



**CURSO DE MEDICINA**

**GABRIELLE SANTOS DE SOUZA MATOS**

**CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE PARTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2010 A 2020**

**Salvador – Bahia**

**2022**

**GABRIELLE SANTOS DE SOUZA MATOS**

**CARACTERIZAÇÃO DOS TIPOS DE PARTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
NORDESTE DO BRASIL, NO PERÍODO DE 2010 A 2020**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no quarto ano do curso.

Orientador: Professora Doutora Márcia Sacramento Cunha Machado.

**Salvador – Bahia**

**2022**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, o padrão do “nascer” tem sofrido diversas modificações ao longo dos últimos anos. A cultura das cesarianas vem ganhando espaço, o que explica o elevado índice dessa via de parto atualmente, superando a taxa de 15%, como recomendado pela Organização Mundial de Saúde. O Nordeste, apesar de ser uma das regiões do Brasil que apresenta a maior proporção de partos vaginais, apresentou um aumento importante do índice de cesarianas na última década. Portanto, é essencial a análise das proporções das vias de parto no Nordeste, com o intuito de verificar o panorama da região e avaliar as ações que devem ser implementadas para a melhoria deste cenário. **OBJETIVO:** Descrever as vias de parto mais frequentemente utilizadas em hospitais do SUS do Nordeste brasileiro, no período de 2010 a 2020. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na região Nordeste do Brasil, no período de 2010 a 2020, utilizando-se dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) disponíveis para acesso através do portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população do estudo foi composta por parturientes que residiam nos estados do Nordeste no período de estudo, que tiveram seus partos realizados em hospitais públicos e privados contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). **RESULTADOS:** Analisando a probabilidade de parir por tipo de parto na região Nordeste, observou-se que, o ano de 2010 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto vaginal (555,22 partos/1.000 NV) e a menor de ter um parto cesáreo (442,71 partos/1.000 NV). Além disso, nos anos de 2013 e 2016, a chance de uma mulher ter parto vaginal e de ter um parto cesáreo foram muito próximas. Ademais, o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo, sendo esta de 532,35 partos por 1.000 nascidos vivos. **CONCLUSÃO:** Na região Nordeste, a maior probabilidade de parir através do parto vaginal foi observada no ano de 2010, sendo que, no ano de 2020, a chance de parir por parto cesáreo não só superou a de parir por parto vaginal, como foi o ano que apresentou a maior probabilidade de parir através de parto cesáreo em relação a todos os outros anos da série temporal analisada nesse estudo.

**Palavras-chave:** Parto. Cesárea. Parto normal.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In Brazil, the “birth” pattern has undergone several changes over the last few years. The culture of cesarean sections has been gaining ground, which explains the high rate of this type of delivery currently, exceeding the rate of 15%, as recommended by the World Health Organization. The Northeast, despite being one of the regions in Brazil that has the highest proportion of vaginal deliveries, has shown a significant increase in the rate of cesarean sections in the last decade. Therefore, it is essential to analyze the proportions of delivery ways in the Northeast, in order to verify the panorama of the region and evaluate the actions that must be implemented to improve this scenario. **OBJECTIVE:** To describe the most frequently used ways of delivery in SUS hospitals in Northeast Brazil, from 2010 to 2020. **METHODOLOGY:** This is an observational, descriptive study with a quantitative approach. The study was carried out in the Northeast region of Brazil, from 2010 to 2020, using data from the Live Birth Information Systems (SINASC) available for access through the portal of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS). The study population consisted of parturients residing in the Northeastern states during the study period, who had their deliveries performed in public and private hospitals hired or affiliated to the Unified Health System (SUS). **RESULTS:** Analyzing the probability of giving birth by type of delivery in the Northeast region, it was observed that the year 2010 was the one with the highest probability of having a vaginal delivery (555.22 deliveries/1,000 LB) and the lowest of having a vaginal delivery (442.71 deliveries/1,000 LB). In addition, in the years 2013 and 2016, the chances of a woman having a vaginal delivery and having a cesarean delivery were very close. In addition, the year 2020 was the one with the highest probability of having a cesarean delivery, with 532.35 deliveries per 1,000 live births. **CONCLUSION:** In the Northeast region, the highest probability of giving birth through vaginal delivery was observed in 2010, and in 2020, the chance of giving birth by cesarean section not only exceeded that of giving birth by vaginal delivery, as was the year that presented the highest probability of giving birth through cesarean section in relation to all other years of the time series analyzed in this study.

**Keywords:** Parturition. Cesarean Section. Natural Childbirth.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo ano do nascimento e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	19
<b>Tabela 2</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo tipo de parto e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	21
<b>Tabela 3</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo duração da gestação e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	21
<b>Tabela 4</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo duração da gestação e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	22
<b>Tabela 5</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo nível de instrução da mãe e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	23
<b>Tabela 6</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo nível de instrução e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	23
<b>Tabela 7</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária da mãe e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	24
<b>Tabela 8</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	25
<b>Tabela 9</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a quantidade de consultas do pré-natal e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020. ....	27
<b>Tabela 10</b> - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a quantidade de consultas do pré-natal e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.....	27

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Nordeste, Brasil, 2010-2020.....	28
<b>Gráfico 2</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Alagoas, Brasil, 2010-2020. ....	29
<b>Gráfico 3</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Bahia, Brasil, 2010-2020. ....	30
<b>Gráfico 4</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Ceará, Brasil, 2010-2020. ....	31
<b>Gráfico 5</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Maranhão, Brasil, 2010-2020. ....	32
<b>Gráfico 6</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Paraíba, Brasil, 2010-2020.....	32
<b>Gráfico 7</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Pernambuco, Brasil, 2010-2020.....	33
<b>Gráfico 8</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Piauí, Brasil, 2010-2020.....	34
<b>Gráfico 9</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2020. ....	34
<b>Gráfico 10</b> – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Sergipe, Brasil, 2010-2020.....	35

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1. Geral	11
2.2. Específicos	11
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>12</b>
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>15</b>
4.1. Desenho do Estudo	15
4.2. Local e período do estudo	15
4.3. População do estudo	15
4.4. Instrumento de coleta de dados	16
4.5. Sistema de informação	16
4.6. Variáveis de estudo	16
4.7. Análise de dados	17
4.7.1. Cálculo de indicadores	17
4.8. Aspectos éticos	17
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b>	<b>36</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Por muitas décadas, o nascimento foi reconhecido como um evento puramente natural e fisiológico da figura feminina, para o qual a mulher e o seu próprio corpo eram os principais responsáveis pelo ato de parir. O parto, na maioria das vezes, ocorria nas residências das próprias parturientes, tendo o auxílio apenas de parteiras ou de outras pessoas da família, o que revelava o caráter orgânico, privativo e familiar que “o nascer” representava para a sociedade nos tempos passados<sup>1</sup>.

Até o final do século XIX, a via de parto natural foi a opção majoritária de nascimento. Apenas nos casos de maior complexidade, os quais não conseguiam ser solucionados com a ajuda de parteiras, solicitavam o auxílio de um médico. Entretanto, diante do conhecimento técnico insuficiente e das condições precárias de higiene das acomodações onde eram realizadas as intervenções médicas, muitas mulheres, frequentemente, acabavam indo à óbito por conta de infecções<sup>2</sup>.

Contudo, assim como tudo na medicina, o ato de parir também foi um evento que passou por um grande processo de evolução ao longo do tempo. Em decorrência do avanço da tecnologia e das práticas biomédicas, o parto, que antigamente era realizado pela via natural e centralizado na figura da mulher, foi sendo transferido para o ambiente hospitalar e passou a ter como foco principal para a sua realização a figura do médico. A cesárea surgiu, então, como um modelo intervencionista de nascimento, realizada inicialmente apenas com o intuito de salvar o binômio mãe-filho e, por conta disso, teve uma contribuição significativa na redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal na história da medicina<sup>3</sup>.

Todavia, apesar dos avanços científicos e tecnológicos terem contribuído na melhoria da assistência ao parto, tais progressos também acabaram influenciando na execução de práticas intervencionistas obstétricas em excesso, inclusive, da via de parto cirúrgica, evidenciado no crescente aumento das taxas da via de parto abdominal tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Esses dados são preocupantes, visto que a cesariana corresponde a uma intervenção cirúrgica e pode gerar prejuízos de curto a longo prazo na saúde da mulher, da criança

e de futuras gestações, além de ser dispendiosa e capaz de sobrecarregar o sistema de saúde<sup>4</sup>.

Em um estudo realizado nas regiões brasileiras entre os períodos de 1990 e 2013, a frequência de mulheres que realizaram a cesariana no Brasil foi de 53,03%, sendo a via de parto vaginal mais frequente na região Norte e Nordeste, com índices, respectivamente, de 52,74% e 51,06%. Já em relação à cesariana, essa via de parto foi mais frequente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com índices, respectivamente, de 59,32%, 56,96% e 61,08%. Contudo, observou-se um aumento da probabilidade de cesariana ao longo dos anos, principalmente, nas regiões Nordeste e Sul<sup>5</sup>.

A “cultura da cesárea no Brasil” é consequência de um conjunto de fatores, sendo estes reflexos de aspectos socioculturais, institucionais, legais, financeiros, e da própria prática obstétrica. Um estudo realizado no ano de 2016, com o intuito de avaliar a associação entre fatores institucionais, o perfil da assistência ao parto e as taxas de Cesariana no estado de Santa Catarina, evidenciou que há um perfil semelhante das parturientes que acabam concebendo seus filhos através da via de parto cirúrgica, são gestantes que possuem etnia branca, apresentam um maior grau de escolaridade, são frequentadoras do setor privado e usufruem de um melhor acesso aos serviços de saúde. Em contrapartida, as parturientes que apresentam um maior risco de complicações no parto são as que carecem de boas condições socioeconômicas, sendo estas mulheres, contudo, as que possuem menor acesso à realização da cesárea. Isto configura-se, então, como exemplo de desigualdade social no Brasil e que exige uma intervenção imediata, visto que, há um paradoxo entre o padrão de parturientes que mais realizam a cesariana e as que, de fato, necessitam da realização do parto por essa via<sup>6</sup>.

