

Análise da proporção de partos cesarianos e vaginais em Palmas - TO: Uma investigação decenal.

Analysis of the proportion of cesarean and vaginal births in Palmas - TO: A ten-year investigation.

Guilherme Kenzo Aoki¹
Mariane de Melo Costa²

RESUMO

As elevadas taxas de cesariana no Brasil constituem um relevante problema de saúde pública por superarem os limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde e refletirem um modelo de atenção obstétrica marcado pela medicalização do parto. Nesse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a proporção de partos cesarianos e vaginais no município de Palmas, Tocantins, entre 2014 e 2024, descrevendo fatores sociodemográficos associados e as taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa de base documental, realizado a partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS). Foram analisados 80.292 registros de partos, evidenciando predominância da via cesariana ao longo de toda a série histórica. Observou-se associação entre maior proporção de cesarianas e idade materna mais elevada, maior escolaridade e maior número de consultas de pré-natal. Os Grupos 5, 2 e 10 da Classificação de Robson foram os principais contribuintes para as taxas elevadas, com destaque para o Grupo 5, reforçando a importância da prevenção da primeira cesariana e da promoção do parto vaginal seguro.

Palavras-chave: Cesárea; Parto vaginal; Classificação de Robson; Saúde materna; Epidemiologia.

ABSTRACT

High cesarean section rates in Brazil represent a relevant public health concern as they exceed the limits recommended by the World Health Organization and reflect an obstetric care model characterized by the medicalization of childbirth. In this context, this study aimed to analyze the proportion of cesarean and vaginal births in the municipality of Palmas, Tocantins, Brazil, from 2014 to 2024, describing associated sociodemographic factors and cesarean rates according to the Robson Classification. This is a retrospective, descriptive study with a quantitative, documentary-based approach, using data from the Brazilian Live Birth Information System (SINASC/DATASUS). A total of 80,292 birth records were analyzed, revealing a predominance of cesarean deliveries throughout the entire study period. Higher cesarean rates were associated with advanced maternal age, higher educational level, and a greater number of prenatal visits. Robson Groups 5, 2, and 10 were identified as the main contributors to the high cesarean rates, with Group 5 being the most significant, reinforcing the importance of preventing the first cesarean section and promoting safe vaginal birth.

Keywords: Cesarean section; Vaginal birth; Robson classification; Maternal health; Epidemiology.

¹ Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas-TO. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8076-7312>

² Fundação Escola de Saúde Pública e Palmas-TO, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Universidade Federal do Tocantins-UFT. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5140-4185>

1. INTRODUÇÃO

A gestação e o nascimento são considerados momentos marcantes na vida da mulher, do parceiro e da família, configurando-se como experiências significativas e transformadoras (Souza et al., 2022; Velho et al., 2014). O parto pode ocorrer por duas vias principais, uma é a via vaginal, que ocorre por meio do canal vaginal e pode necessitar de intervenções assistenciais apenas quando indicadas para garantir a segurança materna e neonatal (ACOG, 2020). A outra via é a cesariana, que consiste em um procedimento cirúrgico realizado por meio de incisões na parede abdominal e no útero. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a escolha da via de parto pode ser influenciada por condições clínicas, preferências pessoais e recomendações dos profissionais de saúde, sendo a cesariana indicada em situações específicas, como sofrimento fetal, trabalho de parto obstruído ou condições clínicas maternas.

O parto vaginal, até o século XIX, acontecia predominantemente no ambiente domiciliar, conduzido por parteiras e compreendido como um evento natural. Com o avanço tecnológico e médico, especialmente diante de situações que representavam risco à vida materna ou fetal, consolidou-se a cesariana como alternativa cirúrgica para interrupção da gestação (Santos et al., 2022; Souza et al., 2022).

A cesariana, entretanto, quando realizada sem indicação adequada, está associada a maiores riscos, como infecções, hemorragias, complicações anestésicas, maior tempo de recuperação e complicações em gestações futuras, incluindo placenta prévia e acretismo placentário (Betrán et al., 2016).

