



Uema

UNIVERSIDADE ESTADUAL
DO MARANHÃO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE SANTA INÊS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

NATHÁLIA SOUZA

**ANÁLISE DAS TAXAS DE CESÁREA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE
ROBSON EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2017 A 2021.**

Santa Inês

2024

NATHÁLIA SOUZA

**ANÁLISE DAS TAXAS DE CESÁREA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE
ROBSON EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2017 A 2021.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual do Maranhão
(UEMA) para obter o grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Aline Santana
Figueredo.

Santa Inês

2024

Souza, Nathália.

Análise das taxas de Cesária segundo a classificação de Robson em um município do Maranhão no período de 2017 a 2021. / Nathália Souza. – Santa Inês - MA, 2024.

58 f.

Orientadora: Profa. Ma. Aline Santana Figueiredo.

Monografia (Graduação) – Curso de Enfermagem Bacharelado, Campus de Santa Inês, Universidade Estadual do Maranhão, 2024.

1. Obstetrícia. 2. Parto cirúrgico. 3. Classificação de Robson. I. Título.

CDU 616-089.888.81(812.1)

NATHÁLIA SOUZA

**ANÁLISE DAS TAXAS DE CESÁREA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE
ROBSON EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2017 A 2021.**

Monografia apresentada junto ao curso de
Enfermagem da Universidade Estadual do
Maranhão (UEMA), para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em:06/02/2024.

Nota:10,0

BANCA EXAMINADORA

Aline Santana Figueredo

Prof.^a Me. Aline Santana Figueredo (Orientadora)

Mestre em Saúde do Adulto
Universidade Estadual do Maranhão

Aline

Prof. Dr. Dênis Rômulo Leite Furtado

Doutor em Engenharia Biomédica
Universidade Estadual do Maranhão

Eliane Mendes Rodrigues

Profa. Dra. Eliane Mendes Rodrigues

Doutora em Engenharia Biomédica
Universidade Estadual do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder o através de sua grandiosidade, o potencial para tornar realidade este grande sonho. Cada pessoa que encontrei neste árduo caminho, os obstáculos que foram superados e por ter desenvolvido o amor por cuidar de vidas, eu sei que teve e tem muito de ti, meu Deus.

A mim, Nathália, por todas as vezes que me motivei a buscar dias melhores para mim, a quem amo e aos pacientes que cuidarei.

À minha mãe Jaynara, minha avó, Elizabeth e a minha tia, Anailde pelo incentivo, amor e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Este sonho não é somente meu, mas o nosso sonho. Sem suas orações, nada seria possível!

À minha segunda mãe, Danielle e ao meu pai, Marcos, agradeço muito por suas palavras de incentivo e esperança em tantos momentos. Sem dúvidas há muito em vocês em quem quero ser!

Ao meu namorado, Lucas, toda a minha gratidão por ter me ajudado tanto nas dificuldades cotidianas, por compreender minhas ausências e me apoiar com um amor puro e genuíno.

Aos meus amigos, Ruan, William, Daniel e Hellen, pelos momentos de diversão e sintonia. Todo o processo pareceu mais leve e melhor com vocês!

Aos meus amigos de curso, Hil, Ivana, Matheus, Igor, Alexandre, Aryanne, pela amizade, apoio e encorajamento durante todos esses desafiantes anos. Vocês foram importantíssimos para minha construção como profissional e ser humano melhor!

À enfermeira e coordenadora de curso, Jéssica Rayanne, gratidão pelo seu trabalho duro, pela sua delicadeza em manejar os problemas e focar na resolução destes. Obrigada por tanto, não somente a mim, mas a todos do campus!

À minha orientadora e mestre, Aline Santana Figueredo, pela constante presença, pelos ensinamentos, correções, humor e incentivo durante essa fase. Minha eterna admiração pelo profissional incrível e pessoa impar que és!

À Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), campus de Santa Inês, que por muitos anos foi minha casa e a todos os mestres que tive durante a graduação, afinal, sem eles eu não chegaria até aqui!

RESUMO

As intervenções cirúrgicas como a Cesárea (CS) são necessárias quando o trabalho de Parto Vaginal (PV) não tem progresso fisiológico ou apresenta potencial risco ao binômio. Nesse viés, a Organização Mundial de Saúde (OMS) determinou que a taxa ideal de cesárea seria entre 10 a 15%, uma vez que o aumento dessas porcentagens não foi associado como benéfica para a redução do óbito materno e neonatal. Foi selecionado como método a classificação do Grupo de Robson (GR) que tem como objetivo reunir, analisar e comparar as taxas de CS. Esse estudo teve como objetivo analisar as Taxas de Cesariana (TCS) segundo a classificação do Grupo de Robson (GR) no município de Santa Inês- Maranhão no período de 2017 a 2021. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, longitudinal, retrospectivo de natureza quantitativa, na qual foram utilizados dados secundários do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A amostra da pesquisa foi de 7.223 nascimentos por CS. Os dados foram armazenados através do programa Microsoft Excel® versão 2019, além disso, os testes estatísticos foram realizados no Software GraphPad Prism versão 2.0.2. Também foram realizadas análises descritivas apresentadas por meio das Taxas Absolutas (TA) e Taxas Relativas (TR). Os resultados apontaram que a CS foi a modalidade de parto mais comum na cidade de Santa Inês -MA, compreendendo a TCS de 56%. A CS foi maioria em mulheres com faixa etária entre 20 a 24 anos (31%), de cor Parda (89%), com 8 a 11 anos de Escolaridade (76%), que viviam em união consensual (45%) e tinha um pré-natal mais que adequado (44%). Ao distribuir as mulheres entre as GR, os grupos 5(34%) e 1(30%) tiveram grande prevalência entre a população cesareada, entretanto, quanto à análise das TA e as TR todos os 10 grupos da GR apresentaram TCS aceitável, exceto pela GR 3 e 1. A CR 3 contabilizou respectivamente, TA e TR de 12, 18% e 21,75% na qual não deveria ultrapassar 3%, já o GR 1 teve TR de 29,55% na qual deveria estar abaixo de 10%, deste modo acima do índice preconizado pela OMS. Conclui-se que mediante as TCS encontradas e a maior prevalência de partos por CS nos GR 5, 1 e 3, afim de reduzir as TCS são necessárias intervenções voltadas à prevenção da primeira cesárea em nulíparas e ao incentivo ao PV quando este for passível de indicação em todas as mulheres.

Palavras-chave: Obstetrícia; Parto Cirúrgico; Classificação de Robson.

ABSTRACT

Surgical interventions such as Cesarean Section (CS) are necessary when Vaginal Labor (PV) does not progress physiologically or presents a potential risk to the couple. In this sense, the World Health Organization (WHO) determined that the ideal cesarean section rate would be between 10 and 15%, since increasing these percentages was not associated with being beneficial for reducing maternal and neonatal deaths. The Robson Group (GR) classification was selected as a method, which aims to gather, analyze and compare CS rates. This study aimed to analyze Cesarean Section Rates (TCS) according to the Robson Group (GR) classification in the municipality of Santa Inês- Maranhão from 2017 to 2021. This is a descriptive, longitudinal, retrospective epidemiological study of quantitative nature, in which secondary data from the database of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) were used. The research sample was 7,223 births by CS. The data were stored using the Microsoft Excel® version 2019 program, in addition, statistical tests were carried out using the GraphPad Prism Software version 2.0.2. Descriptive analyzes presented using Absolute Rates (TA) and Relative Rates (TR) were also carried out. The results showed that CS was the most common birth modality in the city of Santa Inês -MA, comprising 56% of TCS. CS was the majority of women aged between 20 and 24 years (31%), of mixed race (89%), with 8 to 11 years of schooling (76%), who lived in a consensual union (45%) and had more than adequate prenatal care (44%). When distributing women among the GR, groups 5(34%) and 1(30%) had a high prevalence among the cesarean section population, however, regarding the analysis of AT and TR, all 10 GR groups presented acceptable TCS, except by GR 3 and 1. CR 3 accounted respectively for TA and TR of 12, 18% and 21.75%, which should not exceed 3%, while GR 1 had a TR of 29.55%, which should be below 10%, thus above the rate recommended by the WHO. It is concluded that, based on the TCS found and the higher prevalence of births due to CS in GR 5, 1 and 3, in order to reduce TCS, interventions are needed aimed at preventing the first cesarean section in nulliparous women and encouraging PV when this is capable of indication in all women.

Keywords: Obstetrics; Surgical Delivery; Robson Classification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Distribuição do perfil socioeconômico materno de mulheres submetidas a cesariana, em Santa Inês (2017-2021).....	31
Tabela 2 — Distribuição das Taxas de Cesárea (TCS) de acordo com a Classificação de Robson no período de 2017 a 2021, em Santa Inês (MA).	33
Tabela 3 — Distribuição das Taxas Absolutas e relativas preconizadas e as encontradas na cidade de Santa Inês, segundo os Grupos de Robson. .	34
Tabela 4 — Distribuição das características da gestação atual de mulheres submetidas a cesárea, em Santa Inês-MA (2017- 2021).	34
Tabela 5 — Correlação entre o número de consultas pré-natais e o parto cesárea.	36

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Características dos nascimentos segundo a Classificação de Robson.	23
Figura 2 — Distribuição temporal quanto os tipos de parto no município de Santa Inês no período de 2017 a 2021.....	30

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
CR	Classificação de Robson
CS	Cesárea
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
GR	Grupos de Robson
HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PV	Parto Vaginal
PVAC	Parto Vaginal Após Cesariana
RC	Rede Cegonha
TA	Taxas Absoluta
TB	Trabalho de Parto
TCS	Taxa de Cesárea
TR	Taxa Relativa
TRG	Teste Rápido de Gravidez

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo geral.....	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Aspectos fisiológicos da gestação	16
3.2	Indicação da via de parto	17
3.3	A cesariana: conceito e contextos	20
3.4	A classificação de Robson.....	21
3.5	A epidemiologia da Cesariana no Brasil, segundo a Classificação de Robson (CR).....	24
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
4.1	Tipo do estudo	26
4.2	Local do Estudo	26
4.3	População	27
4.4	Variáveis	27
4.5	Instrumento para Coleta de Dados.....	28
4.6	Processamento e Análise dos Dados.....	29
4.7	Aspectos Éticos	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÕES	37
7	CONCLUSÃO.....	47
	Referências.....	48
	ANEXOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

As intervenções cirúrgicas como a Cesárea (CS) são necessárias quando o trabalho de Parto Vaginal (PV) não tem progresso fisiológico ou apresenta potencial risco ao binômio. Quanto devidamente indicadas, as cesáreas podem reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal, porém, não existem evidências de que fazer CS em mulheres ou bebês que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios (Soares *et al.*, 2021; OMS, 2017).

Estudos demonstram que a indicação é benéfica em casos que envolvem casos de distocia, falha na indução do parto com a ocitocina, CS prévia, desproporção céfalo-pélvica, inadequado posicionamento fetal, sofrimento fetal agudo, e mediante intercorrências clínicas e obstétricas como Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), diabetes mellitus e em síndromes hipertensivas, comuns em gestantes de alto risco (Mendonça *et al.*, 2021; OMS, 2015).

Assim como qualquer cirurgia, a CS pode acarretar riscos imediatos e a longo prazo, no qual podem se estender a anos, comprometendo futuras gestações (OMS, 2015). Entre os riscos maternos, cabe citar o risco de hemorragias intraparto e pós-parto e a elevação dos riscos de infecção e sepse, entre outros. Quanto aos riscos fetais, destacam-se a maior suscetibilidade a prematuridade iatrogênica, ao aumento das taxas de taquipneia transitória e aguda (Barcelar *et al.*, 2023).

Historicamente, no último século, os processos relacionados ao parto e nascimento sofreram significativas e graduais mudanças. Tendo como objetivos de minimizar os riscos, o ato de parir transitou do ambiente domiciliar para o hospital, das parteiras como facilitadoras ao modelo higienista que transformou a parição em um procedimento médico-cirúrgico, caracterizando deste modo, o modelo obstétrico brasileiro vigente (Pasche *et al.*, 2014).

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017) destaca que com a prevalência do modelo intervencionista, o parto cirúrgico se tornou globalmente em uma verdadeira "epidemia" em virtude do aumento significativo desse parto em nas últimas décadas. Entretanto, esse modelo tem sido caracterizado pelas altas Taxas de Cesáreas (TCS), que tem sido associada atualmente a elevados índices de óbito materno e neonatal (Alves *et al.*, 2023; Vendrúscolo; Kruehl, 2017).

