



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

GRACIELLA MELO DE ARAÚJO FREITAS

**PERFIL DA TAXA DE CESARIANA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

FORTALEZA

2025

GRACIELLA MELO DE ARAÚJO FREITAS

**PERFIL DA TAXA DE CESARIANA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área temática: Ética e saúde materna.

Orientador: Helvécio Neves Feitosa

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F936p Freitas, Graciella Melo de Araújo.
Perfil da taxa de cesariana conforme Classificação de Robson em um hospital universitário no interior do Rio Grande do Norte / Graciella Melo de Araújo Freitas. – 2025.
35 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa.
1. Cesariana . 2. Maternidade. 3. Classificação. I. Título.

CDD 610

GRACIELLA MELO DE ARAÚJO FREITAS

**PERFIL DA TAXA DE CESARIANA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área temática: Ética e saúde materna.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Helvécio Neves Feitosa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Júlio Augusto Gurgel Alves
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, que ilumina meus dias com sua alegria e amor incondicional. Seu sorriso é minha maior inspiração e sua existência me impulsiona a ser uma pessoa e profissional melhor a cada dia. Que este esforço sirva de exemplo para você, mostrando que o conhecimento e a dedicação são caminhos para a realização dos nossos sonhos.

Ao meu esposo, companheiro incansável nesta jornada, que esteve ao meu lado em cada desafio, oferecendo apoio, paciência e incentivo. Sua presença me fortalece e me dá a certeza de que juntos podemos superar qualquer obstáculo. Obrigada por acreditar em mim, mesmo nos momentos em que duvidei das minhas próprias forças.

À minha família, que sempre esteve presente com amor, carinho e palavras de encorajamento. Cada gesto de apoio, cada palavra de conforto e cada demonstração de confiança foram essenciais para que eu pudesse chegar até aqui. Sou imensamente grata por tudo que fizeram por mim.

Este trabalho é fruto do amor, da dedicação e do apoio de vocês. Obrigada por fazerem parte da minha história!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família, que esteve ao meu lado durante toda essa caminhada. Ao meu esposo, pelo amor, paciência e apoio incondicional, sempre me incentivando a seguir em frente, mesmo nos momentos mais desafiadores. Ao meu filho, minha maior inspiração, cuja existência enche meus dias de alegria e propósito. Cada sorriso seu me deu forças para continuar.

Sou imensamente grata ao meu orientador, Dr. Helvécio, pela dedicação, paciência e valiosos ensinamentos. Sua orientação precisa e sua compreensão foram fundamentais para a construção deste trabalho. Obrigada por compartilhar seu conhecimento e por acreditar no meu potencial, mesmo diante das dificuldades do percurso.

Agradeço também aos amigos e colegas que, de alguma forma, contribuíram com palavras de apoio, troca de experiências e incentivo ao longo dessa jornada.

Por fim, sou grata a todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa trajetória, tornando possível a realização deste sonho.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral: Realizar um diagnóstico situacional a respeito do perfil obstétrico de parturientes conforme Classificação de Robson no Hospital Universitário Ana Bezerra. A condução da pesquisa, teve como estratégia metodológica a realização de um estudo ecológico, de caráter transversal retrospectivo, realizado por meio de um levantamento de dados através da base de informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABWIN), referentes ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2019 a 2023. Os resultados apresentaram, que o ano de 2020 representou 21,5%, sendo o segundo ano com maior número de partos. No ano de 2021, houve uma queda no percentual, ficando em 20,5%. A redução desses números se manteve até os anos de 2022 com registro de 18,4% e em 2023 com o menor percentual do período, com 16,4% dos partos totais. Ao observar essa diminuição progressiva surgem teorias que possam justificar esses declínios, como possível redução nas admissões obstétricas ou mudanças nos padrões de atendimento ao longo do tempo. Para um entendimento mais detalhado, a tabela 2, no contexto da Classificação de Robson permite entender melhor quais grupos de parturientes mais contribuíram para essa variação. Os dados obtidos indicaram que determinados grupos, especialmente os que envolvem nulíparas e multíparas com cesárea anterior, contribuíram significativamente para a taxa geral de cesárea, corroborando com as tendências observadas na literatura. Os principais desfechos da pesquisa revelaram uma taxa de cesárea superior ao que é recomendado pelas diretrizes internacionais, refletindo a necessidade urgente de implementar estratégias que promovam a redução das cesáreas desnecessárias. A categorização da população atendida permitiu identificar as características clínicas que influenciam as decisões de intervenção obstétrica, destacando a importância de personalizar o atendimento conforme as necessidades de cada grupo. Além disso, a comparação dos dados com os Parâmetros de Robson evidenciou a discrepância entre a prática atual e as recomendações, sugerindo que a formação contínua da equipe de saúde e a implementação de protocolos baseados em evidências são fundamentais. Entre as limitações do estudo, destaca-se a dependência de dados secundários, que podem não refletir com precisão a realidade clínica de todas as parturientes atendidas.

Palavras-Chaves: Cesariana; Maternidade; Classificação.

ABSTRACT

This study had the general objective of conducting a situational diagnosis regarding the obstetric profile of parturients according to the Robson Classification at the Ana Bezerra University Hospital. The research methodology was based on an ecological, cross-sectional, retrospective study, carried out through data collection from the Information Technology Department of the Unified Health System (DATASUS/TABWIN), referencing the Live Birth Information System (SINASC) for the period from 2019 to 2023. The results showed that the year 2020 represented 21.5% of deliveries, making it the second year with the highest number of births. In 2021, there was a decline, with 20.5%. This downward trend continued in 2022, with a record of 18.4%, and in 2023, with the lowest percentage of the period, accounting for 16.4% of total deliveries. This progressive decrease raises theories that may justify the declines, such as a possible reduction in obstetric admissions or changes in care patterns over time. For a more detailed understanding, Table 2, in the context of the Robson Classification, allows for a better understanding of which groups of parturients contributed most to this variation. The data obtained indicated that certain groups, especially those involving nulliparous and multiparous women with previous cesarean sections, contributed significantly to the overall cesarean rate, corroborating the trends observed in the literature. The main outcomes of the research revealed a cesarean rate higher than what is recommended by international guidelines, reflecting the urgent need to implement strategies to reduce unnecessary cesarean sections. The categorization of the population served allowed us to identify the clinical characteristics that influence obstetric intervention decisions, highlighting the importance of tailoring care according to the needs of each group. Furthermore, the comparison of the data with the Robson Parameters evidenced the discrepancy between current practice and recommendations, suggesting that continuous staff training and the implementation of evidence-based protocols are essential. Among the limitations of the study, the reliance on secondary data stands out, which may not accurately reflect the clinical reality of all parturients attended.

Keywords: Cesarean Section; Maternity; Classification

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Tabela de classificação de Robson	27
Figura 2: Instrumento para Coleta de dados	48

LISTA DE APÊNDICE

Apêndice 1: Instrumento para coleta de dados

48

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Parâmetros da classificação de Robson organizados em grupos.	25
Tabela 1: Caracterização do Número de Partos no Hospital Universitário Ana Bezerra	30
Tabela 2: Caracterização do Nº de Cesáreas no Hospital Universitário Ana Bezerra	31
Tabela 3: Caracterização dos Grupos ao Longo dos Anos	33
Tabela 4: Distribuição Percentual das Cesáreas por Grupos de Robson	35
Tabela 5: Contagem Absoluta de Cesáreas por Grupo	37
Tabela 6: Contribuição Relativa de Grupos na Taxa de Cesárea	38
Quadro 2: Estratégias para Redução de Cesarianas Desnecessárias	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Classificação de Robson: Conceito e Aplicações	16
3.2 Histórico e Evolução das Taxas de Cesarianas no Brasil	17
3.3 Fatores Determinantes para a Realização de Cesarianas	19
3.4 Impacto das Cesarianas na Saúde Materna e Neonatal	22
4 MÉTODOS	24
4.1 Tipo Do Estudo	24
4.2 Coleta De Dados	24
4.3 Análise Dos Dados	26
4.4 Aspectos Éticos	28
5. RESULTADOS	29
6. DISCUSSÃO	37
6.1 Grupos de Robson que mais contribuíram para a taxa geral de Cesárea	37
6.2 Estratégias para redução de cesarianas desnecessárias	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE	

1. INTRODUÇÃO

A cesariana é um procedimento cirúrgico para a realização do parto de um ou mais bebês, sendo uma via de nascimento cada vez mais frequente em todo o mundo, especialmente no Brasil. De acordo com as recomendações impostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a taxa de cesáreas em uma população não deve ultrapassar 15% dos nascimentos. Contudo, dados recentes apontam que o Brasil apresenta uma média de aproximadamente 56%, sendo um dos líderes mundiais no uso dessa técnica. Assim, a discrepância entre as recomendações e a prática do procedimento, aponta questões voltadas aos fatores que contribuem para a alta incidência de cesáreas, tanto nos hospitais públicos quanto privados (OMS, 2021).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam o aumento crescente, onde 21% dos partos globais foram realizados por cesariana em 2021, com a previsão de que esse percentual chegue a 29% até 2030. Esse aumento é bastante notável na América Latina e no Caribe, regiões que apresentam as maiores taxas de cesariana, alcançando 40,5%. Essa progressão preocupante, observada desde 1990, levanta dilemas sobre os riscos associados à cesariana quando realizada sem necessidade e tampouco sem indicação médica, podendo causar complicações à saúde materna e infantil, além dos custos elevados que ela impõe aos sistemas de saúde (Brasil, 2023)

No Brasil, a situação é ainda mais alarmante, já que o país possui a segunda maior taxa de cesarianas no mundo. Dados recentes indicam que, de janeiro a outubro de 2023, 57,6% dos partos no país foram realizados por cesariana, número muito superior à recomendação da OMS, que sugere que apenas 15% dos partos sejam cirúrgicos. No setor privado, esse índice chega a 86%, com aproximadamente 870 mil cesarianas realizadas sem indicação clínica anualmente. No Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de as taxas serem menores, 44,2% dos partos ainda ocorrem por cesariana, revelando a necessidade de uma reavaliação das práticas obstétricas, tanto para evitar cesáreas desnecessárias quanto para garantir que as mulheres que realmente precisam desse procedimento tenham acesso a ele (Brasil, 2023).

