

ANÁLISE TEMPORAL DAS TAXAS DE PARTO VAGINAL E CESARIANA NO BRASIL SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: ESTUDO BASEADO EM DADOS DO DATASUS (2015–2025)

Ana Clara Caldas Mageste Mata ¹
Izabela Ambrosio Nere Brasilino ²
Gabriela Chaves Mendes Justino ³

gabjustino@hotmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da Saúde

RESUMO

As vias de parto no Brasil têm apresentado mudanças relevantes ao longo dos últimos anos. Este estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal das taxas de parto vaginal e cesariana no Brasil entre 2015 e setembro de 2025 e identificar os grupos da Classificação de Robson que mais contribuem para essas taxas. Trata-se de um estudo retrospectivo e de série temporal, baseado em dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC/DATASUS). Foram analisados 29.058.105 nascidos vivos, dos quais 16.633.494 ocorreram por cesariana. Observou-se aumento das taxas, passando de 55,4% em 2015 para 61,2% em 2025, com média de aproximadamente 57%, valor superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde. O Grupo 5 de Robson apresentou a maior contribuição (34,45%), seguido pelos grupos de nulíparas (Grupos 1 e 2) e cerca de 80% das cesarianas ocorreram em grupos com baixa indicação esperada. Conclui-se que as elevadas taxas refletem um modelo assistencial intervencionista, indicando a necessidade de reorientação das práticas obstétricas com base em evidências.

PALAVRAS-CHAVE: cesariana; saúde materno-infantil; epidemiologia; obstetrícia; nascidos vivos.

1 INTRODUÇÃO

Analisar a taxa de natalidade de um país cuja população ultrapassa 200 milhões de habitantes, como o Brasil, é fundamental para compreender os padrões de saúde e elaborar estratégias de políticas públicas, voltadas principalmente para saúde materno-fetal (IBGE, 2025).

¹ Acadêmica do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

² Acadêmica do 11º período de Medicina, Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó/MG

³ Mestre, Docente, Ginecologista e Obstetra e Orientadora.

Segundo informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), na última década os registros de nascidos vivos no Brasil ultrapassaram 25 milhões (DATASUS, 2025). Esse volume expressivo de nascidos vivos evidencia a necessidade de sistemas de monitoramento robustos que permitam não apenas contabilizar, mas também avaliar com precisão a qualidade da assistência prestada às gestantes em todo o território nacional. Para registrar, analisar e interpretar esses dados, utiliza-se a Classificação de Robson, um sistema adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) implementado desde 2015, também conhecida como classificação dos 10 grupos (WHO, 2017).

Esse sistema, de padrão internacional, classifica todas as mulheres em uma de dez categorias mutuamente exclusivas e, em conjunto, totalmente abrangentes. As categorias são definidas com base em cinco características obstétricas coletadas rotineiramente nas maternidades: paridade, número de fetos, cesariana anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional e apresentação fetal (Eftekharian, Husslein e Lehner, 2021)

Dessa forma, é possível compreender as taxas relacionadas à natalidade, avaliar a eficácia de estratégias e intervenções, bem como identificar mudanças no comportamento obstétrico, no período de 2015 a setembro de 2025. Nesse contexto, a via de parto exerce papel central, sendo o principal objetivo da Classificação de Robson identificar e analisar os grupos de mulheres que mais e menos contribuem para as taxas globais de cesarianas (Moresi *et al.*, 2022).

Pelo fato de o Brasil se destacar por taxas de cesariana frequentemente superiores conforme afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS), as discussões sobre riscos maternos e neonatais relacionados ao procedimento são necessárias. Segundo Bacelar *et al.* (2023) cesarianas desnecessárias expõem o binômio materno-fetal a complicações respiratórias no recém-nascido, alteração da microbiota intestinal, aumento do risco de doenças imunológicas na infância e maiores chances de morbidades maternas em gestações subsequentes.

Assim, realizar uma análise temporal desses indicadores é essencial para averiguar a divergência das vias de parto, identificar fatores de risco e orientar

intervenções voltadas à redução das iniquidades em saúde. De acordo com a OMS (2015) e com Silvestri *et al.* (2024), o ideal seria uma taxa de 10% a 15% de partos cesarianos, entretanto, o Brasil se apresenta muito acima desse parâmetro. Esse distanciamento entre o preconizado e a realidade nacional reforça a urgência de estudos que avaliem a tendência histórica dos nascimentos e os determinantes que contribuem para a escolha da via de parto no país. A compreensão dessas tendências permite reconhecer fragilidades no sistema de saúde, aprimorar protocolos assistenciais e incentivar práticas baseadas em evidências.

