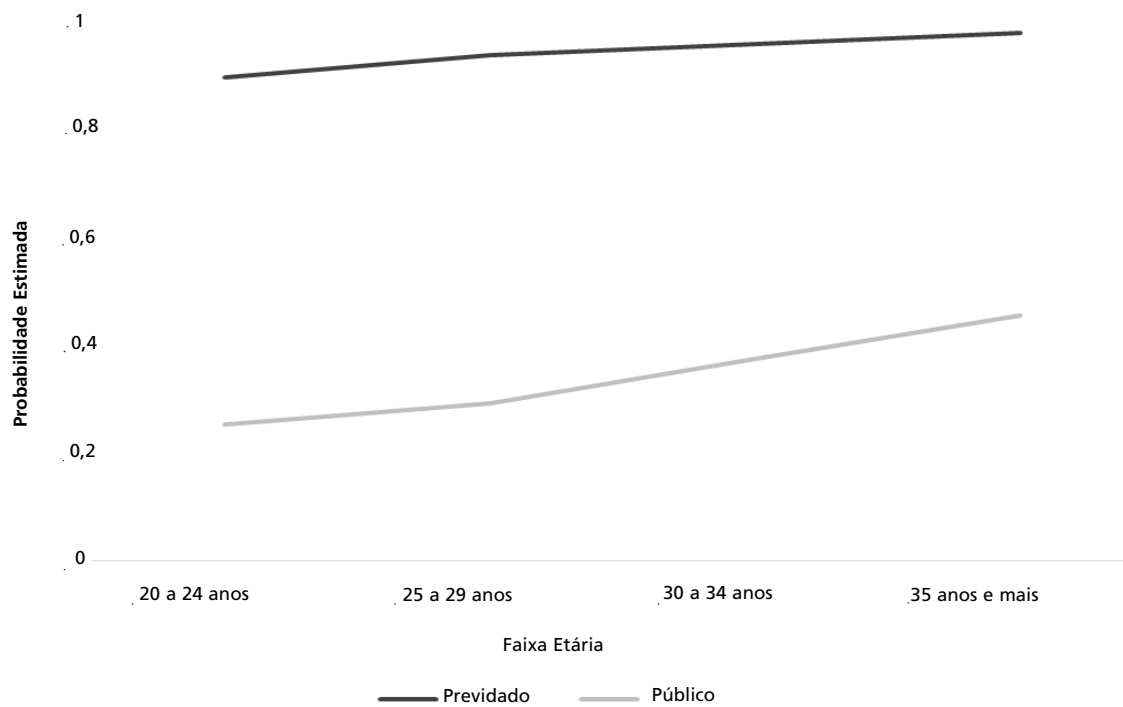
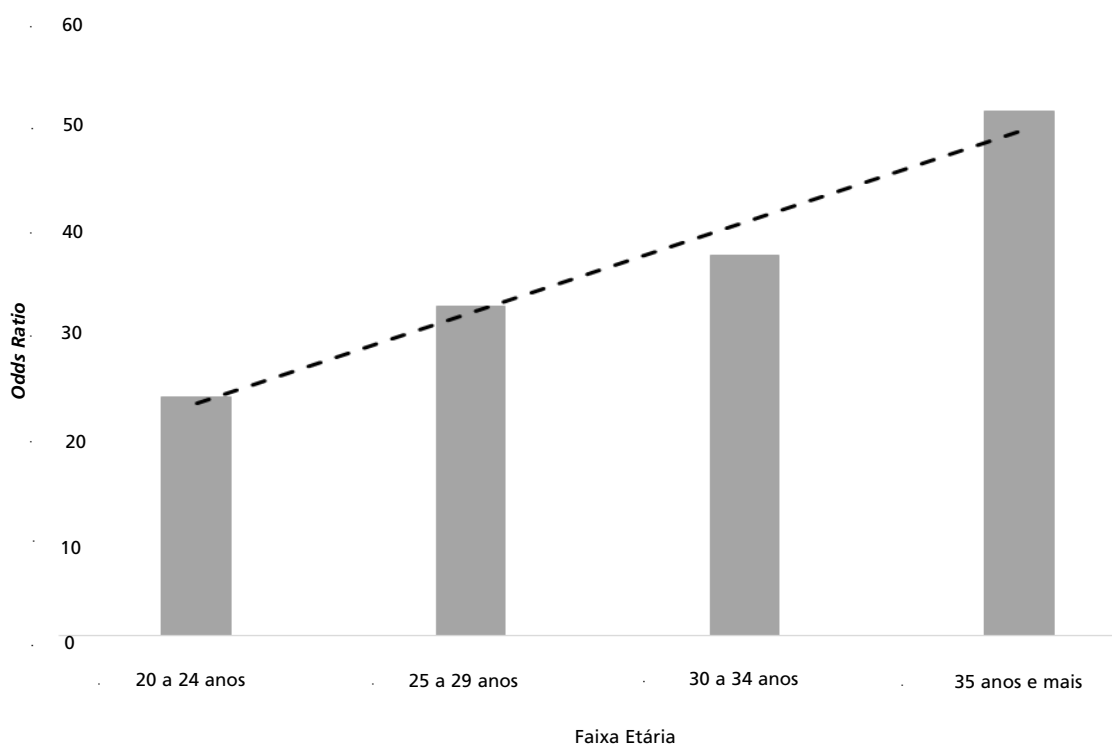