Diante dessa perspectiva, é fundamental que sejam criadas mais ações, em consonância com as já existentes, para a mudança dessa realidade com o intuito de reduzir índices de cesarianas e garantir que a escolha da via de parto seja feita com base no melhor para a saúde da mãe e do bebê. No entanto, ainda faltam estudos atuais que evidenciem as vias de parto mais frequentes nas regiões brasileiras, especialmente na região Nordeste. Portanto, é imprescindível o conhecimento de

dados recentes e da realidade desta região para a aplicação de políticas públicas, de acordo com a demanda do local, a favor da diminuição das cesarianas e, conseqüentemente, do risco para a vida das gestantes e dos recém-nascidos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Descrever as vias de parto mais frequentemente utilizadas em hospitais do SUS do Nordeste brasileiro, no período de 2010 a 2020.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar a frequência dos tipos de parto nas unidades de federação do Nordeste;
- Caracterizar os tipos de parto em função do número de consultas pré-natais;
- Comparar os tipos de parto com a escolaridade da mãe, duração da gestação e idade das parturientes;
- Estimar o coeficiente de incidência por tipo de parto segundo estado da região Nordeste.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

O padrão de parto, no Brasil, vem se modificando nas últimas décadas. A cesárea que, antigamente, era utilizada apenas em casos de emergência, tornou-se o modo mais comum de nascimento. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que, no Brasil, a taxa de cesarianas tem alcançado o valor de 55%, ocupando uma posição alta no ranking de países com maior porcentagem de cesáreas no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana<sup>7</sup>.

A cesariana é um procedimento cirúrgico que consiste na incisão do abdome e da parede do útero da gestante para a extração do feto, sendo executada quando o médico e/ou a paciente acreditam que essa via de parto irá proporcionar um melhor resultado para a parturiente e/ou para o feto. Portanto, ela pode ser realizada por indicação médica ou por solicitação da própria gestante, sendo, neste caso, denominada de cesárea eletiva. Os critérios médicos estabelecidos para a sua realização podem ser agrupados entre maternas e fetais e divididos em indicações relativas, quando não há certeza se o benefício da cesárea é maior que os riscos do parto normal ou vice-versa, e absolutas, quando os riscos do parto normal são superiores ao benefício da cesariana, sendo que, genericamente, as indicações médicas mais frequentes são a falha na progressão do trabalho de parto, os sinais de alteração na vitalidade fetal, cesarianas prévias e as posições fetais anômalas<sup>8</sup>.

Além disso, a via de parto abdominal pode gerar riscos e complicações tanto para a saúde materna, quanto para a fetal. Como complicação mais frequente em relação à saúde da gestante, tem-se a infecção pós-parto, sendo que a via cirúrgica foi associada também à níveis mais elevados de hospitalização materna. Já em relação às implicações para a saúde fetal, estudos mostram que a cesariana aumenta o risco de complicações respiratórias no recém-nascido e o aumento do índice de cesárea também foi relacionado a maiores taxas de mortalidade fetal e um número maior de bebês admitidos por sete dias ou mais em UTI neonatal, mesmo após controle para prematuridade. Em contrapartida, o parto normal possui diversos benefícios para o binômio mãe-filho, sendo estes: alta precoce, recuperação mais rápida, menor risco de hemorragia e infecção, maturação completa do bebê, dentre outros. Tendo em vista esses aspectos, a decisão pelo parto cirúrgico deve ser feita

com cautela e prudência, quando for avaliado que o parto abdominal será a melhor escolha para a saúde da gestante e/ou do feto. Assim, é importante que os profissionais avaliem os critérios e os riscos da via cirúrgica e informem à parturiente sobre os benefícios e prejuízos desta opção, sendo que a escolha deve ser compartilhada com a gestante<sup>9-11</sup>.

A decisão sobre a via de parto é um processo longo que se inicia desde o pré-natal e é resultado de um conjunto de fatores, sendo que estes perpassam por valores e crenças socioculturais da gestante e do parceiro, bem como influências familiares, experiências anteriores da própria parturiente e/ou de outros membros que se relacionam socialmente com ela, sendo que, a assistência profissional durante o pré-natal, assim como a qualidade das informações e orientações realizadas acerca do parto também foram apontados como aspectos que interferem diretamente nessa escolha. Uma das razões apresentadas para o aumento da ocorrência de cesarianas em todo o mundo tem sido o desejo das mulheres por esse tipo de parto<sup>12,13</sup>.

As cesáreas eletivas são uma realidade no Brasil e concedem à gestante a autonomia na decisão da sua via de parto. Apesar desse procedimento ser autorizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de acordo com a resolução número 2.284/20, as cesáreas a pedido só podem ser realizadas a partir do 273º dia de gestação, ou seja, após 39 semanas gestacionais completas, devendo haver ainda um registro em prontuário. Essa delimitação apontada pelo CFM garante um respaldo da conduta médica e oferece um fundamento técnico para o profissional orientar à paciente que possui a pretensão de escolher uma cesariana a pedido, visto que, uma das razões apresentadas para o aumento da ocorrência de cesarianas em todo o mundo tem sido o desejo das mulheres por esse tipo de parto<sup>14</sup>.

Entretanto, em contraponto à essa explicação, dados do Ministério da Saúde revelam que há uma preferência de quase 80% das gestantes pelo parto vaginal quando estas iniciam o pré-natal. Contudo, apenas 20% das parturientes acabam tendo o parto por essa via. Diante disso, supõe-se que a mudança da escolha da via de parto acontece por diversas razões, sendo estas não apenas pelo surgimento de problemas ou complicações na saúde materna e/ou fetal. Dentre esses motivos, tem-se a condição socioeconômica, visto que 80% dos partos realizados no setor privado

correspondem à cesariana, o que sugere uma influência do setor suplementar na realização dessa via de parto<sup>15</sup>.

Outrossim, existem outros fatores associados à essa mudança, como o processo de vivência do parto doloroso, o alto índice lucrativo das instituições de saúde no parto cirúrgico, a falta de interesse do profissional de saúde pelo parto normal visando o ganho financeiro, bem como a falta de orientação das gestantes sobre a sua autonomia na escolha da via de parto<sup>16</sup>. Além disso, não tem sido evidente a redução de mortalidade materna e neonatal quando as taxas de cesárea são maiores que 10%. À vista disso, é evidente que o parto cirúrgico está sendo realizado, em muitos casos, de forma desnecessária, sendo que este padrão pode ser responsável por diversos efeitos deletérios para a saúde da gestante e também do feto<sup>4</sup>.

Ademais, o aumento do índice de cesarianas não está sendo percebido apenas na perspectiva mundial, mas também no contexto do Brasil, bem como de suas regiões. Em 2015, a região Nordeste, juntamente com a região Sudeste, foram as que apresentaram o maior percentual de partos normais, sendo esses percentuais, respectivamente, de 37% e de 33% do total. Esse mesmo cenário se repetiu em relação ao total de cesarianas, pois essas regiões também foram as que apresentaram maior quantidade de partos cirúrgicos, sendo este índice, respectivamente, de 36% e 30% do total. Além disso, caso as taxas de cesarianas não ultrapassassem 15%, conforme a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a redução dos gastos em cesárea ocorreria justamente nessas duas regiões, tendo como resultado 69,6% de todas as reduções consideradas<sup>17</sup>.

Portando, sabendo que a região Nordeste vem apresentando uma propensão de aumento das taxas de cesariana e que esta é uma das regiões que representa a maior redução dos custos estimados com essa via de parto para o país<sup>5,17</sup>, nota-se então uma necessidade de avaliar as taxas atuais de cesariana nessa região e em cada um dos estados que o compõe, com o intuito de conhecer as necessidades locais e com isso, promover um planejamento de políticas públicas a fim de reestruturar o padrão de nascimentos da região Nordeste, em conjunto com o do Brasil.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. DESENHO DO ESTUDO**

O estudo foi do tipo observacional, descritivo com abordagem quantitativa, que foi realizado por meio da utilização de dados secundários de domínio público.

### **4.2. LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na região Nordeste do Brasil, utilizando-se dados dos Sistemas de Informação disponíveis para acesso através do portal do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), acessados no site <https://datasus.saude.gov.br/> em 05/05/2022. O estudo foi realizado do ano de 2010 a 2020.

A região Nordeste é composta por 9 estados, sendo estes Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. No ano de 2010, essa região detinha de 53.081.950 habitantes, entre estes, 17.476.138 eram mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos), segundo dados do Censo Demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Já em relação ao ano de 2020, o Censo Demográfico não foi realizado neste ano devido à pandemia de COVID-19. Contudo, uma estimativa realizada no ano de 2021 pelo IBGE, apontou que essa região continha 57.667.842 habitantes, sendo destes, 18.595.486 mulheres em idade fértil. Além disso, a Bahia apresentava em 2021, na estimativa realizada pelo IBGE, uma área de 564.760.429 km<sup>2</sup> e 14.985.284 habitantes, configurando-se como o maior e mais populoso estado da região. Ademais, em um levantamento estatístico realizado também pelo IBGE evidenciou que a região Nordeste abarca cerca de 47,9% da concentração da pobreza brasileira, sendo, portanto, dentre as cinco regiões do Brasil, a que apresenta a maior concentração de pessoas que vivem em situação de pobreza no Brasil.

### **4.3. POPULAÇÃO DO ESTUDO**

A população do estudo foi composta por parturientes que residiam nos estados do Nordeste durante o período de estudo, que tiveram seus partos realizados em hospitais públicos e privados contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e encontram-se na base de dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC/TABNET).

#### **4.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

O instrumento de coleta de dados foi a Declaração de Nascidos Vivos (DN) que alimenta o SINASC, documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, hábil para a lavratura da Certidão de Nascimento pelos Cartórios de Registro Civil e, portanto, para a garantia dos direitos de cidadania.

#### **4.5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO**

Os dados foram coletados a partir da base secundária de dados, o DATASUS, sendo obtidos através do SINASC, implantado oficialmente a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. O documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional e essencial à coleta de dados de nascidos vivos no Brasil é a DN. As Declarações de Nascidos Vivos são preenchidas pelos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência e recolhidas, regularmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde. Ademais, são impressas e preenchidas em três vias pré-numeradas sequencialmente. Sua emissão e distribuição para os estados são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Nascidos Vivos são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SINASC local. Em seguida, os dados informados pelos municípios sobre os nascimentos no nível local são transferidos à base de dados do nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal. Tais transferências são realizadas via WEB (internet) e ocorrem, simultaneamente, nos três níveis de gestão. A base de dados foi acessada através do portal do DATASUS, órgão do ministério da saúde, através do endereço eletrônico <https://datasus.saude.gov.br/>.

#### **4.6. VARIÁVEIS DE ESTUDO**

As variáveis de estudo foram:

- Tipo de parto: cesáreo, vaginal e ignorado

- Unidades da Federação de residência: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe.
- Faixa etária da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 29 anos, 30 a 34 anos, 35 a 39 anos, 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos e 60 a 69 anos.
- Instrução da mãe: nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos e mais e ignorado.
- Duração da gestação: menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas, 42 semanas ou mais e ignorado.
- Consultas do pré-natal: nenhuma, de 1 a 3 consultas, de 4 a 6 consultas, 7 ou mais consultas e ignorado.