Dessa forma, este trabalho tem como questão norteadora: como evoluíram as taxas de parto vaginal e cesariana no Brasil entre 2015 e setembro de 2025 e quais grupos da Classificação de Robson mais contribuíram para esse cenário? Em busca desse entendimento, foram utilizados dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), associados à Classificação de Robson, ferramenta amplamente utilizada em nível internacional para avaliar, monitorar e comparar as vias de parto ao longo do tempo (Brasil, 2024).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a tendência temporal das taxas de parto vaginal e cesariana no Brasil entre 2015 e setembro de 2025, utilizando a Classificação de Robson como ferramenta de estratificação. Como objetivos específicos, busca-se: (1) descrever a evolução temporal das vias de parto no período estudado; (2) identificar os grupos da Classificação de Robson que mais contribuem para a ocorrência de cesarianas; e (3) analisar os padrões observados à luz da literatura científica, discutindo suas implicações para a assistência obstétrica e a saúde materno-fetal no Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Conforme United Nations (2015), a taxa de natalidade é um importante indicador demográfico e epidemiológico para compreender a dinâmica populacional e a situação de saúde. A natalidade reflete não apenas o número de nascimentos, mas também condições sociais, culturais, assistenciais, econômicas e epidemiológicas.

Nos últimos anos, o Brasil apresentou mudanças no perfil reprodutivo, com redução da fecundidade, bem como transformações nos padrões de parto, incluindo o aumento das taxas de cesariana. Apesar disso, entre 2015 e 2025, a população brasileira cresceu cerca de 4,39% passando de 204.450.649 para 213.421.037 de habitantes (IBGE, 2015; IBGE, 2025), refletindo o efeito da dinâmica demográfica e do volume absoluto de nascimentos. Esse crescimento de aproximadamente 8,9 milhões de habitantes deve ser considerado no planejamento de políticas públicas, especialmente na área de saúde materno-infantil.

A cesariana, embora essencial em situações de risco materno ou fetal, tem sido utilizada de forma excessiva em diversos países, inclusive no Brasil. A OMS destaca que valores superiores a 10% não estão associados à redução adicional da mortalidade materna e neonatal (WHO, 2015). Em contextos de elevada ocorrência, os riscos podem superar os benefícios, incluindo complicações hemorrágicas, infecções, problemas respiratórios neonatais e maior risco de morbidade materna e de anomalias placentárias em gestações futuras (Silvestri *et al.*, 2024).

Diversos fatores contribuem para a elevação das taxas de cesariana. Segundo Silva *et al.* (2025), destacam-se aspectos econômicos, organizacionais e culturais, como a maior rentabilidade do procedimento, otimização do tempo, avanços técnicos, estrutura dos serviços de saúde e características sociodemográficas maternas. Além disso, a percepção social da cesariana como mais moderna ou menos dolorosa, associada à influência de mídias e experiências sociais, também impacta as preferências maternas. Nesse contexto, identificar os grupos de gestantes que mais contribuem para o aumento das cesarianas é essencial para orientar intervenções e promover práticas obstétricas baseadas em evidências.

Como forma de compreender esse cenário, Michael Robson propôs, em 2001, a Classificação de Robson, composta por dez grupos mutuamente exclusivos e totalmente abrangentes, baseada em características obstétricas essenciais, como paridade, apresentação fetal, gestação única ou múltipla, idade gestacional e início do trabalho de parto (OMS, 2015). Posteriormente, a OMS, em 2015, recomendou sua utilização como padrão internacional para monitoramento das taxas de cesariana por

oferecer uma metodologia simples, objetiva e comparável entre diferentes contextos (WHO, 2017).

A utilização de dados epidemiológicos fidedignos é essencial para a análise das tendências de natalidade e cesariana. Nesse contexto, o SINASC destaca-se como uma das principais bases de dados nacionais. Criado em 1990 pelo Ministério da Saúde e alimentado pela Declaração de Nascido Vivo (DNV), o sistema disponibiliza informações sobre características maternas, gestacionais e neonatais, possibilitando análises robustas sobre natalidade, variações regionais e impactos de políticas públicas. (Brasil, 2025).