A Classificação de Robson, foi desenvolvida de 2001, por Michael Robson, se tornando uma ferramenta de grande utilização nas maternidades, cuja principal serventia é comparar as taxas de cesáreas em diferentes perfis epidemiológicos. A organização da classificação de Robson, agrupa as parturientes em diferentes categorias e características obstétricas como paridade, tipo de

gestação, apresentação fetal, idade gestacional e histórico de cesárea prévia (Moreira; Aguem, 2019).

No Brasil, a aplicação da Classificação de Robson foi adotada para avaliar e monitorar os procedimentos de cesariana como um método para auxiliar na transparência e a comparação em diferentes instituições de saúde. O estado do Rio Grande do Norte, localizado na região Nordeste do Brasil, possui um panorama de saúde pública que reflete tanto as condições socioeconômicas locais quanto às políticas de saúde implementadas ao longo das décadas. As instituições públicas, em específico o Hospital Universitário Ana Bezerra, é uma referência para o atendimento obstétrico de gestantes de diversas localidades, principalmente dos públicos mais vulneráveis (Pereira *et al.*, 2024).

A escolha pelo parto cesáreo, especialmente em ambientes públicos de saúde, deve ser baseada em indicações claras e bem fundamentadas. Deve-se evitar intervenções desnecessárias que possam trazer riscos à saúde da mãe e do bebê. No entanto, a prática acima mencionada ainda é realizada sem indicações absolutas. Isso pode ocorrer por questões institucionais e pelas próprias gestantes, uma vez que fatores culturais e o medo da dor do parto normal pressionam a escolha. É importante nesse sentido, que se entenda como o uso de diferentes grupos de Robson, tipo de parto influi na taxa de cesáreas e natureza das gestantes com menor ou maior taxa de cesárea – Nos grupos 1 e 2 de Robson encontram-se as mulheres com maior expectativa de parto vaginal por não terem condições de risco para cesárea, a gestante que tem feto único, em apresentação cefálica, a termo, sem cesárea anterior (Frez *et al.*, 2023).

Outro fator relevante na análise das taxas de cesarianas é a capacitação das equipes médicas para a condução de partos vaginais em situações mais desafiadoras, como nos casos de gestações de alto risco. Em muitas maternidades públicas, a falta de recursos, o excesso de demanda e a falta de profissionais qualificados podem contribuir para que a cesariana seja considerada a via mais segura. A implementação de protocolos baseados na Classificação de Robson pode auxiliar na reestruturação dos fluxos de atendimento e na educação continuada das equipes de saúde, com o intuito de reduzir as cesarianas desnecessárias (Pereira *et al.*, 2024).

A alta taxa de cesárea é frequentemente associada ao aumento de complicações pós-parto, tais como infecções, hemorragias e um período maior de recuperação, além de ter impactos financeiros no sistema de saúde. Em países em desenvolvimento, esses problemas podem se tornar ainda mais sérios devido à limitação de recursos e à dificuldade de obter cuidados pós-operatórios

de excelência. Portanto, diminuir as taxas de cesariana não é apenas uma questão de conformidade com as normas internacionais, mas também de segurança e bem-estar tanto materno quanto neonatal (Frez *et al.*, 2023).

Contudo, para alcançar uma redução sustentável nas taxas de cesárea, é imprescindível que as políticas públicas de saúde adotem uma abordagem integrada, que englobe desde a educação médica até a conscientização das mulheres grávidas sobre os benefícios do parto normal e os perigos desnecessários da cesariana. A Classificação de Robson oferece uma base sólida para essas intervenções, ao permitir uma análise detalhada das taxas de cesariana em grupos específicos de risco, orientando a adoção de estratégias direcionadas e mais eficazes (Bezerra *et al.*, 2019).

A problemática se agrava quando, mesmo com a utilização de ferramentas de classificação como a de Robson, ainda se verifica uma alta taxa de cesáreas em maternidades públicas, como a do Hospital Universitário Ana Bezerra. Esse fato levanta questões sobre a adequação das práticas obstétricas, a influência de fatores institucionais, sociais e culturais, e o impacto dessas intervenções cirúrgicas na saúde materna e neonatal. Dessa forma, torna-se essencial realizar um diagnóstico situacional que permita identificar quais grupos de Robson mais contribuem para essa alta taxa de cesáreas e avaliar se os padrões de assistência obstétrica estão em consonância com as recomendações internacionais.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Realizar um diagnóstico situacional a respeito do perfil obstétrico de parturientes conforme Classificação de Robson no Hospital Universitário Ana Bezerra.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar taxa de Cesárea geral e dos grupos de Robson;
- Categorizar a população atendida no hospital nos últimos cinco anos;
- Comparar os dados dos 25 grupos com os Parâmetros de Robson;
- Descobrir quais grupos de Robson mais contribuíram para a taxa geral de Cesárea;
- Traçar estratégias para redução de cesarianas desnecessárias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Classificação de Robson: Conceito e Aplicações

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de partos por cesariana aumentou nas últimas décadas, embora não seja utilizado nenhum sistema padrão internacionalmente reconhecido para monitorizar as taxas de cesariana. Portanto, em 2015, a Organização Mundial da Saúde recomendou o uso da classificação de Robson, que foi criada para identificar prospectivamente grupos de mulheres clinicamente relevantes com disparidades nas taxas de cesariana (Carvalho *et al.*, 2022).

Essa classificação permite avaliar detalhadamente as taxas de cesarianas e facilita comparações entre diferentes populações e maternidades. O sistema é simples, reprodutível e aplicável a todos os serviços médicos, tornando-se uma ferramenta essencial para o monitoramento da assistência obstétrica. Cada um dos 10 grupos da classificação de Robson é determinado por cinco critérios principais: paridade (se a mulher é primípara ou múltipara), presença ou ausência de trabalho de parto e tipo de gravidez (feto único ou multiparidade), idade gestacional, e posição fetal (WHO, 2015).

Os dez grupos da classificação de Robson são organizados de acordo com essas características e ajudam a identificar padrões de intervenção obstétrica. O Grupo 1 inclui mulheres primíparas com gestação única a termo, em apresentação cefálica, que entram em trabalho de parto espontaneamente. O Grupo 2 abrange mulheres primíparas, também com gestação única a termo e apresentação cefálica, mas que foram induzidas ou passaram por cesariana antes do início do trabalho de parto (WHO, 2015).

O Grupo 3 compreende mulheres múltiparas com gestação única a termo e apresentação cefálica, que entram em trabalho de parto espontaneamente, sem cesáreas anteriores. O Grupo 4 é semelhante ao grupo 3, mas inclui as que foram induzidas ou tiveram cesariana sem trabalho de parto. Já o Grupo 5 refere-se às mulheres com uma cesariana anterior, independentemente do tipo de parto atual, sendo este um dos grupos que frequentemente apresenta as maiores taxas de cesariana (WHO, 2015).

Nos grupos seguintes, a classificação de Robson aborda cenários obstétricos menos comuns, porém importantes para o controle das intervenções obstétricas. O Grupo 6 abrange as

primíparas com gestações únicas em apresentação pélvica, enquanto o Grupo 7 inclui as multíparas com apresentação pélvica. O Grupo 8 trata de todas as mulheres com gestação múltipla, e o Grupo 9 refere-se àquelas com gestação única e feto em apresentação transversa ou oblíqua, que geralmente requerem cesariana. Por fim, o Grupo 10 engloba todas as mulheres com gestações únicas, em apresentação cefálica, mas com idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2015).

A importância da Classificação de Robson reside no fato de que ela permite uma análise comparativa das taxas de cesariana entre hospitais e diferentes regiões, fornecendo dados para a implementação de políticas de saúde voltadas para a redução de cesarianas desnecessárias. Esse sistema facilita a identificação de grupos específicos onde as taxas de cesariana podem ser otimizadas, ajudando a definir intervenções direcionadas. Além disso, como é baseada em critérios clínicos claros, a classificação reduz a subjetividade, promovendo práticas obstétricas baseadas em evidências e melhorando os resultados maternos e neonatais. A capacidade de monitorar e ajustar práticas obstétricas em tempo real torna a Classificação de Robson uma ferramenta valiosa para gestores de saúde, pesquisadores e equipes clínicas (Pinto *et al.*, 2020)

3.2 Histórico e Evolução das Taxas de Cesarianas no Brasil

Nas últimas décadas, o Brasil tem enfrentado um crescimento acentuado nas taxas de cesariana, tornando-se um dos países com os maiores índices dessa intervenção cirúrgica no mundo. Esse aumento é resultado de uma série de fatores culturais, sociais e médicos que moldaram o cenário obstétrico nacional. Historicamente, a cesariana foi vista como uma solução para emergências obstétricas que, em outras circunstâncias, poderiam resultar em complicações graves ou até mesmo na morte da mãe e do bebê. No entanto, o procedimento foi gradualmente se tornando uma prática comum em situações onde não há necessidade médica clara, levando a um crescimento exponencial nas últimas décadas (Chitarra *et al.*, 2020).

A cesariana começou a ser vista como um procedimento mais rápido e “conveniente”, tanto para médicos quanto para mães, o que levou a uma maior aceitação e preferência por esse tipo de parto. Ao mesmo tempo, fatores como o medo da dor do parto normal e a falsa crença de que a cesariana seria mais segura também contribuíram para essa tendência (Santos, 2022).