#### 4.7. ANÁLISE DE DADOS

Para o processamento e análise dos dados, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel versão X, utilizado, também, para armazenamento dos dados e confecção dos gráficos e tabelas. As variáveis quantitativas com distribuição normal foram apresentadas em média ( $\pm$  desvio padrão). Já as variáveis qualitativas, foram apresentadas em números absolutos e em porcentagem (%), através do cálculo da proporção. Os dados foram apresentados em gráficos ou tabelas.

##### 4.7.1. Cálculo de indicadores

- **Coefficiente de incidência por tipo de parto:**

$$\frac{\text{número de partos por tipo em determinado local e período}}{\text{nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 10^3$$

Foi realizada uma regressão linear simples para avaliar a tendência do coeficiente de incidência por tipo de parto no período do estudo. Foram calculados os valores do R<sup>2</sup>, B e p-valor. Valores de p<0,05 foram considerados estatisticamente significantes.

#### 4.8. ASPECTOS ÉTICOS

O banco de dados utilizado apresenta dados secundários de domínio público. O DATASUS garante o anonimato dos pacientes, não necessitando de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e nem da submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os aspectos éticos da pesquisa são embasados e estão em

conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com envolvimento direto ou indireto de seres humanos.

## 5. RESULTADOS

No período desse estudo foram registrados 9.051.960 partos realizados no Nordeste, na rede própria ou contratada/credenciada ao SUS. A Bahia foi o estado que apresentou a maior porcentagem de partos (24,82%) em todos os anos comparado aos outros estados do Nordeste, no período de 2010 a 2020, e o estado do Piauí foi o que proporcionalmente teve a menor ocorrência de partos (4,10%) no período. Ademais, o ano de 2011 foi o que apresentou o maior número de partos e, conseqüentemente, neste ano, a porcentagem de partos na Bahia foi o maior em comparação aos outros anos, sendo esta de 25,27% (Tabela 1).

**Tabela 1 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo ano do nascimento e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	1.195.66	14,21	121.109	14,23	116.039	13,94	115.000	14,00
Piauí	49.424	5,88	50.144	5,89	47.962	5,76	46.419	5,65
Ceará	128.831	15,32	128.592	15,11	126.868	15,24	124.876	15,20
R G do Norte	47.668	5,67	48.101	5,65	46.993	5,64	46.798	5,70
Paraíba	58.699	6,98	58.741	6,90	56.770	6,82	56.854	6,92
Pernambuco	136.591	16,24	140.079	16,46	141.382	16,98	141.453	17,22
Alagoas	54.164	6,44	54.281	6,38	52.510	6,31	52.488	6,39
Sergipe	34.016	4,04	34.925	4,10	34.108	4,10	34.228	4,17
Bahia	212.201	25,23	215.032	25,27	209.999	25,22	203.342	24,75
<b>Total</b>	<b>841.160</b>	<b>100,00</b>	<b>851.004</b>	<b>100,00</b>	<b>832.631</b>	<b>100,00</b>	<b>821.458</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 1 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo ano do nascimento e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	117.071	14,05	117.564	13,89	110.493	13,88	112.985	13,82
Piauí	47.941	5,75	49.253	5,82	46.986	5,90	48.551	5,94
Ceará	128.681	15,45	132.516	15,66	126.246	15,86	127.797	15,64
R G do Norte	48.111	5,78	49.099	5,80	45.366	5,70	46.222	5,66
Paraíba	57.535	6,91	59.089	6,98	56.083	7,04	57.493	7,03
Pernambuco	143.489	17,22	145.024	17,13	130.733	16,42	135.932	16,63
Alagoas	51.859	6,22	52.257	6,17	48.164	6,05	50.368	6,16
Sergipe	34.369	4,13	34.917	4,13	32.218	4,05	33.867	4,14
Bahia	204.034	24,49	206.655	24,42	199.830	25,10	204.096	24,97
<b>Total</b>	<b>833.090</b>	<b>100,00</b>	<b>846.374</b>	<b>100,00</b>	<b>796.119</b>	<b>100,00</b>	<b>817.311</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 1 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo ano do nascimento e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	2018		2019		2020		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	117.156	14,00	113.317	14,07	106.079	13,76	1.266.379	13,99
Piauí	49.490	5,91	47.933	5,95	45.229	5,87	529.332	5,85
Ceará	131.491	15,71	129.185	16,04	121.904	15,82	1.406.987	15,54
R G do Norte	48.107	5,75	44.031	5,47	43.531	5,65	514.027	5,68
Paraíba	60.205	7,19	57.701	7,17	56.379	7,32	635.549	7,02
Pernambuco	138.317	16,53	133.359	16,56	128.481	16,67	1.514.840	16,73
Alagoas	52.496	6,27	49.803	6,18	48.341	6,27	566.731	6,26
Sergipe	34.256	4,09	32.697	4,06	31.784	4,12	371.385	4,10
Bahia	205.332	24,54	197.249	24,49	188.960	24,52	2.246.730	24,82
<b>Total</b>	<b>836.850</b>	<b>100,00</b>	<b>805.275</b>	<b>100,00</b>	<b>770.688</b>	<b>100,00</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando-se a distribuição por tipo de parto, observou-se que o estado de Sergipe foi o que apresentou o maior percentual de partos vaginais, sendo este dado de 57,88%. Em contrapartida, o estado do Rio Grande do Norte foi o que apresentou o maior percentual de partos cesários, sendo este percentual de 58,72% (Tabela 2).

**Tabela 2 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo tipo de parto e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	716.271	56,56	545.742	43,09	4.366	0,34	1.266.379	100,00
Piauí	248.240	46,90	280.173	52,93	919	0,17	529.332	100,00
Ceará	612.529	43,53	791.383	56,25	3.075	0,22	1.406.987	100,00
R G do Norte	211.169	41,08	301.850	58,72	1.008	0,20	514.027	100,00
Paraíba	272.166	42,82	362.264	57,00	1.119	0,18	635.549	100,00
Pernambuco	733.528	48,42	779.353	51,45	1.959	0,13	1.514.840	100,00
Alagoas	259.055	45,71	306.592	54,10	1.084	0,19	566.731	100,00
Sergipe	214.967	57,88	156.258	42,07	160	0,04	371.385	100,00
Bahia	1.273.924	56,70	966.094	43,00	6.712	0,30	2.246.730	100,00
<b>Total</b>	<b>4.541.849</b>	<b>50,18</b>	<b>4.489.709</b>	<b>49,60</b>	<b>20.402</b>	<b>0,23</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ao analisar a distribuição de partos segundo a duração da gestação, observou-se que o maior percentual de partos realizados antes de 22 semanas gestacionais deu-se através de parto vaginal. Além disso, o período de 37 a 41 semanas gestacionais foi o único em que o percentual de partos cesáreos foi superior ao de partos vaginais (Tabela 3).

**Tabela 3 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo duração da gestação e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Duração da gestação	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 22 semanas	5.194	81,98	1.123	17,72	19	0,30	6.336	100,00
22 a 27 semanas	30.624	71,16	12.330	28,65	82	0,19	43.036	100,00
28 a 31 semanas	47.422	53,18	41.613	46,66	141	0,16	89.176	100,00
32 a 36 semanas	410.573	50,32	404.136	49,53	1.286	0,16	815.995	100,00
37 a 41 semanas	3.631.886	49,52	3.691.581	50,33	11.105	0,15	7.334.572	100,00
42 semanas ou mais	196.002	53,96	166.493	45,84	709	0,20	363.204	100,00
Ignorado	220.148	55,09	172.433	43,15	7.060	1,77	399.641	100,00
<b>Total</b>	<b>4.541.849</b>	<b>50,18</b>	<b>4.489.709</b>	<b>49,60</b>	<b>20.402</b>	<b>0,23</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Em relação à duração da gestação, pode-se observar que o maior número de partos aconteceu com a idade gestacional de 37 a 41 semanas, representando 81,03% dos partos, durante o período de 2010 a 2020 (Tabela 4).

**Tabela 4 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo duração da gestação e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	< 22 semanas		22 a 27 semanas		28 a 31 semanas		32 a 36 semanas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	933	0,07	4.983	0,39	11.742	0,93	111.717	8,82
Piauí	212	0,04	2.112	0,4	4.545	0,86	47.065	8,89
Ceará	1.067	0,08	7.154	0,51	15.219	1,08	132.513	9,42
R G do Norte	400	0,08	2.930	0,57	6.203	1,21	53.566	10,42
Paraíba	237	0,04	2.445	0,38	5.535	0,87	57.988	9,12
Pernambuco	948	0,06	7.522	0,5	14.933	0,99	140.169	9,25
Alagoas	353	0,06	2.438	0,43	5.082	0,9	50.040	8,83
Sergipe	399	0,11	1.739	0,47	3.111	0,84	29.627	7,98
Bahia	1.787	0,08	11.713	0,52	22.806	1,02	193.310	8,6
<b>Total</b>	<b>6.336</b>	<b>0,07</b>	<b>43.036</b>	<b>0,48</b>	<b>89.176</b>	<b>0,99</b>	<b>815.995</b>	<b>9,01</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 4 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados no SUS segundo duração da gestação e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	37 a 41 semanas		42 semanas ou mais		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	997.931	78,80	664.39	5,25	72.634	5,74	1.266.379	100,00
Piauí	439.859	83,10	23.983	4,53	11.556	2,18	529.332	100,00
Ceará	1.130.690	80,36	54.193	3,85	66.151	4,70	1.406.987	100,00
R G do Norte	416.132	80,96	19.009	3,70	15.787	3,07	514.027	100,00
Paraíba	535.905	84,32	22.259	3,5	11.180	1,76	635.549	100,00
Pernambuco	1.248.398	82,41	54.884	3,62	47.986	3,17	1.514.840	100,00
Alagoas	448.629	79,16	22.668	4,00	37.521	6,62	566.731	100,00
Sergipe	323.446	87,09	8.932	2,41	4.131	1,11	371.385	100,00
Bahia	1.793.582	79,83	90.837	4,04	132.695	5,91	2.246.730	100,00
<b>Total</b>	<b>7.334.572</b>	<b>81,03</b>	<b>363.204</b>	<b>4,01</b>	<b>399.641</b>	<b>4,41</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando-se a distribuição dos partos segundo o nível de instrução da mãe, observou-se que, dentre as mulheres que não apresentaram nenhum ano de estudo, 72,75% delas pariram através do parto vaginal. Em contrapartida, dentre as mulheres que apresentaram 12 anos ou mais anos de estudo, 77,73% tiveram o parto pela via cirúrgica (Tabela 5).