Compreender quais grupos de gestantes mais contribuem para o aumento das cesarianas subsidia a formulação de estratégias de intervenção e o fortalecimento de práticas obstétricas mais seguras e alinhadas às recomendações internacionais. Nesse contexto, a integração entre a Classificação de Robson e os dados do SINASC configura-se como ferramenta essencial para a tomada de decisões baseada em evidências, contribuindo para a qualificação da assistência obstétrica e para o aprimoramento de políticas públicas em saúde materno-fetal (WHO, 2017).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, de série temporal, retrospectivo e quantitativo, que trabalhou com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos com recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem (Fontelles *et al.*, 2009). Esse delineamento foi escolhido por permitir a descrição de fenômenos populacionais em larga escala e pela capacidade de identificar padrões epidemiológicos ao longo do tempo, sem interferir nos eventos estudados.

A pesquisa foi fundamentada em dados secundários do SINASC, o SINASC/TABNET desenvolvido pelo DATASUS, abrangendo todo o território brasileiro entre 2015 e setembro de 2025. O uso de dados secundários justifica-se pela ampla cobertura, padronização nacional e alta disponibilidade de informações. A

estrutura da redação seguirá as recomendações da ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm *et al.*, 2007).

Os dados do estudo foram coletados a partir de informações do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) por apresentar dados já estruturados, disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>.

O recorte espacial foi o Brasil com recorte temporal de 2015 a setembro de 2025 e os dados foram coletados em janeiro de 2026. Foram incluídos todos os registros de nascidos vivos por ocorrência notificados no período de estudo. Foram analisados como desfechos obstétricos: (1) via de parto (cesariana ou vaginal); (2) proporção de partos cesarianos e vaginais ao longo do período; e (3) distribuição das cesarianas segundo os grupos da Classificação de Robson.

A análise dos dados foi conduzida de forma descritiva com frequências absolutas e relativas, além da tendência temporal. Os dados foram coletados, organizados no Microsoft® Excel® 2019, para possibilitar a geração de gráficos e tabelas. Posteriormente, foi realizada a interpretação comparativa entre os anos, buscando identificar padrões e oscilações relevantes na distribuição das taxas de partos. Medidas de variação percentual e gráficos de série temporal foram empregados para facilitar a visualização da evolução dos indicadores, além da análise por grupos específicos de Robson para identificar quais segmentos da população exercem maior impacto sobre a taxa global de cesarianas.

O estudo apresenta limitações que afetam a precisão dos dados. Os vieses identificados são de: informação (depende do correto preenchimento da Declaração de Nascido Vivo), seleção (devido à possível ausência de dados), viés de classificação (decorrente de registro incorreto das variáveis) e aferição (atraso na consolidação dos registros).

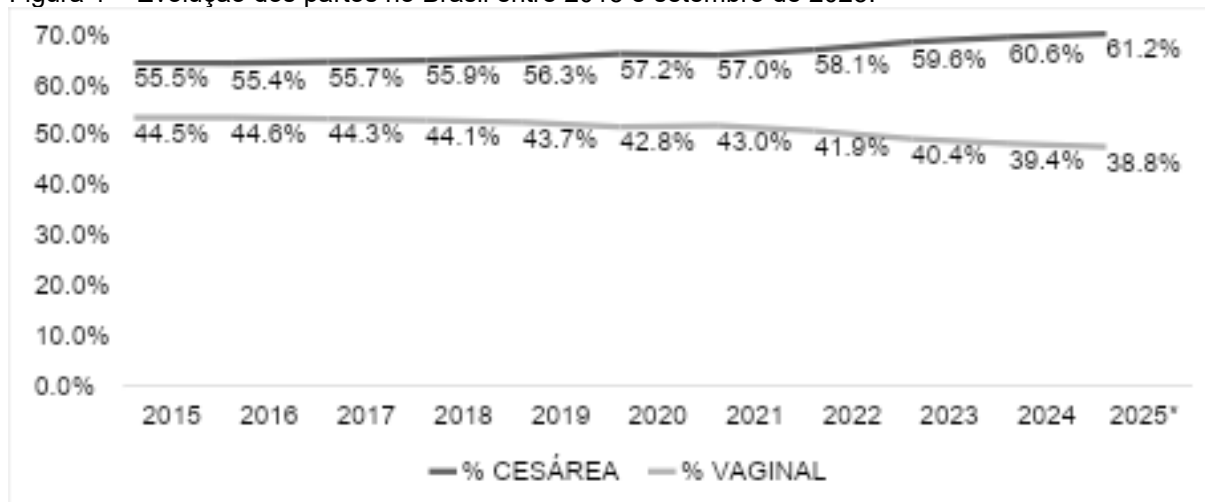
Os resultados foram analisados à luz da literatura científica, buscando identificar tendências temporais e implicações em saúde. De acordo com a Resolução

CNS nº 510/2016, o estudo não requer submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar exclusivamente dados públicos, anônimos e tratados com rigor ético (Brasil, 2016). Todas as etapas do estudo seguirão princípios éticos de transparência científica, objetivando produzir conhecimento qualificado e contribuir para o aprimoramento de políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil no Brasil.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de pesquisa observou-se o número de nascidos vivos por ocorrência de 29.058.105, sendo 16.633.494 cesarianas e 12.424.611 partos vaginais. As proporções ao longo dos anos podem ser visualizadas na Figura 1.