No Brasil, as taxas de cesariana são expressivamente elevadas e superam os limites recomendados pela OMS, que sugere percentuais entre 10% e 15%. Em diversas regiões do país, essas taxas ultrapassam 50%, configurando um importante problema de saúde pública (Betrán et al., 2016). O processo de decisão pela via de parto é complexo e frequentemente se distancia da preferência inicial das gestantes, sendo influenciado por fatores como medo da dor, conveniência do agendamento da cesariana, experiências prévias negativas, pressões culturais e recomendações profissionais (Domingues et al., 2014; Santos et al., 2023).

Com o objetivo de qualificar a atenção à saúde materna, em 2011 foi instituída no Brasil a Rede Cegonha, que propõe ações voltadas à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado integral desde

o pré-natal até os dois primeiros anos de vida da criança (Brasil, 2011). Entre suas estratégias está a implantação de Centros de Parto Normal, recomendados pela OMS por contribuírem para a redução de intervenções desnecessárias e para maior satisfação das mulheres com a experiência do parto (OMS, 2015).

Em 2021, a Rede Cegonha completou dez anos, contabilizando 289 serviços hospitalares habilitados no país, incluindo Centros de Referência à Gestação de Alto Risco, Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e Centros de Parto Normal (Brasil, 2021). Apesar dos avanços no setor público, o Brasil ainda apresenta percentuais de parto vaginal inferiores aos observados em países desenvolvidos, evidenciando desigualdades regionais e a necessidade de maior efetividade das políticas públicas (Betrán et al., 2021; Brasil, 2023). No Tocantins, a adesão à Rede Cegonha ocorreu em 2011, por meio da Resolução CIB nº 158/2011, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção materno-infantil no estado (CIB, 2011).

Considerando as variações regionais e a persistência de altas taxas de cesariana no Brasil, destaca-se a importância da utilização de métodos padronizados para análise das práticas obstétricas. Neste contexto, a Classificação de Robson, proposta por Michael Robson em 2001 e recomendada pela Organização Mundial da Saúde desde 2015, tem como objetivo identificar os grupos de gestantes que mais contribuem para a taxa global de cesarianas. O sistema classifica todas as gestantes em dez grupos mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, definidos a partir de características obstétricas rotineiramente registradas, como paridade, presença de cesariana prévia, número de fetos, apresentação fetal, idade gestacional e início do trabalho de parto. De forma geral, os Grupos 1 a 4 incluem gestantes com feto único, cefálico e a termo, consideradas de menor risco obstétrico; o Grupo 5 reúne multíparas com cesariana prévia, sendo um dos principais determinantes das taxas globais de cesariana; os Grupos 6 e 7 correspondem às apresentações pélvicas; os Grupos 8 e 9 incluem gestações múltiplas e apresentações anômalas; e o Grupo 10 abrange gestações cefálicas pré-termo. Essa organização permite análises comparáveis entre serviços e regiões e orienta estratégias voltadas à redução de cesarianas desnecessárias, especialmente por meio da prevenção da primeira cesariana (Robson, 2001; OMS, 2015).

Diante da necessidade de investigações locais, este estudo teve como objetivo analisar a proporção de partos cesarianos e vaginais no município de Palmas, Tocantins,

entre 2014 e 2024, descrevendo os fatores sociodemográficos associados e as taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa de base documental, desenvolvido com dados secundários. Este delineamento foi escolhido por permitir a descrição das proporções dos tipos de parto ocorridos no município de Palmas, TO, sem intervenção dos pesquisadores ou manipulação das variáveis analisadas. A abordagem quantitativa possibilitou a mensuração objetiva dos dados e a realização de análises estatísticas descritivas (Cunha et al., 2017).

População, Local e Período de Realização

A população do estudo foi composta por registros de partos cesarianos e vaginais ocorridos no município de Palmas, Tocantins, disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), acessado por meio da plataforma TABNET/DATASUS.

Foram analisados dados referentes ao período de 2014 a 2024, sendo a coleta realizada entre janeiro e novembro de 2025. A delimitação temporal deve-se à indisponibilidade de informações referentes à Classificação de Robson no SINASC/TABNET em anos anteriores a 2014.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os registros de nascidos vivos por ocorrência no município de Palmas, TO, entre 2014 e 2024, disponíveis no SINASC/TABNET.

