

## UMA VEZ CESÁREA, SEMPRE CESÁREA? - IMPACTO DO EXCESSO DE CESÁREAS EM MATO GROSSO DO SUL

ONCE A CAESAREAN, ALWAYS A CAESAREAN? – THE IMPACT OF THE EXCESS OF CESARIAN SECTIONS IN MATO GROSSO DO SUL

Angela Amanda Nunes Rios<sup>1</sup>,  
Camem Simone Grilo Diniz<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O excesso de cesáreas é um problema de saúde pública. **Objetivos:** O objetivo desta pesquisa foi comparar os dados de nascimento do MS, com base na classificação por grupo de Robson para avaliar a prevalência de partos cirúrgicos ao longo de cinco anos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo ecológico que utilizou os dados de nascimentos no Mato Grosso do Sul nos anos 2014 a 2019 originados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), acessados em novembro de 2021. A análise dos dados utilizou a Classificação de Robson, com análise estatística por algoritmo desenvolvido no ambiente estatístico R, previamente validado. **Resultados:** A taxa global de cesáreas no período foi de 62%, com maior contribuição do grupo 5 de Robson (mulheres com cesáreas prévias). A comparação entre os grupos demonstra que a prevalência em Mato Grosso do Sul está acima dos parâmetros nacionais e internacionais em todos os grupos. **Conclusão:** O excesso de partos cirúrgicos, em especial no grupo 5, poderia ser reduzido através do oferecimento seguro do parto vaginal depois de uma cesárea e com o estímulo para que as mulheres façam a tentativa de trabalho de parto. É recomendado o uso da Classificação de Robson nos serviços de saúde, tanto para o registro de dados epidemiológicos como para a tomada de decisão clínica sobre cada caso.

**Palavras-chave:** Sistema de Informação em Saúde. Cesárea. Nascido Vivo. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction:** Excessive number of cesarean sections are a significant public health issue. **Objective:** The objective of this research is compare childbirth data from Mato Grosso do Sul (MS), using the Robson classification to assess the cesarean section rate over five years. **Materials and methods:** This is an ecological study which used data on births in Mato Grosso do Sul in the years 2014 to 2019 originated from Livebirth Information System (SINASC) and were accessed in November 2021. Data analysis used the Robson Classification, with statistical analysis by using the algorithm developed in the R statistical environment, previously validated. **Results:** The overall cesarean rate in the period was 62%, with a greater contribution from Robson's group 5 (women with previous cesareans). The comparison between the groups shows that the prevalence of cesarean sections in Mato Grosso do Sul is above national and international parameters in all groups. **Conclusion:** Excessive number of cesarean delivery, especially in group 5, could be reduced by offering safe vaginal delivery to women who had a previous cesarean section birth, and encouraging women to attempt normal labor. The use of the Robson Classification in health services is recommended, both for recording epidemiological data and for making clinical decisions about each case.

**Keywords:** Health Information Systems. Cesarean Section. Live Birth. Health Services Needs and Demand.

<sup>1</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Campo Grande, MS. ORCID: 0000-0002-6843-496X. E-mail: angelarios@usp.br.

<sup>2</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, São, Brasil. ORCID: 0000-0002-0069-2532. E-mail: sidiniz@usp.br.



## INTRODUÇÃO

No Brasil as altas taxas de cesáreas (TC) são um problema de saúde pública e refletem as diversas formas de desigualdade social. O modo de nascer pode afetar o desenvolvimento do neonato e sua saúde futura, por isso é necessário considerar os riscos e benefícios potenciais para informar às mães sobre os tipos de parto disponíveis, otimizar a comunicação e melhorar a educação em saúde (SOUZA, 2015).

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibiliza informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) é reconhecido como uma das principais fontes de informação para o monitoramento de indicadores de saúde relacionadas aos nascimentos em todo território nacional, com excelente cobertura e qualidade. Segundo dados do SINASC, em Mato Grosso do Sul (MS) foram registrados 263.349 nascimentos no período de 2014 a 2019. A cobertura da assistência ao pré-natal e ao parto hospitalar alcançaram mais de 98% de cobertura para estes nascimentos (BRASIL, 2018).

A Classificação de Robson (CR) é indicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de TC ao longo do tempo em um mesmo local e entre diferentes locais. Todas as gestantes no momento da internação para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de TC dentro e entre esses grupos (WHO, 2017).

O objetivo desta pesquisa foi comparar os dados de nascimento do MS, com base na classificação por grupo de Robson para avaliar a prevalência de partos cirúrgicos ao longo do período de 2014 a 2019 para essa população.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico que utilizou informação referente ao registro de nascidos vivos registrados no SINASC para o estado de Mato Grosso do Sul. Utilizamos o checklist Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) para garantir a reprodutibilidade do estudo (MALTA, 2010).

Os dados com a Classificação de Robson somente estão disponíveis a partir do ano de 2014. Todas as mulheres admitidas para o parto em qualquer serviço ou região são incluídas em um dos 10 grupos, a partir dos seguintes dados obstétricos: paridade, história de cesariana prévia, início do trabalho de parto, número de fetos, idade gestacional e apresentação fetal.