**Tabela 5 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo nível de instrução da mãe e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Instrução da mãe	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	72.650	72,75	26.704	26,74	512	0,51	99.866	100,00
1 a 3 anos	317.776	66,52	158.306	33,14	1.664	0,35	477.746	100,00
4 a 7 anos	1.373.870	61,85	842.453	37,93	4.984	0,22	2.221.307	100,00
8 a 11 anos	2.399.466	49,29	2.460.038	50,54	8.242	0,17	4.867.746	100,00
12 anos e mais	252.151	22,11	886.249	77,73	1.809	0,16	1.140.209	100,00
Ignorado	125.936	51,38	115.959	47,31	3.191	1,30	245.086	100,00
<b>Total</b>	<b>4.541.849</b>	<b>50,18</b>	<b>4.489.709</b>	<b>49,60</b>	<b>20.402</b>	<b>0,23</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Considerando-se o nível de instrução da mãe, se destacou que a maioria (53,78%) das parturientes apresentavam 8 a 11 anos de estudo. Já em relação às parturientes que relataram não ter nenhum ano de estudo, o estado do Alagoas foi o que apresentou em maior porcentagem das parturientes nesta condição, representando 2,22% do total (Tabela 6).

**Tabela 6 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo nível de instrução e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	Nenhuma		1 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	21.479	1,7	69.335	5,48	315.753	24,93	721.224	56,95
Piauí	5.498	1,04	29.741	5,62	132.106	24,96	276.247	52,19
Ceará	12.111	0,86	58.943	4,19	300.841	21,38	787.723	55,99
R G do Norte	3.636	0,71	23.392	4,55	131.099	25,5	268.297	52,2
Paraíba	5.457	0,86	34.840	5,48	165.004	25,96	326.124	51,31
Pernambuco	16.305	1,08	79.032	5,22	371.541	24,53	827.976	54,66
Alagoas	12.595	2,22	43.950	7,76	166.110	29,31	272.670	48,11
Sergipe	4.088	1,1	24.672	6,64	104.958	28,26	184.383	49,65
Bahia	18.697	0,83	113.841	5,07	533.895	23,76	1.203.102	53,55
<b>Total</b>	<b>99.866</b>	<b>1,1</b>	<b>477.746</b>	<b>5,28</b>	<b>2.221.307</b>	<b>24,54</b>	<b>4.867.746</b>	<b>53,78</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 6 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo nível de instrução e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	12 anos ou mais		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Maranhão	115.265	9,1	23.323	1,84	1.266.379	100,00
Piauí	77.988	14,73	7.752	1,46	529.332	100,00
Ceará	188.336	13,39	59.033	4,2	1.406.987	100,00
R G do Norte	77.592	15,09	10.011	1,95	514.027	100,00
Paraíba	87.539	13,77	16.585	2,61	635.549	100,00
Pernambuco	203.327	13,42	16.659	1,1	1.514.840	100,00
Alagoas	62.455	11,02	8.951	1,58	566.731	100,00
Sergipe	51.548	13,88	1.736	0,47	371.385	100,00
Bahia	276.159	12,29	1.010.36	4,5	2.246.730	100,00
<b>Total</b>	<b>1.140.209</b>	<b>12,6</b>	<b>245.086</b>	<b>2,71</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando-se a distribuição dos partos segundo a faixa etária da mãe, chamou atenção que, dentre os partos que ocorreram em mulheres com faixa etária de até 19 anos, a maior frequência foi da via de parto vaginal, sendo que, entre a faixa etária de mulheres com menos de 10 anos, 100% dos partos ocorreram também através dessa via (Tabela 7).

**Tabela 7 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária da mãe e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Idade da mãe	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Menor de 10 anos	5	100,00	-	0,00	-	0,00	5	100,00
10 a 14 anos	64.847	63,02	37.821	36,76	232	0,23	102.900	100,00
15 a 19 anos	1.117.141	63,41	640.650	36,36	4.016	0,23	1.761.807	100,00
20 a 24 anos	1.344.941	55,40	1.077.061	44,37	5.483	0,23	2.427.485	100,00
25 a 29 anos	1.002.010	46,53	1.146.490	53,24	4.754	0,22	2.153.254	100,00
30 a 34 anos	634.778	39,79	957.116	59,99	3.504	0,22	1.595.398	100,00
35 a 39 anos	294.498	36,99	499.816	62,78	1.792	0,23	796.106	100,00
40 a 44 anos	77.086	38,52	122.492	61,21	535	0,27	200.113	100,00
45 a 49 anos	5.916	43,45	7.644	56,14	57	0,42	13.617	100,00
50 a 54 anos	425	46,86	477	52,59	5	0,55	907	100,00
55 a 59 anos	88	53,01	73	43,98	5	3,01	166	100,00
60 a 69 anos	65	59,63	42	38,53	2	1,83	109	100,00
Idade ignorada	49	52,69	27	29,03	17	18,28	93	100,00
<b>Total</b>	<b>4.541.849</b>	<b>50,18</b>	<b>4.489.709</b>	<b>49,60</b>	<b>20.402</b>	<b>0,23</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Em relação à faixa etária da mãe, a maior porcentagem de partos aconteceu com mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos (26,82%), seguido do grupo de mulheres com idades entre 25 e 29 anos, que representou 23,79% dos partos da região Nordeste ao longo dos anos de 2010 a 2020. Chamou atenção que, no grupo de 15 a 19 anos, foram registrados 23,43% dos partos no estado do Maranhão e o estado de Alagoas foi o que apresentou a segunda maior frequência (23,09%) nesta faixa etária (Tabela 8).

**Tabela 8 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	Menor de 10 anos		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 a 24 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	1	0,00	18.309	1,45	296.676	23,43	386.665	30,53
Piauí	-	0,00	5.806	1,10	104.265	19,70	145.972	27,58
Ceará	2	0,00	14.340	1,02	249.219	17,71	367.904	26,15
R G do Norte	1	0,00	5.342	1,04	90.651	17,64	131.531	25,59
Paraíba	-	0,00	6.144	0,97	113.065	17,79	165.537	26,05
Pernambuco	-	0,00	15.487	1,02	288.244	19,03	411.023	27,13
Alagoas	-	0,00	8.594	1,52	130.869	23,09	160.186	28,26
Sergipe	-	0,00	4.192	1,13	70.659	19,03	94.324	25,40
Bahia	1	0,00	24.686	1,10	418.159	18,61	564.343	25,12
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>0,00</b>	<b>102.900</b>	<b>1,14</b>	<b>1.761.807</b>	<b>19,46</b>	<b>2.427.485</b>	<b>26,82</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 8 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	25 a 29 anos		30 a 34 anos		35 a 39 anos		40 a 44 anos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maranhão	292.090	23,06	176.953	13,97	75.930	6,00	18.077	1,43
Piauí	129.463	24,46	91.347	17,26	41.957	7,93	9.787	1,85
Ceará	341.360	24,26	262.282	18,64	134.134	9,53	35.177	2,50
R G do Norte	125.022	24,32	98.201	19,10	50.147	9,76	12.309	2,39
Paraíba	155.613	24,48	119.561	18,81	59.830	9,41	14.837	2,33
Pernambuco	363.946	24,03	266.981	17,62	133.965	8,84	32.923	2,17
Alagoas	126.980	22,41	86.925	15,34	41.992	7,41	10.432	1,84
Sergipe	86.524	23,30	68.276	18,38	36.917	9,94	9.811	2,64
Bahia	532.256	23,69	424.872	18,91	221.234	9,85	56.760	2,53
<b>Total</b>	<b>2.153.254</b>	<b>23,79</b>	<b>1.595.398</b>	<b>17,62</b>	<b>796.106</b>	<b>8,79</b>	<b>200.113</b>	<b>2,21</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 8 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	45 a 49 anos		50 a 54 anos		55 a 59 anos	
	N	%	N	%	N	%
Maranhão	1.454	0,11	157	0,01	42	0,00
Piauí	666	0,13	48	0,01	9	0,00
Ceará	2.352	0,17	136	0,01	17	0,00
R G do Norte	785	0,15	28	0,01	6	0,00
Paraíba	901	0,14	48	0,01	6	0,00
Pernambuco	2.076	0,14	143	0,01	24	0,00
Alagoas	703	0,12	42	0,01	5	0,00
Sergipe	642	0,17	31	0,01	6	0,00
Bahia	4.038	0,18	274	0,01	51	0,00
<b>Total</b>	<b>13.617</b>	<b>0,15</b>	<b>907</b>	<b>0,01</b>	<b>166</b>	<b>0,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 8 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a faixa etária e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	60 a 69 anos		Idade ignorada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Maranhão	25	0,00	-	0,00	1.266.379	100,00
Piauí	7	0,00	5	0,00	529.332	100,00
Ceará	20	0,00	44	0,00	1.406.987	100,00
R G do Norte	3	0,00	1	0,00	514.027	100,00
Paraíba	7	0,00	-	0,00	635.549	100,00
Pernambuco	18	0,00	10	0,00	1.514.840	100,00
Alagoas	2	0,00	1	0,00	566.731	100,00
Sergipe	3	0,00	-	0,00	371.385	100,00
Bahia	24	0,00	32	0,00	2.246.730	100,00
<b>Total</b>	<b>109</b>	<b>0,00</b>	<b>93</b>	<b>0,00</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Considerando-se a distribuição dos partos segundo a quantidade de consultas do pré-natal, se destacou que, dentre os partos que ocorreram sem nenhuma consulta do pré-natal, 59,05% foram através da via vaginal. Em contrapartida, analisando-se os partos que ocorreram após 7 ou mais consultas do pré-natal, 56,35% deles aconteceram através da via cesárea (Tabela 9).

**Tabela 9 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a quantidade de consultas do pré-natal e tipo de parto. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Consultas pré-natal	Vaginal		Cesário		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	158.219	59,05	102.737	38,34	6.985	2,61	267.941	100,00
De 1 a 3 consultas	506.942	68,18	235.243	31,64	1.342	0,18	743.527	100,00
De 4 a 6 consultas	1.611.887	56,51	1.235.698	43,32	4.627	0,16	2.852.212	100,00
7 ou mais consultas	2.226.454	43,52	2.882.795	56,35	6.914	0,14	5.116.163	100,00
Ignorado	38.347	53,17	33.236	46,09	534	0,74	72.117	100,00
<b>Total</b>	<b>4.541.849</b>	<b>50,18</b>	<b>4.489.709</b>	<b>49,60</b>	<b>20.402</b>	<b>0,23</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Já em relação ao número de consultas do pré-natal, a maioria (56,52%) das parturientes compareceram a sete ou mais consultas do pré-natal. Entretanto, destacaram-se os estados da Paraíba (65,77%) e do Ceará (65,68%), onde foram observadas as maiores frequências de gestantes que tiveram acesso a sete ou mais consultas (Tabela 10).