Foram excluídos registros anteriores a 2014 ou posteriores a 2024, partos ocorridos fora do município de Palmas e aqueles sem identificação da via de parto.

Variáveis do estudo

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: via de parto, faixa etária materna, escolaridade e número de consultas de pré-natal.

As variáveis relacionadas à Classificação de Robson incluíram o grupo de classificação e a taxa de cesarianas por grupo, considerando o período de 2014 a 2024.

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Os dados para este estudo foram obtidos a partir de buscas realizadas no SINASC/TABNET, aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, responsável por disponibilizar as informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde, (disponíveis no endereço eletrônico <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>), este sistema constitui uma fonte essencial para estudos epidemiológicos em saúde materna e infantil (Brasil, 2024).

Os dados extraídos foram organizados e armazenados em um banco de dados eletrônico do software do Microsoft Excel e avaliados por meio de análise descritiva das variáveis, com frequência e porcentagem do número de casos registrados, sendo utilizado o software Microsoft Office Excel® para gerenciamento das informações coletadas.

Aspectos Éticos

Por utilizar exclusivamente dados secundários, de domínio público e sem identificação individual dos participantes, o estudo foi dispensado de apreciação pelo Sistema CEP/Conep, conforme o Art. 1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

3. RESULTADOS

Foi identificado o registro de 80.292 partos realizados no município de Palmas (TO) notificados no SINASC/TABNET, sendo que deste total, 1 registro foi apresentado como dado ignorado, devido a ausência de variáveis contidas na da Declaração de Nascido Vivo no momento do parto. Os resultados são apresentados em três eixos 1. distribuição da via de parto durante o período de 2014 a 2024 (TABELA 1); 2. fatores sociodemográficos - número de consultas pré-natal, idade materna e escolaridade - associados à escolha da via de parto (TABELA 2); 3. proporção de cesarianas segundo a Classificação de Robson (TABELA 3).

Eixo 1: Via de Parto por Ano (2014–2024)

Quanto à via de parto e a distribuição dos partos vaginais e cesarianos por ano (Tabela 1), o estudo revelou que dos 80.292 partos registrados, 46389 foram oriundos de partos cesarianos e 33902 foram por via vaginal.

A maior taxa de partos cesarianos foi registrada no ano de 2024 em que alcançou o percentual de 60,4%, sendo que apenas 39,6% correspondeu a partos realizados por via vaginal. O segundo e terceiro maior registro de partos por via cesariana ocorreu em 2017 com 59,1% e 2018 com 58,9%, nos respectivos anos a proporção de partos por via vaginal ficou em 40,9% em 2017 e 41,1% em 2018.

A maior proporção de parto vaginal registrado no município de Palmas/TO durante o período analisado não ultrapassou o percentual de 50% dos partos realizados, e foi registrada no ano de 2020, onde alcançou somente 43,9%, sendo o menor percentual identificado no ano de 2024 com apenas 39,6%.

É importante mencionar que há variação no número absoluto de partos por via vaginal e cesariana registrados por ano, a exemplo está o ano de 2018, que teve registro de maior número de partos absoluto totalizando 7.836 registros, em contrapartida, o menor número de partos ocorreu no ano de 2024 com 6.544. Embora o número total de partos apresente variação entre os anos - 2014 (6.841), 2017 (7.566), 2022 (7.045) - a proporção de partos cesarianos é predominante 2014 (57,3%), 2017 (59,1%) e 2022 (56,4%), demonstrando uma tendência de aumento gradual na prevalência de partos cesarianas entre alguns anos, quando comparados aos registros dos partos vaginais nos mesmos períodos 2014 (42,7%), 2017 (40,9) e 2022 (43,6%).

Embora os partos vaginais apresentem percentual de crescimento discreto em alguns anos como 2019 (41,9%) e 2020 (43,9%), as taxas de crescimento não se mantiveram, e voltaram a reduzir no ano subsequente 2021 (43,6%).