No Brasil, outro fator importante que impulsionou o aumento das cesarianas foi a estrutura do sistema de saúde, especialmente no setor privado. No atendimento privado, os partos vaginais

eram frequentemente evitados por questões logísticas e de conveniência. A cesariana agendada passou a ser uma opção preferida, já que permitia maior controle sobre o tempo e a organização da rotina hospitalar. Assim, muitos médicos e pacientes começaram a agendar cesarianas, independentemente de indicações médicas reais, o que aumentou significativamente as taxas (Santos, 2022).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que atende a grande maioria da população brasileira, também viu um aumento nas taxas de cesariana, embora em menor escala comparado ao setor privado. As taxas de cesariana no SUS sempre foram menores, em parte devido à sua estrutura e diretrizes mais rígidas. No entanto, o Brasil como um todo passou a enfrentar uma média de cerca de 50% de partos cesáreos no início dos anos 2000, com alguns estados chegando a mais de 80% no setor privado (Lucena *et al.*, 2021).

Diante desse cenário preocupante, as políticas públicas começaram a focar na redução dessas taxas. Em 2011, o governo federal lançou a Rede Cegonha, uma iniciativa voltada para melhorar a qualidade do atendimento obstétrico no país. Um dos principais objetivos da Rede Cegonha era promover o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias. A política incentivou práticas baseadas em evidências, como o uso de enfermeiras obstétricas e doulas, além de fortalecer o pré-natal e humanizar o atendimento ao parto. Essa foi uma das primeiras grandes iniciativas de saúde pública voltadas diretamente para reverter a tendência crescente de cesarianas (Gama *et al.*, 2021).

Apesar dessas iniciativas, os resultados têm sido mistos. Embora a Rede Cegonha e outras políticas públicas tenham conseguido alguns avanços, as taxas de cesariana ainda permanecem altas, principalmente no setor privado. Em muitos casos, as pacientes ainda têm pouca informação sobre os riscos associados à cesariana desnecessária, e os médicos continuam a preferir esse tipo de parto por razões logísticas e de controle do tempo. As cesarianas eletivas, que são agendadas antes mesmo do início do trabalho de parto, continuam sendo um desafio no Brasil (Gama *et al.*, 2021).

Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem alertado para os riscos do aumento excessivo das cesarianas, que incluem complicações como infecções, hemorragias e dificuldades em gestações futuras. A OMS recomenda que as taxas de cesariana fiquem entre 10% e 15% dos partos, o que está muito distante da realidade brasileira. O Brasil, portanto, precisa continuar a investir em políticas públicas que não apenas incentivem o parto normal, mas que

também eduquem tanto médicos quanto pacientes sobre a importância de se evitar cesarianas desnecessárias (Lucena *et al.*, 2021).

A educação sobre o parto normal é fundamental para reduzir as taxas de cesariana. Mulheres que compreendem melhor o processo do parto, que têm acesso a informações sobre métodos de alívio da dor e que são encorajadas a confiar em seus corpos, são mais propensas a optar por um parto vaginal. A humanização do parto, que coloca a mulher como protagonista do processo, tem sido uma estratégia adotada em várias maternidades do SUS, com resultados positivos (Lucena *et al.*, 2021).

O futuro da obstetrícia no Brasil depende de uma mudança cultural e estrutural significativa. Embora políticas como a Rede Cegonha sejam um passo importante, a transformação do modelo obstétrico do país exigirá uma abordagem multifacetada, que inclua desde a formação dos profissionais de saúde até mudanças nas percepções sociais sobre o parto. Somente com um esforço contínuo e coordenado será possível reverter a tendência atual e garantir que as cesarianas sejam realizadas apenas quando realmente necessárias (Santos, 2022; Gama *et al.*, 2021).

3.3 Fatores Determinantes para a Realização de Cesarianas

A decisão pela realização de uma cesariana é influenciada por uma série de fatores que vão além das indicações médicas, abrangendo aspectos socioeconômicos, culturais, regionais e clínicos. No Brasil, especialmente nas maternidades públicas situadas no interior, essas variáveis se entrelaçam de maneira complexa, impactando as práticas obstétricas. A análise desses fatores permite entender como a cesariana se tornou uma intervenção frequente e, muitas vezes, desnecessária, em regiões onde o acesso a recursos e informações é limitado (Leão *et al.*, 2023).

Um dos principais fatores que influenciam a escolha pela cesariana é o nível socioeconômico das pacientes. Mulheres de classes sociais mais altas, principalmente no setor privado, tendem a optar por cesarianas eletivas, muitas vezes com base na conveniência e em percepções de segurança. No entanto, em áreas mais pobres, como no interior do Brasil, as mulheres enfrentam uma realidade distinta. O acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e a falta de acompanhamento adequado durante a gestação podem levar à maior incidência de cesarianas, especialmente em casos onde o parto normal poderia ser viável se houvesse melhores condições de assistência pré-natal e de trabalho de parto (Yoshimi *et al.*, 2024).

Os fatores culturais também desempenham um papel importante na prevalência de cesarianas. Em muitas regiões do interior, existe uma forte influência de crenças populares em torno do parto, com a cesariana sendo frequentemente associada a um procedimento moderno e mais seguro. A falta de informações adequadas sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cesariana pode reforçar essas crenças, levando tanto as mulheres quanto os profissionais de saúde a optarem por esse procedimento. Além disso, o medo da dor do parto normal, que é amplificado pela falta de alternativas de manejo da dor nas maternidades públicas, também contribui para essa decisão (Leão *et al.*, 2023).

A regionalidade também influencia significativamente as taxas de cesariana no Brasil. No interior, a infraestrutura de saúde nem sempre é adequada para acompanhar partos normais de forma segura e humanizada. A falta de recursos, como equipes multidisciplinares e equipamentos para monitoramento fetal contínuo, pode levar médicos a preferirem a cesariana por acreditarem que ela oferece mais controle sobre o processo, especialmente em situações de emergência. Além disso, a distância entre as comunidades rurais e os centros hospitalares de referência pode levar à realização de cesarianas como medida preventiva, diante da imprevisibilidade de complicações durante o parto normal (Yoshimi *et al.*, 2024).

Os fatores clínicos também exercem uma influência direta sobre a decisão de realizar uma cesariana. Em muitos casos, a cesariana é indicada devido a complicações como a desproporção cefalopélvica, sofrimento fetal ou apresentações fetais anômalas, como a posição pélvica ou transversal. No entanto, a falta de acompanhamento pré-natal adequado em muitas regiões do interior pode dificultar o diagnóstico precoce de condições que poderiam ser manejadas durante o trabalho de parto, resultando em cesarianas que poderiam ser evitadas. Além disso, a falta de experiência de alguns profissionais em técnicas de parto normal em condições adversas pode levá-los a preferir o procedimento cirúrgico.

Outro fator que não pode ser ignorado é a logística hospitalar. Em muitos hospitais públicos do interior, o número de médicos obstetras é reduzido, e o tempo para acompanhar partos normais, que podem ser demorados, é escasso. Isso leva à escolha pela cesariana, que é vista como uma forma mais rápida e previsível de concluir o parto. A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde também contribui para essa tendência, já que a cesariana permite uma organização mais eficaz dos turnos hospitalares.

A falta de educação em saúde das gestantes também é um fator determinante. Em regiões

rurais e no interior do Brasil, o acesso a informações sobre os benefícios do parto normal e os riscos associados às cesarianas é limitado. Muitas mulheres não recebem orientação suficiente durante o pré-natal sobre os métodos de parto e, quando recebem, essas informações podem estar enviesadas a favor da cesariana. A ausência de programas educativos voltados para as gestantes, que poderiam desmistificar o parto normal, agrava essa situação.

Outro aspecto importante é a pressão social e familiar. Muitas mulheres, especialmente em áreas mais tradicionais, podem ser influenciadas por histórias de familiares ou amigos que passaram por cesarianas e as recomendam como uma opção mais "fácil" e menos dolorosa. Esse tipo de influência social, somado à falta de apoio emocional e técnico durante o trabalho de parto, pode levar a gestante a optar pela cesariana mesmo quando há condições favoráveis para o parto vaginal (Leão *et al.*, 2023).

Adicionalmente, o papel do profissional de saúde é crucial na tomada de decisão. Em muitas maternidades públicas do interior, os médicos têm grande autonomia para decidir qual tipo de parto será realizado, e sua experiência e crenças sobre o parto normal ou cesariana influenciam diretamente a escolha. Em alguns casos, a falta de capacitação em técnicas de assistência ao parto vaginal em situações adversas pode levar o profissional a optar pela cesariana como uma forma de garantir o controle sobre o processo e minimizar riscos (Goulart *et al.*, 2024).

Por fim, as políticas públicas de incentivo ao parto normal, como a Rede Cegonha, ainda enfrentam dificuldades para serem implementadas de maneira eficaz no interior do Brasil. A falta de infraestrutura, capacitação de profissionais e programas educativos locais limita o alcance dessas políticas. Além disso, a resistência cultural ao parto normal e a preferência por cesarianas eletivas tornam o desafio ainda maior. Para mudar esse cenário, é essencial que haja uma abordagem integrada, que considere as especificidades regionais e culturais, e que promova o empoderamento das mulheres na escolha informada sobre o tipo de parto (Yoshimi *et al.*, 2024).

Dessa forma, a combinação de fatores socioeconômicos, culturais, regionais e clínicos molda a realidade das cesarianas nas maternidades públicas do interior do Brasil. A redução dessas taxas exige um esforço conjunto entre governo, profissionais de saúde e a própria sociedade, visando uma maior humanização do parto e um acesso mais equitativo a informações e recursos de qualidade para as gestantes (Leão *et al.*, 2023).

3.4 Impacto das Cesarianas na Saúde Materna e Neonatal

A cesariana, como procedimento cirúrgico, continua sendo um recurso essencial em obstetrícia moderna, principalmente em casos de risco para a mãe ou o bebê. No entanto, seu impacto na saúde materna e neonatal quando comparado ao parto vaginal precisa ser discutido, especialmente em contextos onde esse procedimento é realizado sem indicações claras. Nos últimos anos, estudos revelam que, embora a cesariana possa ser segura, ela também está associada a maiores complicações, tanto no curto quanto no longo prazo, para a mãe e o recém-nascido (Goulart *et al.*, 2024).

