

Factores asociados a la ocurrencia de cesárea en Brasil

Factors associated with the occurrence of cesarean section in Brazil

Ivanete Fernandes do Prado^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9188-4275>

Daiane de Carvalho Souza¹ <https://orcid.org/0000-0001-6532-555X>

Darlyane Antunes Macêdo¹ <https://orcid.org/0000-0001-9342-3536>

¹ Universidad del Estado de Bahía, Brasil.

* Autora para la correspondencia: iprado@uneb.br

RESUMEN

En la antigüedad el parto vaginal era el único medio para traer un niño al mundo, pero con el avance de la medicina surgió el parto por cesárea. El objetivo del presente trabajo es analizar los factores asociados a la ocurrencia de parto cesáreo en Brasil. Con este fin, se utilizaron como métodos el estudio transversal con datos secundarios disponibles en el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) en el período de 2014 a 2018. Este análisis arrojó como resultados que la probabilidad de parto cesáreo aumenta con la edad y la escolaridad de la madre y con el aumento del número de consultas prenatales ($p < 0,05$). Además, mostró que las madres solteras, de color de piel negra e indígenas tienen menos probabilidades de tener parto cesáreo ($p < 0,05$). Hubo una asociación significativa de la duración del embarazo y del peso al nacer con el tipo de parto ($p < 0,05$). Este análisis permitió llegar a la conclusión de que existe una asociación significativa del tipo de parto con las características sociodemográficas de la madre, características del prenatal y del recién nacido.

Palabras clave: cesárea, educación para la salud, parto vaginal.

ABSTRACT

In the early days, vaginal delivery was the only way to bring a child into the world, but with the advancement of medicine the cesarean delivery was invented. The objective of this article is to analyze the factors associated with the occurrence of cesarean delivery

in Brazil. With this in mind, the analysis used the methods of cross-sectional study with secondary data available in the Information System on Live Births (SINASC) during the period of 2014 to 2018. The study shows as results that the probability of cesarean delivery increases with the age and education of the mother and with the increase in the number of prenatal visits ($p < 0.05$). Also, it was noticeable that single, black and indigenous mothers are less likely to have a cesarean delivery ($p < 0.05$). There was a significant association between the duration of pregnancy and birth weight with the type of delivery ($p < 0.05$). This study revealed as conclusion that there is a significant association of the type of delivery with the sociodemographic characteristics of the mother, characteristics of the prenatal period and the newborn.

Keywords: cesarean section, health education, vaginal delivery.

Recibido: 1/2/2021

Aceptado: 1/6/2021

INTRODUCCIÓN

Antiguamente, el parto natural era el único medio para traer un niño al mundo. Era, por lo general, realizado por curanderas y parteras quienes usaban un conocimiento empírico heredado. Sin embargo, con el avance de la medicina, han surgido nuevas vías de parto, entre ellas el parto cesáreo (Perpetuo, de Bessa y do Carmo Fonseca, 2016).

Gradualmente esta vía de parto se ha intensificado entre las embarazadas, tanto que en los últimos 30 años el crecimiento ha sido notable en todos los países, de forma no homogénea. Es interesante destacar que la cesárea es una cirugía que debe realizarse cuando hay complicaciones en el período gestacional o en el momento del parto y tiene como función exclusiva salvar a la madre y/o el hijo (Souza *et al.*, 2018). Sin embargo, en los últimos años estos motivos se han ampliado y, actualmente, la mayoría de las mujeres utiliza este procedimiento quirúrgico no por la existencia de algún impedimento para el parto natural sino, como apunta Barbosa *et al.* (2003), por ser la cesárea un método preferencial.

Debido a este aumento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha preestablecido un porcentaje de 15 % de cesáreas. Pero la elevación del porcentaje se mantiene, lo que

no se justifica ya que el parto cesáreo resulta innecesario, según Pimentel y Oliveira-Filho (2016), y aumenta la mortalidad materna y neonatal. Además, el impacto negativo que puede tener en la vida del recién nacido y de la madre es notable, pues se considera un factor de riesgo para prematuridad, hemorragias, infecciones maternas, entre otros. Luego, la atención detallada a los factores asociados a la cesárea es necesaria, ya que el conocimiento y el monitoreo de estos factores podrían disminuir la tasa de mortalidad y posibles agravios (Santos, de Souza, Rocha, dos Santos Trindade y de Oliveira, 2019).

