

Revisão de Literatura

Fatores que influenciam a via de parto no Brasil

Factor influencing the mode of delivery in Brazil

Érika de Lima Souza¹, Ana Luíza de Castro Carvalho¹, Bianca de Fátima Pereira¹,
Bruna Gomes de Souza¹, Giovanna Rissato de Souza¹, Giulia Machado Caldeira Ardisson¹,
Maria José Guedes Gondim Almeida²

Souza EL, Carvalho ALC, Pereira BF, Souza BG, Souza GR, Ardisson GMC, Almeida MJGG. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil / Factor influencing the mode of delivery in Brazil. Ver Med (São Paulo). 2022 set.-out.;101(5):2-172947.

RESUMO: *Introdução:* A prevalência de cesarianas cresceu no Brasil. Gestação e parto são influenciados por aspectos culturais e econômicos da sociedade em que a gestante está inserida. *Objetivo:* Analisar fatores que influenciam a escolha da via de parto pela gestante. *Métodos:* Trata-se de revisão narrativa da literatura incluindo artigos publicados entre 2009 e 2020. Foram feitas buscas nas bases de dados Pubmed, LILACS e SciELO, com descritores “Bioética”, “Cesárea”, “Comportamento de escolha”, “Decisão”, “Direitos da mulher”, “Gravidez”, “Parto”, “Parto normal”, “Sistema único de saúde”. *Resultados:* Foram encontradas taxas de cesariana no setor privado maiores do que no público. Menor idade materna e escolaridade, raça negra, residência em meio rural e nas regiões Norte e Nordeste foram associados a menor prevalência de cesariana. Obesidade materna, cesariana prévia, intercorrências na gravidez, apresentação fetal não cefálica, macrosomia estiveram mais relacionados a cesariana. Dor, previsibilidade, relação da mãe com o recém-nascido, alta hospitalar, vida sexual e retorno às atividades foram relacionados a escolha do parto vaginal. *Discussão:* A disparidade de cesarianas no setor público e privado sugere o impacto de aspectos financeiros na escolha. Variáveis socioeconômicas são importantes nessa decisão. *Conclusões:* A escolha da via de parto é influenciada por vários fatores.

Palavras-chave: Bioética; Cesárea; Comportamento de escolha; Decisões; Gravidez; Parto; Parto normal; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: *Introduction:* The prevalence of caesarean sections has grown in Brazil. Pregnancy and childbirth are influenced by cultural and economic aspects of the society in which the pregnant woman is inserted. *Objective:* To analyze factors that influence the choice of the mode of delivery by the pregnant woman. *Methods:* This is a narrative literature review including articles published between 2009 and 2020. Searches were made in Pubmed, LILACS and SciELO databases, with descriptors “Bioethics”, “Caesarean section”, “Choice behavior”, “Decision”, “Women’s rights”, “Pregnancy”, “Childbirth”, “Normal delivery” and “The Unified Brazilian Health Care System”. *Results:* Caesarean section rates were found to be higher in the private sector than in the public sector. Lower maternal age and education, black race, residence in rural areas and in the North and Northeast regions were associated with lower prevalence of caesarean section. Maternal obesity, previous caesarean section, complications in pregnancy, non-cephalic fetal presentation and macrosomia were more related to caesarean section. Pain, predictability, mother’s relationship with the newborn, hospital discharge, sexual life and return to activities were related to the choice of vaginal delivery. *Discussion:* The disparity of caesarean sections in the public and private sectors suggests the impact of financial aspects on the choice. Socioeconomic variables are important in this decision. *Conclusions:* The choice of mode of delivery is influenced by several factors.

Keywords: Bioethics; Caesarean; Choice Behavior; Decision; Women’s rights; Pregnancy; Childbirth; Natural childbirth; The Unified Brazilian Health Care System.

1. Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. ORCID: Souza EL - 0000-0001-5995-6435; Carvalho ALC - 0000-0002-1910-4307; Pereira BF - 0000-0002-2600-0901; Souza BG - 0000-0003-0901-4719; Souza GR - 0000-0002-1261-1090; Ardisson GMC - 0000-0003-2247-252X. E-mail: erika.souzaa@hotmail.com, analuizac1255@gmail.com, biancapereirajf.09@gmail.com, brugomess14@gmail.com, giovannarissato97@gmail.com, ardissongiulia@gmail.com

2. Professora Adjunto IV Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. ORCID: 0000-0002-1910-4307. E-mail: zezegondim@gmail.com.

Endereço para correspondência: Érika de Lima Souza. Rua Espírito Santo, nº 994, apto 404 – Centro, Juiz de Fora – MG. CEP: 3610041. E-mail: erika.souzaa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Gestação e nascimento são alguns dos momentos mais importantes da vida da mulher, do parceiro e da família. Muitas consideram o parto uma das experiências humanas mais significativas, com potencial positivo e enriquecedor¹. Até o século XIX, os partos eram realizados em ambiente domiciliar, com auxílio de parteiras. Surge, a partir de então, a obstetrícia como especialidade médica, a qual modificou amplamente a visão do nascimento². Apesar de a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmar, em 2015, que taxas de cesárea superiores a 10 a 15% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal³, a prevalência de partos por via alta vem crescendo continuamente nos últimos anos^{4,5}.

Em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesarianas superou a de partos normais no Brasil e alcançou o valor de 58,7% em 2019, sendo que 83,9% foi realizado no setor privado e 41,7% no serviço público^{4,6}. É importante ressaltar que as cesarianas são um recurso importante, porém devem ser indicadas somente em situações de risco para a mãe e/ou seu filho, como no sofrimento fetal, apresentação pélvica, hemorragia antes do parto, doença hipertensiva específica da gravidez, gemelaridade, diabetes e cesariana de repetição^{7,8}.