No Brasil, dados demonstram que as TCS têm sido acima dos limites estabelecidos. A partir do ano de 2010, o número de cesarianas ultrapassou os partos por PV, e houve um aumento progressivo acima de 55% até 2022. No que refere às variações entre as regiões do país, na última década, o Sudeste, Nordeste e Sul foram responsáveis pelos maiores índices de CS, e contabilizaram respectivamente 42.08%, 25.35% e 14.66%, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste registraram os menores índices, com 8.9% e 9.01% (DATASUS, 2023).

Com o predomínio do modelo tecnocrático na assistência obstétrica, a presença de intercorrências clínicas na gestação ou parto, o aumento da idade materna, a presença de uma cesariana anterior, a comodidade do profissional e, principalmente, a cesariana a pedido, são fatores associados ao aumento da prevalência das TCS, que atualmente é a principal via de parto no país (Ribeiro, 2017).

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015) determinou que a taxa ideal de cesárea seria de 10% e não ultrapassasse o máximo de 15%, uma vez que o aumento dessas porcentagens não foi associado como benéfica para a redução do óbito materno e neonatal no Mundo. No Brasil, entretanto, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC – SUS), adaptou que as TCS não ultrapassassem 30%, em virtude da prevalência de mulheres com CS anterior no país (BRASIL, 2016).

Em 2011, a OMS efetuou uma revisão sistemática e identificou 27 sistemas que se propunham a analisar as TCS. Essas classificações analisaram “quem” (características da mulher), “por que” (indicação), “quando” (com base na urgência), bem como “onde”, “como” e “por quem” uma CS foi realizada (OMS, 2017).

A partir da análise de diferentes métodos, no ano de 2014, com o objetivo de identificar métodos eficazes para comparar de forma padronizada TCS em diferentes populações, além de investigar os fatores envolvidos no aumento constante, a OMS selecionou para coletar, reunir e calcular as TCS, a Classificação de Robson (CR) (OMS, 2017).

A classificação proposta pelo obstetra irlandês Michael Robson, tem como objetivo reunir, analisar e comparar as indicações e taxas de Cs ao longo dos anos a nível local, regional e mundial (Robson, 2001). A CR utiliza cinco características obstétricas comuns e rotineiras, as classifica e distribui em 10 grupos. Considera-se

entre as variáveis o antecedente obstétrico, a idade gestacional, quanto evolução do parto, apresentação fetal e o número de fetos (FIOCRUZ, 2018; Robson, 2001).

Em comparação com outras classificações de CS, a CR oferece muitas vantagens (Nakamura-Pereira, 2017). Suas categorias são totalmente inclusivas, pois classifica todas as gestantes e, simultaneamente, exclusiva já que uma mulher não pode ser classificada em mais de um grupo, deste modo, esse sistema possibilita a análise dos índices de mulheres submetidas a CS, quanto aquela que pariram por PV, sendo assim para todas as mulheres (FIOCRUZ, 2022).

A partir dos dados coletados, presume-se que através da identificação dos GR e nas variações das TCS, seja possível compreender tanto quanto o perfil obstétrico e institucional, quanto as características mais prevalentes a essa modalidade nascimento. Considerando a relevância de conhecer não somente as TCS, bem como de compreender o perfil socioeconômico e obstétrico as quais estão associadas, esse estudo tem como objetivo analisar as taxas de cesariana segundo a Classificação dos Grupo de Robson (CR) no município de Santa Inês - Maranhão no período de 2017 a 2021.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as Taxas de Cesariana (TCS) segundo a classificação do Grupo de Robson (GR) na cidade de Santa Inês- Maranhão no período de 2017 a 2021.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a prevalência do parto por incisão cirúrgica baseado nos critérios contidos na CR a partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Identificar o perfil socioeconômico e as características obstétricas das mulheres submetidas a esse procedimento;
- Verificar o papel da enfermagem no contexto de redução das TCS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos fisiológicos da gestação

A gestação é um fenômeno fisiológico que promove alterações profundas no organismo materno necessárias para a manutenção materno-fetal da gestação até o parto. É uma experiência de vida saudável que abrange mudanças físicas, sociais e emocionais (BRASIL, 2022).

Nesse sentido, em termos físicos, envolve modificações nos sistemas metabólico, cardiovascular, gastrointestinal e musculoesquelético, influenciadas principalmente pelos hormônios placentários. Isso inclui ajustes no metabolismo lipídico e glicêmico, aumento do volume plasmático, na frequência cardíaca e quanto resistência vascular, além de mudanças posturais e relaxamento das articulações. No âmbito emocional, as gestantes estão mais suscetíveis a enfrentar medos, ansios e incertezas (Montenegro; Rezende, 2017; Zugaib, 2023).

Nesse sentido, é essencial por esse motivo deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas, complexas e individuais, e, portanto, deve-se subsidiar o prosseguimento de cada gestação de maneira humanizada, holística e pautada em evidências científicas, garantindo a cada mulher, os cuidados necessários ao sucesso da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2022).

Visando a identificação precoce das gestantes, o MS, por meio da Rede Cegonha (RC) incluiu o Teste Rápido de Gravidez (TRG) como um exame de rotina do pré-natal, nesse sentido, é preconizado cabe a equipe multiprofissional e de enfermagem fique atento aos sinais de gravidez. Dentre os sinais de presunção de atraso menstrual, as manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência) e modificações anatômicas podem sugerir a gravidez. Ademais, a outras sugestões de probabilidade como, amolecimento da cérvix uterina, paredes vaginais aumentadas e positividade no exame de Gonadotrofina Coriônica Humana (HCG). Nesse contexto, os sinais de certeza que são a ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), percepção dos movimentos fetais e visualização de saco gestacional por meio de ultrassonografia (BRASIL, 2013).

A identificação precoce da gravidez fomenta o início dos cuidados perinatais. Assim, o acompanhamento de pré-natal é fundamental para a gestante, oferecendo um conjunto de ações clínicas e educativas que visam promover a saúde e prevenir problemas que possam prejudicar o binômio. Tem como objetivo principal a identificação de possíveis problemas de saúde, afim de tratá-los precocemente e garantir um bom desenvolvimento mais saudável da gestação. Nesse sentido, é recomendado que a gestante faça no mínimo seis consultas de pré-natal sob a garantia de um atendimento holístico e interdisciplinar humanizado e voltado à individualidade de cada concepção (Azevedo; Ribeiro, 2019).

O momento do nascimento, por sua vez, é um momento singular na vida da mulher, e consiste no momento de resolução do ciclo gravídico-puerperal, constituindo-se como um momento definitivo e condicionante do futuro da gestante e do recém-nascido. Esse momento importante, trata-se de decisões determinantes aos desfechos da gestação, como por exemplo escolha da via de parto (Botentuit, 2021; Franca; Taveira, 2022).

Tendo em vista a relevância desse momento, é essencial garantir o protagonismo da mulher e sua autonomia na escolha e decisão pela via, de modo que o momento do nascimento seja alinhado preferencialmente a uma indicação baseada na individualidade de cada gestação, deste modo, proporcionando estratégias para redução da morbidade e mortalidade materna (FIOCRUZ, 2015).

3.2 Indicação da via de parto

O parto consiste no encerramento do processo gestacional, e pode ocorrer por duas vias: pelo PV ou CS. No parto vaginal, a mulher o realiza e tem a autonomia no prosseguimento que envolve o nascimento. Nessa via, os profissionais assumem uma postura mais passiva, de modo a intervir no parto somente quando necessário (Franca; Taveira, 2022).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), conceitua o parto normal como aquele que tem início de forma espontânea e que ocorre por via vaginal. É um processo fisiológico que respeita o momento certo de nascimento e acontece da forma mais natural possível. Em situações de risco habitual, a criança nasce naturalmente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 41 semanas completas de gravidez.

Outra via de parto é cirúrgica, conhecida como cesariana. Ela foi inicialmente desenvolvida para ser utilizada em situações de risco para mãe e para o bebê, como complicações no parto e/ou sofrimento fetal. Assim, a CS tem a finalidade de salvar vidas quando o PV oferece riscos eminentes a vida materna e fetal, sendo chamada de indicações absolutas de CS (Franca; Taveira, 2022).

Todavia, o processo de parto, seja ele normal ou cirúrgico, requer uma abordagem que respeite as expectativas da mulher, levando em consideração as condições de saúde do binômio. É essencial que a gestante tenha conhecimento de seus direitos e participe de um pré-natal de qualidade, afim de que seja viável promover cuidados adequados até o parto. Nesse processo, é importante que a mulher conheça melhor as características do PV e da CS, de modo a ajudá-la a entender a indicação, os benefícios e riscos envolvidos em cada via, esses pilares que são fundamentais para garantir a humanização da atenção ao parto e ao nascimento (UNICEF, 2017).

A OMS preconiza que o objetivo da assistência ao parto está voltado a manutenção de mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas necessárias, buscando garantir a segurança de ambos (OMS, 2017). Além disso, infere-se que esperar o trabalho de parto espontâneo é um dos aspectos fundamentais para garantir um parto e um nascimento humanizados que envolvem desde o pré-natal, passando pelo parto, até o puerpério (UNICEF, 2017).

A CS é indicada somente quando há riscos de óbito materno e/ou fetal, principalmente mediante a presença de patologias na gestante e/ou no bebê que impedem a progressão da gestação, e conseqüentemente a ocorrência do PV (Botentuit, 2021).

Essas indicações são divididas em absolutas e relativas. Dentre as indicações absolutas está a desproporção céfalo-pélvica, situação fetal transversa, herpes genital ativo, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo. As indicações relativas, incluem: feto não reativo em trabalho de parto, gestante infectada pelo HIV positivo (carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml), descolamento prematuro de placenta, apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da posição dos fetos), macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia (BRASIL, 2016). Além disso, em situações especiais, tais como placenta prévia total, placenta acreta, prolapso de cordão umbilical, sofrimento fetal, descolamento prematuro da placenta, se a CS for considerada a via mais rápida,

pode ser a via preferível, além disso, também está entre as contraindicações o histórico de cesariana prévia (Rezende-Jorge, 2022).

Quanto a CS prévia ser considerada uma indicação a um novo parto cirúrgico, o Ministério da Saúde (2016) considerando que houve um intervalo entre partos de até 15 meses e duas CS anteriores, a mulher e o médico podem decidir ao que se conhece como Parto Vaginal Após Cesariana (PVAC). Na ausência de contraindicações, encoraja-se a tentativa PVAC mediante a uma conduta individualizada, considerando riscos e benefícios de nova CS versus e os riscos de ocorrer o PV, incluindo riscos de ruptura uterina (FIOCRUZ, 2018).

Nesse sentido as mulheres múltiparas e com histórico de partos cirúrgicos anteriores, como as do GR 5, devem durante as consultas de pré-natal serem informadas sobre a possibilidade de realizar o PVAC, e se decidido pelas mulheres, serem preparadas para a realização do PV (Carvalho *et al.*, 2023).

A ocorrência da CS por escolha da mulher mesmo sem indicação médica está influenciada por diversos fatores, que englobam tanto aspectos clínicos quanto não clínicos, abrangendo elementos socioeconômicos e demográficos. Estes incluem a idade materna, etnia, situação conjugal, renda familiar, nível de escolaridade e ocupação (Rocha *et al.*, 2023).

Adicionalmente, os fatores relacionados à história médica e obstétrica, como paridade, peso materno, antecedentes clínicos de risco e a qualidade da assistência pré-natal, também desempenham um papel crucial. Além disso, fatores associados à gestação e ao trabalho de parto, como idade gestacional e complicações durante a gestação, também desempenham um papel nesse contexto (Nogueira *et al.*, 2023).

No Brasil, pela recomendação N^o 011, de 07 de maio de 2021 é direito da mulher solicitar uma CS eletiva mesmo sem indicação clínica, entretanto, a gestante deve passar por aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra, tendo em vista ser orientada sobre as implicações do PV e CS, seus benefícios e riscos. Após a orientação, caso tenha o desejo de realizar cirurgia, a mulher deve passar por consulta com psicólogo, propiciando o diálogo quanto as suas preocupações e motivações por tal decisão, se mantido o posicionamento, os profissionais e a mulher devem assinar um termo de consentimento (BRASIL, 2021).

Ademais, quanto as CS intraparto e/ou de urgência/emergência, por distocia ou outra intercorrência, por indicação médica devem ser justificadas por relatório médico referindo o motivo da indicação, acompanhado de partograma, que permite uma representação gráfica do TP que permite acompanhar sua evolução, diagnosticar alterações e indicar se houve ou não intervenções desnecessárias (BRASIL, 2021).