Tabela 1 – Distribuição anual da via de parto em Palmas (TO), 2014–2024

Ano	Total de Partos	Parto Vaginal (%)	Parto Cesárea (%)
2014	6841	42,7%	57,3%
2015	7291	42,1%	57,9%
2016	7185	43,4%	56,6%
2017	7566	40,9%	59,1%

2018	7836	41,1%	58,9%
2019	7828	41,9%	58,1%
2020	7627	43,9%	56,1%
2021	7317	43,6%	56,4%
2022	7045	43,6%	56,4%
2023	7212	41,3%	58,7%
2024	6544	39,7%	60,3%
TOTAL	80292	42,2%	57,8%

Fonte: SINASC/TABNET (DATASUS). Elaborado pelos autores.

Eixo 2: Fatores Sociodemográficos Associados à Via de Parto

1. Via de Número de Consultas de Pré-Natal

A Tabela 2 evidencia a distribuição da via de parto e o número de consultas de pré-natal realizadas no período de 2014 a 2024, considerando as variáveis: nenhuma consulta, 1 a 3 consultas, 4 a 6 consultas e ≥ 7 consultas.

Observou-se que, independente da via de parto, 57.231 gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, o que demonstra elevada adesão ao acompanhamento pré-natal. Contudo, essa variável apresentou a maior proporção de partos cesarianos realizados, correspondendo a 60,8%, e a menor proporção de partos vaginais, sendo apenas 39,2%. Nota-se também, que das 18.320 gestantes que realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal, 52,7% dos partos foram cesarianas, e 47,3% partos vaginais. Deste total, 105 registros foram ignorados devido à ausência de dados que comprovasse o número de consultas pré-natal.

Quanto aos registros de gestantes que realizaram entre 1 e 3 consultas de pré-natal, percebe-se maior proporção de partos por via vaginal (57,7%), e menor proporção de partos cesáreo (43,3%). Em contrapartida, a variável que não realizou nenhuma consulta de pré-natal totalizou 567 registros, dos quais 36,5% foram registrados como parto cesariano.

Verificou-se uma tendência progressiva de incremento das taxas de cesariana à medida que aumenta o número de consultas pré-natal, sugerindo que maior acompanhamento não se traduziu, necessariamente, em maior prevalência de parto vaginal.

Tabela 2 – Via de parto segundo o número de consultas pré-natal, Palmas (TO), 2014–2024

Nº de Consultas Pré-natal	Total	Parto Vaginal (%)	Parto Cesárea (%)
0 consultas	567	63,5%	36,5%
1-3 consultas	4069	57,7%	42,3%
4–6 consultas	18320	47,3%	52,7%
≥7 consultas	57231	39,2%	60,8%
Ignorado	105	51,4%	48,6%

Fonte: SINASC/TABNET (DATASUS). Elaborado pelos autores.

2. Via de Parto por Faixa Etária

A Tabela 3 apresenta a distribuição da via de parto segundo a faixa etária das gestantes no período analisado. A faixa etária de 10 a 14 anos concentrou o menor número de registros, totalizando 606 partos, dos quais 32,2% ocorreram por via cesariana e 67,8% por parto vaginal.

Em contrapartida, a faixa de 25 a 29 anos apresentou o maior número absoluto de partos, com 20.143 registros, sendo 60% cesarianos e 40% vaginais. Observou-se ainda que o grupo de 20 a 24 anos representou o segundo maior contingente, com 19.202 partos registrados, dos quais 48,1% foram cesarianas e 51,9% vaginais. É importante destacar que embora a faixa etária de 30 a 35 anos não apresente o maior número de registro de partos, a proporção de partos cesáreos é relativamente alta, correspondendo a 68,8% quando comparada a 31,2% de partos vaginais, sendo o terceiro maior percentual. Quanto às gestantes com idade superior a 40 anos, estas totalizaram 2.600 registros e apresentaram a maior proporção de cesarianas, correspondendo a 78,2%, frente a 21,8% de partos vaginais. Diante do exposto, evidenciou-se uma tendência progressiva de aumento das taxas de cesariana à medida que se eleva a faixa etária materna.