Ainda nesse contexto, a má indicação da via de parto alta está relacionada à maior proporção de trabalho de parto prematuro, infecção puerperal, incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer, além de maior risco de hemorragia, ruptura uterina e óbito fetal no segundo parto após cesárea planejada; ainda há associação com o sobrepeso na infância, adolescência e na idade adulta jovem⁹. Soma-se a isso o fato de que muitos médicos indicam cesariana eletiva para gestantes com idade gestacional menor que 39 e até 37 semanas, o que pode acrescentar os riscos de prematuridade para aquela criança¹⁰.

Vale salientar que o parto vaginal traz muitas vantagens, tanto para a mãe quanto para o bebê, incluindo recuperação mais rápida, ausência de dor no período pós-parto, alta precoce, menor risco de infecção e de hemorragia⁸. Após o parto por via vaginal, parece haver estabelecimento mais rápido e efetivo da lactação, além de primeiro contato mãe-filho mais precoce, o que é considerado fator protetor para evitar a introdução de fórmula láctea¹¹.

A escolha do tipo de parto, em geral, é influenciada por questões profissionais e próprias da mulher, desfechos em saúde, questões econômicas, aumento de tempo de internação e das intercorrências clínicas¹². Alguns fatores que colaboram para a escolha do parto cesáreo pelas gestantes são: desejo de evitar a dor, falta de informações necessárias ou déficit na compreensão dos conceitos envolvidos no tipo de parto, ideia de ser um procedimento

com menores riscos e possibilidade de planejar o parto. Em contrapartida, a preferência pelo parto normal tem como base a recuperação mais rápida, a menor dor no pós-parto, a possibilidade de a mulher ser protagonista durante o parto¹³.

Gestação e parto não são apenas atos biológicos, mas processos sociais influenciados por aspectos culturais e político-econômicos da sociedade em que a gestante está inserida. O autor defende que a institucionalização do parto faz com que a mulher perca autonomia frente às decisões do médico, o que mostra a inversão de papéis durante o processo de nascimento^{14,15}. Mesmo quando a decisão é tomada pela mulher, esta tem pouco embasamento técnico e científico, visto que as informações sobre os tipos de parto geralmente não são passadas pelo médico obstetra¹⁶.

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os fatores que influenciam na escolha da via de parto, visando expor suas dimensões financeira, socioeconômica, obstétrica e cultural. Esse conhecimento por parte dos profissionais da saúde permite uma condução mais humanizada e assertiva no atendimento da mulher no período perinatal.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter exploratório e descritivo. Foram realizadas buscas nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scientific Electronic Library Online (SciELO), através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Bioética”, “Cesárea”, “Comportamento de escolha”, “Decisão”, “Direitos da mulher”, “Gravidez”, “Parto”, “Parto normal”, “Sistema único de saúde”, e seus respectivos correspondentes em inglês: “Bioethics”, “Caesarean section”, “Choice Behavior”, “Decision”, “Women’s Rights”, “Pregnancy”, “Parturition”, “Natural childbirth”, “Unified Health System”, com a utilização do booleano “AND”. Também consta na revisão documentos oficiais e governamentais brasileiros. A busca foi realizada entre os dias 5 e 20 de outubro de 2020 e foram incluídos na revisão 48 documentos.

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos referentes aos anos 2009 a 2020, publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, espanhol e inglês, e selecionados artigos cuja temática aborda via de parto, fatores de influência e escolha. Nos critérios de exclusão, foram desconsideradas produções científicas que não versavam sobre a temática proposta.

RESULTADOS

Aspectos financeiros

Um estudo multicêntrico realizado pela OMS em 137 países estimou os custos envolvidos nas categorias de

cesáreas “necessárias” e “em excesso”, identificando 6,2 milhões de cesáreas em excesso (50% dessas na China e no Brasil), o que corresponde a um custo cinco vezes maior que o custo de cesáreas necessárias¹⁷.

Uma análise de impacto orçamentário na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) comparou os custos do parto vaginal espontâneo com os da cesariana eletiva sem indicação clínica em gestantes de risco habitual. Segundo o estudo, a adoção, ao longo de 5 anos, de um cenário ideal de taxas de cesariana previstas por diretrizes brasileiras (correspondente a 25% a 30% de cesarianas para a população brasileira) para gestantes de risco habitual, primíparas e múltiparas, sem cicatriz uterina, seria capaz de gerar uma economia de quase US\$76,5 milhões/ano (taxa de conversão de US\$1,00=R\$3,18) ao ser comparado com o cenário base atual¹⁷. A comparação entre o cenário atual e o cenário ideal de taxas de cesariana evidenciou que essa taxa projetada de 2016 a 2020 geraria um impacto de mais de US\$80 milhões ao ano para o SUS, considerando as gestantes primíparas e múltiparas incluídas no estudo¹⁷.

Outro estudo, publicado na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, estimou os custos do parto vaginal e da cesariana eletiva sem indicação clínica de três maternidades públicas e evidenciou um custo 38% maior da cesariana em relação ao parto vaginal, sendo os recursos humanos o principal direcionador de custo em ambos os procedimentos (89% do custo do parto vaginal e 81% na cesariana)¹⁸.

A proporção de cesariana no Brasil se mostrou desigual ao comparar a assistência realizada no SUS e na saúde complementar. Estudos populacionais mostram taxas de cesariana no setor privado significativamente maiores (80-90%) do que no sistema público (35-45%)¹⁹. No estudo de Domingues et al.⁴, mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Um estudo de fatores associados à cesariana em adolescentes no Brasil mostrou que ter o parto financiado pelo setor privado ampliou a chance de gestantes serem submetidas à cesariana em 4,3 vezes e aquelas que tiveram seus partos financiados pelo plano de saúde tiveram mais que o dobro de cesarianas comparadas às do SUS²⁰.