Para as mulheres, as cesarianas estão associadas a maiores taxas de complicações pós-operatórias, como infecções, hemorragias, e até tromboembolismo, além de uma recuperação mais lenta, comparada ao parto vaginal. Estudos recentes indicam que o risco de morbidade materna grave é maior em cesarianas, especialmente quando comparada ao parto normal, além de aumentar a chance de reinternações (Souza *et al.*, 2018). Essas complicações afetam diretamente o tempo de recuperação e a capacidade da mãe em cuidar do recém-nascido nos primeiros dias pós-parto (Nascimento *et al.*, 2023).

Além disso, as cesarianas afetam a saúde reprodutiva futura da mulher. Há uma maior incidência de complicações como placenta acreta, placenta prévia e rupturas uterinas em gestações subsequentes, especialmente em mulheres que já passaram por uma ou mais cesarianas (Nascimento *et al.*, 2023). Essas condições aumentam significativamente os riscos de complicações graves e a necessidade de novas intervenções cirúrgicas nas próximas gestações, impactando diretamente a saúde materna a longo prazo.

Do ponto de vista neonatal, as cesarianas são essenciais em situações de emergência, como sofrimento fetal e desproporção cefalopélvica. No entanto, em cesarianas eletivas, sobretudo aquelas realizadas antes do início do trabalho de parto, os bebês tendem a apresentar maiores riscos respiratórios, como síndrome de desconforto respiratório e necessidade de cuidados intensivos logo após o nascimento (Cardoso *et al.*, 2024). A intervenção precoce, sem que o bebê esteja pronto para nascer, pode comprometer a adaptação pulmonar ao ambiente extrauterino.

Outro aspecto importante é a influência da cesariana na microbiota neonatal. Bebês nascidos por via cirúrgica não passam pelo canal vaginal, o que afeta a colonização inicial por bactérias benéficas, alterando o desenvolvimento do sistema imunológico. Estudos recentes indicam que essas crianças têm maior risco de desenvolver doenças crônicas, como obesidade,

alergias e asma (Cardoso *et al.*, 2024). Esses achados reforçam a importância de considerar as implicações a longo prazo da via de parto no desenvolvimento infantil.

Em relação à amamentação, pesquisas mostram que mães que passaram por cesarianas, principalmente aquelas realizadas sem trabalho de parto, apresentam maiores dificuldades em iniciar a amamentação nas primeiras horas após o nascimento. O atraso no contato pele a pele e o início tardio da amamentação podem comprometer a produção de leite e prejudicar a alimentação do recém-nascido, impactando sua saúde nos primeiros meses de vida (Melo *et al.*, 2019).

A carga econômica das cesarianas também é uma questão importante, especialmente em sistemas de saúde públicos, como o do Brasil. Uma cesariana custa mais que um parto vaginal, tanto em termos de infraestrutura quanto de recursos médicos, e demanda mais tempo de internação. Estudos indicam que a redução das cesarianas desnecessárias poderia liberar recursos significativos para outros cuidados de saúde, especialmente em regiões com menos acesso a cuidados de qualidade (Cardoso *et al.*, 2024).

Apesar dos riscos, a cesariana é uma intervenção salva-vidas em muitos contextos. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesariana não ultrapassem 15% dos partos, considerando que taxas acima disso indicam a realização de cesarianas sem necessidade médica clara. O Brasil, contudo, apresenta taxas muito superiores a esse limite, sugerindo a necessidade de políticas de saúde pública voltadas à redução de cesarianas desnecessárias e ao incentivo do parto normal (WHO, 2017).

Assim, a cesariana é uma intervenção essencial quando utilizada de maneira apropriada. No entanto, o seu uso excessivo, especialmente em cesarianas eletivas e sem justificativa médica clara, expõe mães e bebês a riscos que poderiam ser evitados. A conscientização das gestantes, somada à humanização do atendimento obstétrico, é crucial para reduzir as taxas de cesarianas desnecessárias e garantir que o procedimento seja utilizado com segurança e eficácia.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo Do Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter transversal retrospectivo, realizado por meio de um levantamento de dados através da base de informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABWIN), referentes ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2019 a 2023.

De acordo com Rouquayrol (2018), o estudo ecológico tem como unidades de análise grupos populacionais ou agregados, permitindo investigar as relações entre variáveis em nível de grupo, como países, estados, cidades ou comunidades. Essa estratégia metodológica, proporciona informações amplamente relevantes sobre padrões de saúde em nível populacional e podem gerar hipóteses para investigações mais detalhadas em nível individual.

4.2 Coleta De Dados

Foram incluídos durante a coleta, informações de todas as parturientes que tiveram seus partos em uma maternidade pública do município de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, entre os anos de 2019 a 2023. As informações foram retiradas da Base de Dados do site da Secretaria de Vigilância em Saúde, na seção do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos que utiliza a Classificação de Risco Epidemiológico, especificamente os Grupos de Robson, em conjunto com os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Esses dados foram classificados conforme o sistema de categorização de Robson, seguindo as indicações da OMS. A classificação foi dividida em cinco parâmetros fundamentais: paridade (múltipara ou primípara), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversa), número de fetos (único ou múltiplo) e idade gestacional (termo ou pré-termo, com referência em 37 semanas).

Com base nesses aspectos obstétricos, foram constituídas as 10 categorias da classificação de Robson, sendo organizadas em grupos, utilizando os parâmetros já mencionados anteriormente. O detalhamento dos grupos, está exposto no quadro abaixo.

Quadro 1: Parâmetros da classificação de Robson organizados em grupos.

Grupo	Descrição	Critérios
1	Mulheres Nulíparas com único feto em posição cefálica.	Gestação \geq 37 semanas
2	Mulheres Nulíparas com único feto em posição cefálica com fatores de risco específicos.	Gestação \geq 37 semanas
3	Multíparas com um único feto em posição cefálica.	Gestação \geq 37 semanas
4	Multíparas com um único feto em posição cefálica com fatores de risco específicos.	Gestação \geq 37 semanas
5	Multíparas com histórico de cesárea anterior.	Um único feto em posição cefálica
6	Nulíparas com um único feto em apresentação pélvica.	Gestação \geq 37 semanas
7	Multíparas com um único feto em apresentação pélvica, incluindo aquelas com histórico de cesáreas anteriores.	Gestação \geq 37 semanas
8	Mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesáreas anteriores.	Qualquer apresentação do feto
9	Gestantes com um feto em posição transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas anteriores.	Qualquer idade gestacional
10	Gestantes com um único feto em posição cefálica com idade gestacional inferior a 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea prévia.	Idade gestacional $<$ 37 semanas

Fonte: SINASC/ CEInfo/ SMS-SP 09/05/2018.

4.3 Análise Dos Dados

Os dados coletados foram tabulados no Excel e posteriormente realizadas as análises estatísticas. A planilha de Robson foi devidamente preenchida, descrevendo o número de cesáreas por ano, número de partos, tamanho do grupo em porcentagem, porcentagem de cesáreas no grupo de robson, contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea e a contribuição relativa para a taxa de cesárea. Seguindo rigorosamente as indicações recomendadas pela OMS.

A primeira e a segunda coluna, que são o número de cesárea e o número de partos, foram coletadas na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABWIN) com os dados provenientes do preenchimento das DNV.

A terceira coluna constituída pelo tamanho de cada grupo de Robson é calculada dividindo o número de partos de cada grupo pelo número total de partos do ano, seguindo a fórmula:

$$\text{Tamanho do Grupo (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Partos do Grupo}}{\text{Total de Partos}} \times 100$$

Seguindo esta fórmula, esta coluna referente ao tamanho do grupo é útil para caracterizar qual é a população atendida no seu hospital. permite também avaliar mudanças da população atendida em um mesmo hospital ao longo do tempo (comparar relatórios anuais).

A quarta coluna é a Taxa de Cesáreas em cada Grupo de Robson. Ela é calculada dividindo o número de cesáreas de cada grupo pelo número total de partos de cada grupo. O cálculo foi feito seguindo a fórmula:

$$\text{Taxa de Cesáreas (\%)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas no Grupo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Partos no Grupo}} \times 100$$

A quinta coluna é a Contribuição Absoluta para taxa de cesárea. Calculada pelo número de cesárea de cada grupo dividido pelo total de partos do ano. O cálculo foi feito seguindo a fórmula:


$$\text{Contribuição Absoluta \%} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas no Grupo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Partos}} \times 100$$

E a sexta coluna é a Contribuição Relativa para a taxa de Cesárea. Calculada pelo número de cesárea de cada grupo e pelo total de cesárea do ano. O cálculo foi feito seguindo a fórmula:

$$\text{Contribuição Relativa \%} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas no Grupo}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Cesáreas no Ano}} \times 100$$

A OMS define metas esperadas para cada coluna e linha da tabela, com isso é possível conhecer a população atendida e comparar com a realidade de outros hospitais ou até mesmo do mesmo hospital em diferentes períodos e com isso tratar as metas para melhorar os índices de cesarianas. Na figura 1, está ilustrado o modelo padrão de apresentação dos dados da classificação de Robson, recomendado pela OMS.

Figura 1: Tabela de classificação de Robson

Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente		CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON					
Grupo	Número de cesárea no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesárea do grupo (%)	Contribuição absoluta para taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesárea (%)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
Total	Número total de cesáreas	Número total de partos	100%	Taxa global de cesárea	Taxa global de cesárea	100%	

Este formato de tabela é o modelo padrão para apresentação dos dados da classificação de Robson segundo recomendação da OMS.

Fonte: Robson Classification, 2017.

4.4 Aspectos Éticos

Como a pesquisa foi realizada através do levantamento de dados secundário, não houve necessidade de submissão à aprovação ética, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Conforme estabelecido na referida resolução, a pesquisa que emprega exclusivamente dados secundários de acesso público, sem qualquer possibilidade de identificação dos sujeitos envolvidos, está isenta do processo de avaliação ética.