Figura 1 – Evolução dos partos no Brasil entre 2015 e setembro de 2025.



* Dados registrados até setembro de 2025.

Dados da pesquisa: Elaborado pelas autoras com base em DATASUS (2025)

A análise da série temporal das taxas de cesariana no Brasil entre 2015 e setembro de 2025 evidencia um crescimento progressivo ao longo do período, com aumento absoluto de 5,8 pontos percentuais (de 55,4% em 2015 para 61,2% em 2025), indicando tendência ascendente sustentada. Tal padrão não apenas confirma a tendência crescente, mas também sugere a consolidação de um modelo assistencial que favorece intervenções cirúrgicas mesmo em cenários de baixo risco. Esse achado é compatível com a literatura nacional e internacional, conforme demonstrado por Silva *et al.* (2025) e Betran *et al.* (2021), que apontam aumento das taxas de cesariana em diferentes contextos. Dessa forma, os resultados deste estudo não representam

um fenômeno isolado, mas integram uma tendência epidemiológica mais ampla, observada tanto em países de renda média quanto em sistemas de saúde com diferentes níveis de organização, reforçando a persistência de um modelo assistencial intervencionista, conforme Coutinho *et al.* (2023).

Esse crescimento contínuo, sem inversões relevantes, sugere a influência de fatores estruturais na escolha da via de parto, que ultrapassam critérios estritamente clínicos. Nesse sentido, as decisões relacionadas à via de parto não têm sido determinadas exclusivamente por indicações médicas baseadas em evidências. Destacam-se a organização dos serviços, especialmente no setor privado, a dinâmica de agenda dos profissionais, aspectos relacionados à remuneração dos procedimentos e a judicialização da prática obstétrica, que contribuem para a adoção de condutas mais intervencionistas (Belarmino *et al.*, 2024).

A atuação conjunta desses fatores não apenas favorece a realização de cesarianas, mas também contribui para a naturalização dessa via de parto como padrão assistencial, mesmo em contextos nos quais não há indicação clínica formal. Esse cenário evidencia um deslocamento da tomada de decisão do campo estritamente clínico para uma lógica organizacional e institucional, o que fragiliza a centralidade das evidências científicas na condução do parto. Esses fatores, quando combinados, configuram um ambiente propício à medicalização do parto, reduzindo a valorização da fisiologia do nascimento.

Paralelamente, verificou-se redução dos partos vaginais (Figura 1), sendo esta considerada a via associada a diversos benefícios para o binômio materno-fetal (Belarmino *et al.*, 2024), reforçando a mudança no perfil das vias de parto no país. Essa redução não deve ser interpretada apenas como uma variação quantitativa, mas como um indicativo de transformação estrutural do modelo assistencial, no qual intervenções médicas passam a ocupar papel central, inclusive em situações nas quais o parto vaginal seria clinicamente mais indicado. Esses achados apontam para a manutenção de um modelo assistencial intervencionista, mesmo diante de evidências robustas que sustentam a segurança e os benefícios do parto vaginal em gestações de baixo risco (Silva *et al.*, 2025).

Nesse contexto, observa-se que o Brasil apresentou, no período estudado, uma média de 57% de cesarianas, valor superior ao recomendado pela OMS, que preconiza taxas inferiores a 15% (OMS, 2015). Torna-se, portanto, indispensável a utilização da Classificação de Robson como ferramenta de análise e monitoramento, por permitir a estratificação das gestantes em grupos específicos e a identificação daqueles que mais contribuem para o aumento dessas taxas (Quadro 1).

Quadro 1 - Classificação de risco epidemiológico para cesariana: os 10 GRUPOS de ROBSON com seu percentual no período de estudo.