Ante lo expuesto surgió el siguiente cuestionamiento: ¿Existe asociación del tipo de parto con las características sociodemográficas de la madre, características del prenatal y del recién nacido? En ese sentido, se hace relevante describir los factores asociados al parto cesáreo en el período de 2014 a 2018, en nacidos vivos en Brasil, ya que es un problema de salud pública y se necesita una mirada reflexiva para tal factor de riesgo y para las medidas de protección.

Considerando el creciente número de partos quirúrgicos y los eventos no deseados que a veces pueden surgir a través de ellos, esta investigación brindará subsidios para el conocimiento de la temática investigada, así como una mayor reflexión sobre los factores personales, ambientales y sociales de las mujeres, asociados a esta forma quirúrgica del parto. Así, este estudio tiene como objetivo analizar los factores asociados a la ocurrencia de parto por cesárea.

MÉTODOS

Este es un análisis con método transversal, realizado sobre la base de la información secundaria disponible en la base de datos del SINASC. Esta base reúne datos sobre nacimientos en todo el territorio nacional, además de aportar significativas informaciones sobre sus características como sexo, tipo de parto y el peso de los nacidos vivos al nacer.

Ese sistema ha sido implantado de forma gradual y lenta por las Unidades de la Federación, pero sus datos son de extrema relevancia para un estudio epidemiológico, estadístico y demográfico. Se debe tener en cuenta que, si por un lado la información de las bases de datos es una herramienta positiva para proponer posibles factores, por otro puede haber ciertas limitaciones al analizar factores relacionados al procedimiento cesáreo (Szwarcwald *et al.*, 2019).

La muestra de este estudio fue constituida por todos los nacidos vivos de parto vaginal y cesáreo entre los años 2014 y 2018, en Brasil. Los datos relacionados con la cantidad de nacidos vivos y las variables utilizadas para el estudio fueron recolectados en septiembre de 2020. Las variables dependientes fueron los tipos de vía de parto y las variables independientes fueron sexo, edad, escolaridad, estado civil, raza, número de consultas de prenatal de la madre, duración del embarazo y peso del bebé al nacer.

Inicialmente, los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes en relación al desenlace (tipo de parto). Seguidamente, se estimaron los *odds* ratio y sus intervalos con un 95 % de fiabilidad para cada variable, con el objetivo de verificar la asociación con el tipo de parto. Los análisis estadísticos se realizaron en el programa R, con un nivel de significancia del 5 %.

RESULTADOS

Fueron evaluados 14 708 606 partos ocurridos en Brasil entre los años 2014 y 2018. La prevalencia de parto cesáreo en ese período fue de un 56 %.

En la Tabla 1 y Figura 1, mostradas a continuación, se presentan los resultados de los análisis de asociación con el tipo de parto. Se puede observar que la probabilidad de parto cesáreo aumenta con la edad de la madre. Madres con una edad de entre 35 y 39 años tienen un 2,36 (IC 95 %: 2,35-2,38) veces más probabilidades de tener parto cesáreo que madres de 15 a 19 años ($p < 0,05$). El porcentaje de partos cesáreos de madres con edad entre 15 y 19 años es de un 39,5 %. Entre las madres con una edad entre 35 y 39 años ese porcentaje aumenta hasta un 69,6 %.

La posibilidad de parto cesáreo también aumenta con la escolaridad de la madre ($p < 0,05$). Madres con 12 años o más de escolaridad tienen 10,16 (IC 95 %: 9,99-10,33) veces más probabilidades de tener parto cesáreo que las madres sin estudio ($p < 0,05$). Las madres solteras tienen menos posibilidades de parto cesáreo ($p < 0,05$). Madres casadas tienen 2,52 (IC 95 %: 2,52-2,53) veces más probabilidades de tener parto cesáreo que madres solteras ($p < 0,05$). Las madres de color de piel negra o indígenas tienen menos posibilidades de parto cesáreo. Madres de color de la piel blanca tienen 2,07 (IC 95 %: 2,06-2,08) más probabilidades de parto cesáreo que madres de color de piel negra ($p < 0,05$).