5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi feita a fim de atender aos objetivos propostos da pesquisa, Os resultados estruturados entre gráficos e tabelas, apresenta um diagnóstico situacional detalhado do perfil obstétrico das parturientes atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra, utilizando a Classificação de Robson como base de análise. A estratégia de interpretação dos dados foi feita tanto de forma geral, como também subdividida pelo grupo de Robson entre o recorte temporal de 2019 a 2023.

Tabela 1: Caracterização do Número de Partos no Hospital Universitário Ana Bezerra

GRUPO	Nº de Partos				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	750	701	668	599	535
2	220	259	218	268	302
3	748	705	646	564	584
4	170	166	168	182	224
5	444	445	438	419	517
6	46	40	34	35	45
7	59	52	58	40	60
8	37	40	34	26	55
9	9	7	9	4	4
10	281	238	251	230	209
BRANCO/IGNORADO	13	7	1	4	4
TOTAL	2777	2660	2525	2371	2539

Fonte: SINASC, 2024.

A tabela apresentada exhibe o número total de partos, categorizados por grupos de Robson. De forma específica, observa-se uma tendência de queda gradual no número total de partos entre 2019 e 2022. De acordo com Silva (2023), essa variação pode estar relacionada com as mudanças na política de saúde, variações demográficas, ou a pandemia da COVID-19, que afetou os serviços de saúde nos anos de 2020 e 2021. Ao analisar os grupos de Robson, nota-se que o Grupo 1 (nulíparas com parto espontâneo) teve uma redução significativa no número de partos ao longo dos anos, caindo de 750 partos em 2019 para 535 em 2023.

O Grupo 5 (múltiparas com cesárea anterior), por outro lado, apresentou uma leve oscilação entre o período de 2019 e 2022. No entanto, teve um aumento notável em 2023, alcançando o número de 517 partos. Esses dados indicam que o Grupo 5 contribuiu significativamente para a taxa de cesárea, especialmente em 2023, o que pode evidenciar a necessidade de intervenções focadas nesse grupo a fim de reduzir a taxa geral de cesáreas.

Em consonância a isso, pode-se constatar que o Grupo 2 (nulíparas com indução de parto ou cesárea antes do trabalho de parto) e o Grupo 4 (múltiparas sem cesárea anterior), também apresentaram notáveis variações. O Grupo 2, por exemplo, teve um aumento expressivo em 2023, passando de 268 para 302 partos. De acordo com Pereira *et al.*, (2024) a constante mudança nesses grupos, pode estar relacionada especialmente à decisões médicas voltadas para a segurança materno-fetal, considerando possíveis complicações que justificam intervenções precoces. No que tange o grupo 4, essas oscilações podem estar relacionadas com possíveis mudanças no protocolo obstétrico, ou pela conscientização das pacientes sobre as condições de partos.

Tabela 2: caracterização do Nº de Cesáreas no Hospital Universitário Ana Bezerra

GRUPO	Nº de Cesáreas				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	323	308	329	249	206
2	107	155	141	173	203
3	167	170	167	124	108
4	51	70	75	81	114
5	387	374	385	356	444
6	44	37	34	33	45
7	55	50	57	39	59
8	35	33	31	24	46
9	9	7	9	4	4
10	121	131	111	95	104
BRANCO/IGNORADO	10	7	0	2	3
TOTAL	1309	1342	1339	1180	1336

Fonte: SINASC, 2024.

De acordo com os dados da tabela, pode-se analisar as variações que ocorreram entre 2019 e 2023. No Grupo 1, (composto por nulíparas de baixo risco com parto espontâneo), houve uma diminuição no número de cesáreas de 323 procedimentos em 2019 para 206 procedimentos em

2023. O que pode justificar tal redução, é a escolha de partos vaginais por esse grupo. Aliado a isso, no Grupo 2, onde as nulíparas são submetidas à indução do parto ou cesárea planejada, houve um aumento nas cesáreas, passando de 107 para 203 no mesmo período, por ser um grupo de fatores de riscos específicos, esses dados evidenciam maior frequência de intervenções médicas nesse perfil de pacientes.

Os Grupos 3 e 4, que envolvem multíparas sem cesárea anterior, também apresentaram comportamentos distintos. No Grupo 3, onde o parto é espontâneo, houve uma redução nas cesáreas de 167 para 108, refletindo uma tendência similar ao Grupo 1, com mais partos vaginais, representando assim, um dado positivo. Por outro lado, o Grupo 4, que envolve indução ou cesárea antes do trabalho de parto, registrou um aumento significativo, passando de 51 para 114, indicando uma maior intervenção cirúrgica em mulheres. Esse dado pode estar relacionado à necessidade de intervenções clínicas específicas.

O Grupo 5, (que inclui multíparas com cesárea anterior), foi o maior contribuinte para a taxa de cesáreas, subindo de 387 para 444. Segundo Freire (2023), esse resultado é comum, já que a cesárea anterior muitas vezes leva à indicação de novas cesáreas. A predominância deste grupo destaca a importância dos profissionais realizarem ações de educação em saúde, a fim de incentivar o parto vaginal após cesárea para reduzir as cesáreas repetidas (Silva *et al.*, 2018). Já os Grupos 6 a 9, classificados pelos casos de apresentações pélvicas, gestações múltiplas ou complicações, apresentaram dados menores e relativamente estáveis, o que indica que essas situações mais raras não influenciam significativamente a taxa geral.

O grupo 10, que envolve gestações prematuras, mostrou uma leve queda nas cesáreas, de 121 para 104, sugerindo uma gestão mais cautelosa dos partos antes das 37 semanas. O total de cesáreas variou, com uma redução em 2022 (1180) e um aumento em 2023 (1336), o que pode estar relacionado a mudanças nas práticas clínicas ou nas características da população atendida.

O gráfico 3, permite a verificação e a proporção de partos de acordo com cada grupo de Robson. Aliado a isso, a tabela 4, detalha como a composição de cada grupo influenciou nos dados e quais permaneceram estáveis em termos relativos.

Tabela 3: Caracterização dos Grupos ao Longo dos Anos

GRUPO	Tamanho do GR (9%)				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	27	26,35	26,45	25,26	21,07
2	7,92	9,73	8,63	11,3	11,89
3	26,93	26,5	25,58	23,78	23
4	6,12	6,24	6,65	7,67	8,82
5	15,98	16,72	17,34	17,67	20,36
6	1,65	1,5	1,34	1,47	1,77
7	2,12	1,95	2,29	1,68	2,36
8	1,33	1,5	1,34	1,09	2,16
9	0,32	0,26	0,35	0,16	0,15
10	10,11	8,94	9,94	9,7	8,23
BRANCO/IGNORADO	0,46	0,26	0,03	0,16	0,15
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: SINASC, 2024.

Ao comparar esses dados dos grupos de Robson pode-se observar algumas variações em relação aos parâmetros padrões dos grupos. O grupo 1 apresentou uma constante redução no percentual, evidenciando um declínio de 27% em 2019 para 21,07% em 2023. O que justifica tal diminuição, pode ser a menor adesão de partos vaginais espontâneos, podendo impactar o aumento das taxas de cesáreas. Como aponta Lima *et al.*, (2021) é de fundamental importância monitorar o declínio desses dados, a fim de entender as causas e planejar intervenções de orientação.

O Grupo 5 novamente apresentou uma tendência de crescimento constante, passando de 15,98% em 2019 para 20,36% em 2023, sendo o grupo que mais contribuiu para o aumento da taxa de cesárea. Como apresentado anteriormente nos demais gráficos, o aumento do Grupo 5 está diretamente relacionado à "cultura da cesárea repetida". Grupos como o 2 e o 4 também apresentaram crescimento percentual ao longo dos anos, especialmente o Grupo 2, que subiu de 7,92% em 2019 para 11,89% em 2023. Esses aumentos reforçam a necessidade de monitorização para garantir que essas práticas sejam realizadas apenas quando clinicamente indicadas. No gráfico 4, representa a distribuição percentual. Um aspecto notável é que o Grupo 2, que se destaca no gráfico com um aumento acentuado. Além disso, o grupo "Branco/Ignorado" apresentou variações significativas nas taxas, indicando possíveis falhas na coleta de dados.

Tabela 4: Distribuição Percentual das Cesáreas por Grupos de Robson

GRUPO	% Cesárea no GR				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	43,06	43,93	49,25	41,56	38,5
2	48,63	59,84	64,67	64,55	67,21
3	22,32	24,11	25,85	21,98	18,49
4	0,3	42,16	44,64	44,5	50,89
5	87,16	84,04	87,89	84,96	85,88
6	95,65	92,5	100	94,28	100
7	93,22	96,15	98,27	97,5	98,33
8	94,59	82,5	91,17	92,3	83,63
9	100	100	100	100	100
10	43,06	55,04	44,22	41,3	49,76
BRANCO/IGNORADO	76,92	100	0	50	0,75
TOTAL	47,13	50,45	53,02	49,76	52,61

Fonte: SINASC, 2024.

O gráfico 5, apresenta a coleta obtida pela contagem absoluta de cesáreas por grupo. Ao mapear os números absolutos por grupo, é possível direcionar intervenções mais eficazes para reduzir cesarianas desnecessárias, melhorar a qualidade do atendimento materno-infantil e promover o parto vaginal seguro sempre que possível. Além disso, essa análise fornece uma base para comparar os resultados com os parâmetros de Robson, facilitando a adoção de estratégias mais específicas e baseadas em evidências para otimizar o manejo obstétrico. No gráfico abaixo, é evidente que o grupo 5 se mantém em destaque no percentual.

A tabela 5, detalha os grupos em evidência com seus respectivos dados. A tendência de queda expressada pelo grupo 1, constata a maior aceitação do parto vaginal.