Estudo acerca da tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento, publicado na *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, demonstrou que, em 11 anos de uma análise realizada em Maringá (Paraná), 77,1% (37.178) dos nascimentos foram por parto cesáreo e apenas 22,9% (11.042 nascimentos) por parto vaginal, sendo que as taxas de parto cesáreo não SUS foram sempre superiores a 90,0% e mais frequentes⁹. Estudo realizado com 10155 gestantes da região Sudeste do Brasil, demonstrou que as taxas de cesariana eletiva em hospitais públicos e privados correspondem, respectivamente, a 28,3% e 83,2%²¹.

Aspectos socioeconômicos

Segundo Mendonza-Sassi et al.²², mulheres com 30 anos ou mais tiveram 21% (211 mulheres com idade \geq 30 anos vs 42 meninas com idade entre 15 e 19 anos) a mais de cesarianas que meninas entre 15 e 19 anos. De acordo com Freitas et al.²³, 74,7% das mulheres acima de 40 anos fez cesariana. Paiva et al.²⁴ corrobora esses dados ao mostrar que 61,2% das mulheres acima de 35 anos fez cesariana eletiva.

Ao avaliar o aspecto econômico, segundo Câmara et al.²⁵, os índices de cesariana são superiores a 90% no setor privado, o que reflete a realidade de mulheres com maior poder aquisitivo.

Segundo Freitas et al.²³, 68,7% das mulheres com mais de 12 anos escolaridade foi submetida à cesariana; em contrapartida, 23,4% das mulheres com menos de um ano de escolaridade teve o mesmo desfecho. Rattner et al.²⁶ encontrou que menores taxas de cesárea estavam presentes em gestantes sem escolaridade. Zaiden et al.²¹ corrobora esses dados ao mostrar que houve prevalência 33% maior de cesárea entre mulheres com ensino superior, quando comparadas a mulheres com ensino fundamental. Já Pádua et al.²⁷ e Meller et al.⁷ não encontraram diferença estatisticamente significativa nesse quesito. Meller et al.⁷ mostrou que a prevalência de cesariana varia conforme o estado: Sul e Sudeste apresentam maiores taxas e Norte e Nordeste, as mais baixas. O mesmo estudo mostra que 45,2% (n=1701) das mulheres que residiam em domicílios urbanos foram submetidas à cesariana, em comparação, 34,1% (n=731) das mulheres do meio rural tiveram o mesmo desfecho.

De acordo com Barros et al.¹², mulheres negras realizaram 18% menos cesarianas que mulheres brancas. Mendonza-Sassi et al.²² já havia afirmado anteriormente que mulheres brancas eram mais submetidas à cesariana que mulheres negras, independentemente de financiamento público ou privado. Esses dados foram corroborados por Meller et al.⁷ que encontrou que 48,6% (n=981) das mulheres brancas teve a cesariana, enquanto 39,7% (n=1420) das não brancas teve o mesmo desfecho.

Aspectos obstétricos

Em relação a via de parto, Nagahama et al.²⁸ e Zaiden et al.²¹ encontraram taxas de 48% (227 mulheres) e 62,1%, respectivamente, de parto cesáreo em primíparas. Benute et al.¹³ revela que 70,5% (n=31) das primíparas relatou preferir a realização do parto pela via vaginal, no entanto a via de parto mais realizada entre elas foi a cesariana (68,2%). No estudo de Domingues et al.⁴ a preferência pela cesárea variou de 15,4% em primíparas no setor público a 73,2% em múltiparas com cesariana anterior no setor privado. Ademais, a preferência pelo parto abdominal foi referida

por 75% das mulheres com história reprodutiva anterior⁴. Já Pádua et al.²⁷ não encontraram associação entre número de gravidezes e a via de parto.

Pádua et al.²⁷ e Zaiden et al.²¹ encontraram, respectivamente, prevalência de 5 e 6 vezes maior de cesáreas em mulheres com cesariana prévia, se comparada a parto vaginal na gestação anterior. Paiva et al.²⁴ mostram que 78,7% das mulheres com parto abdominal anterior fez cesárea eletiva e esse número caiu para 35,8% em mulheres sem cesárea prévia.

Knobel et al.²⁹ mostraram que 56% dos nascimentos no Brasil entre 2014 e 2016 ocorreram via parto cesáreo. Dentre as cesarianas, encontravam-se 97% dos fetos em apresentação transversal ou oblíqua, 89,5% das gestantes nulíparas e 85,2% das múltiparas com feto único e ≥ 37 semanas. Já os partos vaginais ocorreram em 53,6% das nulíparas ou 80,0% das múltiparas, com ≥ 37 semanas, em apresentação cefálica e em trabalho de parto espontâneo²⁹.

No estudo de Domingues et al.⁴ as maiores proporções de cesarianas foram observadas em gestantes com alguma intercorrência na gravidez (71,9% vs. 32,9%)⁴. Paiva et al.²⁴ encontrou prevalência 369% maior de cesárea eletiva no SUS se gestação de alto risco e Zaiden et al.²¹ encontrou prevalência 45% maior de cesárea se doenças hipertensivas durante a gestação.

Quanto à obesidade, de acordo com Pádua et al.²⁷, mulheres com IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$ tiveram razão de prevalência cerca de 80% maior que as com IMC menor que 25 kg/m^2 . Além disso, Paiva et al.²⁴ encontrou prevalência 33% maior de cesárea eletiva no SUS se paciente obesa. Em relação às intercorrências no parto, há prevalência 717% maior de cesárea eletiva no SUS se apresentação não cefálica e 97% maior se macrossomia²⁴.