**Tabela 10 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a quantidade de consultas do pré-natal e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020.**

Estado	Nenhuma		De 1 a 3 consultas		De 4 a 6 consultas	
	N	%	N	%	N	%
Maranhão	43.903	3,47	188.905	14,92	530.938	41,93
Piauí	14.210	2,68	41.752	7,89	176.462	33,34
Ceará	37.421	2,66	72.259	5,14	363.780	25,86
R G do Norte	8.939	1,74	34.497	6,71	154.361	30,03
Paraíba	12.666	1,99	34.943	5,5	161.924	25,48
Pernambuco	28.568	1,89	99.975	6,6	425.042	28,06
Alagoas	18.034	3,18	46.552	8,21	193.823	34,2
Sergipe	4.814	1,3	37.174	10,01	127.179	34,24
Bahia	99.386	4,42	187.470	8,34	718.703	31,99
<b>Total</b>	<b>267.941</b>	<b>2,96</b>	<b>743.527</b>	<b>8,21</b>	<b>2.852.212</b>	<b>31,51</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

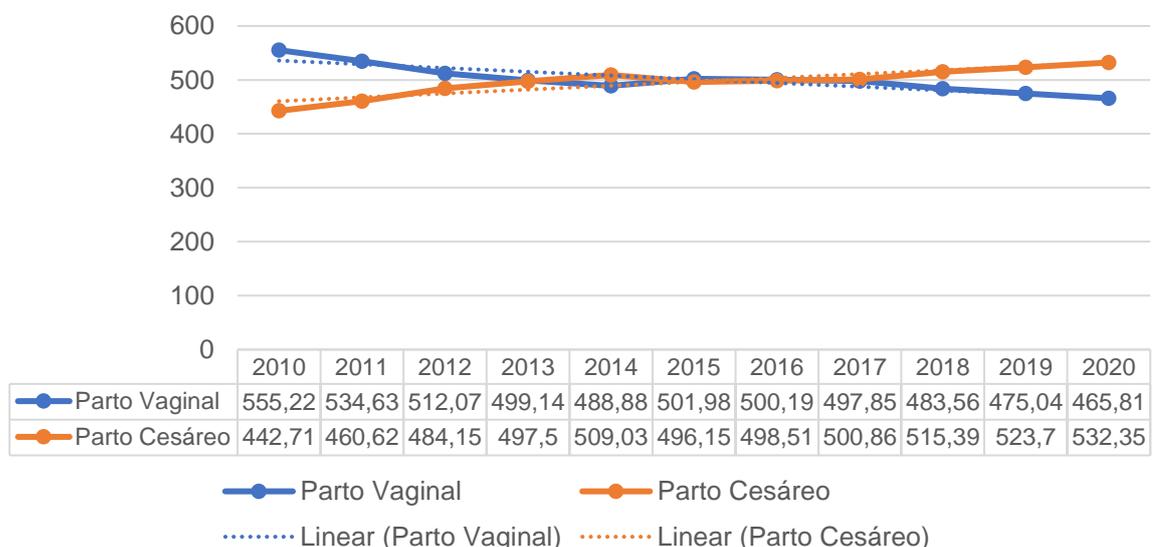
**Tabela 10 - Número e distribuição proporcional dos partos realizados na rede SUS segundo a quantidade de consultas do pré-natal e estado de residência da mãe. Região Nordeste, Brasil, 2010 a 2020 (Continuação).**

Estado	7 ou mais consultas		Ignorado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Maranhão	497.746	39,3	4.887	0,39	1.266.379	100,00
Piauí	293.358	55,42	3.550	0,67	529.332	100,00
Ceará	924.131	65,68	9.396	0,67	1.406.987	100,00
R G do Norte	310.737	60,45	5.493	1,07	514.027	100,00
Paraíba	418.005	65,77	8.011	1,26	635.549	100,00
Pernambuco	948.060	62,58	13.195	0,87	1.514.840	100,00
Alagoas	304.324	53,7	3.998	0,71	566.731	100,00
Sergipe	201.123	54,15	1.095	0,29	371.385	100,00
Bahia	1.218.679	54,24	22.492	1	2.246.730	100,00
<b>Total</b>	<b>5.116.163</b>	<b>56,52</b>	<b>72.117</b>	<b>0,8</b>	<b>9.051.960</b>	<b>100,00</b>

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando a probabilidade de parir por tipo de parto na região Nordeste, observou-se que, o ano de 2010 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto vaginal (555,22 partos/1.000 NV) e a menor de ter um parto cesáreo (442,71 partos/1.000 NV). Além disso, nos anos de 2013 e 2016, a chance de uma mulher ter parto vaginal e de ter um parto cesáreo foram muito próximas. Ademais, o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo, sendo esta de 532,35 partos por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 1).

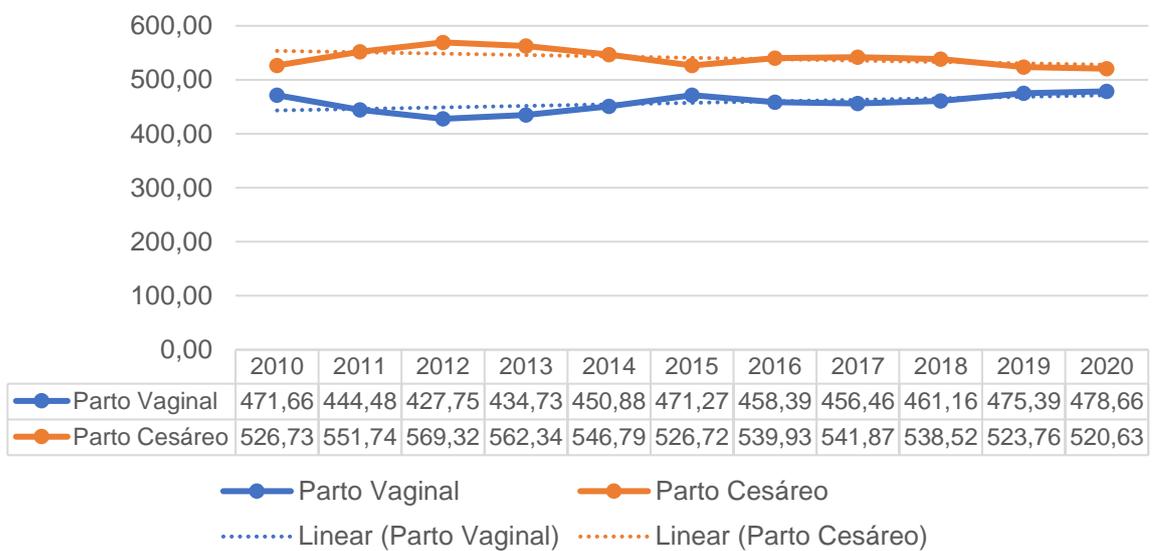
**Gráfico 1 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Nordeste, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ao analisar a probabilidade de parir por tipo de parto, observou-se que, no estado de Alagoas, em toda a série temporal analisada, a chance de ter um parto cesáreo foi maior que o parto vaginal. O ano de 2012 foi quando a probabilidade de ter um parto cesariano foi maior (569,32 partos/1.000 NV), entretanto, observou-se uma discreta tendência de aumento da chance de ter um parto vaginal no estado de Alagoas (Gráfico 2).

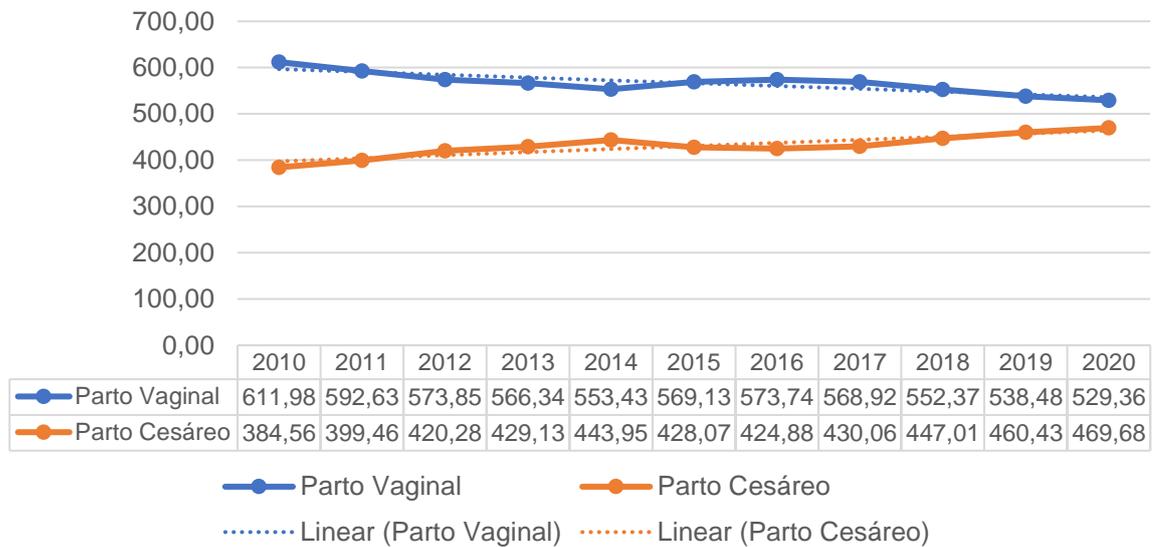
**Gráfico 2 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Alagoas, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando-se a probabilidade de parir por tipo de parto no estado da Bahia, o ano de 2010 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto vaginal (611,98 partos/1.000 NV) e a menor de ter um parto cesáreo (384,56 partos/1.000 NV). Ademais, observou-se que a chance de ter um parto vaginal foi maior que o parto cesáreo em todos os anos, no período de 2010 a 2020 (Gráfico 3).

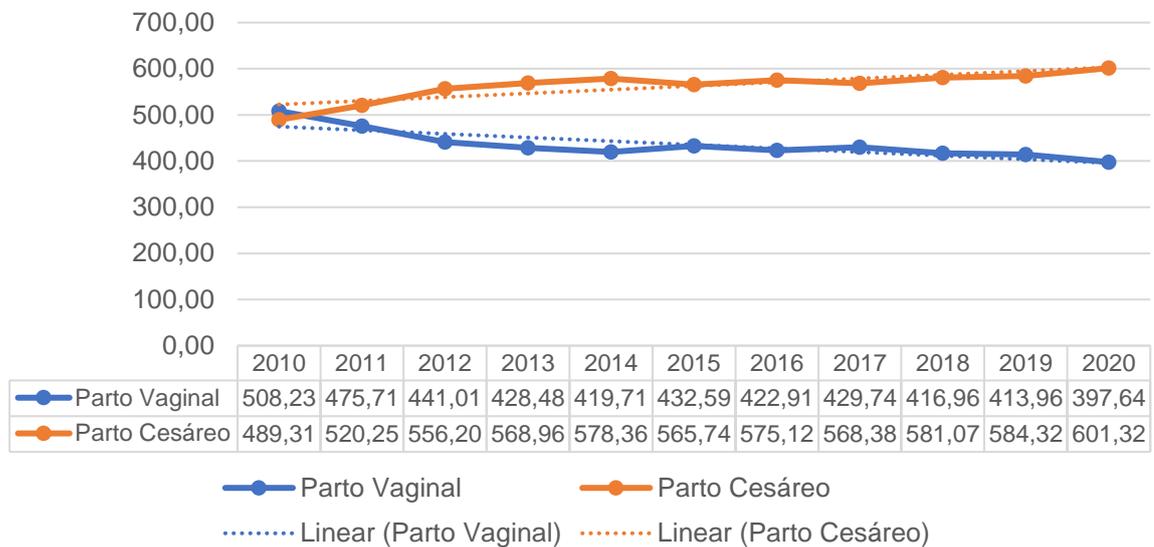
**Gráfico 3 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Bahia, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Em relação ao estado do Ceará, no ano de 2010, a probabilidade de parir por parto vaginal (508,23 partos/1.000 NV) era maior que a de parir por parto cesáreo (489,31 partos/1.000 NV). Contudo, entre o ano de 2010 e 2011, esta probabilidade se inverteu, sendo que, a partir de 2011 até o ano de 2020, a chance de ter um parto cesáreo se manteve maior em relação a chance de ter um parto vaginal. Além disso, o ano de 2020, em relação a toda a série temporal analisada, foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo (601,32 partos/1.000 NV) (Gráfico 4).