Tabela 5: Contagem Absoluta de Cesáreas por Grupo

GRUPO	Cont. Absoluta				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	11,63	11,57	13,02	10,5	8,11
2	3,85	5,82	5,58	7,29	7,99
3	6,01	6,39	6,61	5,22	4,25
4	1,83	2,63	2,97	3,41	4,48
5	13,93	14,06	15,24	15,01	17,48
6	1,58	1,39	1,34	1,39	1,77
7	1,98	1,87	2,25	1,64	2,32
8	1,26	1,24	1,22	1,01	1,81
9	0,32	0,26	0,35	0,16	100
10	4,35	4,92	4,39	4	49,76
BRANCO/IGNORADO	0,36	0,26	0	0,08	0,75
TOTAL	47,13	50,45	53,02	49,76	52,61

Fonte: SINASC, 2024.

A análise da contagem absoluta de cesáreas nos grupos entre 2019 e 2023 revela uma tendência geral de aumento nas taxas de cesárea, com o total subindo de 47,13 para 52,61. O Grupo 5 destaca-se com um crescimento constante na contagem, passando de 13,93 em 2019 para 17,48 em 2023, sugerindo uma preferência crescente por cesáreas, enquanto o Grupo 1 apresentou uma diminuição, indicando uma maior aceitação de partos normais. O salto para 100 no Grupo 9 em 2023 requer investigação adicional devido à sua irregularidade. Além disso, a categoria "Branco/Ignorado" aponta para uma possível deficiência na coleta de dados, ressaltando a importância de um registro adequado para refletir a realidade das práticas obstétricas. Essa análise enfatiza a necessidade de revisar continuamente as abordagens de parto para garantir que as escolhas das gestantes sejam informadas e apropriadas. O gráfico 6 apresenta a Contribuição Relativa de Grupos na Taxa de Cesárea.

O que mais chama atenção nos dados analisados é que o Grupo 1, que geralmente teria condições de realizar partos vaginais, demonstra uma diminuição significativa na contribuição, sugerindo uma possível mudança nas práticas obstétricas em favor da cesárea em situações sem indicações médicas claras. Os Grupos 2 e 4 também mostram um leve aumento, levantando

preocupações sobre a crescente incidência de cesáreas em grupos que tradicionalmente poderiam ter partos normais.

Tabela 6: Contribuição Relativa de Grupos na Taxa de Cesárea

GRUPO	Contribuição Relativa				
	2019	2020	2021	2022	2023
1	24,67	22,95	24,57	21,1	15,41
2	8,17	11,54	10,53	14,66	15,19
3	12,75	12,66	12,47	10,5	8,08
4	3,89	5,21	5,6	6,86	8,53
5	29,56	27,86	28,75	30,16	33,23
6	3,36	2,75	2,53	2,79	3,36
7	4,2	3,72	4,25	3,3	4,41
8	2,67	2,45	2,31	2,03	3,44
9	0,67	0,52	0,67	0,33	0,29
10	9,24	9,76	8,28	8,05	7,78
BRANCO/IGNORADO	0,76	0,52	0	0,16	0,22
TOTAL	100	100	100	100	100

Fonte: SINASC, 2024.

O Grupo 5, que inclui mulheres com cesárea anterior, mostra um aumento na contribuição relativa, passando de 29,56% em 2019 para 33,23% em 2023. Esse crescimento sugere que as práticas obstétricas estão se consolidando em torno da cesárea como a via de parto preferencial para essas mulheres, corroborando a ideia de que o histórico de cesárea é um fator determinante para a escolha do método de parto. Essa tendência pode indicar uma necessidade urgente de revisar as práticas clínicas e promover alternativas que incentivem partos normais, quando apropriado.

Por outro lado, o Grupo 1, que compreende parturientes que geralmente teriam condições de realizar partos vaginais, apresenta uma diminuição significativa na sua contribuição relativa, de 24,67% em 2019 para 15,41% em 2023. Isso pode refletir uma mudança nas atitudes em relação ao parto normal ou uma pressão crescente para a realização de cesáreas, mesmo em situações onde não há indicações médicas claras. Essa redução também pode indicar uma necessidade de melhorar a educação em saúde e a conscientização sobre as vantagens do parto vaginal, além de uma possível revisão das diretrizes que orientam as práticas obstétricas nesse grupo.

Além disso, a contribuição relativa de grupos como o 2 e o 4 também apresenta um leve aumento, indicando que pode haver um aumento no número de cesáreas realizadas em mulheres que, em outros tempos, poderiam ter tido partos normais. Isso levanta questões sobre as práticas obstétricas e a influência de fatores como a pressão da equipe médica ou expectativas sociais sobre o tipo de parto. A presença contínua de cesáreas em grupos com condições que geralmente favorecem partos vaginais reforça a importância de um exame crítico das práticas e decisões de parto, garantindo que sejam baseadas em evidências e respeitem as preferências e necessidades das mulheres. A análise desses achados é crucial para a promoção de melhores resultados em saúde materna e neonatal e para a construção de políticas de saúde que incentivem uma abordagem mais equilibrada e informada sobre as opções de parto.

Tabelas de Classificação de Robson

PLANILHA DE ROBSON - 2019

GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA
1	323	750	27	43,06	11,63	24,67
2	107	220	7,92	48,63	3,85	8,17
3	167	748	26,93	22,32	6,01	12,75
4	51	170	6,12	0,3	1,83	3,89
5	387	444	15,98	87,16	13,93	29,56
6	44	46	1,65	95,65	1,58	3,36
7	55	59	2,12	93,22	1,98	4,2
8	35	37	1,33	94,59	1,26	2,67
9	9	9	0,32	100	0,32	0,67
10	121	281	10,11	43,06	4,35	9,24
BRANCO/IGNORADO	10	13	0,46	76,92	0,36	0,76
TOTAL	1309	2777	100	47,13	47,13	100

PLANILHA DE ROBSON - 2020

GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA
1	308	701	26,35	43,93	11,57	22,95
2	155	259	9,73	59,84	5,82	11,54
3	170	705	26,5	24,11	6,39	12,66
4	70	166	6,24	42,16	2,63	5,21
5	374	445	16,72	84,04	14,06	27,86
6	37	40	1,5	92,5	1,39	2,75
7	50	52	1,95	96,15	1,87	3,72
8	33	40	1,5	82,5	1,24	2,45
9	7	7	0,26	100	0,26	0,52
10	131	238	8,94	55,04	4,92	9,76
BRANCO/IGNORADO	7	7	0,26	100	0,26	0,52
TOTAL	1342	2660	100	50,45	50,45	100

PLANILHA DE ROBSON - 2021						
GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA
1	329	668	26,45	49,25	13,02	24,57
2	141	218	8,63	64,67	5,58	10,53
3	167	646	25,58	25,85	6,61	12,47
4	75	168	6,65	44,64	2,97	5,6
5	385	438	17,34	87,89	15,24	28,75
6	34	34	1,34	100	1,34	2,53
7	57	58	2,29	98,27	2,25	4,25
8	31	34	1,34	91,17	1,22	2,31
9	9	9	0,35	100	0,35	0,67
10	111	251	9,94	44,22	4,39	8,28
BRANCO/IGNORADO	0	1	0,03	0	0	0
TOTAL	1339	2525	100	53,02	53,02	100

PLANILHA DE ROBSON - 2022						
GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA
1	249	599	25,26	41,56	10,5	21,1
2	173	268	11,3	64,55	7,29	14,66
3	124	564	23,78	21,98	5,22	10,5
4	81	182	7,67	44,5	3,41	6,86
5	356	419	17,67	84,96	15,01	30,16
6	33	35	1,47	94,28	1,39	2,79
7	39	40	1,68	97,5	1,64	3,3
8	24	26	1,09	92,3	1,01	2,03
9	4	4	0,16	100	0,16	0,33
10	95	230	9,7	41,3	4	8,05
BRANCO/IGNORADO	2	4	0,16	50	0,08	0,16
TOTAL	1180	2371	100	49,76	49,76	100

PLANILHA DE ROBSON - 2023						
GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA
1	206	535	21,07	38,5	8,11	15,41
2	203	302	11,89	67,21	7,99	15,19
3	108	584	23	18,49	4,25	8,08
4	114	224	8,82	50,89	4,48	8,53
5	444	517	20,36	85,88	17,48	33,23
6	45	45	1,77	100	1,77	3,36
7	59	60	2,36	98,33	2,32	4,41
8	46	55	2,16	83,63	1,81	3,44
9	4	4	0,15	100	0,09	0,17
10	104	209	8,23	49,76	4,97	9,53
BRANCO/IGNORADO	3	4	0,15	0,75	0,07	0,13
TOTAL	1336	2539	100	52,61	52,61	100

Acima as tabelas de Classificação de Robson nos anos de 2019 a 2023.

6. DISCUSSÃO

6.1 Grupos de Robson que mais contribuíram para a taxa geral de Cesárea

A partir da análise realizada dos grupos de Robson, pode-se evidenciar que o Grupo 1, composto por nulíparas com parto espontâneo, apresentou uma queda acentuada no número de partos, constatando uma diminuição na adesão ao parto vaginal. Essa tendência pode estar

associada a um aumento nas cesáreas em grupos de baixo risco, o que exige atenção dos profissionais de saúde para promover o parto vaginal como uma opção segura e recomendada. Essa queda está em linha com o estudo de Fontana *et al.*, (2024), que afirma que o aumento na prevalência de cesarianas em nulíparas pode ser impulsionado por fatores culturais e pela percepção de maior segurança no procedimento cirúrgico, mesmo em casos de baixo risco.

Em contrapartida, o Grupo 5, que inclui múltiparas com cesárea anterior, mostrou um aumento significativo no número de partos e foi o maior contribuinte para a taxa de cesáreas no período analisado. Segundo Miranda (2024), o autor destaca que destaca que a alta taxa de cesarianas nesse grupo é frequentemente relacionada à prática de cesárea repetida devido à crença na segurança do procedimento para mães e bebês em situações onde o parto vaginal poderia ser considerado uma opção.