Considerando a não indicação, a CS pode potencializar os riscos de complicações maternas e neonatais. Dentre os possíveis agravos à saúde, a mulher pode sofrer com eventos tromboembólicos, hemorragias, complicações da ferida cirúrgica, infecções generalizadas como a sepse, além de anomalias na placentação em gestações subsequentes (Ribeiro, 2017; Mascarello; Horta; Silveira, 2017).

Para os recém-nascidos, as complicações podem ser ter caráter tardio ou imediato, sendo possível o acometimento da prematuridade iatrogênica, de baixo peso ao nascer e síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (Rezende-Jorge, 2022).

Portanto, é essencial que a escolha pela CS seja voltada preferencialmente a indicação médica baseada em evidências científicas.

3.3 A cesariana: conceito e contextos

Segundo Parente e colaboradores (2010), a operação cesariana é uma das mais antigas da medicina, entretanto, as primeiras referências a esse tipo de parto na história são incertas e envolvem lendas e narrativas transmitidas oralmente provenientes da mitologia.

Etimologicamente, o nascimento de uma criança por corte das paredes abdominais provém do verbo latino caedere que significa cortar. Dentre outras possíveis origens do nome, é provável que remeta a Léi de César (lex caesarea), estabelecida no ano de 715 A.C até a o final da Idade Média, onde foi decretado a via abdominal a fim de salvar a vida do feto após a morte materna (Arencibia Jorge, 2002).

Nos dias atuais, a cesariana atingiu grande visibilidade devido ao seu aperfeiçoamento técnico e diminuição do risco, uma vez que essa intervenção remete a uma cirurgia simples e de segurança (Montenegro; Rezende, 2017).

A CS, que era uma cirurgia excepcional, tornou-se comum devido ao avanço de técnicas cirúrgicas, uso de anestesia, dos recursos farmacológicos e a melhora nos métodos de antissepsia, a CS deixou de significar obrigatoriamente após morte materna. Nesse contexto, a partir da análise das TCS, a escolha pelo parto cirúrgico aumentou em vários países nos últimos anos, na qual denota-se, portanto, um grande problema de saúde pública, devido ao aumento dos riscos maternos e perinatais que essa via representa (Silva, 2019).

Rezende-Jorge (2022) reiteram que partir do século XX, houve um aumento progressivo e linear na escolha pela CS como via de parto, uma vez que passou a ser planejada e que muitas vezes é realizada por solicitação da mulher, por conveniência médica mesmo sem indicação clínica, resultando em aumento exponencial da operação.

Na década de 90, de acordo com Monteiro e Rezende (2017), a busca por esterilização cirúrgica como através da CS, foi socialmente associado como meio para obtê-la, incorporando-lhe aumento e sendo uma das causas associadas às elevadas estatísticas.

Em 2023, a Lei Federal nº 14.443/2022, que atualiza a legislação sobre o Planejamento Familiar no Brasil permite a laqueadura tubária no momento do parto. Segundo Braga *et al* (2023), é provável que a busca pela laqueadura tubária incida ainda mais as taxas de parto pela via CS, fato baseado nas dificuldades no acesso a serviços para planejamento reprodutivo no país.

As CS quando realizadas de forma adequada e seguindo uma indicação médica devida são procedimentos potencialmente salvadores de vidas. Entretanto, por um lado, o fornecimento de CS seguras e oportunas ainda é um grande desafio em países com grande mortalidade materna, onde são recursos de saúde são insuficientes; por outro lado, seu excesso em determinadas regiões faz com que o desafio principal seja minimizar a realização de CS sem que haja uma indicação clínica (Mascarello; Horta; Silveira, 2017).

3.4 A classificação de Robson

No ano de 2001, o obstetra irlandês Michael Robson propôs uma classificação de 10 grupos, também conhecida como “Sistema de classificação de

grupos TGCS-Ten”, “Classificação de Robson (CR) ou Grupos de Robson (GR)” (Robson, 2001).

O contexto para o desenvolvimento desse método de classificação surgiu com o objetivo de identificar prospectivamente grupos de mulheres clinicamente a partir de características obstétricas comuns e rotineiras, e mediante agrupamento das informações, realizar a identificação dessa mulher entre os grupos. A partir da identificação, é possível avaliar caso haja disparidades nas TCS e dessa forma permitir comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições (FIOCRUZ, 2022; OMS, 2015; OMS, 2017, Robson, 2001).

A CR proporciona uma matriz adequada para analisar, comparar e conferir as TCS a nível regional, nacional e internacional. Trata-se de um sistema simples, reprodutível, relevante clinicamente, facilmente reproduzível e prospectivo, sendo considerada mundialmente como fácil a se implementar nos serviços obstétricos (Pauletti *et al.*, 2021; FIOCRUZ, 2018).

A CR se baseia em cinco características obstétricas da gestante e da gestação, bem como na conduta diante do trabalho de parto. Na qual considera a paridade (nulípara, ou, multípara com e sem cesárea anterior); início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (pré-termo ou termo); apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); número de fetos (único ou múltiplo) (Robson, 2001; OMS, 2015).

Figura 1 — Características dos nascimentos segundo a Classificação de Robson.



Fonte: Adaptado de OMS (2015)

Entre as vantagens de tornar a CR como um instrumento padrão dentro das instituições obstétricas, consiste no fato de que nesse método permite não somente caracterizar a população atendida, bem como verificar os grupos que mais contribuem para a manutenção das TCS, de modo a analisar os motivos que determinaram a evolução o PV para um CS, além da necessidade clínica de ocorrer ou não essa modalidade de parto (Reis *et al.*, 2020).

Na CR, as mulheres agrupadas nas categorias de 1 a 4 são consideradas pacientes com cesárea muito evitável, e as incluídas do grupo 5 a 10, são mulheres com cesáreas pouco evitáveis. A CR é considerada como uma classificação

perinatal completa, uma vez que inclui “todas as mulheres” que dão à luz, e não somente mulheres submetidas a parto cirúrgico (OMS, 2017).

Dentro desse contexto, a Rede Cegonha (RC), política pública lançada em 2011 pelo Governo Federal, surgiu com o objetivo de melhorar a assistência a gestação, parto e puerpério com o propósito de reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2016). A RC, por meio do estabelecimento de indicadores e recomendações baseadas em evidências científicas propõe a importância de instigar entre instituições e profissionais de saúde a adequação de práticas obstétricas cada vez menos intervencionistas, como os nascimentos por CS sem uma clara indicação (Alves *et al.*, 2021).

Aguemi (2020) refere que no segundo ciclo de avaliação da RC, que ocorreu entre 2016 a 2017, sugeriu-se a promoção de mudanças necessárias baseadas nos problemas encontrados, dentre os indicadores formulados, sugeriu-se o uso da CR para monitorar TCS. Essa recomendação fora baseada nos bons resultados da diretriz de avaliação, onde houve redução considerável nas TCS tanto em gestantes de maior risco (G6 a G10), tal como em primíparas (G1 e G2) e em múltiparas com CS prévia (G5).

Portanto, através do uso da CR, a OMS (2017) busca alcançar resultados significativos e visa impactar positivamente na redução das TCS nas instituições de saúde, baseado na premissa de que através deste instrumento, seja possível analisar os grupos que têm sido mais relevantes e que influenciam na manutenção das elevadas TCS, comuns ao contexto brasileiro das últimas décadas.

Além disso, em virtude desse método auxiliar na identificação dos grupos-alvos, a CR pode favorecer a implementação de estratégias ou intervenções voltadas a racionalizar as indicações de CS em grupos específicos. Além disso, torna-se viável também, comparar a qualidade dos cuidados e das práticas de gestão por meio da análise dos resultados e da qualidade dos dados (Nakamura-Pereira, 2017).

3.5 A epidemiologia da Cesariana no Brasil, segundo a Classificação de Robson (CR)

As TCS vêm crescendo em todo o mundo (Robson *et al.*, 2013). Esse aumento está associado às mudanças culturais, melhorias da técnica, a oferta de

informações sobre a mesma e a influência de obstetras que difundem sua prática por opção da parturiente como uma forma de autonomia sobre a escolha da via de parto, além dos fatores econômicos envolvidos (Rezende-Jorge, 2022).

Diversos autores consideram as cesarianas como um procedimento que protege tanto os bebês como as mães de acontecimentos adversos e apresenta benefícios justificáveis, mediante situações de risco à saúde materno-fetal. Embora, alguns casos, isto seja indubitavelmente verdade, deve-se continuamente justificar a escolha por essa via de parto, pois pode ser mais potencialmente de risco que benéfica quando não há indicações (Corrêa *et al.*, 2020; Junior *et al.*, 2019; Mascarello *et al.*, 2017; Montenegro, Rezende, 2017; Robson; Hartigan, Murphy, 2013).

O Brasil é o 2º país no mundo em percentual de CS. Enquanto a OMS estabelece em até 15% a proporção de partos por cesariana, no Brasil, esse valor quadruplicou nos últimos 40 anos, de modo a alcançar a taxa atual de 57%. Entre os Estados que mais contribuíram para o aumento da taxa nacional, estão Goiás (67%), Espírito Santo (67%), Rondônia (66%), Paraná (63%) e Rio Grande do Sul (63%) (UNICEF, 2017).

Segundo o estudo de Knobel *et al.* (2020), os nascimentos por CS representaram mais que a metade dos nascidos vivos entre 2014 a 2016, contabilizando taxa de 56%. A pesquisa realizou análise a partir da Classificação de Robson, na qual os grupos de maiores TCS foram encontradas no GR 5 (85,7%), grupo que mais contribuiu para o aumento da taxa global. Além dos GR 6 (89,5%), GR 7 (85,2%) e GR 9 (97,0%), no mais, houve variação na taxa entre os estados indo de 46,2% no Norte a 62,1% no Centro-Oeste. O grupo 5 representou a maior população obstétrica no Sul, Sudeste e Centro-Oeste, e o grupo 3, no Norte e Nordeste.

De 2018 a 2022 no Brasil, as TCS tiveram um aumento progressivo de 55,9 em 2018 a 58% em 2022. Os GR mais prevalentes foram os GR 5(23,57%), o 3(19,47) e o 1(17,34), segundo Carvalho *et al.* (2023).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, longitudinal, retrospectivo de natureza quantitativa, foi utilizado dados secundários do banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre as taxas de cesariana no período de 2017 a 2021, no município de Santa Inês - MA.

Estudos epidemiológicos descritivos são aqueles que têm como foco a descrição da distribuição de uma doença, evento ou agravo à saúde, incluindo considerações sobre as populações e subgrupos, sem necessariamente explicá-los. Esses estudos também identificaram correlações entre variáveis e analisam como esses fenômenos se distribuem ao longo do tempo e do espaço, levando em conta características específicas (Gil, 2010).

Para Rouquayrol, Goldbaum e Santana (2011, p. 11) esses estudos podem “propor medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecer indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde”.

4.2 Local do Estudo

O local de pesquisa foi a cidade de Santa Inês (MA), localizada na mesorregião oeste do estado do Maranhão e na microrregião do Pindaré. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2022, estima-se uma população de 786,689 km 2 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no ano de 2010 foi 0,674 (IBGE, 2010). O município possui atualmente dois hospitais, sendo eles o Hospital Municipal de Santa Inês e o Hospital Macrorregional Tomás Martins.

O Hospital Macrorregional Tomás Martins (HMTM) é referência em obstetrícia e neonatologia, principalmente no que refere aos partos de média e alta complexidade. Abrange as regionais de saúde da Macrorregião Norte, que inclui os municípios de Rosário, Pinheiro, Viana, Bacabal, Chapadinha, Itapecuru Mirim e Zé Doca, além dos municípios circunvizinhos (Maranhão, 2022).

O Hospital Municipal de Santa Inês (HMSI) por sua vez, é um hospital de baixa complexidade e classificado como de “Porta-Aberta”, assim recebe e atende toda a demanda que chega de parturientes sem a necessidade de regulação, sendo considerado de referência aos municípios circunvizinhos. De tal modo, o hospital é referência aos municípios de Pindaré, Monção, Bom Jardim, Tufilândia, Bela Vista, Igarapé do Meio, Pio XII, Bacabal (Secretaria Municipal de Santa Inês, 2024).

O município de Santa Inês possui quinze Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Saúde e entre demais consultórios, clínicas e centros de atenção compondo um total de 34 estabelecimentos de saúde registrados no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES, 2023).