Para a análise descritiva dos nascidos vivos residentes em MS no período de 2014 a 2019, foram coletados os microdados disponíveis no website do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/>) em novembro de 2021, por meio de um algoritmo desenvolvido para realizar o download e o pré-processamento de microdados do SINASC do no ambiente estatístico R Development Core Team (SALDANHA; BASTOS; BARCELLOS, 2019).

Foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção das tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar as ocorrências. Para descrição dos resultados foram utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número do parecer 4.464.028.

## RESULTADOS

Foram analisados os dados de 263.349 nascidos vivos no período entre 2014 e 2019, dos quais 162.291 (62%) ocorreram por cesárea. A TC do Mato Grosso do Sul tem aumentado em todas as regiões. A Tabela 1 apresenta a Classificação de Robson dos dados de nascimentos de nascidos vivos em MS no período de 2014 a 2019. Estas informações nos possibilitam sugerir o planejamento de estratégias e intervenções para evitar cirurgias desnecessárias em grupos específicos de mulheres. A apresentação dos dados conforme padronizado pela OMS permite comparações entre os serviços e com outras pesquisas (WHO, 2017).

**Tabela - Classificação de Robson. Comparação entre Mato Grosso do Sul, Brasil e recomendação da OMS\*\* (2014 a 2019).**

Grupo	Número de cesáreas no grupo (N)	Número de partos no grupo (N)	Tamanho do grupo (%)	Contribuição absoluta TC* (%) <sup>1</sup>	Contribuição relativa TC (%) <sup>2</sup>	TC do grupo (%)	TC (%) no Brasil <sup>3</sup>	TC proposta pela OMS** (%)
<b>1</b>	32894	56837	21,6	12,5	20,3	57,8	44,7	<10%
<b>2</b>	18664	23812	9,0	7,1	11,5	78,5	69,6	~20-35%
<b>3</b>	13529	55514	21,1	5,1	8,3	24,4	18,7	~3%
<b>4</b>	7902	13758	5,2	3,0	4,9	57,8	45,9	≤ 15%
<b>5</b>	63088	72129	27,4	24,0	38,9	87,5	85,2	50-60%
<b>6</b>	2499	2820	1,1	0,9	1,5	89,0	89,9	#
<b>7</b>	3633	4325	1,6	1,4	2,2	84,2	86,5	#
<b>8</b>	4522	5230	2,0	1,7	2,8	86,5	83,5	~60%
<b>9</b>	499	511	0,2	0,2	0,3	97,3	97,0	#
<b>10</b>	13983	26215	10,0	5,3	8,6	53,3	50,7	~30%
br/ind***	1078	2198	0,8	0,4	0,7	48,0	56,4	#
<b>TOTAL</b>	<b>162291</b>	<b>263224</b>	<b>100,0</b>	<b>61,6</b>	<b>100,0</b>	<b>61,6</b>	<b>55,8</b>	

Fonte: Sistema de Informação de Nascidos Vivos.

Notas: \* TC = taxa de cesariana \*\* OMS = Organização Mundial de Saúde \*\*\* br/ind= branco ou não identificado # não há recomendação da OMS para grupos 6, 7 e 9

Grupo 1: nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 2: nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto.

Grupo 3: múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 4: múltipara (sem antecedente de cesárea), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea realizada antes do início do trabalho de parto.

Grupo 5: com antecedente de cesárea, gestação única, cefálica ≥ 37 semanas.

Grupo 6: todos partos pélvicos em nulíparas.

Grupo 7: todos partos pélvicos em múltiparas (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 8: todas as gestações múltiplas (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 9: todas as apresentações anormais (incluindo antecedente de cesárea).

Grupo 10: todas as gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo antecedente de cesárea)

1. A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100).
2. A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).
3. Taxa de cesáreas por ano de referência e grupo de Robson. Brasil, 2014 a 2019. Painel de Monitoramento da Classificação de Robson.

Observamos na Tabela 1 que no MS o grupo de nulíparas com parto a termo e bebê cefálico (grupos 1 e 2) representam 30,6% da população, enquanto as multíparas sem cesárea prévia (grupos 3 e 4) representam 26,3% da população. Já as multíparas com cesárea prévia (grupo 5) representam 27,4% da população estudada.

Primeiramente vamos analisar as TC em nulíparas: no grupo 1 estão incluídas as que foram internadas em trabalho de parto espontâneo, o que corresponde a 21,6% dos nascimentos, com 57,8% por cesarianas. O grupo 2 inclui 9% da população, nulíparas que foram internadas para indução ou para cesárea anterior ao trabalho de parto. A TC foi de 78,5% no período estudado.

Quanto às mulheres que já tiveram um parto normal anterior, no grupo 3 estão 21% das multíparas que foram internadas em trabalho de parto espontâneo. Neste grupo a TC foi a mais baixa da população estudada, com média de 24,4% no período estudado. Já no grupo 4 estão as multíparas que tiveram parto vaginal anterior e internaram sem trabalho de parto, que correspondem à 5,2% da população estudada, em que 57,8% dos nascimentos foram por cesarianas no período estudado.