Tabela 3 – Via de parto segundo a faixa etária materna, Palmas (TO), 2014–2024

Faixa Etária	Total	Parto Vaginal (%)	Parto Cesárea (%)
10-14 anos	606	67,8%	32,2%

15-19 anos	11.024	64,2%	35,8%
20-24 anos	19.202	51,9%	48,1%
25-29 anos	20.143	40%	60%
30-34 anos	17.196	31,2%	68,8%
35-39 anos	9.521	25,4%	74,6%
>40 anos	2.600	21,8%	78,2%

Fonte: SINASC/TABNET (DATASUS). Elaborado pelos autores.

3. Via de Parto por Escolaridade

A Tabela 4 apresenta a distribuição da via de parto por escolaridade, onde observou-se que o maior número absoluto de partos ocorreu entre gestantes com 8 a 11 anos de escolaridade, totalizando 45.606 registros, dos quais 50,2% foram cesarianos e 49,8% partos vaginais.

Em contrapartida, a menor frequência foi identificada entre gestantes sem escolaridade formal, com 105 registros, sendo 57,2% por via cesariana e 42,8% por parto vaginal. De modo geral, verificou-se que gestantes com maior nível de escolaridade apresentaram proporção mais elevada de cesarianas, sugerindo a influência de fatores socioeconômicos e culturais no processo de decisão e na escolha da via de parto. Deste total, 95 registros foram ignorados, devido à ausência de dados que comprovasse a escolaridade destas gestantes.

É importante ressaltar que a escolaridade materna foi classificada conforme a categorização do SINASC, que utiliza o número de anos completos de estudo como indicador do nível educacional.

Tabela 4 – Via de parto segundo a escolaridade materna, Palmas (TO), 2014–2024

Escolaridade (anos)	Total	Parto Vaginal (%)	Parto Cesárea (%)
0 anos	105	42,8%	57,2%
1-3 anos	834	46,2%	53,8%
4-7 anos	7.257	54,7%	45,3%
8-11 anos	45.606	49,8%	50,2%
12 anos ou mais	26.395	25,5%	74,5%

Ignorado	95	38,9%	61,1%
----------	----	-------	-------

Fonte: SINASC/TABNET (DATASUS). Elaborado pelos autores.

Eixo 3: Via de Parto por Grupo de Robson

A Tabela 5 mostra a distribuição dos partos segundo os grupos da Classificação de Robson, permitindo identificar os grupos com maior taxa de cesáreas.

Tabela 5 – Taxa de cesariana por Grupo de Robson em Palmas (TO), 2014–2024

Grupo de Robson	Nº de Partos Vaginais	Nº de Cesáreas
1	7731	4072
2	3949	8888
3	11502	2091
4	4342	4495
5	2441	16907
6	72	918
7	129	1314
8	222	2130
9	4	137
10	3475	5315
11	35	122
TOTAL	33902	46389

Fonte: SINASC/TABNET (DATASUS). Elaborado pelos autores.

O Grupo 1, composto por nulíparas com gestação única, feto em apresentação cefálica, idade gestacional ≥ 37 semanas e trabalho de parto espontâneo, representa gestantes de baixo risco obstétrico, nas quais o parto vaginal deveria ser prioritário. Em Palmas, registraram-se 7.731 partos vaginais e 4.072 cesarianas, indicando proporção elevada de intervenções cirúrgicas nesse grupo, o que sugere medicalização do parto e falhas no manejo do trabalho de parto. Este grupo é considerado estratégico para a redução

das cesarianas, pois a primeira cesariana impacta diretamente gestações futuras (Robson, 2001; Leal et al., 2014).

O Grupo 2 inclui nulíparas com gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, submetidas à indução do trabalho de parto ou à cesariana antes de seu início. Foram observados 3.949 partos vaginais e 8.888 cesarianas, evidenciando predominância do parto cirúrgico. Esse padrão sugere elevado número de cesarianas eletivas e induções malsucedidas, frequentemente associadas a modelos assistenciais intervencionistas (Domingues et al., 2014; Betrán et al., 2016).