4.3 População

A população do estudo foi composta a partir das notificações consolidadas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, por meio da plataforma on-line do DATASUS, utilizando o aplicativo Tabnet, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo é de 7.223 partos cesárea de 12.917 nascimentos ocorridos no município de Santa Inês, no período referente ao período de 2017 a 2021.

4.4 Variáveis

Foram investigadas variáveis coletadas a partir do preenchimento de informações contidas no Bloco V da Declaração de Nascido Vivos (DNV).

Esse bloco é destinado às variáveis sobre as gestações anteriores e a atual, o parto e suas intercorrências, além de dados como o tipo de apresentação fetal, o tipo de parto, quanto a indução e caso parto cesárea, se essa indução ocorreu antes do trabalho de parto iniciar. A partir dessas variáveis, é possível calcular e analisar as TCS da CR, além de identificar o perfil materno, as características obstétricas e reprodutivas.

As variáveis de interesse da pesquisa, subdividem-se conforme:

- *Perfil socioeconômico materno*: faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34, 35 a 39, 40 a 44, 45 a 49 anos); escolaridade (Nenhuma, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11, 12 anos ou mais anos de estudo, Ignorado), estado civil (Solteira, Casada, Viúva, Separada Judicialmente, União Consensual, Ignorado); raça (Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena).
- *Características obstétricas segundo os critérios de Robson*: paridade (Nulípara ou Multípara); tipo de gestação (Única, Dupla, Tripla e Ignorado); apresentação fetal (Cefálica, Pélvica ou Transversa); forma do parto (Espontâneo, induzido ou cesariana eletiva); idade gestacional em que o parto ocorreu (antes ou a partir da 37^a semana).
- *Variáveis reprodutivas*: duração da gestação (em semanas); número de consultas pré-natal (1 a 3, 4 a 6, 7 ou mais consultas); Adequação quanto ao pré-natal (Não fez pré-natal, Inadequado, Intermediário, Adequado, Mais que adequado, Não Classificado).

É definida como “nulípara” a mulher que nunca pariu, e “multípara” a que teve um ou mais partos “Termo” consiste em ter 37 semanas completas ou mais de gestação ao nascimento, e “pré-termo” em menos de 37 semanas.

A “indução do trabalho de parto” é o estímulo artificial do preparo do colo e das contrações uterinas efetivas, seja através de medicamentos, amniotomia ou emprego da sonda de Foley.

Os nascimentos não classificados em um grupo por ausência de informações suficientes sobre a gestação foram incluídos neste estudo sob a terminologia não oficial “Não Classificadas”.

4.5 Instrumento para Coleta de Dados

Os dados coletados foram armazenados em forma de tabelas utilizando do programa Microsoft Excel® versão 2019. Foi utilizada a plataforma online DATASUS/tabnet para obtenção de dados referentes ao no SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Para a coleta, do Ministério da Saúde, aplicou-se as a variáveis de interesse no estudo.

4.6 Processamento e Análise dos Dados

Os resultados coletados foram analisados estatisticamente e apresentados através de gráficos e tabelas.

Quanto às Taxas de Cesárea, foi calculada a contribuição absoluta e relativa. A estatística foi realizada por meio da plataforma Microsoft Excel® versão 2019, na qual programou-se fórmulas para obter os resultados padronizados. O teste de correlação de Person (r) também foi realizada no Software GraphPad Prism versão 2.0.2.

A Contribuição ou Taxa Absoluta (TA) (%) de cada grupo para a taxa de cesárea foi obtida através da seguinte fórmula: número de CS de cada grupo dividido pelo número total de partos (PV e CS) X 100.

A Contribuição ou Taxa Relativa (TR) (%) de cada grupo por meio da fórmula: TCS= número de CS de cada grupo dividido pelo número total de CS X 100.

A análise foi baseada nas orientações de disposição e análise dos dados conforme o Manual de Implantação da Classificação de Robson, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2017.

Para compreender o perfil epidemiológico materno e obstétrico, representou-se os resultados através de porcentagens, a fim de compreender as proporções entre as características mais prevalentes dentre as analisadas.

Dessa forma, foi viável compreender os tamanhos e respectivas TCS e os GR que foram dispostos a partir de Tabelas e gráfico, para assim analisar suas adequações conforme as taxas estabelecidas perante os parâmetros da OMS (2017).

4.7 Aspectos Éticos

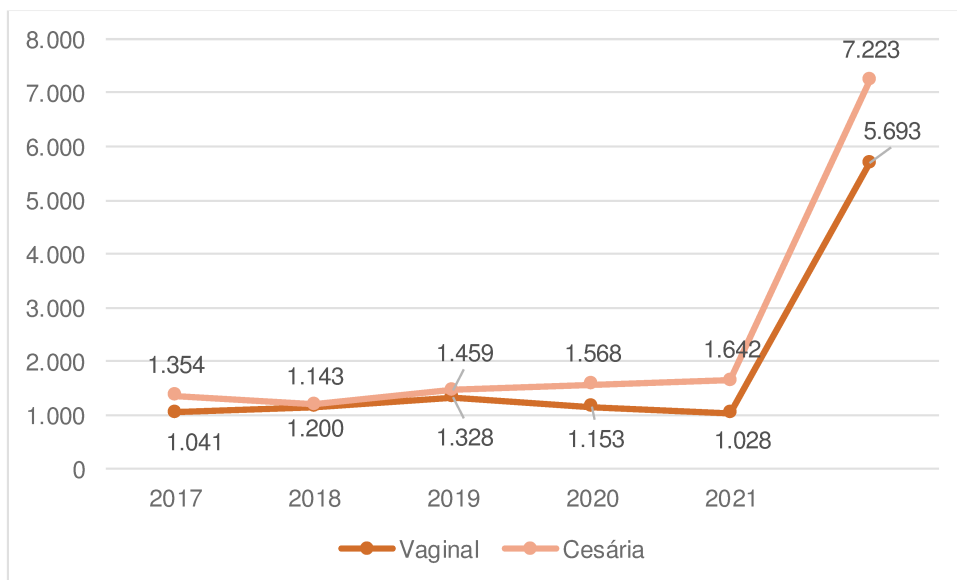
A presente pesquisa dispensou a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por se tratar da análise de dados secundários e o domínio de público, estando de acordo com as Resoluções nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que disciplinam as pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

No período de 2017 a 2021, a CS foi a modalidade de parto mais prevalente no município de Santa Inês- MA, compreendendo aproximadamente 56% (=7.223) de todos os nascimentos por PV e CS (=12.917) (Figura 2).

Os dados demonstram variância nos nascimentos por CS a qual, respectivamente, os anos de 2018 e 2021, tiveram os menores (=1.200) e maiores (=1.642) ocorrência de partos por essa via. De 2017 a 2018, ocorreu uma diminuição de 11%, entretanto, até 2021 (=1.642) ocorreu um aumento um acréscimo progressivo destes valores, conforme o gráfico da Figura 2.

Figura 2 — Distribuição temporal quanto os tipos de parto no município de Santa Inês no período de 2017 a 2021.



Fonte: Autoras (2023).

Na Tabela 1, é possível avaliar o perfil socioeconômico e materno de mulheres submetidas a CS. Foi evidenciado uma maior prevalência em mulheres na faixa etária entre 20 a 24 anos, que corresponderam a 31% (n= 2.257). Além disso, adolescentes entre 15 e 19 anos corresponderam a 25% (n=1.835) e foram a segunda faixa etária com maior número de parto por CS. É válido frisar que à medida que a idade aumentou, ocorreu uma redução progressiva nos partos cirúrgicos.

Quanto ao estado civil, 45% (n=3.393) viviam uma união consensual, seguidamente, mulheres solteiras também contabilizaram grande proporção, com

37%(n=2.685). É importante destacar que mulheres Viúvas e Separada Judicialmente tiveram menor destaque dentre as variáveis, respectivamente representaram apenas 0% (=14) e 1%(n=40) (Tabela 1).

Já a maior taxa de partos CS foi nas mães com 8 a 11 anos de escolaridade, concentrou-se 76%(n=5.508), o que corresponde ao estudo do ensino fundamental ao ensino médio completo. Mulheres com ensino fundamental incompleto em uma faixa de 4 a 7 anos de estudos corresponderam a 14%(n=1.031) (Tabela 1).

Referente à escolaridade, observou-se menor prevalência entre os extremos de anos de estudo, na qual tanto mulheres com 1 a 3 anos de estudo escolaridade com 0% (=25) quanto aquelas que não tinha nenhuma escolaridade, pariram menos pela via abdominal (Tabela 1).

Quanto a cor e raça, as mulheres de cor parda 89%(n=6.393) apresentaram valor unânime e significativo as demais variáveis. Seguida, aquelas de cor branca que equivaleram a apenas 8%(n=545). Constou-se grande discrepância entre a duas variáveis. Ademais, os dados demonstraram pouca expressividade de parto por CS entre mulheres amarelas, indígenas e pretas, com valores inexpressivos, que respectivamente contabilizaram 0% (=15), 1% (=61) e 3% (=208) (Tabela 1).

Tabela 1 — Distribuição do perfil socioeconômico materno de mulheres submetidas a cesariana, em Santa Inês (2017-2021).

FAIXA ETÁRIA							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
10-14 anos	17	32	29	24	27	129	2,0
15-19 anos	362	281	372	388	432	1835*	25,0
20-24 anos	413	372	448	506	518	2.257*	31,0
25-29 anos	300	261	311	317	335	1.524	21,0
30-34 anos	170	161	187	211	208	937	13,0
35-39 anos	72	75	91	100	101	439	6,0
40-44 anos	20	16	18	21	21	96	1,0
45-49 anos	0	2	3	1	0	6	0,0
Total	1.354	1.200	1.459	1.568	1.642	7.223	100%
Estado Civil							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Solteira	421	446	641	663	514	2.685*	37
Casada	254	230	269	255	219	1.227	17
Viúva	3	1	4	1	5	14	0

Separada Judicialmente	8	11	5	8	8	40	1
União Consensual	668	510	540	641	894	3.253*	45
Ignorado	0	2	0	0	2	4	0
Total	1.354	1.200	1.459	1.568	1.642	7.223	100%
Escolaridade (em anos)							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Nenhuma	2	2	5	9	7	25	0
1 - 3 anos	38	16	24	12	7	97	1
4 - 7 anos	236	202	211	206	176	1.031	14
8 - 11 anos	980	904	1.089	1.216	1.319	5.508*	76
12 anos ou mais	98	76	130	124	129	557	8
Ignorado	0	0	0	1	4	5	0
Total	1.354	1.200	1.459	1.568	1.642	7.223	100%
Cor/Raça							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Branca	97	80	122	118	128	545	8
Preta	26	18	49	65	50	208	3
Amarela	2	1	2	3	7	15	0
Parda	1.220	1.090	1.270	1.367	1.446	6.393*	89
Indígena	9	11	16	15	10	61	1
Total	1.354	1.200	1.459	1.568	1.642	7.223	100%

Fonte: DATASUS (2023) *: $p < 0,005$ quando comparado com as demais variáveis.

No que refere a população de CS seguindo os critérios da CR, as mulheres agrupadas e que se enquadraram nos grupos 5 e 1 foram maioria.

Quanto o percentual de CS, a maior população obstétrica foi encontrada no grupo 5 com 34% (=2.431), que é composto por mulheres com história de cesariana prévia, feto único e em posição cefálica e a termo. Esse valor demonstrou-se unânime se comparado com números de partos totais neste grupo, o qual de 2.868 nascimentos (PV e CS), 2.431 evoluíram para a parto abdominal (Tabela 2).

Seguindo a mesma linha de resultados, o grupo 1 com 30% (=2.137) por sua vez, também demonstrou porcentagem expressiva, este grupo inclui as mulheres nulíparas, de feto cefálico, com idade gestacional maior ou menor que 37 semanas e que entraram em trabalho de parto espontâneo, conforme consta na tabela (Tabela 2).

A Tabela 2 também apresenta a menor população obstétrica segundo os GR. É importante destacar que os grupos 6(=52), 7(=79) e 9(=52), ambos com o percentual de 1%. Esses grupos incluem fetos com apresentação e posição

anormal, além de mulheres com histórico anterior de CS, inclusive realização do parto cirúrgico costuma ser necessário devido ao elevado risco de óbito materno-fetal no PV.