Pádua et al.²⁷ e Gama et al.²⁰ mostraram que quanto maior o número de consultas de pré-natal, maior a prevalência de cesarianas. Também há aumento em 5,7 vezes do número de cesarianas quando o mesmo médico realiza o pré-natal e o parto²⁰. Zaiden et al.²¹ corrobora esse dado ao mostrar prevalência 46% maior de cesárea se pré-natal e parto realizados pelo mesmo médico. Ademais, Zaiden et al.²¹ demonstra que há prevalência 43% maior de cesárea se o pré-natal for realizado apenas por médico, em comparação à associação de enfermeiros no pré-natal.

Aspectos socioculturais

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) desenvolvida em 2006, mulheres com idade superior a 30 anos têm maior probabilidade de realizarem parto cesariano do que mulheres com idade inferior a 20 anos⁷. Um estudo brasileiro realizado com 23.940 gestantes, 66% tinham preferência pelo parto vaginal no início da gestação, 27% preferiam o parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência definida, ao final da gestação, apenas 58,4% tiveram seu desejo inicial de parto normal concretizado⁴.

Dentre os fatores relatados que influenciam a

escolha do parto vaginal destacam-se: protagonismo durante o parto, redução da sensação de dor no pós-parto, recuperação mais rápida, melhora da relação mãe/bebê, alta hospitalar, impacto na vida sexual após o parto e retorno precoce às atividades diárias. Quanto à escolha do parto cesáreo, destaca-se: medo da dor e de não ter forças suficientes para o parto vaginal; sensação de maior segurança; processo mais rápido; definir previamente a data do parto e medo de precisar de uma cesárea de emergência^{1,4,5,12,14,30,31,32}. Permeando esses dados temos o contexto sociocultural em que as gestantes estão inseridas, visto que sua idealização de parto sofre impacto direto das experiências já vividas, suas interações sociais e sua rede de relacionamentos^{5,33,30,34}.

DISCUSSÃO

Aspectos financeiros

O Brasil é um país que apresenta taxas elevadas de cesárea, acima do preconizado pela OMS, acarretando maiores custos aos sistemas de saúde⁵. Análises de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo vs. cesárea eletiva sem indicação clínica apontam as cesarianas excessivas como um problema sob a perspectiva financeira, de modo que o incentivo ao parto vaginal, além de condizente com a atual política pública brasileira e internacional, geraria economia para o Sistema Único de Saúde^{17,18, 35}.

Foi observada uma prevalência de cesáreas no sistema privado significativamente maior que na rede pública. Para Riscado et al.⁵, gestantes atendidas na rede pública geralmente não tem seu pedido de cesárea atendido, isto é, não possuem o direito resguardado de escolha da via parto. Do mesmo modo, embora tenha-se a ideia de que as mulheres do setor privado escolham o tipo de parto, muitas vezes a gestante que opta pelo parto normal nesse serviço causa certo desconforto³⁶. Essa discussão reforça o impacto de aspectos financeiros na escolha da via de parto pelas gestantes, de modo que essa decisão inclui, além de desfechos em saúde e questões profissionais e pessoais da mulher, questões econômicas relacionadas à diferença de custo entre os procedimentos, maior permanência hospitalar e intercorrências clínicas relacionadas à cesariana eletiva sem indicação clínica¹⁸.

Aspectos socioeconômicos

As variáveis socioeconômicas englobam idade materna, renda, escolaridade materna, local de residência e etnia. Nos estudos analisados nesta revisão, houve grande influência dessas características na escolha da via de parto.

A maioria dos estudos avaliados mostra que, com o aumento da idade, há aumento da prevalência de cesarianas. Isso poderia ocorrer devido às maiores taxas de doenças obstétricas nessa faixa etária, além de esse grupo possuir

maior número de cesarianas prévias²⁷. Alguns autores sugerem que o motivo da escolha pela via cirúrgica é a possibilidade de realização concomitante de laqueadura com fim de esterilidade; mesmo que seja um desrespeito à lei nº 9.263, que veda a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade¹⁵.

Ao analisar a renda, conclui-se que mulheres de classes econômicas mais elevadas realizam mais cesarianas, principalmente devido ao acesso a serviços privados. Segundo Câmara et al.²⁵, os índices de cesariana são superiores a 90% no setor privado, o que reflete a realidade de mulheres com maior poder aquisitivo. O motivo por trás desses números é questionável, pode envolver a escolha pelo método de maior comodidade, os médicos envolvidos com esse público e até mesmo a cultura nacional de preferência da cesariana, uma vez que pessoas de classes econômicas mais altas têm mais autonomia na escolha da via de parto.

A escolaridade aparece em diversos artigos como um fator de grande influência, embora Pádua et al.²⁷ e Meller et al. (2011) não tenham encontrado diferença estatisticamente significativa^{7,21,23,26}. A escolaridade materna pode ter impacto na escolha da via de parto devido às melhores condições socioeconômicas que essas mulheres apresentam, o que lhes permite maior acesso aos serviços privados de saúde e, portanto, torna a cesariana uma opção mais acessível.

O local de residência é mencionado em poucos estudos, com evidências de que as maiores taxas de cesárea estão concentradas nas regiões Sul e Sudeste, assim como uma maior prevalência deste tipo de procedimento em pacientes que residiam em domicílios urbanos, se comparados ao meio rural⁷. O impacto do local de residência na escolha da via de parto pode ocorrer devido às maiores taxas de urbanização no Sul e Sudeste, as quais estão muito relacionadas à maior facilidade de acesso a hospitais e maternidades. Além disso, a população dessas regiões possui nível socioeconômico mais elevado⁷.

Etnia apareceu como variável não relacionada estatisticamente à via de parto em alguns estudos, entretanto outros conseguiram traçar essa diferença, mostrando que mulheres brancas costumam ser mais submetidas à cesarianas se comparadas as mulheres negras^{7,12,22}.