Menor expectativa de cesariana			Maior expectativa de cesariana		
Grupo 1**	Nulíparas (primeiro parto), feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, trabalho de parto espontâneo.	13,33%	Grupo 6	Nulíparas com feto em apresentação pélvica.	2,16%
Grupo 2	Nulíparas, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, indução ou cesariana antes do trabalho de parto.	17,94%	Grupo 7	Múltiparas com feto em apresentação pélvica (incluindo cesariana prévia).	2,95%
Grupo 3**	Múltiparas (sem cesariana anterior), feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, trabalho de parto espontâneo.	6,35%	Grupo 8	Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana prévia).	3,19%
Grupo 4	Múltiparas (sem cesariana anterior), feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, indução ou cesariana antes do trabalho de parto.	7,93%	Grupo 9	Todas as gestações com apresentação fetal transversa ou oblíqua (incluindo cesariana prévia).	0,34%
Grupo 5*	Múltiparas com pelo menos uma cesariana anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas.	34,45%	Grupo 10	Todas as gestações únicas, cefálicas, pré-termo (≤ 37 semanas), incluindo cesariana prévia.	8,61%

*Cesariana anterior

**Trabalho de parto espontâneo

Observação: Os demais 2,74% correspondem aos partos cesarianos que não foram preenchidos conforme os grupos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que cerca de 80% das cesarianas ocorreram nos grupos classificados com baixa indicação esperada para esse tipo de parto, nos quais há maior probabilidade de evolução para parto vaginal (Quadro 1). Destaca-se que o principal responsável pelo aumento das taxas de cesariana foi o Grupo 5 (múltiparas com pelo menos uma cesariana anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas), correspondendo a 34,45% dos casos (Quadro 1). Esse achado evidencia que a realização de uma primeira cesariana aumenta a probabilidade de novas intervenções em gestações subsequentes, caracterizando um ciclo de repetição cirúrgica.

Nesse contexto, o parto vaginal após cesariana (PVAC) deve ser considerado uma alternativa segura, com taxa de sucesso entre 60% e 80% na maioria dos estudos, desde que avaliados os fatores de risco e proteção de forma individualizada (França *et al.*, 2025). Além de seguro, o PVAC representa uma estratégia fundamental para a redução sustentada das taxas de cesariana, por atuar diretamente na interrupção do ciclo de repetição cirúrgica observado no Grupo 5 (Janjua *et al.*, 2025).

Ao analisar o Grupo 2 (17,94%) e o Grupo 1 (13,33%), sabe-se que ambos são compostos por nulíparas com gestação a termo e apresentação cefálica, diferenciando-se pelo início do trabalho de parto (Quadro 1). A elevada proporção nesses grupos, especialmente no Grupo 2, pode indicar maior frequência de intervenções obstétricas, como indução do trabalho de parto ou realização de cesariana antes do início, nem sempre justificadas clinicamente (WHO, 2018).

No grupo com maior expectativa de cesariana, que contempla feto pélvico, transverso e oblíquo, pré-termo e gestações múltiplas, incluindo cesariana prévia (Quadro 1), observa-se associação com maior complexidade obstétrica e risco materno-fetal, o que geralmente justifica a indicação cirúrgica. Nesses casos, a cesariana é considerada a via de parto mais segura, por reduzir complicações relacionadas à posição fetal, prematuridade e múltiplos fetos (Franca; Taveira, 2022).

Destaca-se o Grupo 9, de menor frequência, composto por gestações com apresentação fetal transversa ou oblíqua (Quadro 1). Embora pouco representativo, apresenta indicação quase absoluta de cesariana, devido à inviabilidade do parto vaginal contribuindo de forma limitada em termos quantitativos, mas relevante do ponto de vista clínico (Franca; Taveira, 2022).

Observou-se que 2,74% dos registros não foram classificados nos grupos de Robson, sendo considerados como dados ignorados ou não preenchidos. Essa parcela, embora relativamente pequena, representa uma limitação relevante do estudo, podendo estar associada a falhas no preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, inconsistências na coleta de dados ou qualidade variável dos registros, limitações inerentes ao uso de dados secundários (Fontelles *et al.*, 2009). Apesar

disso, a abrangência nacional do SINASC confere robustez à análise (DATASUS, 2025).

Nesse contexto, ao discutir as indicações de cesariana, torna-se fundamental considerar não apenas os critérios clínicos, mas também os aspectos éticos e legais envolvidos na escolha da via de parto. Conforme o Conselho Federal de Medicina (2016), por meio da Resolução número 2.144, em seu Art. 1º, é direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela cesariana, desde que sua autonomia seja respeitada e que receba informações adequadas sobre os benefícios e riscos de cada via. Essa decisão deve ser formalizada por meio de termo de consentimento livre e esclarecido, garantindo uma escolha ética e responsável. Adicionalmente, esse processo deve ser norteado pelos demais princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, assegurando uma assistência individualizada, com informações claras e participação ativa da gestante na decisão sobre a via de parto (WHO, 2018).