El número de consultas prenatales también impacta en el número de partos cesáreos; madres con más consultas prenatales tienen más posibilidades de una cesárea. Una madre con siete o más consultas prenatales tiene 2,46 (IC 95 %: 2,44-2,48) más probabilidades de tener parto cesáreo que la madre que no fue a ninguna consulta ($p < 0,05$). Entre las madres que no fueron a consultas o que fueron de una a tres consultas, el porcentaje de partos cesáreos es de un 39,4 % y 34,8 %, respectivamente. Ya entre las madres con siete o más consultas prenatales el porcentaje de parto cesáreo es de 61,6 %. También hubo asociación significativa de la duración del embarazo y del peso al nacer con el tipo de parto ($p < 0,05$).

Tabla 1. Análisis de las asociaciones con el parto cesáreo en el período de 2014 a 2018, en nacidos vivos en Brasil (n=14.708.606)

Variable	Categoría	n(%)	Tipo de parto		OR bruto (IC95%)	p-valor
			Vaginal n (%)	Cesáreo* n (%)		
Edad de la madre (años)	Menos de 10	6 (0,0%)	76783 (83,3%)	45449 (16,7%)	0,62 (0,61-0,62)	<0,0001
	10 a 14	122232 (0,8%)	1466599 (62,8%)	956842 (37,2%)	0,68 (0,67-0,68)	<0,0001
	15 a 19	2423441 (16,5%)	1873173 (60,5%)	1794437 (39,5%)	Ref	
	20 a 24	3667610 (24,9%)	1447239 (51,1%)	2073786 (48,9%)	1,50 (1,49-1,50)	<0,0001
	25 a 29	3521025 (23,9%)	1001724 (41,1%)	1957896 (58,9%)	2,04 (2,03-2,05)	<0,0001
	30 a 34	2959620 (20,1%)	489472 (33,8%)	1122441 (66,2%)	2,39 (2,38-2,40)	<0,0001
	35 a 39	1611913 (11,0%)	115829 (30,4%)	262237 (69,6%)	2,36 (2,35-2,38)	<0,0001
	40 a 44	378066 (2,6%)	7121 (30,6%)	15482 (69,4%)	2,27 (2,21-2,33)	<0,0001
	45 a 49	22603 (0,2%)	480 (31,5%)	979 (68,5%)	2,13 (1,91-2,37)	<0,0001
	50 a 54	1459 (0,0%)	97 (32,9%)	142 (67,1%)	1,53 (1,18-1,98)	0,0015
	55 a 59	239 (0,0%)	46 (40,6%)	49 (59,4%)	1,11 (0,74-1,66)	0,6785
	60 a 64	95 (0,0%)	2 (48,4%)	5 (51,6%)	2,61 (0,51-13,45)	0,4163
	65 a 69	7 (0,0%)	264 (71,4%)	26 (28,6%)	0,10 (0,07-0,15)	0,4893
	Ignorado	290 (0,0%)	76783 (91,0%)	45449 (9,0%)	-	-
Escolaridad de la madre (años)	Ninguna	75339 (0,5%)	54937 (72,9%)	20402 (27,1%)	Ref	
	1 a 3	363304 (2,5%)	229544 (63,2%)	133760 (36,8%)	1,57 (1,54-1,60)	<0,0001
	4 a 7	2558395 (17,4%)	1495170 (58,4%)	1063225 (41,6%)	1,91 (1,88-1,95)	<0,0001
	8 a 11	8687072 (59,1%)	4005937 (46,1%)	4681135 (53,9%)	3,15 (3,10-3,20)	<0,0001
	12 o más	2806634 (19,1%)	587820 (20,9%)	2218814 (79,1%)	10,16 (9,99-10,33)	<0,0001
	Ignorado	217862 (1,5%)	105426 (48,4%)	112436 (51,6%)	-	-
Estado civil de la madre	Soltera	6194893 (42,1%)	3193635 (51,6%)	3001258 (48,4%)	Ref.	
	Casada	4828785 (32,8%)	1432408 (29,7%)	3396377 (70,3%)	2,52 (2,52-2,53)	<0,0001
	Viuda	25551 (0,2%)	10376 (40,6%)	15175 (59,4%)	1,56 (1,52-1,60)	<0,0001
	Separada	168637 (1,1%)	53995 (32,0%)	114642 (68,0%)	2,26 (2,24-2,28)	<0,0001
	Unión consensual	3327756 (22,6%)	1707122 (51,3%)	1620634 (48,7%)	1,00 (1,01-1,01)	<0,0001