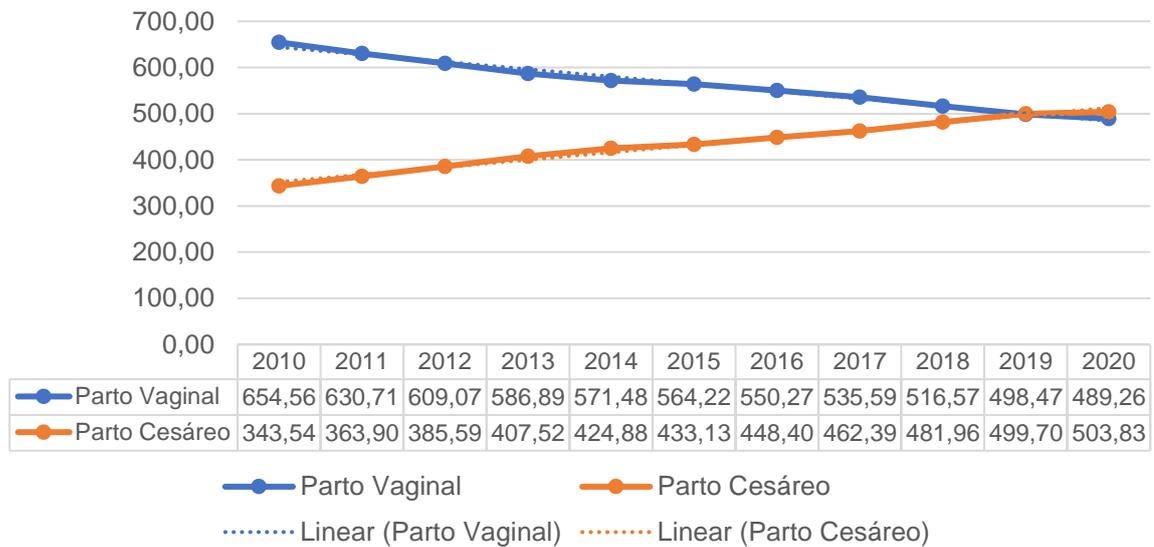
**Gráfico 4 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Ceará, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ao analisar a probabilidade de parir por tipo de parto no estado do Maranhão, observou-se que desde o ano de 2010 até 2018, a chance de ter um parto vaginal permaneceu maior que a de ter um parto cesáreo, apesar da tendência de diminuição da chance de ter um parto vaginal ao longo deste período. Em 2019, a chance de ter um parto pelas duas vias quase se igualou, todavia, no ano de 2020, a chance de ter um parto cesáreo (503,83 partos/1.000 NV) superou a de ter um parto vaginal (489,26 partos/1.000 NV) (Gráfico 5).

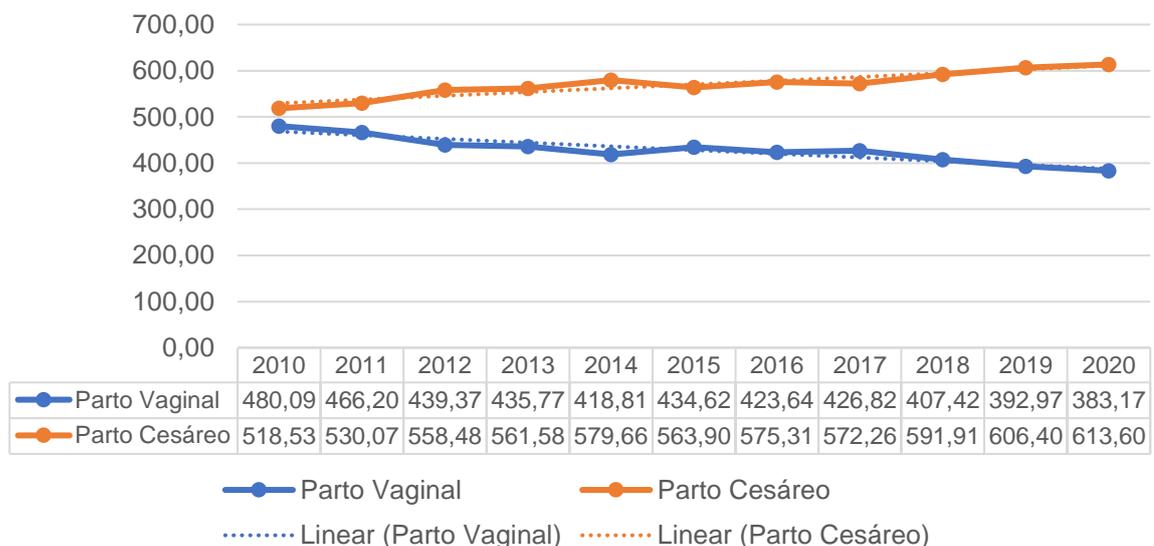
**Gráfico 5 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Maranhão, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando a probabilidade de parir por tipo de parto na Paraíba, a chance de parir por parto cesáreo se manteve maior que a de parir por parto vaginal ao longo de toda a série temporal analisada, sendo que o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo em relação aos demais anos do período analisado (613,60 partos/1.000 NV) (Gráfico 6).

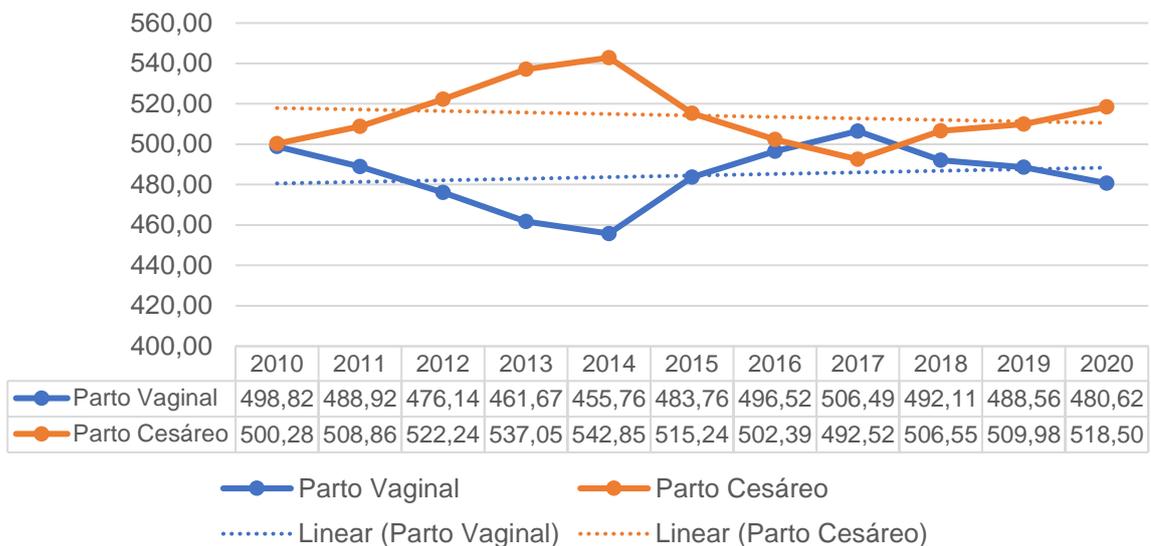
**Gráfico 6 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Paraíba, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

No estado de Pernambuco, observou-se várias mudanças em relação a probabilidade de parir por tipo de parto. Do ano de 2010 a 2016, a chance de ter um parto cesáreo foi maior que a de ter um parto vaginal. Entre 2016 e 2017, essa chance se inverteu, sendo que, no ano de 2017, a probabilidade de ter um parto vaginal superou a de ter um parto cesáreo. Ademais, entre o ano de 2017 e 2018, essa probabilidade se inverteu novamente e, a partir de 2018 até o ano de 2020, a chance de ter um parto cesáreo voltou a ser superior à de ter um parto vaginal. Além disso, a maior probabilidade de ter um parto cesáreo (542,85 partos/1.000 NV) foi no ano de 2014, em relação aos anos avaliados (Gráfico 7).

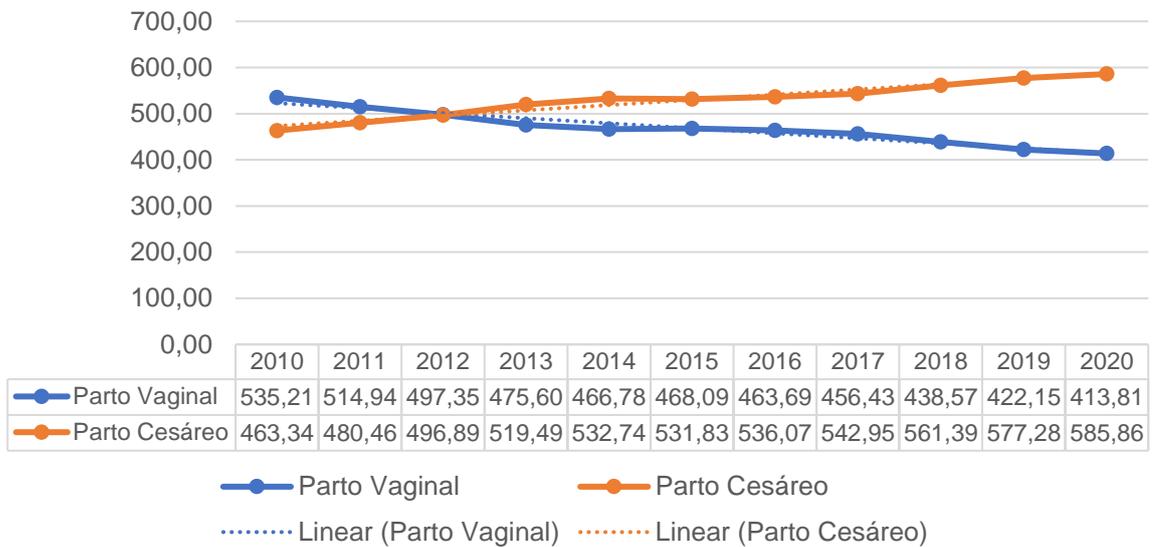
**Gráfico 7 – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Pernambuco, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Ao analisar o estado do Piauí, observou-se que, no ano de 2012, houve uma mudança em relação a tendência do tipo de parto, visto que antes a chance de ter um parto vaginal era superior a de ter um parto cesáreo e, após este ano, a chance de ter um parto cesáreo superou a de ter um parto vaginal. Além disso, o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo, sendo esta de 585,86 partos por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 8).