Reitera-se, também, que apenas 0% (=23) das mulheres não foram classificadas em um dos GR, representado por X. Demonstrou-se, portanto, limitações na qualidade do preenchimento das DNV, situação esta que interfere na mensuração fidedigno e exatas dos dados tanto quanto as TCS, quanto no conhecimento do perfil socioeconômico materno (Tabela 2).

Tabela 2 — Distribuição das Taxas de Cesárea (TCS) de acordo com a Classificação de Robson no período de 2017 a 2021, em Santa Inês (MA).

Grupos	Nº de Cesária em cada grupo	Número de partos totais em cada grupo	Percentual de cesárea em cada grupo %	Contribuição Absoluta * a taxa de cesárea %	Contribuição Relativa** à taxa de cesárea
1	2.137	3.639	30	16,54	29,55
2	232	247	3	1,80	3,21
3	1.573	4.726	22	12,18	21,75
4	153	193	2	1,18	2,12
5	2.431	2.868	34	18,82	33,61
6	52	59	1	0,40	0,72
7	79	107	1	0,61	1,09
8	131	157	2	1,01	1,81
9	52	55	1	0,40	0,72
10	364	843	5	2,82	5,03
X	19	23	0	0,15	0,26
	7.223	12.917	100%	56%	100,00

Fonte: Autoras (2023).

A partir da análise das TCS município de Santa Inês, identificou-se a taxa de Cs foi de 56%. Quanto refere aos GR e as TCS, perante os níveis preconizados pela OMS (2017) tanto a Taxas Absoluta (TA) quanto a Taxa Relativa (TR), exceto pelos grupos 1 e 3 (Tabela 3).

No grupo 1, encontrou-se uma TA de CS considerado aceitável, entretanto, a TR beirou aos 29,55% em um índice de recomendação que deveria ser abaixo de 10,0%. No grupo 3, por sua vez, teve uma TA de 12,18% em uma recomendação de até 3%, além disso, a TR 21,75% foi de 3,0%, esse grupo é composto por múltiparas sem CS anterior, com feto único, cefálico, a termo e que entraram em TP espontâneo (Tabela 3).

Ademais, conforme orientação da OMS (2017), deve-se realizar a soma dos grupos 1, 2 e 5, como achado, estes somaram 66,37% do total, o cerca de 2/3 das taxas, portanto, estando dentro dos valores estimados como aceitáveis.

Tabela 3 — Distribuição das Taxas Absolutas e relativas preconizadas e as encontradas na cidade de Santa Inês, segundo os Grupos de Robson.

Grupos de Robson	Taxa absoluta encontrada	Taxa esperada	Taxa relativa encontrada	Taxa esperada
	%	%	%	%
1	16,54	20	29,55	Abaixo de 10,0
2	1,80	20 a 35	3,21	25,0–30,0
3	12,18	Até 3	21,75	3,0
4	1,18	Até 15	2,12	15,0
5	18,82	Entre 50 a 60	33,61	50,0–60,0
6	0,40	Até 60	0,72	—
7	0,61	—	1,09	—
8	1,01	Até 60	1,81	60,0
9	0,40	Até 100	0,72	100,0
10	2,82	10 Até 30	5,03	15,0–20,0
Não Classificado	0,15	—	0,26	—
Total	56%		100,00	

Fonte: Autoras (2023)

Averiguou-se as questões reprodutivas da gestação atual de mulheres submetidas a CS, conforme a Tabela 4. Referente a adequação ao pré-natal, foi evidenciado uma analogia adversa entre mulheres que tiveram um pré-natal mais que adequado que apresentaram 44% (=3.208) e que apresentaram 7 ou mais consultas 49% (=3.540), seguida daquelas que tiveram um pré-natal inadequado com 23% (=1.632) com 4 a 6 consultas 40% (=2.896). Além disso, 90% (=6.487) destas pariram entre 37 e 41 semanas de gestação.

Tabela 4 — Distribuição das características da gestação atual de mulheres submetidas a cesárea, em Santa Inês-MA (2017- 2021).

	Adequação quanto ao pré-natal*					Total	%
	2017	2018	2019	2020	2021		
Não fez pré-natal	0	0	0	0	0	0	0%
Inadequado	389	277	309	316	341	1632	23%
Intermediário	310	174	208	289	266	1247	17%

Adequado	208	187	214	267	250	1126	16%
Mais que adequado	447	559	727	692	783	3208	44%
Não Classificado	0	3	1	4	2	10	0%
Total	1.354	1.200	1.459	1.568	1.642	7223	100%

Número de consultas pré-natal até o parto**							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
Nenhuma	0	2	1	2	1	6	0%
1-3 consultas	190	117	140	185	149	781	11%
4-6 consultas	643	452	522	635	644	2896	40%
7 ou mais	521	629	796	746	848	3540	49%
Total	1354	1200	1459	1568	1642	7223	100%

Duração da gestação em semanas***							
	2017	2018	2019	2020	2021	Total	%
22 semanas	0	0	0	0	0	0	0%
22 a 27 semanas	1	1	2	0	0	4	0%
28 a 31 semanas	2	0	2	3	6	13	0%
32 a 26 semanas	54	33	64	129	115	395	5%
37 a 41 semanas	1.255	1.119	1.305	1.353	1.455	6.487	90%
42 semanas ou mais	42	47	86	83	66	324	4%
Total	1354	1200	1459	1568	1642	7223	100%

Fonte: DATASUS (2023).

* A avaliação da adequação ao pré-natal é avaliada a partir dos critérios do Índice de Kotelchuck e Kessner.

**Dado obtido através da carteira da gestante.

*** A idade gestacional até o parto é calculada a partir de dados da carteira da gestante, se ausente as anotações, se dá por meio do cálculo da DUM (Data da Última Menstruação) e do registro das ultrassonografias.

Quando feita a correlação entre o tipo de parto e o número de consultas pré-natais, foi observada uma correlação negativa entre nenhuma consulta ($r=-0,005226$) e 1 a 3 ($r=0,3894$) consultas, sendo que à medida que o número de consultas diminui, aumenta o número de partos cesarianas (Tabela 5).

Tabela 5 — Correlação entre o número de consultas pré-natais e o parto cesárea.		
Número de consultas pré-natal	Parto cesariana	
	r	r ²
Nenhuma	-0,05226	0,002731
1 a 3 consultas	0,3894	0,1517
4 a 6 consultas	0,7191	0,5171
7 ou mais consultas	0,7546	0,5694

Fonte: Autoras (2024).

6 DISCUSSÕES

A partir da análise dos resultados encontrados, identificou-se a TCS geral de 56% na cidade de Santa Inês, município do Maranhão. Esse valor apesar de estar alinhado à situação obstétrica brasileira, indica inadequação com o que é considerado ideal pelas organizações de saúde tanto a nível internacional considerando a taxa de 10 a 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2017), como a nível nacional quando comparado aos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) (2016) por estar acima de 30%.

De forma similar, em um estudo realizado por Carvalho *et al.* (2023,) que avaliou os nascimentos no Brasil entre o período de 2018 a 2022, constatou-se que um aumento progressivo e uma maior prevalência dos nascimentos pela via cirúrgica em detrimento do PV, na qual correspondeu a TCS de 56,9%.

Assim como está presente pesquisa, seguindo os parâmetros da OMS (2017), a taxa encontrada estivera de 4 a 5 vezes maior que o preconizado, e quase o dobro do recomendado pelo MS (2016).

Fora identificado o perfil das mulheres submetidas a CS, que apresentavam idade entre 20 a 24 anos. Esse perfil foi semelhante ao encontrado na pesquisa de Espinosa *et al.* (2023) realizada em um município do estado de São Paulo em que 29% das mulheres que pariram por CS tinha entre 20 a 24 anos. Esse dado corrobora com o achado encontrado na pesquisa Algarves e Filho (2019) nas quais as idades mais frequentes estavam entre 21 a 30 anos (42,32%). A partir dos dados encontrados nesta pesquisa, foi possível verificar que a maior parte da população de gestantes submetidas a CS não possuíam a uma idade desfavorável e considerada de risco que impossibilitasse a ocorrência do PV.

Segundo Soares *et al.* (2021), mulheres com a faixa etária menor que 20 anos esteve associada a maior possibilidade e condição de evoluir fisiologicamente a PV com início do trabalho de parto espontâneo e induzido, enquanto a faixa etária entre 26 a 40 anos tem uma associação significativa e associada a CS o sem trabalho de parto.

Outro estudo realizado em mais de 600 maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Viellas *et al.* (2021), identificou que mulheres mais jovens tiveram uma maior proporção de partos normais (40%), enquanto as mulheres com idade ≥ 35 anos tiveram uma maior proporção de cesarianas (60%). Em contrapartida, alguns

autores associam as adolescentes podem apresentar características fisiológicas que desfavorecem o parto vaginal, em virtude do desconhecimento da parturiente sobre a funcionalidade e autocontrole dos músculos perivaginais no momento do parto enquanto a CS tem sido comum idade materna avançada tendo em vista que podem apresentar maior incidência de complicações obstétricas, como hipertensão arterial, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e placenta prévia, o que pode aumentar a indicação de cesárea para garantir a segurança da mãe e do bebê (Silva, 2023; Gomes, 2022).

No que refere a cor, identificou-se grande predominância de mulheres de cor parda que representaram 89% dentre os partos por CS.

De acordo com Costa e Mascarello (2022), a raça influencia diretamente no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, resultando em maiores riscos e inadequações para pessoas pardas e pretas. Mesmo quando têm acesso a cobertura universal de pré-natal e cuidados hospitalares durante o parto, estudos indicam falhas e erros na assistência, o que contribui para resultados negativos em relação à saúde da mãe e do recém-nascido.

Segundo Leal *et al.* (2020), entre mulheres pardas e negras se observa um déficit no acesso à assistência adequada durante o pré-natal, menor vínculo e peregrinação para serem aceitas nas maternidades, falta de acolhimento, menor garantia do direito ao acompanhante na ocasião do parto, estando essas mulheres, portanto, mais suscetíveis a serem submetidas a intervenções desnecessárias. Devido a esses fatores, as taxas de mortalidade materna são significativamente mais altas em minorias étnico-raciais, sendo duas vezes e meia maior em mulheres pardas e pretas em comparação com mulheres brancas (Costa; Mascarello, 2022).

Além disso, segundo dados do IBGE (2022), a população de cor ou raça parda apresentou que a região Nordeste (60,5%) é composta em sua maioria por pessoas que se declaram pardas.

Quanto ao grau de escolaridade, 76% das mulheres possuíam escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo, nesse sentido, pesquisas apontam uma associação dessa variável com a via do parto. No Brasil, observou-se que no período de 1990 a 2013, que níveis mais elevados de escolaridade tem 2,05 vezes maior chance de realizar cesariana. Esse achado foi observado para todas as regiões brasileiras, especialmente no Sudeste, Nordeste e Sul, onde as chances de

cesariana em mulheres com maior escolaridade foram bastante significativas ao longo dos anos (Eufrásio *et al.*, 2018).

No que refere ao estado civil, 45% das mulheres cesareadas, viviam em União Consensual. Esse resultado alinha-se ao encontrado na cidade de São Luís, estado do Maranhão, em no estudo feito por Botentuit (2021), na qual 59% das mulheres submetidas a CS viviam em União Consensual, tal como no estudo de Iwanusk *et al.* (2021), com 54,5% das pacientes em Joinville, Santa Catarina, alegaram estar em uma forma de estado civil entre casado e solteiro.

Nesse sentido, evidências demonstram que mulheres que relataram ter um companheiro possuem maiores chances de cesárea, na qual a situação conjugal segura está associada a melhorias no bem-estar psicológico e na estabilidade financeira, de tal modo que a prevalência de mães acompanhadas por seus parceiros é considerada benéfica durante todo o processo gravídico puerperal. Assim, as gestantes que mantêm vínculos afetivos com seus companheiros compartilham conhecimentos sobre a gestação e parto, adquirindo conjuntamente melhor compreensão do processo a partir da assistência fornecida durante o período pré-natal. Nesse contexto, ao longo do acompanhamento, é imperativo atribuir valor às perspectivas tanto do pai quanto da gestante, uma vez que ambos desempenham papéis significativos na fase pré-natal (Silva; Cavalcante; Oliveira, 2020).

Quanto à assistência pré-natal, 44% das mulheres tiveram um acompanhamento considerado como mais que adequado a partir do índice de Kotelchuck, que é utilizado como método para avaliar a adequação da assistência pré-natal recebida pelas gestantes. Alcantara, Almeida e Almeida (2020), ao realizarem uma análise descritiva dos nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro com 391.961 partos, identificou que 71,4% das mulheres que pariram por CS tinham um acompanhamento considerado dentro os padrões de saúde necessários e que garantem uma gestação, parto e minimamente segura.