Variable	Categoría	n(%)	Tipo de parto		OR bruto (IC95%)	p-valor
			Vaginal	Cesáreo*		
			n (%)	n (%)		
	Ignorado	162984 (1,1%)	81298 (49,9%)	81686 (50,1%)	-	-
Raza/color	Blanca	5174370 (35,2%)	1720977 (33,3%)	3453393 (66,7%)	2,07 (2,06-2,08)	<0,0001
	Negra	780482 (5,3%)	395995 (50,7%)	384487 (49,3%)	Ref.	
	Amarilla	57826 (0,4%)	24612 (42,6%)	33214 (57,4%)	1,39 (1,37-1,41)	<0,0001
	Parda	7999140 (54,4%)	3993313 (49,9%)	4005827 (50,1%)	1,03 (1,03-1,04)	<0,0001
	Indígena	119791 (0,8%)	95656 (79,9%)	24135 (20,1%)	0,26 (0,25-0,26)	<0,0001
	Ignorado	576997 (3,9%)	248281 (43,0%)	328716 (57,0%)	-	-
N° de consultas prenatales	Ninguna	302383 (2,1%)	183143 (60,6%)	119240 (39,4%)	Ref.	
	De 1 a 3	903694 (6,1%)	589523 (65,2%)	314171 (34,8%)	0,82 (0,81-0,82)	<0,0001
	De 4 a 6	3445296 (23,4%)	1828526 (53,1%)	1616770 (46,9%)	1,36 (1,35-1,37)	<0,0001
	7 o más	9973820 (67,8%)	3832499 (38,4%)	6141321 (61,6%)	2,46 (2,44-2,48)	<0,0001
	Ignorado	83413 (0,6%)	45143 (54,1%)	38270 (45,9%)	-	-
Duración de la gestación (semanas)	Menos de 22	7295 (0,0%)	5844 (80,1%)	1451 (19,9%)	0,19 (0,18-0,20)	<0,0001
	De 22 a 27	72145 (0,5%)	44409 (61,6%)	27736 (38,4%)	0,48 (0,48-0,49)	<0,0001
	De 28 a 31	148673 (1,0%)	63551 (42,7%)	85122 (57,3%)	1,04 (1,03-1,05)	<0,0001
	De 32 a 36	1391103 (9,5%)	596936 (42,9%)	794167 (57,1%)	1,03 (1,02-1,03)	<0,0001
	De 37 a 41	12367222	5396000 (43,6%)	6971222 (56,4%)	Ref.	
	42 o más	416374 (2,8%)	211640 (50,8%)	204734 (49,2%)	0,75 (0,74-0,75)	<0,0001
Peso al nacer (g)	Ignorado	305794 (2,1%)	160454 (52,5%)	145340 (47,5%)	-	-
	Menos de 500	19372 (0,1%)	11768 (60,7%)	7604 (39,3%)	Ref.	
	De 500 a 990	71326 (0,5%)	37054 (52,0%)	34272 (48,0%)	1,43 (1,38-1,48)	<0,0001
	De 1000 a 1499	110023 (0,7%)	37449 (34,0%)	72574 (66,0%)	3,00 (2,91-3,09)	<0,0001
	De 1500 a 2499	1043654 (7,1%)	436619 (41,8%)	607035 (58,2%)	2,15 (2,09-2,22)	<0,0001
	De 2500 a 2999	3334918 (22,7%)	1597080 (47,9%)	1737838 (52,1%)	1,68 (1,64-1,73)	<0,0001
	De 3000 a 3999	9366463 (63,7%)	4102471 (43,8%)	5263992 (56,2%)	1,98 (1,93-2,04)	<0,0001
	4000 o más	757605 (5,2%)	251162 (33,2%)	506443 (66,8%)	3,12 (3,03-3,21)	<0,0001

Variable	Categoría	n(%)	Tipo de parto		OR bruto (IC95%)	p-valor
			Vaginal	Cesáreo*		
			n (%)	n (%)		
	Ignorado	5245 (0,0%)	5231 (99,7%)	14 (0,3%)	-	-
Sexo	Masculino	7534444 (51,2%)	3272765 (43,4%)	4261679 (56,6%)	Ref.	
	Femenino	7171406 (48,8%)	3205020 (44,7%)	3966386 (55,3%)	0,95 (0,94-0,95)	<0,0001
	Ignorado	2756 (0,0%)	1049 (38,1%)	1707 (61,9%)	-	-

* Categoría de referencia para la variable de resultado. Ref: Categoría de referencia para variables independientes. OR: Odds ratio;

IC: Intervalo de confianza.