Diante desse cenário, diretrizes internacionais, como as recomendações da OMS (2018) reforçam a necessidade de uma assistência obstétrica baseada em evidências, ainda pouco implementadas na realidade observada. Quando aplicadas de forma integrada, essas recomendações contribuem para a melhoria da qualidade da assistência, independentemente do contexto ou nível do serviço de saúde (WHO, 2018).

Entretanto, apesar da existência dessa diretriz internacional, observa-se que, na prática, as taxas de parto permanecem elevadas em diversas regiões do mundo, evidenciando um descompasso entre as recomendações baseadas em evidências e a realidade assistencial. Esse cenário pode ser exemplificado pelos dados globais, que demonstram níveis persistentemente elevados e, em muitos países, tendência de crescimento dessas taxas. Em 2018, a taxa mundial de cesarianas foi de 21,1% do total de partos (Betran *et al.*, 2021).

Dados internacionais indicam taxas elevadas de cesariana em diferentes regiões, como América do Sul (42,8%) e Estados Unidos (31,9%), em 2018. Já na Europa, o percentual médio foi 28% dos partos cesáreos. Destacam-se, entretanto,

os países nórdicos (Islândia, Finlândia, Suécia e Noruega) e Israel e Holanda, as taxas variaram de 15% a 17% no mesmo período (Betran *et al.*, 2021). Esses valores, embora inferiores aos observados no Brasil, ainda se mantêm acima do recomendado, evidenciando que o excesso de cesarianas constitui um problema global, porém mais acentuado em países com maior grau de medicalização da assistência obstétrica.

Em consonância com esses achados, Swift *et al.* (2026), com base em dados de 2020, evidenciou que, nos países nórdicos, as taxas de parto vaginal são superiores às de cesariana, embora estas ainda se mantenham acima do ideal recomendado. Esse cenário pode ser explicado, em grande parte, pela organização dos sistemas de saúde desses países, que priorizam modelos de atenção centrados na fisiologia do parto e no cuidado baseado em evidências. Nesse sentido, reforça-se a importância da adoção rigorosa de protocolos clínicos, da valorização do pré-natal de qualidade e da educação das gestantes quanto às vias de parto, favorecendo decisões mais informadas.

Em contraste, o Brasil apresenta uma realidade distinta, com taxas das vias de parto muito divergentes das recomendações internacionais, conforme evidenciado pela distribuição segundo a Classificação de Robson, que demonstra taxas elevadas em grupos com menor indicação esperada de cesariana (DATASUS, 2025). Essa discrepância não se limita a diferenças numéricas, mas reflete desigualdades estruturais na organização da assistência obstétrica, indicando um desalinhamento entre a prática clínica e as diretrizes baseadas em evidências. Entre os fatores que contribuem para esse cenário, destacam-se a elevada proporção de cesarianas eletivas, a influência de aspectos culturais e institucionais, a organização dos serviços de saúde e a menor inserção de modelos de cuidado centrados na fisiologia do parto (Silva *et al.*, 2025).

Além disso, observa-se que, no contexto brasileiro, há maior participação médica na condução do parto, em detrimento da atuação de enfermeiras obstétricas, bem como a persistência de práticas que favorecem a antecipação do nascimento por via cirúrgica. Esse conjunto de fatores contribui para a manutenção de taxas elevadas,

mesmo em grupos de baixo risco, conforme evidenciado pela Classificação de Robson (Belarmino *et al.*, 2024).

Dessa forma, a comparação com países que apresentam menores taxas de cesariana evidencia a necessidade de reestruturação do modelo assistencial no Brasil, com fortalecimento de práticas baseadas em evidências, ampliação do protagonismo da mulher no processo de parto e incentivo a estratégias que promovam o parto vaginal seguro. Tais medidas são fundamentais para a redução de intervenções desnecessárias e para a melhoria dos desfechos maternos e neonatais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa, evidencia-se que a realidade das taxas de parto no Brasil expressa um modelo assistencial desalinhado à fisiologia do parto e às recomendações baseadas em evidências. Mais do que um fenômeno estatístico, esse cenário revela uma dinâmica complexa, na qual fatores clínicos, institucionais e socioculturais interagem e influenciam diretamente a tomada de decisão sobre a via de parto. O percentual superior a 57% de cesariana, especialmente em grupos com baixa expectativa de cesariana segundo a Classificação de Robson, revela uma distorção no padrão de cuidado obstétrico que ultrapassa justificativas clínicas.