Aspectos obstétricos

Os fatores obstétricos incluem paridade, via de parto anterior, comorbidades associadas ou distócias de parto e realização de consulta pré-natal. De acordo com os estudos revisados, esses fatores estão diretamente relacionados com a via de parto realizada nas parturientes.

Apesar de Pádua et al.²⁷ não terem encontrado associação entre número de gravidezes e a via de parto, diversos estudos mostraram que as primíparas tiveram altas

taxas de cesariana^{21,28}. Além disso, pode-se perceber que, mesmo com o desejo do parto via vaginal, as taxas de cesárea continuam desproporcionalmente altas, demonstrando que muitas parturientes, embora não desejem, acabam sendo submetidas a este tipo de procedimento¹³. Esses dados são alarmantes, uma vez que os números de cesáreas entre primíparas mostram uma tendência crescente e a prevalência atual de cesarianas já é muito elevada frente às recomendações da OMS, que defende menos de 15% de partos cirúrgicos¹⁶.

Ao analisar a via de parto anterior, é possível concluir que há um aumento significativo da prevalência de partos cesáreos em mulheres com cesariana prévia^{21,27}. Nagahama et al.²⁸ afirma que mulheres sem cesariana prévia e com partos vaginais anteriores foram submetidas ao parto vaginal com mais frequência. Sendo assim, Riscado et al. (2016) afirma que a escolha da via de parto pela mulher é influenciada pela experiência dos partos anteriores⁵. Apesar de não haver obrigatoriedade de realização de parto cirúrgico em todos os casos de cesariana prévia, essa é uma realidade atual. Mulheres previamente submetidas a parto cirúrgico ou vaginal tendem a sentir-se confortáveis e seguras por já conhecerem o procedimento ao qual foram submetidas anteriormente, razão pela qual optam por ele em momento posterior⁵.

Atualmente, a classificação de Robson utiliza aspectos obstétricos para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesarianas e, de acordo com a OMS, devido à sua simplicidade, reprodutibilidade e relevância clínica, é o sistema mais apropriado para essas funções^{37,38}. Essa categorização divide as gestantes, no momento da admissão para o parto, em 10 grupos, baseando-se em seis parâmetros obstétricos: cesárea anterior, idade gestacional (termo, pré-termo), história obstétrica (nulíparas ou multíparas), número de fetos (gestação única ou múltipla), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou anormal) e a forma como o parto se desenvolveu (espontâneo, induzido ou cesáreo por opção)³⁹.

Através de um estudo epidemiológico utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) entre 2014 e 2016, pode-se perceber que mais da metade dos nascimentos no Brasil ocorreu por cesárea²⁹. Através da classificação de Robson, as maiores taxas foram encontradas nos grupos de gestantes com feto em apresentação transversal ou oblíqua, nulíparas ou multíparas em qualquer idade gestacional e grávidas com cesárea anterior, feto único e ≥ 37 semanas. Enquanto partos vaginais foram mais frequentes nos grupos de nulíparas ou multíparas, com ≥ 37 semanas, em apresentação cefálica única e em trabalho de parto espontâneo²⁹. Com esses resultados, é possível utilizar a classificação de Robson para promover estratégias em cada grupo específico, visando à diminuição da taxa de cesarianas.

A presença de comorbidades, seja prévia ou adquirida durante a gravidez, está associada ao aumento

da realização de partos cesáreos. De acordo com Pádua et al.²⁷ a presença de hipertensão-eclâmpsia, doenças crônicas, altura uterina baixa para a idade gestacional, infecções de transmissão sexual e outras condições médicas estão associadas à maior proporção de cesarianas. As doenças descritas pelos artigos realmente apresentam maior risco para a realização de parto vaginal, apesar de nem sempre serem consideradas contraindicações. Essa prevalência tão elevada de cesarianas, portanto, pode ser creditada também a outros fatores, como o medo por parte do médico e da gestante de alguma complicação.

No que diz respeito à obesidade, quanto maior o índice de massa corporal (IMC), maior a proporção de cesariana^{24,27}. Gama et al.²⁰ corroboram com os estudos e afirmam que antecedentes clínicos de risco e intercorrências na gestação e no parto aumenta em 10 vezes a chance de realização de cesariana.

O pré-natal também foi apontado como um dos fatores determinantes da via de parto. Quanto maior o número de consultas de pré-natal, maior a prevalência de cesarianas, como mostram os artigos de Pádua et al.²⁷ e Gama et al.²⁰. Outros estudos demonstram que há aumento considerável do número de partos cesáreos quando o pré-natal e o parto são realizados pelo mesmo médico^{20, 21}. Além disso, muitas mulheres se queixaram de não terem recebido informações sobre a via de parto escolhida pelo médico, como mostra Fernandes et al.⁴⁰. Todos os estudos citados mostram a grande influência do médico no aumento das taxas de cesariana. Vários fatores podem levar a isso, como possibilidade de agendamento dos partos, rapidez do procedimento, sensação de ambiente mais controlado²⁰. Além disso, o enfermeiro aparece como fator protetor e, portanto, sua inserção no pré-natal deve ser estimulada²¹.

Aspectos socioculturais

A gestação para muitas mulheres é o ponto de maior protagonismo em suas vidas. Esse momento é envolto de vários marcos importantes como a escolha do nome do bebê, a cor do quarto, qual médico responsável pelo pré-natal, qual via de parto. Todas essas escolhas são cercadas de fatores internos e externos que influenciam direta e indiretamente as expectativas da gestante. A cultura é entendida como um complexo emaranhado de significados que compõe a visão de mundo comum, construído a partir das experiências vividas por ancestrais e membros contemporâneos e compartilhadas entre os membros de uma sociedade. Todo indivíduo encontra-se inserido e paradoxalmente amarrado à cultura, uma vez que suas escolhas e comportamentos são diretamente orientados com base nesse complexo sistema de interações sociais. Sendo assim, os aspectos culturais têm um grande impacto na escolha da via de parto⁴¹.