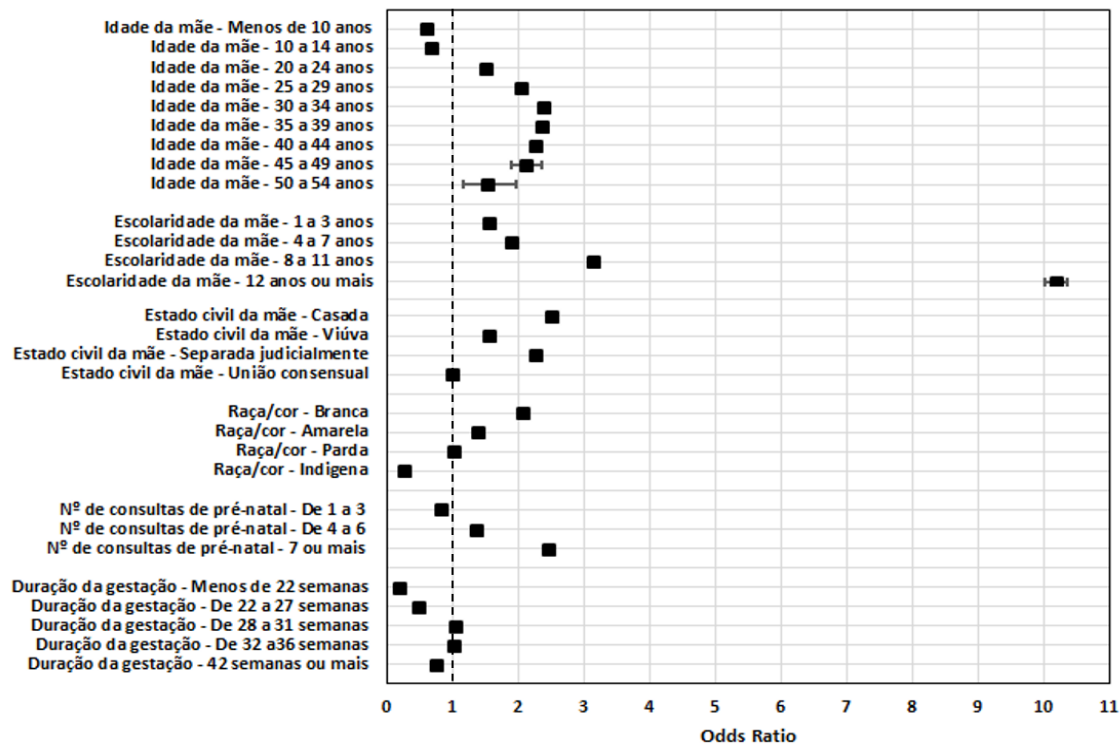


Figura 1. odds ratios (IC 95 %) ajustados para el desenlace parto prematuro en Brasil, a partir de las declaraciones de nacidos vivos. Período: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018.

DISCUSIÓN

El SINASC es un sistema completo que nos presenta informaciones que son de extrema relevancia, pues contribuyen al análisis epidemiológico, estadístico y demográfico de datos de todo el territorio nacional (Szwarcwald *et al.*, 2019). Sin embargo, existen algunas limitaciones en estudios realizados por medio de datos secundarios como los que se obtienen en esta base y uno de ellos es la subnotificación de los registros, situación común en sistemas de datos. Si, por un lado, es un gran facilitador en sugerir factores, por otro, se vuelve limitante en la averiguación de posibles factores (Szwarcwald *et al.*, 2019). En ese sentido, se hace necesaria la profundización en los datos, con investigaciones que complementen los resultados de ese estudio. Intentar entender la incidencia de subnotificaciones es uno de ellos.

En este estudio hubo una prevalencia del 56 % en el parto cesáreo entre los años 2014 y 2018. Este hecho puede ser explicado por el exceso de mujeres que desean una cesárea debido a las especulaciones negativas que existen alrededor del parto natural y que van desde el dolor hasta la estética corporal (París, Monteschio, Oliveira, Latorre, Pelosso y Mathias, 2014). Otro aspecto que contribuye a ese aumento es que en los últimos años la cesárea se presenta como un estado social, ya que puede ser realizada por planificación y horarios, además de ser más conveniente para la madre y para el profesional (Klimpel y Whitson, 2016).