Silva e Oliveira (2023) avaliar o número de consultas não basta, deve-se considerar também a qualidade da assistência de pré-natal como direcionador de boas práticas e a educação em saúde, uma vez que durante as fases iniciais da gestação, muitas gestantes optam pelo PV, devido à sua rápida recuperação e em virtude do acesso inadequado às orientações decidem por parir pela CS. No entanto, ao longo das consultas de pré-natal, observa-se uma lacuna na abordagem da

equipe médica em relação a esse desejo inicial, bem como na apresentação adequada dos riscos associados.

Nesse sentido, o acesso inadequado a informações pode comprometer a autonomia da mulher, tendo em vista que se suas dúvidas não são devidamente sanadas, a mulher torna-se sujeita à autoridade do profissional de saúde em virtude do inadequado conhecimento para tomada de decisões sobre o processo de parto.

A partir das características obstétricas, ao distribuir as mulheres que pariram por CS dentro dos 10 grupos da Classificação de Robson, nota-se que a maior ocorrência de partos fora da CR 5, composto por mulheres todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, a termo e cefálico.

Além disso, o CR 1 composto por mulheres nulíparas com uma única gravidez cefálica, com mais ou menos 37 semanas de gestação em trabalho de parto espontâneo tiveram grande significância dentre os grupos analisados.

No Brasil, em todas as regiões, o grupo que mais contribuiu para a taxa global de CS foi o CR 5, que representou 30,8% das CS no país, seguida da CR 1 que teve maior contribuição para as taxas de SC no Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi do CR 1, enquanto no Sul e Sudeste, o grupo 2 foi o que mais contribuiu para as TCS (Knobel *et al.*, 2021).

Outras pesquisas como a de Paz *et al.* (2022) que foram realizadas em uma maternidade de Honduras, demonstrou-se que entre os grupos uma taxa global de SC foi de 26,1%, sendo os grupos 5, 1 e 3 os que apresentaram a maior contribuição para a taxa global de SC. Esse achado corrobora com o estudo de Silva *et al.* (2020) em uma maternidade do estado de São Paulo, que em relação ao tamanho de cada grupo, demonstrou seus resultados alinhados, onde maior grupo foi o 5.

Em uma pesquisa documental realizada em um hospital público do Distrito Federal que analisou 2.206 partos, Moresi *et al.* (2023) identificou que os principais grupos contribuintes para a aumento das taxas de CS foram CR 5 (39,3%) e os grupos de primíparas, o CR 2 (21,2%) e CR 1 (13,6%). Nesse mesmo estudo, 55% das mulheres submetidas a CS relataram de alguma intercorrência na gestação, entretanto, o autor refere que a depender do tipo e gravidade da complicação, a indicação por essa via de parto não deve ser determinante a essa via de parto e muitas são passíveis de intervenção terapêutica durante o pré-natal.

Estudos que analisaram as taxas de CS em diferentes localidades, constataram que as taxas de cesárea e a contribuição absoluta do grupo 5 têm aumentado nos últimos anos. Os achados demonstram que mulheres nulíparas dos grupos 1 e 2 são a chave para diminuir a tendência de aumento das cesarianas, dentre as estratégias para redução, é válido destacar a prevenção da primeira cicatriz uterina e através desta, prevenir conseqüentemente o aumento da proporção de mulheres do grupo 5, o que conseqüentemente otimiza as taxas de cesariana. (Botentuit, 2021; Nakamura-Pereira, 2017; Vogel *et al.*, 2015; Leal *et al.*, 2012).

Outrossim, Algarves e Filho (2019) referem que as maiores proporções de CS em mulheres na primeira gestação e parto está associada com as maiores proporções de CS à admissão hospitalar precoce e às emergências obstétricas antes do parto. Nesse contexto, destaca-se a relevância da disponibilidade de informações precisas e acessíveis no âmbito da educação e saúde, direcionadas aos cuidados essenciais durante o período pré-natal. Essas informações têm o potencial de fornecer orientações e capacitar as gestantes, influenciando decisivamente na escolha da via de parto mais adequada.

Estes dados mostram o efeito dominó do uso da cesariana: aumento das taxas de cesárea, especialmente em mulheres nulíparas, aumento do número de mulheres com cesárea anterior, que são mais susceptíveis a uma cesárea de repetição (Botentuit, 2021; Nakamura-Pereira, 2017; Vogel *et al.*, 2015; LEAL *et al.*, 2012).

Outras pesquisas também demonstram que mulheres previamente cesareadas são mais suscetíveis a parto cirúrgico de repetição. A cultura perpetuada entre mulheres e profissionais “de uma vez CS, sempre CS” se dá pelo receio obstétrico de ruptura da cicatriz uterina (Braga *et al.*, 2023; Knobel *et al.*, 2020; Nakamura-Pereira *et al.*, 2017; Algarves; Filho, 2019; Montenegro; Rezende-Jorge, 2017).

Assim como a taxa de mortalidade materna em mulheres com cesariana prévia é baixa, o risco de ruptura uterina também é pouco prevalente em mulheres que tiveram uma CS anterior (5,1 casos a cada 1000 partos por CS). Além disso, pesquisas demonstraram que esse risco é maior em parturientes que entraram em TP, mas tiveram falha na progressão e precisaram ser submetidos a uma nova CS (0,2-0,8%). Nesse sentido, é essencial o incentivo ao parto vaginal, que representa uma taxa global de parto vaginal após cesariana de 54%, uma vez que a taxa de

mortalidade materna é maior nas gestantes submetidas a uma nova cesariana que aquelas que tiveram parto vaginal planejado (BRASIL, 2016).

Ainda no que refere o risco de ruptura uterina, o descolamento prematuro da placenta foi a única variável esteve associada ao aumento desse risco entre mulheres com CS prévia, principalmente em situações que envolvem a repetição da cirurgia sem TP, TP espontâneo com uso de ocitocina, ou em casos de indução do parto com apenas ocitocina ou prostaglandinas, nesse sentido, o risco de ruptura uterina foi 3 a 5 vezes maior quando o trabalho de parto foi induzido, por qualquer meio, sendo maior risco de qualquer ruptura uterina foi de ocitocina após o início do trabalho de parto espontâneo (BRASIL, 2016).

Estudos nacionais baseados em dados da pesquisa 'Nascer no Brasil', apontam que entre multíparas com pagamento público pelo SUS, verificaram maior proporção de CS a pedido materno se deu por motivo "para realização de laqueadura tubária". os autores dessas pesquisas referem que dificuldades no acesso a serviços ao planejamento reprodutivo podem resultar na maior escolha por laqueadura tubária, sendo a cesariana o meio de obtê-la (Nakamura-Pereira *et al.*, 2018; Leal *et al.*, 2012).

No ano de 2023, a Lei Federal no n 14.443/2022, que atualiza a legislação sobre o Planejamento Familiar no Brasil e garantiu a mulher o direito de ter a laqueadura tubária no momento do parto. Para Braga *et al.* (2023), é provável que a busca pela laqueadura tubária incida ainda mais as taxas de parto CS, uma vez que a busca pela esterilização seja vista como mais fácil e menos burocrática se através do parto cirúrgico.

Nesse viés, é importante salientar que a realização da primeira cesárea é, com frequência, uma determinante de indicação para a sua reiteração em uma gravidez subsequente, o que contribui para o alto e ascendente índice de cesáreas de repetição em todo o mundo. Assim, mulheres nulíparas CR 1 submetidas à CS, em anos posteriores, vão corresponder ao CR G5 e estará mais suscetível à cesárea de repetição. Assim, ressalta-se a necessidade de qualificar a atenção obstétrica a partir do acompanhamento das taxas de cesáreas nos serviços e da elaboração de estratégias para a sua redução, particularmente nos grupos de 1 a 4 (Reis *et al.*, 2020).

Para Robson (2013) opiniões extremas ou polarizadas sobre taxas baixas ou altas de cesarianas não são úteis, uma vez que todos os procedimentos têm as

suas implicações, entretanto, é necessário analisar se a indicação fora adequada mediante uma correta avaliação clínica correta, garantindo que esta seja pertinente e segura.

Referente às TA e TR, nesta pesquisa analisou-se entre a CR e verificou-se que as TCS estavam conforme as taxas preconizadas, exceto pelos grupos 1 e 3 no que refere as taxas relativas e absolutas. Entretanto, apesar das taxas em sua maioria serem aceitáveis, a soma das taxas entre grupos da CR considerados evitáveis (1 a 5) foi de 90,24%, maior que aqueles onde a cesárea poderia ser pouco evitada como do CR (6 a 10).

Sobre isso, a CR prevê que a composição populacional esperada para os cinco primeiros grupos seja de aproximadamente 80 a 90% das parturientes nos serviços obstétrico, e que costuma ser um preditor caracterizar de que a instituição ou local atende principalmente mulheres com baixo risco obstétrico (OMS, 2017).

O CR 1 teve uma TA aceitável, entretanto, a TR que foi de 29,55% dentro do grupo esteve superior ao recomendado de abaixo de 10%.

No grupo da CR 3, que é composto por multíparas sem CS anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas e que entraram em TP espontâneo, teve uma TA e TR, respectivamente, de 12,18% e 29,55% na qual a taxa tolerada não poderia ultrapassar 3%.

Bezerra et al. (2019), ao realizar um levantamento bibliográfico sobre o uso da CR em maternidades brasileiras, identificou que as TCS encontradas a CR 1 e 3 variaram de 18,1% a 29,1% para o 1 e de 16,5% a 30,9% para a 3, sendo a maior população obstétrica dentre os estudos analisados. Entretanto, contrapondo este presente estudo, embora o número de mulheres classificadas nesses grupos tenha sido elevado, eles contribuíram pouco para a elevação da TCS, tendo em vista que a maioria dos nascimentos ocorreu por PV.

Segundo Robson (2013), quando encontrado altas taxas no grupo 3, pode-se presumir que houve uma baixa qualidade na coleta de dados. Além disso, associa-se também a possibilidade de que mulheres com CS prévia tenham sido incorretamente incluídas nesse grupo. Ademais, mulheres multíparas sem CS anterior podem contribuir para acréscimo das TCS devido a preferência materna por esse tipo de parto e para acessar a laqueadura tubária, principalmente em locais onde há baixa acessibilidade a métodos contraceptivos (FIOCRUZ, 2018).

A partir da análise dos dois grupos com as taxas, é possível identificar características preditoras em comum que comumente são associadas a maior possibilidade de prosseguir ao parto natural: o TP espontâneo, além disso, no caso da CR 3 há uma ausência uma CS prévia em mulheres que tiveram partos vaginais bem-sucedidos.

Ademais, conforme orientação da Organização Mundial da saúde (OMS) (2017), deve-se realizar a soma dos grupos da CR 1, 2 e 5 que costumam ser os grupos que mais retroalimentam as TCS, como achado, estes somaram 66,37% do total, cerca de 2/3 das taxas, portanto, estando dentro dos valores estimados pela OMS.

Frente a essa problemática, que envolve o aumento crescente das taxas de CS, a OMS o estabelecimento de taxas envolve esforços que permitam que as CS sejam realizadas somente quando necessário. Nesse sentido, é válido frisar que, conforme recomendado pela OMS, seria o tolerável entre 10 a 15% de CS dentre todos os partos realizados nos serviços de atenção obstétrica. Para avaliar, controlar e analisar as taxas de CS dentro dos parâmetros, foram realizados estudos que analisaram sistemas de classificação confiáveis e de fácil manejo, a CR fora então aceito internacionalmente como um método de análise que possibilita analisar os dados de forma padronizada, para que se possam comparar as TCS em diferentes populações, bem como investigar os fatores envolvidos na sua indicação/realização (OMS, 2016).

As causas apontadas tem sido a crença de maior praticidade: muitas mulheres optam pelo parto cesáreo na busca por minimizar as dores do trabalho de parto e pelo receio quanto a danos na pelve, períneo, uretra e ânus. Entretanto associa-se, que isso ocorre geralmente em instituições privadas, na qual a CS é a prioridade desde o início do pré-natal, desta maneira, influenciando e desestimulando a gestante das vantagens proporcionadas pelo parto natural, além de expor a riscos desnecessários oriundos do procedimento cirúrgico (Dias *et al.*, 2023).