A decisão sobre a escolha da via de parto é baseada em sua rede de relacionamentos: convivência

com parceiro(a) e familiares, relação estabelecida com os profissionais de saúde³³, experiências de partos anteriores, seja da própria gestante ou de pessoas próximas do convívio social, mídias e veículos de comunicação, medo do atendimento que receberam durante o parto³⁰. Além disso, fatores como atividade laboral exercida, nível socioeconômico, possibilidade de planejar o parto interferem ou mesmo determinam a escolha do parto normal ou cesariana^{5,34}.

Quanto aos aspectos culturais, historicamente as mulheres eram subestimadas quanto à sua capacidade e racionalidade. O gênero feminino era associado a ideais como emoção e subjetividade, que corroboravam suposições sociais sexistas. Neste contexto, a mulher seria considerada como incapaz de participar da decisão no processo de parto. Conforme estudos, muitas mulheres se sentem impotentes, desumanizadas e violentadas nesse momento. Casos de maus-tratos e violência obstétrica durante o trabalho de parto são resultado do processo de violência de gênero, parte da estruturação da cultura de desigualdade, patriarcado e discriminação, assim como da falta de informações e práticas acerca dos direitos das mulheres⁴².

O núcleo familiar é o espaço em que estruturamos nossas primeiras percepções do mundo que nos cerca, com base em tradições culturais, valores éticos e morais, que são transmitidos por meio de crenças, ritos e mitos cheios de significado que contribuem para construção de grande parte de arcabouço psicológico que influencia nossas escolhas. As histórias relatadas por familiares, ou mesmo de pessoas próximas, reforçam o significado, dado pelas gestantes, a aspectos inerentes ao parto, que podem ser percebidos ora como naturais ora com de sofrimento para mulher⁴¹.

Em países de alta renda, a decisão por cesárea está relacionada à opinião de amigos, familiares e informações de comunidades online. A solicitação de cesárea foi relacionada em alguns estudos à maior aceitação cultural desse tipo de parto e à percepção de maior facilidade desse procedimento em relação ao parto vaginal. Por outro lado, em países de baixa ou média renda, a recusa de partos cesáreos por indicação obstétrica está relacionada a crenças e dogmas religiosos, medo de julgamentos ou críticas pela própria comunidade, práticas de violência doméstica e visão cultural da cesárea como um processo não natural⁴³.

Em um estudo brasileiro realizado com 23.940 gestantes, observou-se que aproximadamente 66% tinham preferência pelo parto vaginal no início da gestação, 27% preferiam o parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência definida, sendo que, ao final da gestação, apenas 58,4 % tiveram seu desejo inicial de parto normal concretizado⁴. Mesmo que a maioria das mulheres optem pelo parto vaginal inicialmente, durante a gestação, muitos obstetras indicam a cesárea por razões às vezes superestimadas, o que faz muitos desses partos serem cesáreos⁵. Isso pode ser um dos fatores que contribuem para

as elevadas taxas deste tipo de parto no Brasil, superando em ampla margem os 15% recomendados pela OMS.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) desenvolvida em 2006 demonstrou que mulheres com idade superior a 30 anos têm maior probabilidade de realizarem parto cesariano do que mulheres com idade inferior a 20 anos⁷. Durante a análise dos artigos utilizados nesta revisão de literatura, observou-se que o medo da dor do parto é o fator preponderante para escolha da cesariana. Embora algumas optem pelo parto vaginal, quando entram em trabalho de parto e vivenciam a dor, acabam solicitando a conversão para um parto cesáreo²⁴; sendo assim, a aceitação ou não da dor como um aspecto intrínseco ao parto influencia a tomada de decisão de muitas gestantes⁴⁴.

Dentre os principais fatores determinantes para a escolha do parto vaginal destacam-se: protagonismo durante o parto, redução da sensação de dor no pós-parto, recuperação mais rápida, melhora da relação mãe/bebê, alta hospitalar, impacto na vida sexual após o parto e retorno precoce às atividades diárias. Quanto à escolha do parto cesáreo, foram destacados: medo da dor e de não ter forças suficientes para o parto vaginal; sensação de maior segurança; processo mais rápido; definir previamente a data do parto e medo de precisar de uma cesárea de emergência^{1,4,5,12,14,30,31,32}.

O principal fator para a escolha da cesariana é o medo da dor durante o parto vaginal, a qual é amplificada por práticas sem evidências científicas durante o trabalho de parto, como a imobilização, o uso abusivo de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller (hoje proscrita na prática obstétrica) e a episiotomia^{15,16}. Essa realidade é agravada no setor público, onde as mulheres sofrem manipulação excessiva, permanecem confinadas, recebem ocitocina inadvertidamente, são submetidas à episiotomia e dão à luz na posição supina durante o parto vaginal, procedimentos não recomendados pela OMS¹⁶.

Um aspecto importante citado em alguns artigos desta revisão aborda a preocupação da gestante com relação a vida sexual após o trabalho de parto, visto que o intercuro sexual do casal tende a reduzir com o avançar da gestação^{45,46}. Preocupações específicas de gestantes diante do parto vaginal incluem possibilidade de ocorrência de eventos traumáticos, como lacerações e episiotomias, impacto na anatomia vaginal e no prazer sexual,^{43,32} principalmente no desempenho na atividade sexual, dor durante a penetração vaginal, redução da lubrificação e da libido, e temem que estes fatores gerem insatisfação com a vida sexual. Em um estudo de caso-controle para análise da resposta genital no pós-parto, foi visto que mulheres com parto vaginal apresentaram diminuição do fluxo genital em comparação a mulheres submetidas ao parto cesáreo. Porém, ambos os grupos não apresentaram diferenças significativas quanto a experiência sexual subjetiva⁴⁷.