Con relación a la edad materna, se nota que con el avance de la edad hay un aumento significativo de la cesárea. El número es de un 69,6 %, un 69,4 % y un 68,5 % entre aquellas madres con edades comprendidas entre los 35 y 39 años, los 40 y 44 años y los 45 y 49 años, respectivamente. Tales hallazgos sugieren que en edades más avanzadas las mujeres tienden a correr riesgos obstétricos, como compromiso fetal y algunas distocias al momento del parto (Oliveira, Ferreira y Silva, 2017).

Otro factor sugerido es que, a medida que aumenta la edad, la adquisición financiera de las mujeres es mayor y, como la cesárea se ha convertido en un bien de consumo y no solo se realiza por criterios específicos, la mujer de mayor edad consigue costear la cirugía y hacerla, a veces, por conveniencia (Santos, Martins, Souza y Batalha, 2009).

Las altas tasas de cesárea encontradas en mujeres con mayor escolaridad pueden estar relacionadas con el hecho de que, cuanto mayor sea el nivel de instrucción, mayor será la condición socioeconómica y, posiblemente, mayores las posibilidades de que la gestante logre, a través de la persuasión o pago, obtener una cesárea (Freitas y Fernandes, 2016).

Además, Pimentel y Oliveira (2016) indican que la condición económica y la escolaridad están entrelazadas, tanto que cuanto menor sea la situación económica, menor es la prevalencia de partos cesáreos entre las mujeres, pues en el sector privado tienen un precio elevado. En el sector público, en su mayoría, las cesáreas ocurren debido a necesidades específicas y es el lugar más frecuentado por gestantes en situaciones de vulnerabilidad (Santos, Martins, Souza y Batalha, 2009).

En ese estudio, la proporción de mujeres negras/indígenas estuvo asociada a la menor prevalencia de cesáreas. Posiblemente el índice disminuido de mujeres negras/indígenas en ese procedimiento está relacionado con las desigualdades sociales, ya que los grupos en cuestión, en su mayoría, viven en situación de pobreza o extrema pobreza, lo que se indica una desventaja

socioeconómica y un menor nivel de escolaridad (Theopilo, Rattner y Pereira, 2018). Además, esta población tiene menos posibilidades de tener una asistencia prenatal y una planificación reproductiva, lo que dificulta el acceso a la información y la iniciativa de la gestante. En este contexto, es menos probable que la mujer negra/indígena opte por el procedimiento, ya que el número de consultas prenatales en este grupo es menor (Sakae, Freitas y d'Orsi, 2009).

En lo que se refiere a la edad gestacional, se observó que entre las 28 y 41 semanas hubo una proporción mayor del parto quirúrgico. Los factores relacionados con este aumento son diversos, sin embargo, a veces puede estar directamente relacionado con las complicaciones que el feto puede sufrir si se mantiene en el medio intrauterino, en este caso se recomienda realizar el procedimiento quirúrgico para evitar resultados indeseados (Reis *et al.*, 2014). Algunos estudios muestran que a partir de las 42 semanas hay una mayor posibilidad de hacer un parto cesáreo, ya que muchas veces la gestante no consigue parir de forma natural ni con inducción. Sin embargo, según Souza, Amorim y Porto (2010), un embarazo prolongado puede ser evitado ya que en su mayoría ocurren por error de datación de la edad gestacional.

Por su parte, el bajo peso al nacer está asociado al parto cesáreo, debido a que se indica en el caso de complicaciones clínicas obstétricas. También el bajo peso es un factor que contribuye a la prematuridad y eso puede explicar el mayor índice de cesáreas en partos prematuros. La relación del peso al nacer y el parto cesáreo encontrada en el estudio puede estar asociada con la baja calidad de la asistencia prenatal y también a algún error en la datación basada en ultrasonidos (Silveira *et al.*, 2008).

CONCLUSIÓN

Puede concluirse que existe una asociación significativa del tipo de parto con las características sociodemográficas de la madre, del prenatal y del recién nacido. La edad y escolaridad de la madre y la mayor cantidad de consultas prenatales son factores que están asociados a una mayor prevalencia del parto cesáreo. Por su parte, el estado civil, el color de la piel y la raza están asociados a una menor prevalencia de parto cesáreo.