Torna-se necessária uma reorientação da assistência obstétrica, com fortalecimento de práticas baseadas em evidências, qualificação do pré-natal e promoção de decisões informadas. A elevada contribuição de grupos de baixo risco para as taxas de cesariana sugere influência de fatores não clínicos, como conveniência profissional, organização dos serviços e percepções socioculturais.

No âmbito das políticas públicas, destaca-se a importância do monitoramento das taxas por grupos de Robson e do incentivo a estratégias como o parto vaginal e o PVAC, com protocolos bem definidos e capacitação das equipes, que podem impactar diretamente na redução do grupo 5, principal responsável pelo aumento das taxas.

Por fim, a mudança desse cenário depende não apenas de transformações técnicas, mas também culturais e organizacionais. A promoção de uma assistência

obstétrica mais humanizada, segura e centrada na mulher requer a integração entre políticas públicas eficazes, educação em saúde e reorganização dos serviços, garantindo que a escolha da via de parto seja fundamentada em critérios clínicos, evidências científicas e no respeito à autonomia informada da gestante.

Somente a partir dessa reestruturação será possível promover um modelo assistencial mais equilibrado, capaz de reduzir intervenções desnecessárias e melhorar, de forma consistente, os desfechos maternos e neonatais no Brasil.

REFERÊNCIAS

BACELAR, B. do N.; OLIVEIRA, IE de G.; GUEDES, CC; TOKARSKI, IC; MARTINS, LT; GALVÃO, ABZ; DE LAVOR, BSA; SILVA NETO, BAC; LINS, SD de M.; COELHO, BAG; CAMARGO, T. R. O impacto das cesarianas desnecessárias na saúde materna e neonatal no Brasil. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 8, pág. 23276–23286, 2023. DOI: 10.34117/bjdv9n8-011. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/61867>. Acesso em: 22 abr. 2026.

BELARMINO, ADRIANO DA COSTA; RODRIGUES, MARIA EUNICE NOGUEIRA GALENO; RODRIGUES, PATRICIA LIMA; VIEIRA, LUIZA JANE EYRE DE SOUZA; ANJOS, SAIWORI DE JESUS SILVA BEZERRA DOS; FERREIRA JÚNIOR, ANTONIO RODRIGUES. Desafios da gestão e cuidado em centros de parto normal: estudo qualitativo com enfermeiros obstetras. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 29, 2024. DOI: 10.1590/ce.v29i0.92029. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/92029>. Acesso em: 26 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>. Acesso em: 24 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2026.

COUTINHO, CONRADO MILANI; GEORG, ALEXIA VIEGAS; MARÇAL, LIGIA CONCEIÇÃO ASSEF; NIETO-CALVACHE, ALBARO JOSÉ; ADU-BREDU, THEOPHILUS; D'ANTONIO, FRANCESCO; PALACIOS-JARAQUEMADA, JOSÉ MIGUEL. Espectro do acretismo placentário: recomendações atualizadas da

perspectiva do profissional de imagem pré-natal. **Femina**. 2023;51(6):326-32. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ6Z2023Z-ZWeb.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2026.

DATASUS. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**: nascidos vivos por Unidade da Federação. Brasília, DF: DATASUS, out. 2025. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 22 nov. 2025.

EFTEKHARIAN, CHRISTABEL; HUSSLEIN, PETER WOLF; LEHNER, RAINER. Cesarean Section Rate and Perinatal Outcome Analyses According to Robson's 10-Group Classification System. **Maternal and Child Health Journal**, [S. l.], v. 25, n. 9, p. 1474-1481, set. 2021. DOI: 10.1007/s10995-021-03183-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181155/>. Acesso em: 22 nov. 2025.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Belém, PA**, 2009. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/365/o/METODOLOGIA_DA_PESQUISA_CIENT%8DFICA__DIRETRIZES_PARA_A_ELABORA%87%C3%83O_DE_UM_PROTOCOLO_DE_PESQUISA.pdf. Acesso em: 22 nov. 2025.

FRANCA, CAMYLLA CLEMENTE DA; TAVEIRA, LÚCIA DE MEDEIROS. Indicação de cesariana baseada em evidências. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 395–409, 2022. DOI: 10.5281/zenodo.7362970. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/413>. Acesso em: 27 mar. 2026.