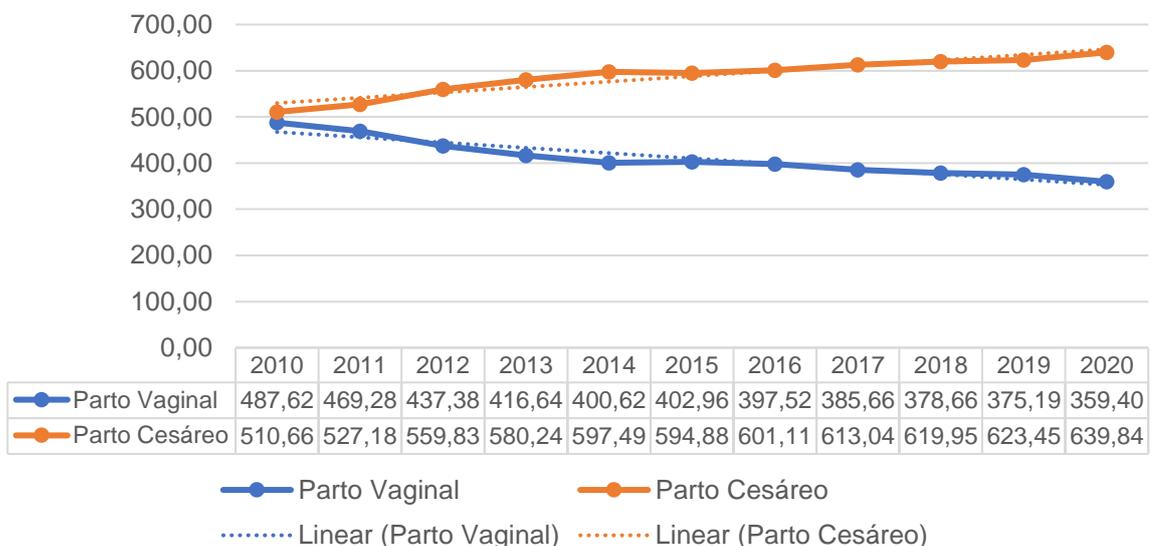
**Gráfico 8 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Piauí, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Analisando a probabilidade de parir por tipo de parto no estado do Rio Grande do Norte, a chance de ter um parto cesáreo foi maior em todos os anos no período de 2010 a 2020 e, o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade de ter um parto cesáreo, sendo este dado de 639,84 partos por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 9).

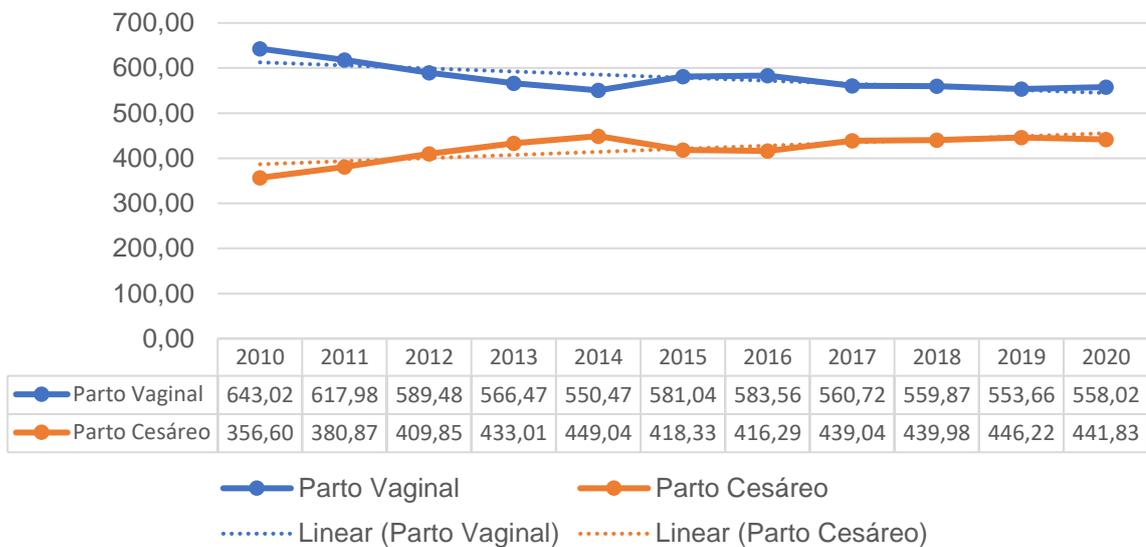
**Gráfico 9 – Coeficiente de incidência (10<sup>3</sup>) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Rio Grande do Norte, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Já em relação ao estado de Sergipe, observou-se que a probabilidade de parir por parto vaginal foi superior a de parir por parto cesáreo ao longo de toda a série temporal analisada e esta probabilidade foi maior no ano de 2010, a qual a chance de parir por parto vaginal foi de 643,02 por 1.000 nascidos vivos (Gráfico 10).

**Gráfico 10 – Coeficiente de incidência ( $10^3$ ) dos partos realizados na rede SUS por tipo de parto. Sergipe, Brasil, 2010-2020.**



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

## 6. DISCUSSÃO

No Nordeste, durante o período do estudo, foram realizados 9.051.960 partos, sendo que, no ano de 2011, foi observado o maior número (851.004). Entretanto, 2010 foi o ano em que se observou a maior probabilidade de parir por parto vaginal (555,22 partos/1.000 NV), enquanto que, 2020 foi o ano que apresentou a maior probabilidade de parir através de parto cesáreo (532,35 partos/1.000 NV). Dentre os estados do Nordeste, a Bahia concentrou a maior proporção de partos (24,82%). Além disso, no período de 2010 a 2020, o estado de Sergipe foi o que apresentou a maior proporção de partos vaginais e o estado do Rio Grande do Norte o que apresentou a maior proporção de partos cesáreos. Ademais, a maior proporção de partos aconteceu entre 37 a 41 semanas de gestação, sendo que a maioria das parturientes apresentaram entre 20 e 24 anos de idade, 8 a 11 anos de estudo e compareceram a 7 ou mais consultas do pré-natal.

Em um estudo que avaliou o perfil epidemiológico dos tipos de partos realizados no Brasil entre os anos de 2010 e 2020, observou-se que, na região Nordeste, de 2010 a 2013, a proporção de partos vaginais foi superior a de partos cesáreos. Após esse período, as proporções entre partos vaginais e cesarianas foram quase equivalentes e, a partir de 2018, a proporção de parto cesáreo foi superior e crescente à de parir por parto vaginal<sup>18</sup>. Comparando este achado com o do presente estudo, no qual, entre toda a série temporal, o ano de 2020 foi o que apresentou a maior probabilidade da ocorrência de um parto cesáreo no Nordeste do Brasil (532,35 partos/1.000 NV), notou-se, portanto, uma tendência de aumento da probabilidade de ocorrência de partos cesarianos nessa região. Como explicações, o déficit de conhecimento sobre as vias de parto, o medo da dor do parto vaginal, experiências anteriores positivas com partos cesáreos, a viabilidade de planejamento e agendamento da data do parto e a influência médica associada a falta de autonomia das gestantes têm sido apontados como fatores associados ao aumento dessa via de parto<sup>19-21</sup>.

Ademais, no que tange à proporção por tipos de partos realizados no Nordeste, houve uma diminuição com relação aos partos vaginais, visto que, no estudo de Silva *et al.*<sup>22</sup>, essa proporção foi de 63%, enquanto nesse estudo, foi de 50,18%. Além disso,

comparando o estudo citado com o presente estudo, observou-se também que essa redução aconteceu em todos os nove estados que compõem a região Nordeste do Brasil. Todavia, ainda que a proporção de partos vaginais tenha diminuído, segundo Guimarães *et al.*<sup>15</sup>, o Nordeste, juntamente com o Norte, continua sendo uma das regiões onde observa-se a maior proporção de partos vaginais em comparação com as demais regiões do Brasil. Segundo estes mesmos autores, esse resultado é reflexo da desigualdade social e econômica, que interferem, conseqüentemente, em uma assistência à saúde discrepante entre as regiões brasileiras.

Avaliando-se a relação entre o tipo de parto e o número de consultas pré-natais, no estudo de Santos *et al.*<sup>23</sup> foi observado que, quanto maior o número de consultas realizadas no pré-natal, maiores as taxas de cesariana. Em consonância, no presente estudo, observou-se que, 56,35% dos partos que ocorreram após a realização de 7 ou mais consultas do pré-natal, aconteceram através da via cirúrgica, o que sugere uma importante influência do pré-natal na escolha da via de parto. Contudo, a predominância de cesarianas entre mulheres que tiveram um maior acompanhamento pré-natal durante a gestação pode indicar a interferência negativa do profissional de saúde no que tange a escolha dessa via, seja por interesses próprios, inclusive, por conveniência, quanto pela má orientação acerca dos benefícios e malefícios de cada uma das vias de parto<sup>24</sup>.

Em relação à escolaridade das gestantes, em consonância com Rattner *et al.*<sup>25</sup>, notou-se também nesse estudo uma frequência maior de partos cesarianos em mulheres que tinham maior escolaridade, sendo que, 77,73% das mulheres que possuíam 12 ou mais anos de estudo, tiveram o parto pela via cirúrgica, enquanto que, no estudo citado, dentre as mulheres que apresentavam alta escolaridade, 80% destas tiveram o parto pela via cesárea. Esse dado, em consonância com Madeiro *et al.*<sup>26</sup>, Haidar *et al.*<sup>27</sup> e Rocha *et al.*<sup>21</sup>, sugere que mulheres com maior nível de instrução tendem a possuir melhores condições financeiras, além de seguirem mais assiduamente às consultas do pré-natal e terem um maior conhecimento sobre as vias de parto, sendo estes fatores viabilizadores tanto na solicitação de uma cesariana pela própria parturiente, quanto na aceitação desta, caso a cesariana seja sugerida pelo profissional de saúde.