Gana énfasis la tasa excesiva de cesáreas y que los factores presentados posiblemente están relacionados de forma directa e indirecta con ese aumento. Sin embargo, no es posible afirmar que los únicos factores que contribuyeron a ese aumento fueron los investigados, pues existen

aspectos subjetivos que involucran la ocurrencia de modo prevalente de cesáreas que no pudieron ser evaluados en este estudio.

Una asistencia prenatal de calidad puede contribuir a disminuir las cesáreas. De esta forma, la capacitación de los profesionales de salud en la realización y el acompañamiento del prenatal es de extrema relevancia, ya que cuanta más información coherente la gestante obtiene, mayor es su conocimiento sobre los riesgos y beneficios del parto quirúrgico. Para ello, deben insertarse políticas públicas con la intención de favorecer una mejor atención prenatal y contribuir a que todo procedimiento y manejo de la gestante esté de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de Salud y del Ministerio de Salud, evitando así agravios para la madre y su hijo.

En ese sentido, es necesaria la implementación de acciones de Educación para la salud como políticas públicas que involucren a todos los profesionales de salud que están directamente relacionados al prenatal y parto. Estas implementaciones deben existir desde el momento formativo, en la academia y en el contexto laboral, con el objetivo de garantizar una calificación en la asistencia al prenatal y parto, lo que podría generar una disminución en el número de cesáreas en Brasil. En resumen, es necesario que se realicen más estudios que señalen posibles debilidades y lagunas sobre la temática, así como en la calidad de las informaciones generadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Barbosa, G. P. *et al.* (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(6), 1611-1620.
- 2- Freitas, P. F. y Fernandes, T. M. B. (2016). Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 525-538.
- 3- Klimpel, J. yWhitson, R. (2016). Birthing modernity: spatial discourses of cesarean birth in São Paulo, Brazil. *Gender, Place & Culture*, 23(8), 1207-1220.
- 4- Oliveira, L. M. N.; da Silva Ferreira, N. R. y da Silva, R. M. (2017). Perfil de mulheres submetidas ao parto cesáreo em uma maternidade pública de Teresina-PI. *Revista Interdisciplinar*, 10(1), 37-42.

- 5- Paris, G. F.; Monteschio, L. V. C.; Oliveira, R. R. D.; Latorre, M. D. R.; Peloso, S. M. y Mathias, T. A. D. F. (2014). Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(12), 548-554.
- 6- Perpétuo, I. H. O.; de Bessa, G. H. y do Carmo Fonseca, M. (2016). Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. En: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP. *Anais*, 11(1), 95-119.
- 7- Pimentel, T. A. y Oliveira-Filho, E. C. (2016). Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14(2), 187-199.
- 8- Reis, Z. S. N. *et al.* (2014). Association between Risk Pregnancy and Route of Delivery with Maternal and Neonatal Outcomes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(2), 65-71.
- 9- Sakae, T. M.; Freitas, P. F. y d'Orsi, E. (2009). Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, 43, 472-480.
- 10- Santos, G. H. N. D.; Martins, M. D. G.; Sousa, M. D. S. y Batalha, S. D. J. C. (2009). Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(7), 326-334.
- 11- Santos, J. B.; de Souza, E. D. N.; Rocha, C. S.; dos Santos Trindade, F. y de Oliveira, K. A. (2019). Aspectos epidemiológicos do parto cesáreo em sergipe. *Revista de Saúde ReAGES*, 1(4), 47-51.
- 12- Silveira, M. F. *et al.* (2008). Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 42, 957-964.
- 13- Souza, A. S. R.; Amorim, M. M. R. y Porto, A. M. F. (2010). Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*, 38(10), 505-516.
- 14- Souza, C. L. *et al.* (2018). Fatores associados à ocorrência do parto cesáreo em um hospital público da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 42(1), 76-91.
- 15- Szwarcwald, C. L. *et al.* (2019). Avaliação das informações do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, 1-13.
- 16- Theophilo, R. L.; Rattner, D. y Pereira, É. L. (2018). Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3505-3516.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no hay conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Ivanete Fernandes do Prado: es la investigadora principal y colaboró con la investigación, metodología y la redacción del artículo.

Daiane de Carvalho Souzac: colaboró con la investigación y redacción del artículo.

Darlyane Antunes Macêdo: colaboró con la metodología y la redacción del artículo.