FRANÇA, GABRYELA DE SOUSA; SOUSA, ALAN LOPES DE; SOUSA, ANGELA GABRIELLE SANTOS; SOUSA, ANNA MÁRCIA LEAL DE; SOUSA, JOCSAM HENRIQUE GOMES DE; CARVALHO, SAVANA SANTOS; JÚNIOR, JOSÉ LOPES PEREIRA; SANTOS, THAINÁ PINTO DOS. Trabalho de parto em pacientes com cesariana prévia: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [s. l.], v. 1, pág. e77747, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n1-427. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77747>. Acesso em: 27 mar. 2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2015. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2015. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf. Acesso em: 26 mar. 2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2025. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html> . Acesso em: 22 abr. 2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do Censo 2022**. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 05 nov. 2025.

JANJUA, M.; SYED, SZ; JAVAID, F.; MEHMUD, Q.; ZAFAR, I.; ZAFAR, A. Frequência de parto vaginal após cesariana e fatores associados ao sucesso do parto vaginal após cesariana: Sucesso e fatores do parto vaginal após cesariana. **Pakistan Journal of Health Sciences** , Paquistão, v. 6, n. 3, p. 174–178, 2025. DOI: 10.54393/pjhs.v6i3.2661. Disponível em: <https://www.thejas.com.pk/index.php/pjhs/article/view/2661>. Acesso em: 22 abr. 2026.

MORESI, E. H. C.; MOREIRA, P. P.; FERRER, I. L.; BAPTISTELLA, M. K. C. S.; BOLOGNANI, C. V. Classificação de Robson para cesariana em um Hospital Público do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 1043–1050, out./dez. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200040017>. Acesso em: 08 out. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesarianas**. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**. 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a030b6a-827d-4af4-b865-b56747b7c771/content>. Acesso em: 08 out. 2025.

REZENDE, JOFFRE MARCONDES DE. *A primeira operação cesariana em parturiente viva*. In: **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-19.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2026.

SILVA, K. K.; MUNDIM CARDOSO, L.; MARQUES PACHECO, L.; DE SIQUEIRA LANA, J. G.; IVO DOS SANTOS, I.; GUELFY COSTA, F.; DA SILVA, M. A. Panorama das cesarianas no Brasil na última década: análise ecológica das regiões. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 7, n. 9, p. 444–462, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n9p444-462. Disponível em: <https://bjih.scielo.org.br/bjih/article/view/6284>. Acesso em: 22 abr. 2026.

SILVESTRI, G. L.; QUERIDO, G. K. R.; MARTUCCI, H. da S.; MELLO, M. J. T.; GADBEM, T. A. V.; MARINI, D. C. COMPLICAÇÕES DA CESÁREA NA SAÚDE INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , [S. l.], v. 6, n. 4, p. 1413–1432, 2024. DOI:

10.36557/2674-8169.2024v6n4p1413-1432. Disponível em:
<https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/1931>. Acesso em: 22 abr. 2026.

SWIFT, EMMA; ELVANDER, CHARLOTTE; BLIX, ELLEN; GISSLER, MIKA; MURTO, TIINA; MAIMBURG, RIKKE DAMKJÆR; DALBYE, REBECCA; GOTTFRÉÐSDÓTTIR, HELGA; NIELSEN, KAMILLA GROENEMEIJER; ULFSDOTTIR, HANNA; RYDAHL, EVA. **Birth interventions and outcomes among first time mothers: a population-based register study in four Nordic countries.** *Sexual & Reproductive Healthcare*, v. 47, p. 101185, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2026.101185>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575626000030>. Acesso em: 27 mar. 2026.

UNFPA - UNITED NATIONS POPULATION FUND. *World Population Data 2025*. **New York: UNFPA**, 2025. Disponível em: <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>. Acesso em: 26 mar. 2026.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2015 Revision*. **New York: United Nations**, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/pt/desa/world-population-prospects-2015-revision>. Acesso em: 26 mar. 2026.

VON ELM, E.; ALTMAN, D. G.; EGGER, M.; POCOCK, S. J.; GÖTZSCHE, P. C.; VANDENBROUCKE, J. P. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v. 335, n. 7624, p. 806-808, out. 2007. DOI: 10.1136/bmj.39335.541782.AD. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18313558/>. Acesso em: 23 set. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification**: Implementation Manual. **Genebra: WHO**, 26 nov. 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>. Acesso em: 02 out. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva: World Health Organization**, 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>. Acesso em: 27 mar. 2026.