Figura 2

Tendência do incremento da razão de chances para tipo de parto segundo tipo de estabelecimento para cada faixa etária.



forma que o cálculo da probabilidade de sucesso (cesárea) para cada tipo de estabelecimento será calculado fixando os valores das demais variáveis, e atribuindo o valor 1 quando o local for público, e zero quando for privado. Desta forma, teremos para cada faixa etária, as probabilidades estimadas e as chances de acordo com os valores apresentados na Tabela 3.

Finalmente, as Figuras 1 e 2 representam, respectivamente, as curvas de probabilidade estimada de realização de cesárea e parto vaginal por tipo de estabelecimento segundo faixa etária; e a tendência do incremento da razão de chances para cada faixa etária. Destaca-se nelas que a probabilidade estimada é crescente para a faixa etária, com nível diferente para cada tipo de estabelecimento (há, inequivocamente, maior probabilidade nos hospitais privados). Entretanto, é importante perceber que as duas curvas não são paralelas, evidenciando um efeito de interação entre idade e tipo de hospital (público ou privado). Reforça-se, ainda a evidência sobre a chance de cesárea ser

maior com o aumento da idade, havendo uma tendência para os estratos de idade.

Observa-se, a partir das informações das tabelas, acrescidas aos gráficos, que há uma vantagem de mulheres em hospitais privados serem submetidas a cesárea, comparadas às mulheres em hospitais públicos. Ainda, observa-se que há uma interação com a idade, ou seja, essa vantagem possui magnitude diferente de acordo com a idade. Finalmente, esta vantagem cresce à medida em que aumenta a faixa etária da mulher. Como exemplo, observa-se que mulheres com 35 anos e mais, comparadas às mulheres com até 19 anos, em hospitais privados, tem uma vantagem a favor da cesárea de 5000% a mais que mulheres com 35 anos, comparadas às mulheres com até 19 anos, em hospitais privados. Destaca-se que a probabilidade estimada para mulheres com 35 anos em hospitais privados é de aproximadamente 97%, ou seja, quase a totalidade de partos realizados nestas instituições nesta faixa etária.