A gestação e a experiência da maternidade e da paternidade, geram uma necessidade de readaptação da

interação entre o casal, que é impactada tanto pela chegada de um novo membro ao núcleo familiar, quanto pela aceitação pela mulher de sua autoimagem pós-gestacional, assim como seu novo papel dentro desta nova dinâmica social, que também é influenciada pelos seus medos e desafios em ser mãe, esposa, filha e ainda garantir sua autonomia quanto mulher⁴⁸.

Este tema é considerado um tabu em muitas regiões e, muitas vezes, torna-se uma barreira tanto para o desenvolvimento de estudos com alto nível de evidência sobre o assunto, quanto para a própria gestante, que se sente desconfortável em conversar com seu médico a respeito do tema e adquirir informações para retomada da vida sexual⁴⁸.

A ausência de conhecimento preciso sobre o parto vaginal e suas formas de progressão segura e confortável durante o trabalho de parto corroboram para dificultar a escolha por essa via de parto³¹. Os resultados de um estudo com 569 gestantes apontaram que 66,6% relataram receberem informações esperadas durante o parto; 30,8% estavam insatisfeitas com as informações e 2,6% demonstraram satisfação parcial²⁸.

A implementação de medidas para valorização e auxílio ao parto normal tornou-se uma demanda emergente tanto no sistema público quanto no sistema privado de saúde. Essas medidas englobam aumentar a qualidade de assistência a gestante, proporcionando privacidade, deambulação, relaxamento, dieta, participação de enfermagem obstétrica e apoio a equipe. Mesmo com essas práticas, ainda não é perceptível um impacto positivo na redução das taxas de parto cesáreo¹⁸.

CONCLUSÕES

Foi possível constatar que a escolha da via de parto é complexa e influenciada por diversos fatores. De acordo com a revisão realizada, a prevalência de cesáreas é significativamente maior no sistema privado quando comparada ao SUS, sugerindo que aspectos financeiros têm um papel importante na decisão sobre a escolha da via de parto, já que o parto cesáreo é mais dispendioso do que o parto vaginal. Mesmo assim, o setor público ainda tem prevalência de cesariana maior que a recomendada pela OMS.

É possível notar que fatores socioeconômicos como idade avançada, etnia branca, classes econômicas elevadas, maior escolaridade e moradia nos estados do Sul e Sudeste estão intimamente relacionados com o aumento da prevalência de cesarianas.

Além disso, há um aumento significativo da prevalência de partos cesáreos em primíparas, mulheres com cesariana prévia e gestantes com comorbidades associadas. O pré-natal adequado ou mais do que adequado, principalmente se tiver sido realizado apenas pelo médico, também aumentou a escolha por via alta. A presença do enfermeiro durante o pré-natal, por sua vez, foi tida como

um fator de diminuição do número de partos cesáreos.

Somado a isso, a influência cultural e das opiniões de família e amigos, além do relacionamento com a equipe de saúde também são importantes. Nos estudos englobados nesta revisão, muitos obstetras indicam, sem embasamento teórico, o parto por via alta e, portanto, mais gestantes optam pela cesariana. Um dos fatores mais influentes na escolha da cesárea foi o medo da dor no parto vaginal, a qual é aumentada em caso de utilização de técnicas sem

embasamento científico, além da comodidade em escolher a data e o medo do impacto do parto vaginal na vida sexual do casal. Por outro lado, fatores decisivos na escolha da via vaginal pela gestante englobam a crença na recuperação mais rápida e na menor dor no pós-parto. Muitas mulheres, no entanto, relataram que seus médicos sequer conversaram sobre os tipos de parto. Assim, a explicação dos tipos de parto por parte do médico constitui a maior possibilidade de atuação a fim de reduzir a prevalência de partos por via alta.

Contribuição dos autores: *Érika de Lima Souza*: acadêmica responsável pela autoria principal do artigo, contribuiu com a idealização do estudo, pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2013 a 2016; após compilação dos dados, analisou os aspectos socioeconômicos e aspectos obstétricos dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo e na confecção do resumo; realizou a revisão final do conteúdo. *Ana Luíza de Castro Carvalho*: acadêmica que contribuiu para a pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2017 a 2020; após compilação dos dados, analisou os aspectos sociais e individuais das gestantes dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo e revisão do conteúdo. *Bianca de Fátima Pereira*: acadêmica que contribuiu para a pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2013 a 2016; após compilação dos dados, analisou os aspectos sociais e individuais das gestantes dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo e revisão do conteúdo. *Bruna Gomes de Souza*: acadêmica que contribuiu para a pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2017 a 2020; após compilação dos dados, analisou os aspectos financeiros dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo e na confecção do resumo. *Giovanna Rissato de Souza*: acadêmica que contribuiu para a pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2009 a 2012; após compilação dos dados, analisou os aspectos socioeconômicos e aspectos obstétricos dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo. *Giulia Machado Caldeira Ardisson*: acadêmica que contribuiu para a pesquisa dos artigos nas bases de dados e análise dos estudos referentes aos anos de 2009 a 2012; após compilação dos dados, analisou os aspectos financeiros dos trabalhos buscados; participação na escrita do artigo e tradução do resumo. *Maria José Guedes Gondim Almeida*: professora orientadora e supervisora do trabalho. Auxílio teórico para a confecção do artigo, participação na escrita e aprovação da revisão final do mesmo.