O Grupo 3, formado por multíparas sem cesárea prévia, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas e trabalho de parto espontâneo, representa um grupo de risco ainda menor. Em Palmas, ocorreram 11.502 partos vaginais e 2.091 cesarianas, resultado compatível com a literatura, que aponta a experiência obstétrica prévia como fator protetor contra intervenções desnecessárias (Robson, 2001; Betrán et al., 2021).

O Grupo 4 compreende multíparas sem cesárea prévia, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, submetidas à indução do trabalho de parto ou à cesariana antes do seu início. Foram registrados 4.342 partos vaginais e 4.495 cesarianas, sugerindo equilíbrio entre as vias de parto e possível excesso de intervenções em mulheres com condições favoráveis ao parto vaginal (OMS, 2015).

O Grupo 5 é composto por multíparas com pelo menos uma cesárea prévia, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, sendo reconhecido como um dos principais responsáveis pela elevada taxa global de cesarianas. Em Palmas, observaram-se 16.907 cesarianas e apenas 2.441 partos vaginais, confirmando seu impacto significativo nos indicadores obstétricos (Robson, 2001; Betrán et al., 2016; Leal et al., 2021).

O Grupo 6 inclui nulíparas com apresentação pélvica, caracterizando um cenário de maior risco perinatal. Foram registrados 918 partos cesarianos e 72 vaginais, conduta alinhada às recomendações que priorizam a segurança materno-fetal (Villar et al., 2007; OMS, 2015).

O Grupo 7 é formado por multíparas com apresentação pélvica, com ou sem cesárea prévia. Em Palmas, ocorreram 1.314 cesarianas e 129 partos vaginais, refletindo a complexidade assistencial desse grupo e a limitação de equipes capacitadas para o parto vaginal pélvico (Villar et al., 2007).

O Grupo 8 abrange gestações múltiplas, consideradas de maior risco obstétrico. Foram observadas 2.130 cesarianas e 222 partos vaginais, padrão compatível com diretrizes clínicas vigentes (OMS, 2015).

O Grupo 9 compreende gestantes com apresentação fetal transversal ou oblíqua, situação que contraindica o parto vaginal na maioria dos casos. Em Palmas, foram registrados 137 partos cesarianos e apenas 4 vaginais, em consonância com a literatura (Robson, 2001; OMS, 2015).

Por fim, o Grupo 10 inclui gestações únicas cefálicas com idade gestacional inferior a 37 semanas, frequentemente associadas a intercorrências maternas ou fetais. Foram observados 5.315 partos cesarianos e 3.475 vaginais, sendo parte dessas indicações potencialmente passível de revisão mediante protocolos assistenciais mais rigorosos (Leal et al., 2017; Betrán et al., 2016).

O Grupo 11 corresponde aos registros não classificáveis, sendo excluído das análises.

4. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a proporção de cesarianas em Palmas (TO) manteve-se acima dos parâmetros recomendados pela OMS ao longo do período de 2014 a 2024 (OMS, 2015), reproduzindo o padrão observado em diversos contextos nacionais, em que as taxas frequentemente variam entre 40% e 70% (Betrán et al., 2016; Domingues et al., 2014). Estudos realizados em diferentes regiões do país evidenciam esse fenômeno: em Porto Alegre (RS) e São Paulo (SP), especialmente na rede privada, as cesarianas superam 60% e chegam a ultrapassar 70%; em Brasília (DF), aproximam-se de 70% em determinados períodos; em Belém (PA), os percentuais variam entre 50% e 65%; e em Salvador (BA), oscilam entre 55% e 70%, com maior prevalência no setor suplementar (Bittar et al., 2019; Domingues et al., 2014). Esses dados confirmam que a cesariana se consolidou como via de parto predominante no Brasil, em níveis muito superiores ao limite de 15% recomendado pela OMS (OMS, 2015; Betrán et al., 2016).

Apesar das diferenças regionais e metodológicas entre os estudos, observa-se um padrão consistente de medicalização do parto, associado a fatores sociodemográficos, organizacionais e culturais (Betrán et al., 2016; Dias et al., 2022). O estudo de Oliveira et al. (2023), ao analisar macrorregiões de Minas Gerais, identificou tendência temporal crescente das cesarianas em mais da metade das regiões, especialmente naquelas com

melhores indicadores socioeconômicos, achado corroborado por investigações nacionais que apontam maiores taxas em áreas mais desenvolvidas e com maior presença do setor privado (Domingues et al., 2014; Betrán et al., 2016).