Discussão

Foram observados fatores maternos associados à realização de cesáreas para o Brasil. Os fatores de risco apresentados no texto são coerentes com aqueles apresentados na literatura. Um estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul com 2591 nascidos vivos encontrou uma associação significativa para faixa etária e a escolha do parto para as faixas de 20 a 24 anos (OR=1,13), 25 a 29 anos (OR=1,36) e 30 anos e mais (OR=1,21); para estado civil com companheiro (OR=1,26); para alta escolaridade (OR=1,28); para gravidez múltipla (OR=2,01); e associação de proteção para múltiparas (OR=0,94).¹⁵

Algumas associações parecem se manter mesmo entre pacientes que realizam o pré-natal em unidades públicas. Um estudo, realizado com uma amostra de 322 gestantes acompanhadas pelo pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro encontrou associação para a faixa etária mais avançada (OR=4,82) e para estado civil casada (OR=3,05).¹⁶

Estudos realizados em maternidades também corroboram a direção das associações encontradas. Um estudo de caso-controle em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro incluiu 231 partos por cesárea (casos) e 230 partos vaginais (controles). Através de análise multivariada com regressão logística, os autores encontraram associação positiva para realização de cesáreas para mulheres acima de 35 anos (OR=7,3) e para mulheres primíparas, tendo sido a categoria de referência múltiparas (OR=6,7).¹⁷ Observando-se, também com amostra hospitalar de 15.336 mulheres, mas para um hospital geral (portanto, não maternidade), Padua *et al.*¹⁸ encontraram associação significativa para as faixas etárias mais avançadas, estratificadas entre 20 a 24 anos (OR=1,26), 25 a 29 anos (OR=1,54), 30 a 34 anos (OR=1,82) e 35 anos e mais (OR=2,05). O mesmo estudo encontrou associação significativa para estado civil casada (OR=1,25) e para maior número de consultas de pré-natal (OR=1,24).

É importante destacar a importância de conhecer as representações sociais do parto normal e da cesárea de mulheres que os vivenciaram, um aspecto qualitativo de difícil mensuração. Um estudo de natureza qualitativa foi conduzido com 20 mulheres em Santa Catarina que vivenciaram ambas as vias de parto. Os resultados revelam, na vivência da maternidade, representações como a busca de informações; o vivenciar da parturição sozinha *versus* acompanhada; e a mulher não tem opção de escolha. O parto normal englobou temas centrais como a

ambivalência de sentimentos; a percepção positiva e a hospitalização. Já a cesárea está relacionada com ambivalência de sentimentos, a solução de um problema e a preferência pelo procedimento. Ou seja, o parto normal é considerado um desafio para as mulheres; porém, os sentimentos positivos superam as dificuldades, enquanto que a cesárea está associada aos benefícios físicos de sua realização.¹⁹

Cabe ainda ressaltar que a falta de atenção humanizada e a indução levam, muitas vezes, as mulheres a optarem pela cesárea. Além disso, o despreparo das mulheres para o parto vaginal interfere diretamente no sistema emocional da gestante ou parturiente, diminuindo a confiança dela na capacidade de ser protagonista do seu parto, caso não seja acolhida pelo serviço de saúde que a provê. Assim, ela não consegue perceber as vantagens do parto vaginal e conclui que a cesárea trará mais benefícios para ela e para o bebê.²⁰

Evidenciou-se uma diferença entre serviços públicos e privados para a escolha da via de parto. Este dado, o mais consistente dentre todas as variáveis explicativas, é corroborado pela literatura. O estudo conduzido por Barros *et al.*²¹ em uma coorte formada por todos os recém-nascidos de moradoras da área urbana de Pelotas em 2004 mostrou para a população uma prevalência de cesarianas de 45%. Quando estratificado por tipo de serviço, as taxas foram de 36% entre pacientes do Sistema Único de Saúde e 81% no serviço privado. De forma semelhante, outro estudo¹⁵ mostrou uma taxa de cesárea para o grupo público 43% enquanto no grupo privado foi 86%. Ainda, em recente estudo realizado em Maringá para avaliar a tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte pagadora,⁵ em 11 anos de observação, 77,1% dos partos realizados foram do tipo cesárea e apenas 22,9% parto vaginal. Além disso, evidenciou-se uma tendência de crescimento para cesárea e decrescente para parto vaginal nos dois tipos de financiamento. Ainda, as taxas em hospitais privados foram sempre superiores a 90% e mais frequentes do que em hospitais públicos, mesmo com o aumento de 36% dessas ao longo do período estudado.