Dentre os múltiplos apontamentos associados ao aumento crescente nas TCS no Brasil, destacam-se a crença cultural construída socialmente de que o PV é um processo indescritivelmente doloroso, além disso, baixa a adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor e pela baixa disponibilidade de anestesia no parto vaginal (Braga *et al.*, 2023; Knobel *et al.*, 2021).

Ademais, a mídia tem historicamente retratado o parto vaginal como um evento de risco e imprevisível, o que tende a reforçar a crença de que resultados perinatais adversos e indesejáveis são consequências diretas da não utilização ou do atraso na realização da de CS. Nesse sentido, as influências midiáticas também podem impactar sobre o processo decisivo de qual via escolher e, além disso, favorecem para a formação de um olhar distorcido e desfavorável a respeito do parto, principalmente o normal, através de exposições de dor extrema, com gritarias, contrações e descontrole, instalando assim uma visão assustadora não somente para as gestantes mas para todos, com isso, as mulheres passam a perder o interesse pelo parto normal e até mesmo a detestar esse tipo de parto (KNOBEL *et al.*, 2021; Fernandes *et al.*, 2021).

Ao longo das últimas décadas, houve um aumento elevado das cesarianas a pedido materno no Brasil. Judicialmente, a legislação brasileira garante a realização da CS a pedido da mulher, sob a égide da autonomia, mesmo sem que haja uma devida indicação médica. Esse fator pode também ter influenciado o aumento dessas taxas. Entretanto, cabe indicar que um dos fatores causais têm sido a escassez e a dificuldade em se oferecer a analgesia, principalmente a farmacológica durante o parto vaginal, o que faz muitas mulheres optarem pela CS durante o trabalho de parto (Braga *et al.*, 2023).

Todavia, conhecer as causas apontadas no aumento das TCS não basta, é necessário conhecer os empecilhos para reduzi-las. Oliveira *et al.* (2022) aponta dentre as dificuldades brasileiras quanto a redução das TCS está a magnitude e multicausalidades da problemática, que tem origens em fontes como: a maior comodidade da cirurgia para médicos e planos de saúde; e formação inadequada de profissionais de saúde; a necessidade de lucro ou a falta de infraestrutura apropriada para atenção ao parto nos serviços de saúde; além disso, o acesso à CS eletiva como um bem de consumo.

Para Silva e Oliveira (2023), os desafios inerentes à diminuição das TCS abrangem complexidades vinculadas à busca por lucratividade, lacunas na infraestrutura direcionada à atenção ao parto nos estabelecimentos de saúde, a concepção da CS a eletiva como um bem consumível, a preferência para a conveniência cirúrgica manifestada por para médicos e instituições de saúde, além disso, no que refere às deficiências na formação adequada dos profissionais de saúde.

No entanto, no contexto da autonomia, apesar da mulher poder solicitar ou concordar com a realização da CS, no entanto, é crucial destacar que muitas dessas mulheres carecem de pleno esclarecimento acerca das vantagens e desvantagens associadas a essa escolha. Além disso, apresentam uma falta de consciência em relação às possíveis consequências e riscos potenciais do procedimento (Lins, 2021; Alcantara, Almeida e Almeida, 2020; Ribeiro, 2017).

Nesse tocante, Leal *et al.* (2020) aborda que a determinação do tipo de parto pode ser influenciada pelo profissional que atende e assiste a mulher, seja no pré-natal, quanto ao que assiste ao parto. Deste modo, se comparado a assistência prestada por médicos e enfermeiros, a presença da enfermagem na atenção ao parto vem sendo relacionada a resultados mais satisfatórios durante o trabalho de parto e com redução de intervenções desnecessárias como a CS, estando as tais práticas obstétricas conforme o que recomendada a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A presença de enfermeiros obstetras e das obstetras é recomendada para a condução do cuidado das mulheres em todo o ciclo gravídico-puerperal em reprodutivo de risco habitual, do pré-natal, da admissão até a alta, segundo o que assegurem os órgãos ministeriais e internacionais, além disso, a presença do enfermeiro obstetra na assistência vem sendo apontado como cooperante ao desfecho fisiológico do parto, e deste modo, significativa na redução das TCS (Lins, 2021; Reis *et al.*, 2020).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo buscou analisar as TCS segundo a Classificação de Robson na cidade de Santa Inês, município do Maranhão. A partir da análise dos resultados encontrados, foi evidenciado que a cesariana foi indicada na maioria dos partos, principalmente em mulheres entre 20 e 24 anos, da cor parda, com oito a onze anos de estudos e com um pré-natal classificado em mais que adequado.

Sobre a indicação pautada na Classificação de Robson, foi constatado maior prevalência de CS foram nos grupos 5 e 1. Diante disso, infere-se que a ocorrência da primeira cesariana é determinante para o prosseguimento dessa via de parto como exclusiva em outras gestações. Ademais, também constatou-se que as TCS entre os grupos, mesmo altas, estiveram acentuadas apenas no grupo 1 e 3.

Assim, conclui-se que mesmo alinhado à situação obstétrica brasileira, ainda há uma inadequação, quando comparado com as taxas consideradas ideais pelas organizações de saúde, tanto no nível internacional quanto nacional. Portanto, torna-se imprescindível que além de prevenir a cesariana em nulíparas, é essencial também evitar em multíparas que apresentam condições satisfatórias a ocorrência do parto vaginal.

A presente pesquisa apresentou algumas limitações, tais como a incompletude de dados registrados, bem como a subnotificação e preenchimento incompleto no DATASUS, fator este que dificulta a análise fidedigna dos resultados. Diante disso, enfatiza-se a relevância da temática, bem como a necessidade de outras pesquisas, a fim de elucidar melhor os fatores que influenciam na escolha do tipo de parto, com a finalidade de reduzir as taxas de cesarianas e promover uma assistência de qualidade e humanizada, com o mínimo de intervenções tanto para a mãe quanto para o conceito.

Portanto, espera-se que através dos resultados do estudo, seja possível direcionar políticas de intervenção e fomentar resultados clínico-obstétricos voltados a reduzir as cesáreas indiscriminadas, para que seja construído um conhecimento científico baseado em evidências, principalmente em grupos onde a CS pode ser evitável. Quanto às perspectivas futuras, espera-se realizar a publicação deste trabalho ao meio científico através da submissão em um periódico, possibilitando a disseminação dos resultados encontrados, além de auxiliar em outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALCANTARA, Luciana Leite de Mattos; ALMEIDA, Núbia Karla de Oliveira; ALMEIDA, Renan Moritz Varnier Rodrigues de. Padrão de nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, Brasil, segundo os grupos Robson e a classificação do índice Kotelchuck - 2015/2016. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** /, [S.L.], v. 42, n. 07, p. 373-379, jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712122>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- ALGARVES, Talita Ribeiro; LIRA FILHO, Rivaldo. Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. **Enfermagem em foco**, v. 10, n. 5, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2475/682>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- ALVES, Rayssa Stéfani Sousa *et al.* Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1-7, 18 maio 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15523>. Acesso em: 14 dez. 2023.
- ALVES, Rayssa Stéfani Sousa; SILVA, Mariana Pereira Barbosa; LEITE, Airon César; SILVA, Elielson Rodrigues da; CUNHA, Jaqueline Araújo; CARVALHO, Mayara Martins de; PEREIRA, Bruno Lopes; SILVA, Lucília da Costa; PASSOS, Alane Dionizio; MORAIS, Mayra Paula Sales; *et al.* Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1-7, 18 maio 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15523/13785>. Acesso em: 02 jan. 2023.
- AMORIM, Melânia Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, v. 38, n. 8, p. 415-22, 2010.
- ARENCIBIA JORGE, Ricardo. Operación cesárea: recuento histórico. **Revista de Salud Pública**, [S. l.], v. 4, p. 170–185, 2002. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18517>. Acesso em: 26 out 2023.
- BACELAR, Beatriz do Nascimento; OLIVEIRA, Isabella Eduarda de Godoy; GUEDES, Carolina Cotrim; TOKARSKI, Igor Caminha; MARTINS, Letícia Teixeira; GALVÃO, Anna Beatriz Zapalowski *et al.* O impacto das cesarianas desnecessárias na saúde materna e neonatal no Brasil. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 23276-23286, 3 ago. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n8-011>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- BEZERRA, Larissa Figueiredo; BEZERRA, Letícia Figueiredo; SILVA, Alessandro de Oliveira; MARQUES, Marcelo Costa Cronemberger. Classificação de Robson nas maternidades brasileiras: estatísticas prós e contras. **Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, [S.L.], v. 4, n. 7, p. 38-46, 28

dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.24281/rremecs2526-2874.2019.4.7.38-46>. Acesso em: 25 jan. 2024.

BOTENTUIT, Thais Natalia Araujo. **Ocorrência da cesárea segundo os critérios de Robson em coortes em São Luís-MA e Ribeirão Preto-SP**. 2021. 61 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS) (Mestrado) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

BRAGA, Antônio; SUN, S.Y, ZACONETA A.C.M; TRAPANI, J.A; LUZ, AG, OSANAN, G, *et al*. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. **Femina**. v. 51, n.3, p.9-12, 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina_2023_51_3_-_WEB_1.pdf. Acesso: 1 nov. 2023.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**: Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL. Lei no 14.443, de 2 de setembro de 2022. **Altera a Lei no 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar** [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm. Acesso em: 27 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021. Brasília (DF). 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília. 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencma.def>. Acesso em: 24. Set 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/Tabnet). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def> Acesso em: 2 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília :Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Diretrizes nacionais de atenção à gestante: operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, Isabela Ávila Fontes; ALMEIDA, Berila Beatriz Dias de; VASCONCELOS, Guilherme Barreto; LIMA, Maria Adriely Cunha; PIRES, Luciana Barros Melo. Avaliação da via obstétrica no Brasil segundo a classificação de Robson nos últimos 5 anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 23, n. 5, p. 1-10, 11 maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e13190.2023>. Acesso em: 02 jan. 2024.

CORREA, Mario Dias Junior; SANTOS, Bárbara Moreira Ribeiro Trindade dos; ROVEDA, José Reinaldo Correa; SILVA, Laura Carolina Menezes Vieira; GUIMARÃES, Larissa Silva; GONÇALVES, Samuel Cristóvão Lopes. Melhorando a gestão da gravidez de alto risco com o uso da classificação de Robson. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 42, n. 8, p. 448-453, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1713910>. Acesso em: 28 nov. 2023.

COSTA, Ana Cecília Oliveira Costa.; MASCARELLO, Keila Cristina. Prevalência de disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no Brasil no período entre 2007 e 2018. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 3, p. e14204, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/14204>. Acesso em: 23 jan. 2024.

DIAS, Ernandes Gonçalves; SOUZA, Luziana de Freitas; FREITAS, Vanessa de Oliveira Custódio; CAMPOS, Lyliane Martins; CALDEIRA, Maiza Barbosa. Orientações sobre o parto no pré-natal e a influência no tipo de parto praticado. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 203-210, 30 ago. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17695/rcsne.vol21.n2.p203-210>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ESPINOSA, Betina Linardi; ESTEVES, Carla Carolina Seixas; FARO, Flavia Morandi El; BARAZAL, Gustavo Alvarez Prado; DAVID, Maria Luisa Diaz Cunha. Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de Robson em uma maternidade brasileira de risco habitual. **Femina**, [s. l.], p. 98-104, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1428704/femina-2022-512-98-104.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2024.

EUFRÁSIO, Laiane Santos; SOUZA, Damião Ernane de; FONSÊCA, Aline Medeiros Cavalcanti da; VIANA, Elizabel de Souza Ramalho. Diferenças regionais brasileiras e fatores associados à prevalência de cesárea. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 31, p. 1-10, 10 maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.031.AO08>. Acesso em: 26 nov. 2023.

FERNANDES, Larissa Thaynara Rodrigues.; ALMEIDA, Millena Leal Sousa; NASCIMENTO, Greice Lanna Sampaio do. Análise da prevalência da via de parto e os fatores que influenciam nessa escolha. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. e25805, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/25805>. Acesso em: 7 jan. 2024.

FRANCA, Camylla Clemente da; TAVEIRA, Lúcia de Medeiros. Indicação de cesariana baseada em evidências. **Revista Jrg de Estudos Acadêmicos**, [S.L.], v. 5, n. 11, p. 395-4007, 25 nov. 2022. Disponível em:<http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/413/502>. Acesso em: 02 dez 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ(FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Parto Vaginal Após Cesariana (PVAC – VBAC)**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/parto-vaginal-apos-cesariana-pvac-vbac/>>. Acesso em: 24 out 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ(FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Principais Questões sobre Classificação de Robson: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação**. Rio de Janeiro, 17 mar. 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>>. Acesso em: 24 out 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ(FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: Classificação de Robson**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>>. Acesso em: 18 out 2023

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA(UNISEF). **Quem Espera, Espera**. Pelo direito de nascer na hora certa/ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 17-20. 2017.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: **Atlas**, 2010.