O perfil sociodemográfico observado em Palmas reforça essa relação, indicando maior prevalência de cesarianas entre mulheres com maior escolaridade, idade materna mais elevada, estado civil estável e maior número de consultas pré-natais. Tais achados sugerem que, no contexto brasileiro, a cesariana está frequentemente menos associada a indicações clínicas absolutas e mais relacionada a processos de escolha mediados por expectativas maternas, influência profissional e organização do cuidado pré-natal (Domingues et al., 2014; Betrán et al., 2016; Oliveira et al., 2023). A associação entre maior número de consultas e aumento das taxas de cesariana sugere que o pré-natal, em muitos contextos, pode estar funcionando como espaço de normalização da intervenção cirúrgica. (Domingues et al., 2014; Oliveira et al., 2023).

Embora as regiões Norte e Nordeste apresentem, em geral, maiores proporções de partos vaginais, a literatura aponta que esse cenário não reflete necessariamente maior adesão às boas práticas obstétricas, mas pode estar relacionado a restrições de acesso à cesariana, seja por limitações estruturais ou menor oferta de serviços especializados (Bittar et al., 2019; Betrán et al., 2016). Na Região Norte, as taxas de cesariana frequentemente permanecem abaixo de 40%, enquanto no Nordeste situam-se, em muitos contextos, entre 40% e 50%. Em contraste, regiões como Sudeste, Centro-Sul e Triângulo Mineiro apresentam percentuais superiores a 70%, sobretudo em grandes centros urbanos e serviços privados, evidenciando excesso de intervenções cirúrgicas (Domingues et al., 2014; Oliveira et al., 2023; Betrán et al., 2016).

Apesar da implementação de políticas públicas voltadas à humanização do parto, como a Rede Cegonha, os estudos analisados indicam estabilidade ou crescimento das taxas de cesariana ao longo dos anos, sugerindo limitações na efetividade dessas estratégias. Entre os possíveis fatores explicativos destacam-se a resistência cultural, a centralidade do modelo médico-hospitalar e a lógica de conveniência institucional (Brasil, 2011; Dias et al., 2022; Domingues et al., 2014).

A análise segundo a Classificação de Robson revelou maiores taxas de cesariana nos grupos associados a maior risco obstétrico ou à presença de cesárea prévia, indicando que parte dessas cirurgias pode estar clinicamente justificada (Robson, 2001). Contudo, a elevada prevalência de cesarianas em grupos de baixo risco, especialmente nos Grupos 1

e 2, exige reflexão crítica. Em Palmas, os Grupos 5, 2 e 10 foram os principais contribuintes para a taxa global de cesarianas, com destaque para o Grupo 5, reforçando a importância da prevenção da primeira cesariana, do estímulo ao parto vaginal seguro e da revisão criteriosa das indicações cirúrgicas (Robson, 2001; OMS, 2015).

De modo geral, os estudos convergem ao apontar que a persistência de altas taxas de cesariana constitui relevante problema de saúde pública, com potenciais repercussões maternas e neonatais, especialmente quando realizada sem indicação clínica clara (Betrán et al., 2016; Dias et al., 2022). Esses achados reforçam a necessidade de intervenções estruturais que ultrapassem ações educativas isoladas, incluindo mudanças no modelo de atenção obstétrica, fortalecimento da atuação multiprofissional, revisão de incentivos institucionais e qualificação do pré-natal como espaço de promoção do parto fisiológico (OMS, 2015; Brasil, 2011; Dias et al., 2022).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a proporção entre partos cesarianos e vaginais no município de Palmas (TO), no período de 2014 a 2024, evidenciando a persistência de taxas elevadas de cesariana, superiores aos parâmetros recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Os achados indicam que, apesar da implementação de políticas públicas voltadas à humanização do parto, como a Rede Cegonha, o modelo assistencial vigente ainda favorece a medicalização do nascimento, com predomínio da via cirúrgica.