É importante frisar que fatores como o excesso de intervenção nos processos de gestação, parto e puerpério seguem como obstáculos ao sucesso desta política, dificultando o sucesso no alcance das metas de redução da mortalidade materna.²² Este problema se dá mesmo em mulheres com baixo risco obstétrico.²³ Este fenômeno (da intensa medicalização do processo do nascimento), associado à manutenção da alta mortalidade materna e perinatal, são conhecidos como paradoxo perinatal

brasileiro.²⁴ Trata-se, portanto, de evidência que justifica a reorientação do modelo de atenção à gravidez, parto e puerpério. Neste sentido, há um avanço no Brasil para organizar a atenção obstétrica na rede SUS. Em particular, destaca-se a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida,⁴ como estímulo à redução da mortalidade materna. Inserida num contexto de discussão do modelo ao parto no Brasil, procura-se, através desta estratégia, sistematizar as rotinas e o itinerário das grávidas, proporcionando às gestantes, puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade, através da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento.^{4,25}

O estudo possui limitações. Em especial,

destaca-se o fato de ter utilizado dados secundários oriundos do SINASC, de forma que não é possível a avaliação de outras variáveis que não estejam presentes nas Declarações de Nascidos Vivos. Entretanto, uma vez que este banco de dados contempla os nascimentos em todo o Brasil, e possui excelente acurácia,²⁶ considera-se que a evidência produzida a partir da sua análise deva ser considerada.

Observou-se, portanto, que a realização do parto no Brasil vai ao encontro das rotinas e recomendações estabelecidas nas políticas de saúde da mulher e parto humanizado do Sistema Único de Saúde. Considera-se importante, assim, que haja uma reflexão neste sentido, para que medidas de monitoramento das práticas obstétricas sejam implementadas, cumprindo-se assim as recomendações internacionais para o melhor manejo clínico e a humanização do processo de parto.

Referências

1. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília, DF; 2014.
2. United Nations. *Sustainable development solutions networks*. Genebra: ONU; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Pacto Pela Vida*. Brasília, DF; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF; 2011. Seção 1.
5. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36 (12): 548–54.
6. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide. Maternal and newborn health/safe motherhood unit*. Geneva; 1996.
7. Leão MRC, Bellini MLGR, Angelo M, Schneck CA. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18 (8): 2395-400.
8. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Athalbe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary cesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: WHO; 2010.
9. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007; 21 (2): 98–113.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Microdados do Sistema Informação sobre Nascidos Vivos*. Brasília, DF; 2014.
11. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét*. 2013; 21 (3): 509-17.
12. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18 (5): 1303–11.
13. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, Leal MC. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl): S101–16.
14. Bussab WO, Morettin PA. *Estatística Básica*. São Paulo: Saraiva; 2002.
15. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Risk factors for cesarean section by category of health service. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (1): 80–9.
16. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007; 7 (3): 271-80.
17. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama, AS, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (10): 2067-78.
18. Pádua KS de, Osis MJD, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (1): 70–9.

19. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67 (2): 282-9.
20. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Colet.* 2014; 22 (1): 46-53.
21. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, Victora CG. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (4): 635-43.
22. Forte FDS, Morais HGF, Rodrigues SAG, et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2016; 20(58): 787-96.
23. Madeiro A, Rufino AC, Santos AO. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017; 26 (1): 81-90.
24. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10 (3): 627-37.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF; 2011.
26. Paiva NS, Coeli CM, Moreno AB, Guimarães RM, Camargo Jr KR. Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16 (Supl. 1): 1211-20.

Recebido em 11 de Abril de 2017

Versão final apresentada em 21 de Junho de 2017

Aprovado em 6 de Julho de 2017