Ao avaliar-se a relação entre duração da gestação e a escolha da via de parto, observou-se nesse estudo que, antes de 22 semanas gestacionais, o maior percentual de partos realizados deu-se através da via vaginal. Além disso, o período de 37 a 41 semanas gestacionais foi o único em que o percentual de partos cesáreos foi superior ao de partos vaginais. Em oposição a esse achado, Santos *et al.*<sup>23</sup> afirmaram que, em todas as idades gestacionais, as taxas de parto cesáreo foram maiores que as de parto vaginal, enquanto que, Silva *et al.*<sup>28</sup> não encontraram uma relação entre a duração da gestação e a via de parto. Esses achados controversos sugerem não haver uma relação direta entre duração da gestação e via de parto e, durante a pesquisa, não foi encontrado na literatura explicações sobre a existência dessa relação.

Referente à faixa etária da mãe, nesse estudo, a maior proporção de partos (26,82%) ocorreu em mulheres jovens, entre 20 e 24 anos e, logo em seguida, a faixa etária mais predominante foi a de mulheres entre 25 a 29 anos (23,79%). Corroborando com os dados desta pesquisa, no estudo de Santos *et al.*<sup>23</sup>, tanto nos partos vaginais quanto cesáreos, a faixa etária mais evidenciada foi a de 20 a 29 anos, sendo que a ocorrência de maior proporção de partos nesta faixa etária sugere, segundo o mesmo estudo, uma maturidade anatômica e fisiológica da mulher mais propensa para a ocorrência de uma gestação.

Contudo, chamou a atenção que 19,46% dos partos ocorreram em mulheres entre 15 a 19 anos, caracterizando um número considerável de gestações na adolescência, o que corrobora com o estudo “Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil – 2011,2012”, que evidenciou que o Norte e o Nordeste são as regiões onde concentram-se o maior número de adolescentes grávidas no Brasil<sup>29</sup>. Segundo Pinheiro *et al.*<sup>30</sup>, a falta de acesso à informação sobre fertilização e métodos contraceptivos, baixa escolaridade, desestruturação familiar e baixos níveis socioeconômicos são fatores associados à gravidez na adolescência, portanto, é possível inferir que tais regiões apresentem uma maior vulnerabilidade quanto a esses fatores.

Somado a isso, no presente estudo, os partos que ocorreram em mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos, aconteceram em maior frequência pela via vaginal. Em

consonância com Guimarães *et al.*<sup>15</sup>, esse dado sugere o impacto da desigualdade social, visto que, geralmente, gestantes adolescentes possuem uma menor condição socioeconômica e estão mais vinculadas ao setor público de saúde, sendo assim, tendem a serem menos informadas sobre a gestação e também a terem um acompanhamento pré-natal deficiente, sendo todos estes fatores dificultadores do seu processo de autonomia na escolha da via de parto<sup>21,29,31</sup>.

Por fim, esse estudo apresentou algumas limitações. Por ter sido utilizada uma base de dados secundários que dependem de um preenchimento adequado dos instrumentos de alimentação e, no caso do SINASC, trata-se da DNV. Sendo assim, para algumas variáveis, diversos dados não foram adequadamente preenchidos ou ignorados durante o preenchimento das declarações de nascidos vivos, o que pode ter interferido na interpretação dos dados. Entretanto, por se tratar de uma base de dados populacional de cobertura universal, foi possível produzir uma análise robusta sobre o perfil dos partos realizados no SUS no período estudado.

## 7. CONCLUSÃO

- Na região Nordeste, a maior probabilidade de parir através do parto vaginal foi observada no ano de 2010, sendo que, no ano de 2020, a chance de parir por parto cesáreo não só superou a de parir por parto vaginal, como foi o ano que apresentou a maior probabilidade de parir por esta via de parto em relação a todos os outros anos da série temporal analisada nesse estudo.
- Bahia, Sergipe e Maranhão apresentaram uma maior proporção de partos vaginais entre 2010 e 2020, enquanto que Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte apresentaram uma maior proporção de partos cesarianos ao longo do período de estudo.
- A maioria das parturientes compareceu a sete ou mais consultas de pré-natal, o maior percentual de partos realizados antes de 22 semanas gestacionais deu-se através da via vaginal e, o período de 37 a 41 semanas gestacionais foi o único em que o percentual de partos cesáreos foi superior ao de partos vaginais.
- A maioria das parturientes apresentou 8 a 11 anos de estudo. Entre as mulheres que não apresentaram nenhum ano de estudo, a maior parte pariu através do parto vaginal, enquanto aquelas que apresentaram 12 anos ou mais anos de estudo, tiveram o parto cesáreo. A maior porcentagem de partos aconteceu com mulheres na faixa etária de 20 a 24 anos.
- Nos estados de Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte, a chance de ter um parto cesáreo foi maior em toda a série temporal analisada. Além disso, Bahia e Sergipe foram os únicos estados em que a probabilidade de parir por parto vaginal foi maior que a de parir por parto cesáreo durante todo o período de estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto , Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Vol. 13, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2010. 44–55 p.
2. Mott LM. Assistência Ao Parto: Do Domicílio Ao Hospital. Projeto História. 2002. p. 197–219.
3. Fernandes CE, Sá MFS de. Tratado de Obstetrícia Febrasgo [Internet]. 1st ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2018. Available from: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154858/epubcfi/6/224%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter100%5D!/4/20/1:311%5Boe%2Cas%5D>
4. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Human Reproduction Programme [Internet]. 2015;1–8. Available from: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
5. Eufrásio LS, Souza DE de, Fonsêca AMC da, Viana E de SR. Brazilian regional differences and factors associated with the prevalence of cesarean sections. Fisioterapia em Movimento [Internet]. 2018 May 10;31(0):1–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502018000100205&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100205&lng=en&tlng=en)
6. Freitas PF, Fernandes TMB. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2016 Sep;19(3):525–38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2016000300525&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300525&lng=pt&tlng=pt)
7. FEBRASGO. Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública [Internet]. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2018 [cited 2021 Nov 18]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica#:~:text=Dados da Organização Mundial de,atrás apenas da República Dominicana.>
8. Montenegro CAB, Rezende Filho J de. Obstetrícia Fundamental [Internet]. 14th ed. Grupo GEN; 2017. Available from: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527732802/epubcfi/6/136%5B%3Bvnd.vst.idref%3Dchapter56%5D!/4/308/5:728%5Bli%2Cr.%5D>
9. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 Nov 27;51:105. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/140980>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32) [Internet]. [cited

- 2021 Nov 19]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_pre\\_natal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf)
11. Smith V. Information for pregnant women about caesarean birth. *Practising Midwife*. 2013;16(4):40–2.
  12. Nascimento RR, Ramos P do, Arantes SL, Ucia, Souza ED, Elgado C de, Contrera L, Sales AP, Aula A. Choice of type of delivery: factors reported by puerperal woman. *Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS*. 2015;36:119–26.
  13. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur C da S. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(2):191–7.
  14. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2014 Aug 20;S101–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&tlng=pt)
  15. Guimarães NM, Freitas VC de S, Senzi CG de, Gil GT, Lima LD dos SC, Frias DFR. PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: PREVALÊNCIA E PERFIL DAS PARTURIENTES / CHILDBIRTHS UNDER THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) OF BRAZIL: PREVALENCE AND PROFILE OF PARTURIENTS. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2021;7(2):11942–58. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24110/19302>
  16. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*. 2016;14(2).
  17. Dalmore C, Rosa R, Bordin R. Normal delivery and cesarean section: Cost per brazilian regions, 2015. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(11):1045–9.
  18. Simões AD, Carvalho BCU, Silva Júnior CA da, Alvim CM, Pinheiro FE da S, Ferreira G de A, et al. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 May 16;11(7):e0211729678. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29678>
  19. Souza É de L, Carvalho AL de C, Pereira B de F, Souza BG de, Souza GR de, Ardisson GMC, et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. *Rev Med (Rio J)* [Internet]. 2022 Sep 2;101(5). Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/172947>
  20. Silva JR da, Souza DP de, Melo PC de, Lima TS de, Rodrigues PM da S, Santos JM dos, et al. Fatores que influenciam na decisão de escolha da via de parto:

- Revisão integrativa da literatura. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2020 Nov 4;61–76. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/decisao-de-escolha>
21. Rocha NFF da, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. Saúde em Debate [Internet]. 2020 Jun;44(125):556–68. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000200556&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200556&tlng=pt)
  22. Silva JR da, Melo PC de, Santos AKO dos, Guedes TH da S, Lima TS de, Santos S dos, et al. Análise dos partos na região nordeste no período de 2010 a 2020. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento [Internet]. 2020 Sep 10;148–56. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/analise-dos-partos>
  23. Santos WB dos, Santos AAP dos, Comassetto I, Santos JAM, Acioli DMN, Farias MMPC, et al. Evolução temporal dos tipos partos em um estado do Nordeste brasileiro. Research, Society and Development [Internet]. 2022 Jan 12;e48311124924. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24924>
  24. Santos Carvalho S, Farias Nunes Cerqueira R. INFLUÊNCIA DO PRÉ NATAL NA ESCOLHA DO TIPO DE PARTO: REVISÃO DE LITERATURA. Revista de Atenção à Saúde [Internet]. 2020 Mar 24;18(63). Available from: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/6315](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6315)
  25. Rattner D, Moura EC de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2016 Mar;16(1):39–47. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=pt&tlng=pt)
  26. Madeiro A, Rufino AC, Santos AO dos, Madeiro A, Rufino AC, Santos AO dos. Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2017 Jan;26(1):81–90. Available from: [http://revista.iec.gov.br/template\\_doi\\_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000100081&scielo=S2237-96222017000100081](http://revista.iec.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742017000100081&scielo=S2237-96222017000100081)
  27. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. Cad Saude Publica [Internet]. 2001 Aug;17(4):1025–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400037&lng=pt&tlng=pt)
  28. Silva EV da, Costa MA de A, Almeida KC de, Araujo LMB, Amâncio N de FG. Relationship between the type of delivery and the epidemiological profile of prenatal and perinatal assistance in a municipality of Minas Gerais. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2020 Mar;20(1):241–7. Available

- from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292020000100241&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100241&tlng=en)
29. Almeida AH do V de, Gama SGN da, Costa MCO, Carmo CN do, Pacheco VE, Martinelli KG, et al. Prematuridade e gravidez na adolescência no Brasil, 2011-2012. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2020 Aug 13; Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020001205006&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001205006&tlng=pt)
  30. Pinheiro YT, Pereira NH, Freitas GD de M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. *Cad Saude Colet* [Internet]. 2019 Dec;27(4):363–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2019000400363&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000400363&tlng=pt)
  31. Amthauer C, Cunha MLC da. Sociodemographic and gestational factors of adolescent mothers associated with prematurity. *Rev Rene* [Internet]. 2022 Sep 8;23:e78741. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/78741>