A análise dos fatores sociodemográficos revelou associação entre a realização de cesarianas e maior idade materna, maior escolaridade e maior número de consultas de pré-natal, sugerindo que a escolha da via de parto está fortemente influenciada por fatores culturais, organizacionais e pela condução do cuidado pré-natal, mais do que por indicações clínicas absolutas. Observou-se que o aumento da adesão ao pré-natal não se traduziu em maior prevalência de partos vaginais, apontando para a naturalização da cesariana como desfecho do acompanhamento gestacional.

A Classificação de Robson mostrou-se ferramenta fundamental para a compreensão do perfil das cesarianas em Palmas, identificando os Grupos 5, 2 e 10 como os principais contribuintes para as taxas elevadas, com destaque para o Grupo 5. A presença significativa de cesarianas em grupos de baixo risco, como os Grupos 1 e 2, evidencia oportunidades concretas de intervenção na prática assistencial, especialmente na prevenção da primeira cesariana e na indicação criteriosa de procedimentos cirúrgicos.

Conclui-se que a elevada proporção de cesarianas em Palmas configura um relevante problema de saúde pública, com potenciais repercussões maternas e neonatais quando realizadas sem indicação clínica adequada. Os resultados reforçam a necessidade de fortalecimento de estratégias que promovam o parto vaginal seguro, a qualificação do pré-natal como espaço de educação em saúde e tomada de decisão informada, bem como a reorganização do modelo de atenção obstétrica, com valorização da atuação multiprofissional e da autonomia da gestante.

Este estudo contribui ao fornecer evidências locais que podem subsidiar a gestão municipal no aprimoramento de políticas públicas voltadas à qualificação da assistência ao parto e nascimento. Recomenda-se a realização de estudos futuros que aprofundem a compreensão dos processos decisórios em obstetrícia e avaliem o impacto de intervenções específicas na redução de cesarianas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ACOG. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Approaches to limit intervention during labor and birth. **Obstetrics & Gynecology**, Washington, v. 135, n. 2, p. e35–e49, 2020.

BETRÁN, Ana Pilar et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990–2014. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 11, n. 2, e0148343, 2016.

BETRÁN, Ana Pilar et al. Caesarean section rates in 150 countries: trends, disparities, and recommendations. **The Lancet**, London, v. 398, n. 10316, p. 1917–1928, 2021.

BITTAR, Roberto Eduardo et al. Taxas de cesariana no Brasil: análise regional e setorial. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 222–229, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. **DATASUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dados sobre partos no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2023.

CIB. TOCANTINS. Conselho Intergestores Bipartite. Resolução CIB nº 158, de 2011. Dispõe sobre a adesão e a implementação da Rede Cegonha no Estado do Tocantins.

Palmas: CIB, 2011.

CUNHA, Marco Antônio et al. Métodos quantitativos em epidemiologia: conceitos, aplicações e desafios. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 889–898, 2017.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Cesarianas no Brasil: determinantes sociais, culturais e organizacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 6, e00073621, 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira 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**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101–S116, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S1–S15, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, London, v. 7, e017789, 2017.

LEAL, Maria do Carmo et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, e00302620, 2021.

OLIVEIRA, Ricardo Rodrigues et al. Tendência temporal das taxas de cesariana nas macrorregiões de Minas Gerais, Brasil, 2012–2020. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, n. 1, p. 45–56, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Declaração da OMS sobre taxas de cesariana*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015.

ROBSON, Michael S. Classification of caesarean sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, Cambridge, v. 12, n. 1, p. 23–39, 2001.

SANTOS, Fernanda Costa et al. Medicalização do parto e suas implicações na assistência obstétrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 4, e20210432, 2022.

SANTOS, Fernanda Costa et al. Fatores associados à escolha da via de parto no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 57, 2023.

SOUZA, Keylla Karla et al. Vivências e percepções das mulheres sobre o parto. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, e210364, 2022.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Vivência do parto normal e satisfação das mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 357–365, 2014.

VILLAR, José et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health. **The Lancet**, London, v. 369, n. 9568, p. 1819–1829, 2007.