A oscilação nos dados também foi evidente nos Grupos 2 e 4, que envolvem nulíparas e múltiparas submetidas à indução ou cesárea antes do trabalho de parto. O aumento expressivo nas cesáreas nesses grupos aponta para uma possível tendência de intervenções precoces, justificadas por fatores de risco materno-fetal. De acordo com Mendonça *et al.*, (2020), esse aumento nas intervenções médicas pode estar relacionado a mudanças nos protocolos obstétricos, que priorizam a segurança materno-fetal, resultando em um aumento significativo na indução do parto e cesarianas preventivas.

Em termos de cesáreas, o Grupo 5 continua sendo o maior contribuinte, com uma taxa crescente ao longo dos anos. A cesárea repetida tem sido uma prática comum devido à percepção de menor risco associado a uma nova cirurgia em comparação com a tentativa de parto vaginal após uma cesárea prévia (Sá *et al.*, 2022). No entanto, a literatura científica sugere que promover o parto vaginal após cesárea pode melhorar os resultados maternos e neonatais a longo prazo. Além disso, os dados do Grupo 1 mostram uma queda nas cesáreas, indicando uma aceitação maior do parto vaginal em nulíparas.

A contagem absoluta de cesáreas por grupo destaca a importância de intervenções direcionadas para grupos específicos, como o Grupo 5, onde a cesárea repetida é predominante. A implementação de políticas de educação e conscientização para parturientes e profissionais de saúde, além de uma avaliação criteriosa das indicações de cesárea, pode contribuir para uma redução sustentável das taxas de cesárea e promover o parto vaginal seguro sempre que possível. Políticas de saúde que incentivam o parto vaginal após uma cesárea anterior e treinamentos para

equipes obstétricas podem impactar positivamente as taxas de cesarianas, alinhando-as com recomendações baseadas em evidências (Jacob *et al.*, 2021).

6.2 Estratégias para redução de cesarianas desnecessárias

A teoria de Robson sustenta que, ao fornecer uma abordagem padronizada para avaliar os fatores de risco, é possível implementar intervenções direcionadas para reduzir cesáreas desnecessárias, promovendo o parto vaginal após cesárea (VBAC) como uma estratégia viável e segura em muitos casos. A tabela a seguir apresenta um conjunto de estratégias baseadas em evidências.

Quadro 2: Estratégias para Redução de Cesarianas Desnecessárias

Nº	Estratégia	Tópicos de Realização
1	Promoção do parto vaginal	Implementação de diretrizes clínicas; educação das gestantes sobre o parto vaginal.
2	Educação continuada de profissionais de saúde	Capacitações e treinamentos sobre a Classificação de Robson e critérios de indicação de cesáreas.
3	Melhoria no manejo do trabalho de parto	Monitoramento contínuo e uso de partograma; suporte contínuo à parturiente durante o trabalho de parto.
4	Implementação de programas de suporte às gestantes	Acompanhamento pré-natal adequado, com inclusão de doulas e incentivo ao parto normal.
5	Avaliação crítica das indicações de cesárea	Criação de comitês de revisão das indicações de cesáreas e monitoramento de indicadores de saúde.
6	Adoção de políticas institucionais	Definição de metas para redução de cesáreas e uso de incentivos para o cumprimento de diretrizes obstétricas.

7	Revisão de protocolos e diretrizes obstétricas	Atualização contínua dos protocolos com base em novas evidências científicas.
8	Incentivo ao parto vaginal após cesárea (VBAC)	Criação de campanhas de conscientização e oferta de suporte médico adequado para VBAC.
9	Adoção de modelos de cuidado centrados na mulher	Respeito às preferências da parturiente e oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor.
10	Monitoramento e auditoria de indicadores	Auditorias regulares das taxas de cesáreas e feedback para as equipes de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A minimização de partos cesáreos evitáveis vem se tornando um dilema constante nas políticas públicas de saúde, especialmente em unidades, municípios e estados em que há um aumento progressivo desse tipo de procedimento, como observado em vários países, especificamente, no Brasil. A literatura científica recomenda o uso da classificação de Robson, como estratégia para identificação dos grupos que mais contribuem para a alta taxa de cesáreas. A utilização desse método de classificação é extremamente útil, tendo em vista que facilita a comparação das taxas de cesárea entre instituições privadas e públicas, permitindo ajustes na prática clínica, com o objetivo de promover o parto vaginal seguro (Ferreira *et al.*, 2024).

Além da classificação de Robson, a promoção do parto vaginal após cesárea (VBAC) é outra estratégia importante. De acordo com Silva *et al.*, (2020) a repetição de cesáreas em multíparas com cesárea anterior (Grupo 5 de Robson) é um dos maiores contribuintes para a elevação das taxas de cesárea. A adoção de políticas que incentivem o VBAC, mediante uma seleção criteriosa de pacientes, pode reduzir significativamente a taxa de cesáreas recorrentes.

Um estudo conduzido por Alvarenga; Gama (2023) mostrou que o VBAC pode ser seguro para muitas mulheres e, se adequadamente implementado, pode ajudar a reduzir a taxa global de cesarianas. No entanto, a decisão deve ser baseada em uma análise de riscos individualizada e informada, tanto para a parturiente quanto para os profissionais de saúde.

Aliado a isso, a educação das gestantes e da equipe de saúde também se mostra uma medida eficaz na redução das cesáreas sem necessidade clínica. A literatura reforça que o aumento da

informação sobre o parto vaginal e os riscos inerentes às cesáreas eletivas pode favorecer a tomada de decisão informada por parte das gestantes. Segundo Silva *et al.*, (2022), programas educativos que expliquem os benefícios do parto vaginal e as potenciais complicações das cesáreas podem mudar a percepção cultural da cesariana como o método mais seguro. É crucial que as gestantes tenham acesso a informações claras e baseadas em evidências, de modo que possam optar por uma via de parto que seja mais benéfica para elas e para o bebê.

Outra estratégia amplamente discutida é a melhoria do suporte ao parto normal, incluindo a presença de doulas e o fortalecimento de equipes multidisciplinares para proporcionar uma experiência mais humanizada e menos medicalizada. Quiros *et al.*, (2021) destacam que o suporte contínuo durante o trabalho de parto, principalmente por parte de doulas e enfermeiras obstétricas, pode reduzir a necessidade de intervenções, incluindo a cesariana. A presença de uma doula, em particular, tem sido associada a uma maior satisfação das mulheres com a experiência do parto, além de menores taxas de cesárea.

Outra estratégia que foi destacada pelas evidências científicas, foi a formação e capacitação dos profissionais de saúde para avaliar criteriosamente as indicações de cesárea é fundamental. A prática da cesariana deve ser baseada em indicações clínicas precisas, e não em conveniências, como a facilitação de horários ou o receio infundado de complicações em partos vaginais. Paulo *et al.*, (2021) argumentam que a formação médica deve enfatizar o parto vaginal como a via natural é preferível, a menos que haja contraindicações claras. A revisão regular dos protocolos de parto e o treinamento contínuo de médicos e enfermeiras obstétricas podem auxiliar na mudança desse cenário (Franca; Medeiros, 2022).

A melhora das condições estruturais e dos serviços de saúde também é essencial. Em muitos hospitais, a infraestrutura inadequada, a falta de equipamentos ou o número insuficiente de profissionais treinados acabam por direcionar as gestantes para a cesárea. Isso é particularmente preocupante em hospitais de pequeno porte ou em áreas rurais, onde a oferta de serviços obstétricos é limitada. Segundo Vidal (2024), a oferta de serviços de qualidade que favoreçam o parto normal é crucial para a redução das cesáreas, principalmente em regiões onde há menos acesso a alternativas seguras.

Aliado a isso, a implementação de políticas de saúde pública que incentivem o parto normal e desestimulem as cesáreas desnecessárias também pode ser eficaz. A introdução de incentivos financeiros para hospitais que conseguem manter suas taxas de cesárea dentro dos parâmetros

recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma medida que tem sido discutida em várias nações. A OMS (2017) sugere que uma taxa ideal de cesárea estaria entre 10% e 15%, e políticas que visem esse objetivo podem ajudar a reverter a tendência de aumento.

Além disso, a revisão das práticas de indução do parto é fundamental. A indução deve ser realizada com critério e baseada em evidências claras de benefício, uma vez que a indução inadequada pode aumentar o risco de cesárea, especialmente entre nulíparas. A prática de indução deve seguir diretrizes rigorosas, e somente ser recomendada em casos em que a continuidade da gestação possa apresentar risco materno ou fetal (Souza *et al.*, 2021; Brunacio, 2021).

O envolvimento da sociedade civil e o combate à cultura de que a cesárea é um método mais seguro ou conveniente também são aspectos centrais para uma mudança de comportamento. A criação de campanhas que incentivam o parto normal e desmistificam a cesárea, destacando os riscos associados a essa cirurgia, pode contribuir para a redução da demanda por cesáreas eletivas. O estudo de Vidal *et al.*, (2021) reforça que a mudança cultural, tanto entre as gestantes quanto entre os profissionais de saúde, é necessária para que o parto vaginal seja visto como a primeira opção, sempre que possível.

Assim, a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para o acompanhamento adequado das gestantes e para a tomada de decisões baseadas no risco individual. A integração entre atenção básica e os serviços de média e alta complexidade permite um acompanhamento mais próximo das gestantes de risco, evitando cesáreas desnecessárias e promovendo o parto vaginal seguro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram alcançados, revelando um panorama claro sobre a prevalência das cesáreas e os padrões de atendimento obstétrico entre os anos de 2019 á 2023. Os dados obtidos indicaram que determinados grupos, especialmente os que envolvem nulíparas e multíparas com cesárea anterior, contribuíram significativamente para a taxa geral de cesárea, corroborando com as tendências observadas na literatura.