REFERÊNCIAS

1. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):282-289. doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>
2. Pasche DF, Albuquerque MEV, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col.* 2010;4:105-117. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>
3. World Health Organization. Statement on caesarean section rates. Geneva: WHO; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1
4. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl.1):S101-S116. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
5. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e3570014. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
6. Rasador S, Abegg C. Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019;19(4):797-805. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400004>
7. Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3829-3835. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000018>
8. Leguizamón Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét.* 2013;21(3):509-517. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>
9. Paris GF, Monteschio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(12):548-54. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005038>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf.
11. Teixeira KC, Bastos R. Humanização do parto. In: Anais do IX Congresso Nacional da Educação; III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Curitiba: PUC-PR; 2009 p.1472-1477. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/2809_1187.pdf
12. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Silveira M, Barros FC, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(4):635-643. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000039>
13. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(6):281-285. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
14. Bittencourt F, Vieira JB, de Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. *Cogitare Enferm.* 2013;18(3):515-520. Disponível em: <http://>

www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300014

15. Pimenta LF, Silva SC, Barreto CN, Ressel LB. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. *Rev Pesqui. (Univ Fed Estado Rio J.)*. 2013;6(3):987-997. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p987>.
16. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. Saúde Colet*. 2014;22(1):46-53. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008>.
17. Entringer AP, Gomes MASM, Costa ACC, Pinto M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>.
18. Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(4):1527-1536. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.06962017>.
19. Jesus GR, Jesus NR, Peixoto-Filho FM, Lobato G. Caesarean rates in Brazil: what is involved? *BJOG*. 2015;122(5):606-609. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13119>.
20. Gama SGN, Viellas EF, Schilithz AOC, Filha MMT, Carvalho ML, Gomes KRO, et al. Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S117-S127. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145513>.
21. Zaiden L, Nakamura-Pereira M, Gomes MAM, Esteves-Pereira AP, Leal MC. Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00218218. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00218218>.
22. Mendonza-Sassi RA, Cesar JA, Silva PR, Denardin G, Rodrigues MM. Fatores de risco para cesariana por categoria de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):80-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100009>.
23. Freitas PF, Drachler Mde L, Leite JC, Marshall T. Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;107(3):198-201. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.017>.
24. Paiva ACPC, Reis PV, Paiva LC, Diaz FBBS, Luiz FS, Carbogim FC. Da decisão à vivência da cesariana: a perspectiva da mulher. *Rev Enferm Centro-Oeste Min*. 2019;9:e3115. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3115>.
25. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim Júnior J, Braga A, et al. Cesarean section by maternal request. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43(4):301-310. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-69912016004002>.
26. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2016;16(1):39-47. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>.
27. Pádua KS, Osis MJ, Faúndes A, Barbosa AH, Moraes Filho OB. Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):70-79. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000100008>.
28. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2011;11(4):415-425. doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>.
29. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto MLS. Taxas de cesárea no Brasil de 2014 a 2016: análise transversal usando a classificação de Robson. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(9):522-528. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134.35>.
30. Silva HM, Ribeiro CD, Costa AR. Acompanhamento de gestantes: nível de informação e influências de familiares, amigos e da mídia para a decisão do tipo de parto. *Conexão Ciência*. 2011;6(1). doi: 10.24862/ccov6i1.45.
31. Arik RM, Parada CMGL, Tonete VLP, Sleutjes FCM. Percepções e expectativas das gestantes sobre o tipo de parto. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):41-49. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731>.
32. Fernandes LMM, Lansky S, Oliveira BJ, Friche AAL, Bozlak CT, Shaw BA. Changes in perceived knowledge about childbirth among pregnant women participating in the Senses of Birth intervention in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):265. doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02874-3>.
33. Larsen AC. Women's rights in the health care system: caesarean delivery on maternal request. *J Law Med*. 2018;25(2):448-464. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978647/>.
34. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, Gramacho RCCV. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(3):237-247. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i3.6027>.
35. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(5):e00022517. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00022517>.
36. Lino HC, Diniz SG. "Cuide das roupinhas que do parto cuide eu" - comunicação entre profissionais e pacientes e decisões sobre a via de parto no setor privado em São Paulo, Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum (São Paulo)*. 2015;25(1):117-124. doi: <https://doi.org/10.7322/JHGD.96825>.
37. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. Grupo de trabalho da OMS sobre cesárea. Declaração da OMS sobre taxas de cesarianas. *BJOG*. 2016;123(05):667-670. doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.
38. Vargas S, Rego S, Clode N. Análise da taxa de cesarianas em um hospital terciário em Portugal de acordo com o sistema de classificação Robson Ten Group. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(6):310-315. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712127>.
39. Organização Mundial da Saúde. Classificação Robson: manual de implementação. Genebra: OMS; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>
40. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre

- a via de parto entre médico e gestante. *Saúde Debate*. 2019;43(121):406-416. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912109>
41. Lagomarsino BS, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Linck CL, Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *Rev Min Enferm*. 2013;17(3):680-687. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130050>
42. Villarnea S, Kelly B. Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *J Eval Clin Pract*. 2020;26(2):515-519. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13375>
43. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women Birth*. 2020;33(4):323-333. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.005>
44. Rocha NFF, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*, 2020;44(125):556-568. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>
45. Yeniel AO, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: perceptions and facts. *Int Urogynecol J*. 2014;25(1):5-14. doi: <https://doi.org/10.1007/s00192-013-2118-7>
46. Leguizamon Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioét*. 2013;21(3):509-517. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300015>
47. Cappell J, Bouchard KN, Chamberlain SM, Byers-Heinlein A, Chivers ML, Pukall CF. Is mode of delivery associated with sexual response? A pilot study of Genital and Subjective Sexual Arousal in Primiparous Women With Vaginal or Cesarean Section Births. *J Sex Med*. 2020;17(2):257-272. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.11.264>
48. Siqueira LKR, Melo MCP, Morais RJL. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev Enferm UFSM*. 2019;9(58):1-18. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769233495>

Recebido: 28.07.2020

Aceito: 13.05.2022