GOMES, Luciana Mamede. **Fatores de risco associados à laceração perineal: uma análise baseada nos dados do inquérito Nascer no Brasil**. 2022. 143 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Instituto Nacional da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz, Goiânia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7054>. Acesso em: 12 jan. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA(IBGE). **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/santa-ines/panorama>. Acesso em: 29 nov. 2023.

IWANUSK, Andressa Moreira.; BERTOLI, João Pedro de Paula; SOUZA, Matheus Leite Ramos de; FREITAS, Matheus Pisa; SILVA, Thiago Ribeiro e; NEUMANN, Dieter Alisson. Perfil da Taxa De Cesariana Conforme Classificação de Robson em uma maternidade pública do Sul Do Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 29–40, 2022. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/767>. Acesso em: 10 jan. 2024.

KNOBEL, Roxana; LOPES, Thiago Jose Pinheiro; MENEZES, Mariane de Oliveira; ANDREUCCI, Carla Betina *et al.* Taxas de Cesariana no Brasil de 2014 a 2016: Análise transversal utilizando a classificação de Robson. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [S.L.], v. 42, n. 09, p. 522-528, 19 jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1712134>. Acesso em: 10 nov. 2023.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 54, p. 1-12, 21 jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztLYnPcNFcszFNDrBCFRchq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 nov 2023.

LEAL, Maria do Carmo; SILVA, Antônio Augusto Moura da; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; RATTNER, Daphne; MOREIRA, Maria Elizabeth; FILHA, Mariza Miranda Theme; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; PEREIRA, Ana Paula Esteves; TORRES, Jacqueline Alves. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-8, 22 ago. 2012. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15#citeas>. Acesso em: 30 dez. 2023.

LINS, Jordana Julia Almeida. **A aplicação da Classificação de Robson nas maternidades brasileiras como ferramenta para redução das taxas de cesariana: uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.

MARANHÃO. Governo do Estado do Maranhão. **Nova Ala Materna do Hospital Regional de Santa Inês é referência em alta complexidade para o Vale do Pindaré**. 2022. Disponível em: <https://www.ma.gov.br/noticias/nova-ala-materna-do-hospital-regional-de-santa-ines-e-referencia-em-alta-complexidade-para-o-vale-do-pindare>. Acesso em: 24 set. 2023.

MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Complicações maternas e cesariana sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>. Acesso em: Acesso em: 29 nov. 2023.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; TEIXEIRA, Renata Cristina; NICOLINI, Ana Beatriz; ALVARES, Aline Spanevello; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MARTINS, Débora Prado. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 69, n. 6, p. 1091-1098, dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NwztcyqVs8kySJfHGdC6Ksr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2024.

MENDONÇA, Maria Nathália Prado Simões; MENEZES, Marina de Pádua Nogueira; LIMA, Marina Santos Costa; GOMES, Marcel Vieira; MATOS, Mariana Moscoso Rêgo de; LIMA, Felipe Cerqueira. Estudo das indicações de cesariana em uma maternidade de referência em baixo risco. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-8, 3 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11375>. Acesso em: 26 nov. 2023.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; REZENDE JORGE, Filho. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**; p. 1066-1114, 2017.

MORESI, Eduardo Henrique Costa; MOREIRA, Pedro Piancastelli; FERRER, Isabela Lemos; BAPTISTELLA, Melorie Kern Capovilla Sarubo; BOLOGNANI, Cláudia Vicari. Robson Classification for cesarean section in a Public Hospital in Distrito Federal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 1035-1042, dez. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202200040017>. Acesso em: 20 dez. 2023.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos *et al.* O uso da classificação de Robson para avaliar a taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto. **PubMed**. 2016. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/04/12978_2016_228_MOESM2_ESM.pdf. Acesso em: 20. nov. 2023.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos. **Análise das Cesarianas no Brasil: Contribuições da Pesquisa Nascer no Brasil para Redução das Cesarianas Desnecessárias no País**. 2017. 127 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2017.

NOGUEIRA, Gabriela de Freitas; SILVA, Maciel Costa; VALLE JUNIOR, Rafael dalla. Análise do perfil de pacientes gestantes que optaram pela cesárea eletiva Pelo Sistema Único de Saúde em uma maternidade de Cascavel, Paraná. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S.L.], v. 9, n. 10, p. 1061-1074, 7 nov. 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11620/5289>. Acesso em: 02 jan. 2024.

OLIVEIRA, Cintia de Freitas; BORTOLI, Maritsa Carla de; SETTI *et al.* Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 427-439, fev. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022272.41572020>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva: WHO; p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual da Implementação da Classificação de Robson**. Geneva: OMS, 2017.

PARENTE, Raphael Câmara Medeiros; FILHO, Olímpio Barbosa Moraes; REZENDE FILHO, Jorge de; BOTTINO, Nathalia Gravina; PIRAGIBE, Pollyana, LIMA, Diego Trabulsi; GOMES, Danielle Orlandi. A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina**, v. 38, n. 9, p. 3, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a481-486.pdf>. Acesso em: 26 de out 2023.

PASCHE, Dário Frederico; VIELLA, Maria Esther de Albuquerque; GIOVANNI, Miriam de; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg saúde debate**, v. 52, p. 58-71, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2014/dezembro/1-b-divulgacao-52.pdf#page=60>. Acesso em: 26 de out 2023.

PAULETTI, Bruna Bialezki; RODRIGUES, Camila; PIERIN, Heloisa Kugeratski; FERREIRA, Maria Fernanda Queiróz; GARCIA, Lucas Mori; TAPPARO, Thais. **CONHECIMENTO DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AO PARTO HUMANIZADO E AS VIAS DE PARTO**. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Positivo, Curitiba, 2021. Disponível em: https://repositorio.cruzeirodosul.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3867/1/34_TCCmed_UP_gestantes.pdf. Acesso em: 20 set. 2023.

PAZ, Lester Davi Castro; BANEGAS, Rigoberto Castro; LUZ, Adriana Gomes; COSTA, Maria Laura. Robson's Ten Group Classification System to Evaluate Cesarean Section Rates in Honduras: The Relevance of Labor Induction. **Rev Bras Ginecol Obstet**. p. 830-837. 2022.

REIS, Agnes Maria; BELTRAME, Renata Cristina Teixeira; ARANTES, Rayssa Basílio Santos; CORREA, Áurea Cristina de Paula; MARTINS, Debora Pereira. Taxas de cesarianas em um hospital universitário a partir da classificação de Robson. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 19, p. 2-9, 8, set. 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 02 dez. 2023.

REIS, Agnes Maria; BELTRAME, Renata Cristina Teixeira; ARANTES, Rayssa Basílio Santos; CORREA, Áurea Cristina de Paula; MARTINS, Debora Pereira. Taxas de cesarianas em um hospital universitário a partir da classificação de Robson. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 19, p. 1-9, 8 set. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.47196>. Acesso em: 10 jan. 2023.

REZENDE JORGE, Filho. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. 14. ed. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**; In: BRAGA, Antônio *et al.*, (Ed.), p. 1005-1118, 2022.

RIBEIRO, Carla Lima. **Nascer em Belo Horizonte: processo decisório e fatores obstétricos associados à via de nascimento.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Acesso: <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-AMTK7D>. Acesso em: 02 dez. 2023.

RIBEIRO, Rosângela Gonçalves; AZEVEDO, Felipe. **Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco: uma revisão integrativa.** Orientador: Lídia Câmara Peres. 2019. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

ROBSON, Michael. Can we reduce the caesarean section rate? **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Vol. 15, N.1, p. 179±194, 2001. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1053/beog.2000.0156doi>. Acesso em: 24 out. 2023.

ROBSON, Michael; HARTIGAN, Lucia; MURPHY, Martina. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Elsevier BV [S.L.], v. 27, n. 2, p. 297-308, abr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>. Acesso em: 30 out 2023.

ROCHA, Janaina Vasconcelos; SANTOS, Manuela Alves dos; SOARES, Alana Cristiny Miranda; SILVA, Cristiane dos Santos; ARAËJO, Edna Maria de; CORDEIRO, Rosa Cândida; SANTOS, Djanilson Barbosa dos. Determinantes sociais e de saúde na ocorrência do parto cesáreo. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 1-12, 31 ago. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i8.42958>. Acesso em: 02 jan. 2024.

RODRIGUES, Camila; PIERIN, Heloisa Kugeratski; FERREIRA, Maria Fernanda Queiróz; GARCIA, Lucas Mori; MARTINI, Milena Binhame Albini. Conhecimento das puérperas em relação ao parto humanizado e às vias de parto. **Femina**. v. 51, n.3, p.161-166, 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Femina_2023_51_3_-_WEB_1.pdf. Acesso em: 04.dez. 2023.

ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M.; SANTANA, E.W.P. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M.Z. GURGEL, M (Orgs). Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: **Medbook**, p. 11, 2011.

SILVA, Aline Palermo da; ROMERO, Rhaissa Toledo; BRAGANTINE, Adriana; BARBIERI, Andrielle Aparecida Diniz Martins; LAGO, Milena Torres Guilhem. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 24, p. 1-9, 29 jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e624.2019>. Acesso em: 26 Não é um mês valido! 2023.

SILVA, Aline Palermo da; ROMERO, Rhaissa Toledo; BRAGANTINE, Adriana; BARBIERI, Andrielle Aparecida Diniz Martins; LAGO, Milena Torres Guilhem. As

indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], n. 24, p. 624-627, 29 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>. Acesso em: 20 out. 2023.

SILVA, Francielle Gramacho da. **Gravidez na adolescência no segundo ano do período pandêmico**. 2023. 33 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, A Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/7054>. Acesso em: 12 jan. 2024.

SILVA, Leonardo Sales Ribeiro; CAVALCANTE, Ana Neiline; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Silva. Perfil obstétrico de gestantes atendidas em pré-natal em Centro de Saúde da Família. **Saúde em Revista**, v. 19, n. 51, p. 15-23, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344976278_Perfil_obstetrico_de_gestantes_atendidas_em_pre-natal_em_Centro_de_Saude_da_Familia. Acesso em: 8 jan. 2024.

SOARES, Karina Biaggio; KLEIN, Vanessa Cristina Grolli; LIMA, José Antônio Reis Ferreira de; GADENZ, Lucas; PAULO, Larissa Emile; KONOPKA, Cristine Kolling. Gestational Risk as a Determining Factor for Cesarean Section according to the Robson Classification Groups. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 43, n. 02, p. 84-90, 19 jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/rx4STYdhThyhkcDLq4W76Pn/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 01 jan. 2024.

VENDRÚSCOLO, Claudia Tomasi; KRUEL, Cristina Saling. Livre escolha da parturiente pelo acompanhante e seus entraves: desafios para a humanização da assistência ao parto e nascimento. **Barbarói**. pág. 52-70, 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes; NETTO, Thereza de Lamare Franco; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; BALDISSEROTTO, Márcia Leonardi; PRADO NETO, Priscila Fernandes do; RODRIGUES, Mariana Ramos; MARTINELLI, Katrini Guidolini; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 847-858, mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vNvVPPNXWNxRTscRRysSm9J/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2024.

VOGEL, Joshua P; BETRÁN, Ana Pilar; VINDEVOGHEL, Nadia *et al.* Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two who multicountry surveys. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 3, n. 5, p. 260-270, maio 2015. [Http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(15\)70094-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(15)70094-x). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(15\)70094-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(15)70094-x). Acesso em: 20 dez. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation**. Geneva; p. 5- 2017.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. In: FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira (Ed.) 5. ed. Barueri, SP: **Editora Manole**, p 425- 438, 2023.

ANEXOS

ANEXO A- Declaração de Nascidos Vivos (DNV).

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PAA - SAÚDE DA SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PAA - SAÚDE DA SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
PAA - SAÚDE DA SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

Nome do estabelecimento (NM) _____ Número do Cartão Nacional de Saúde do MS _____

I Data e hora de nascimento _____ Hora _____

II Sexo do nascido _____

III Local de nascimento _____

IV Nome _____

V Identificação profissional _____

VI _____

VII _____

VIII _____

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO
O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o(s) responsável(is) deverá(m) levar este documento ao cartório de registro civil.

Fonte: Ministério da Saúde (MS) (2022).