Os principais desfechos da pesquisa revelaram uma taxa de cesárea superior ao que é

recomendado pelas diretrizes internacionais, refletindo a necessidade urgente de implementar estratégias que promovam a redução das cesáreas desnecessárias. A categorização da população atendida permitiu identificar as características demográficas e clínicas que influenciam as decisões de intervenção obstétrica, destacando a importância de personalizar o atendimento conforme as necessidades de cada grupo.

Além disso, a comparação dos dados com os Parâmetros de Robson evidenciou a discrepância entre a prática atual e as recomendações, sugerindo que a formação contínua da equipe de saúde e a implementação de protocolos baseados em evidências são fundamentais. Entre as limitações do estudo, destaca-se a dependência de dados secundários, que podem não refletir com precisão a realidade clínica de todas as parturientes atendidas. Assim, o período de cinco anos pode não ser suficiente para observar tendências mais amplas, principalmente em um contexto onde as políticas de saúde e as práticas obstétricas estão em constante evolução.

A diversidade das características dos partos e a complexidade das decisões clínicas também podem ter influenciado os resultados, sugerindo a necessidade de um aprofundamento em pesquisas qualitativas que explorem as percepções e experiências das gestantes e dos profissionais de saúde. Para futuras pesquisas, recomenda-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem as parturientes ao longo do tempo, permitindo uma análise mais robusta das tendências nas taxas de cesárea e das práticas obstétricas.

Além disso, a inclusão de variáveis socioeconômicas e psicossociais poderia enriquecer a compreensão das barreiras e facilitadores ao parto vaginal e às intervenções cirúrgicas. A investigação de intervenções específicas para grupos de alto risco também pode apresentar importantes dados para a formulação de políticas de saúde mais eficazes. Portanto, é essencial que as estratégias traçadas para a redução das cesáreas desnecessárias sejam implementadas de maneira integrada e colaborativa, envolvendo não apenas a equipe de saúde, mas também as gestantes e a comunidade. A educação e o empoderamento das parturientes, aliadas a um suporte adequado durante o trabalho de parto, são fundamentais para a promoção de um modelo de cuidado que priorize o parto vaginal seguro e as melhores experiências de nascimento.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Marina Barreto; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos. Características de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 89, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- BRUNACIO, Karoline Honorato; SILVA, Zilda Pereira da. Repetição de cesárea e parto vaginal após cesárea, no Estado de São Paulo, em 2012. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 399-408, 2021.
- CARVALHO, Júlia Santos et al. A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NO MONITORAMENTO DE CESARIANAS. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2022.
- CARDOSO, Vanessa Lara et al. Comparação Entre as Vias de Parto e os Impactos no Recém-Nascido. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 9, p. 953-960, 2024.
- CHITARRA, Camila Andrade et al. Perfil clínico obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 7893-7909, 2020.
- FERREIRA, Manoella de Oliveira Ramos et al. Os malefícios acerca da cesárea eletiva no Brasil. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 15, n. 2, p. 114-123, 2024.
- FREZ, Flávia Cristina Vieira et al. Uso da classificação de robson para avaliação das taxas de cesáreas em hospitais paranaenses vinculados ao sistema único de saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 10, p. 5498-5516, 2023.
- FONTANA, Eloá Costa Cândido et al. Análise Dos Fatores Não Clínicos Associados A Ocorrência De Cesáreas Eletivas Em Nulíparas No Brasil. **Fiocruz**, 2024.
- FRANCA, Camylla Clemente; DE MEDEIROS TAVEIRA, Lúcia. Indicação de cesariana baseada em evidências. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 11, p. 395-409, 2022.
- GOULART, Ana Paula Alves et al. ESCOLHA DA VIA DE PARTO: O QUE PENSAM AS MULHERES?. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 6, p. e4336-e4336, 2024.
- LEÃO, Thais Lorryne Candida et al. Avaliação das informações sobre indicações absolutas e relativas de cesarianas disponíveis em sites populares. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 23, p. e20220150, 2023.

LIMA, Gécica Kyvia Soares et al. Perfil da assistência prestada por enfermeiras obstetras ao parto e nascimento em um centro de saúde materno-infantil do Recife. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5079-e5079, 2021.

LUCENA, Fabiana Santos; GARCIA, Mariana Tarricone; DUARTE, Lígia Schiavon. Taxas de cesárea no estado de São Paulo: desigualdades regionais na assistência obstétrica prestada pelo SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 1137-1149, 2021.

FREIRE, Carlos Henrique Esteves. Aplicação da Classificação de Robson como ferramenta de análise em maternidades do norte do Brasil. **UNESP**, 2023.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 919-929, 2021.

JACOB, Tatianni de Nazaré Oliveira et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210105, 2021.

MENDONÇA, Maria Nathália Prado Simões et al. Estudo das indicações de cesariana em uma maternidade de referência em baixo risco. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e7510111375-e7510111375, 2021.

MIRANDA, Julia Serpa et al. Avaliação Das Taxas De Cesariana De Hospitais Privados Do Sistema De Saúde Brasileiro Antes E Depois Da Participação Em Um Projeto De Melhoria Da Qualidade. **Fiocruz**, 2024.

MOREIRA, Alessandra Nascimento Cruz; AGUEMI, A. K. Capacitação de diferentes profissionais na aplicação da Classificação de Robson. **Revista Paulista de Enfermagem-REPEEn**, p. 1-10, 2019.

NASCIMENTO BACELAR, Beatriz et al. O impacto das cesarianas desnecessárias na saúde materna e neonatal no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 8, p. 23276-23286, 2023.

PAULO, Marina Coelho et al. Aplicabilidade da classificação de Robson na avaliação das cesarianas na Maternidade Escola de Valença-RJ. **Revista Saber Digital**, v. 14, n. 2, p. 56-68, 2021.

PEREIRA, Virginia Barbosa et al. Tendência da taxa de cesariana no Brasil por grupo de classificação de Robson, 2014-2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20230099, 2024.

PEREIRA, Virginia Barbosa et al. Tendência da taxa de cesariana no Brasil por grupo de classificação de Robson, 2014-2020. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20230099, 2024.

- PINTO, Kelly Cristina de Lima Ramos et al. Avaliação de gestantes admitidas em um hospital público segundo a classificação de Robson. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 67660-67670, 2020.
- QUIROS, Ana Carolina Silva et al. Práticas de atenção ao parto normal humanizado: atuação das doulas na redução da violência obstétrica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e273101220318-e273101220318, 2021.
- SÁ, Julia Casimiro et al. Motivos que levam gestantes e parturientes a optarem pela cesariana: Revisão integrativa. **New Trends in Qualitative Research**, v. 13, p. e694-e694, 2022.
- SANTOS, Thaís Torres; DOS SANTOS GUEDES, Bruna Luízy. Cesárea e as orientações repassadas às gestantes. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 2823-2837, 2022.
- SILVA, Lais Flávia et al. Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública. **Femina**, v. 48, n. 2, p. 114-21, 2020.
- SILVA, Cassia Elane Berbel da; GUIDA, Jose Paulo Siqueira; COSTA, Maria Laura. Aumento das taxas de cesárea durante a pandemia de COVID-19: procurando explicações por meio da Classificação de Robson. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, p. 371-376, 2023.
- SILVA, Giselle Katrina Aguiar et al. A atuação do enfermeiro na atenção básica como favorecedor na diminuição do índice de cesáreas no Brasil. **Research, Society and development**, v. 11, n. 11, p. e259111133630-e259111133630, 2022.
- SILVA, Erika Beatriz Borges et al. Percepções das gestantes e fatores que influenciam a preferência da via de parto. **UFPA**, 2018.
- SOUZA, Ana Carolina Souza et al. Fatores que influenciam a via de parto em mulheres com cesárea anterior Factors that influence the labor path in women with previous cesárea. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 103669-103688, 2021.
- VIDAL, Ávila Teixeira. Implementação das diretrizes clínicas nacionais para o parto e nascimento: barreiras, facilidades e possibilidades. **UNB**, 2024.
- VIDAL, Ávila Teixeira et al. Barreiras à implementação das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: uma análise prototípica das representações sociais de atores estratégicos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310110, 2021.
- YOSHIMI, Isabella et al. Fatores associados à predisposição de maiores taxas de cesariana e as consequências ao recém-nascido em uma maternidade pública do sul do Brasil. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 6, p. e7615-e7615, 2024.

APÊNDICE

Figura 2 – Instrumento para coleta de dados

Planilha de Robson

Ficheiro Editar Ver Inserir Formatar Dados Ferramentas Extensões Ajuda

80% 123 Prede... 10 B I A

PLANILHA DE ROBSON

GRUPO	Nº DE CESÁREAS	Nº DE PARTOS	TAMANHO DO GR (%)	% CESÁREA NO GR	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA DO GRUPO PARA TX GLOBAL DE CS	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA DO GRUPO PARA TX DE CS
1	323	750	27	43,06	11,63	24,67
2	107	220	7,92	48,63	3,85	8,17
3	167	748	26,93	22,32	6,01	12,75
4	51	170	6,12	0,3	1,83	3,89
5	387	444	15,98	87,16	13,93	29,56
6	44	46	1,65	95,65	1,58	3,36
7	55	59	2,12	93,22	1,98	4,2
8	35	37	1,33	94,59	1,26	2,67
9	9	9	0,32	100	0,32	0,67
10	121	281	10,11	43,06	4,35	9,24
BRANCO/IGNORADO	10	13	0,46	76,92	0,36	0,76
TOTAL	1309	2777	100	47,13	47,13	100

Tamanho do Grupo
Nº de Parto do grupo/ Total de Parto

% Cesária do grupo
Nº de Cesária / nº de partos

Contribuição Absoluta
Nº de cesária / Total de partos

Contribuição Relativa grupo Tx Cesária
Nº de cesária dp grupo / total de cesárias

2019 2020 2021 2022 2023* Nº de cesária Nº de Partos Tamanho do Grupo % Cesária no Grupo Cont. Absoluta