Finalmente, no grupo 5 estão a maior parte das mulheres desta série de nascimentos. Observe na coluna “Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas” que as multíparas com antecedente de cesárea correspondem a mais de um quarto (27,4%) da população. Neste grupo a média de TC é de 87,5%, chegando a 100% em alguns municípios. A coluna “contribuição relativa para a taxa de cesáreas” mostra que 38,9% de todas os partos cirúrgicos foram em mulheres do grupo 5.

A apresentação pélvica no momento da internação de nulíparas e multíparas (grupo 6 e 7) representa 2,7% de todos os partos, com 86% de cesáreas. Gravidez de gemelares (grupo 8) correspondeu a 2% dos nascimentos, com TC de 87% enquanto a apresentação transversa (grupo 9) foi apenas 0,2% dos nascidos vivos. A taxa de prematuridade na população (grupo 10) foi de 10%, sendo que 53,3% dos prematuros nasceram por via cirúrgica.

Nossos dados corroboram o achado de que uma cesárea é fator de risco para cirurgias subsequentes, sejam por causas obstétricas ou não-obstétricas (5). Observamos que as chances deste desfecho são mais prevalentes nos grupos de mulheres com cesárea prévia (grupo 5), seguido pelo grupo de primíparas internadas sem trabalho de parto (grupo 2) e de multíparas internadas sem trabalho de parto (grupo 4). As TC são menores nas mulheres que foram internadas em trabalho de parto, sejam elas nulíparas ou multíparas (grupos 1 e 3), mas o MS tem taxas superiores ao Brasil, mesmo nestes grupos, o que pode ser observado na tabela.

## DISCUSSÃO

As TC em cada grupo variam em diferentes hospitais e ambientes dependendo de sua capacidade/nível de complexidade, das características epidemiológicas da população atendida e das

diretrizes locais de manejo clínico, entre outros fatores. Para este estudo discutiremos os partos classificados nos grupos 1 a 5 de Robson, nos quais se incluem 222.050 nascimentos entre 2014 e 2019, o que corresponde a 84,3% dos nascimentos no período no estado de Mato Grosso do Sul.

A Organização Mundial da Saúde em suas recomendações para uma experiência positiva de parto, concluiu que as unidades de saúde com baixas TC e baixa mortalidade perinatal intraparto apresentavam poucas cesáreas desnecessárias e bons resultados maternos e perinatais. O trabalho recomendou que as estratégias para reduzir a frequência do procedimento devem incluir a prevenção de cirurgias desnecessárias em primíparas e melhor seleção de casos para indução e cesárea antes do trabalho de parto (WHO, 2018).

De acordo com a proposta de Classificação de Robson, para a maioria das mulheres nos grupos 1 a 4 é esperado que a gestação evolua para um trabalho de parto espontâneo e parto vaginal. A OMS recomenda que para reduzir a taxa geral de cesáreas (TC) os serviços devem investir ações direcionadas aos grupos 1, 2 e 5, com um protocolo de cuidados para nulíparas em trabalho de parto espontâneo (WHO, 2017).

A alta TC apresentada no grupo 4 (57,8%) sugere uma experiência materna anterior ruim em um parto vaginal e solicitação de parto cirúrgico antes do trabalho de parto em mulheres múltíparas. Outra explicação pode ser a realização de cesárea para fazer laqueadura tubária antes do início do trabalho de parto, o que é comum em locais onde o planejamento familiar não está facilmente disponível.

O grupo 5, que inclui as parturientes com cesárea anterior foi responsável por 38,9% de todas as cirurgias realizadas na população deste estudo, o que significa que houve alta TC nos anos anteriores, principalmente em primíparas. Os protocolos nacionais e internacionais recomendam ações para evitar a primeira cesariana. No entanto, quando uma primeira cirurgia é realizada, pouco se discute sobre o impacto no futuro reprodutivo dessas mulheres, já que a decisão da via de parto é uma questão controversa na obstetrícia.

No grupo 5, composto por mulheres que tiveram uma cesárea anterior, a TC é de 89%. O conceito há muito obsoleto “uma vez cesárea, para sempre cesárea” foi criado por Edwin B. Cragin em uma apresentação em Nova York no ano 1916, quando a cirurgia era extremamente rara e com uma incisão vertical no abdome. Em 1950 a técnica cirúrgica mudou, mas ainda hoje ter um parto vaginal após cesárea (PVPC / VBAC) é um grande desafio no Brasil. Poucas pessoas sabem desta possibilidade, e a maior parte da população não questiona os saberes médicos, o sistema de saúde ou a cultura de medicalização do parto.

O grupo 10 (nascimentos pré-termo) correspondeu a 10% dos nascimentos. Para uma população de risco normal, esse grupo deveria compor menos de 5% dos nascimentos, indicando que há alto risco de parto prematuro na população de Mato Grosso do Sul. Mais da metade dos prematuros nasceram por cesáreas (53,3%). Esta alta TC pode sugerir tanto complicações da gravidez como restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia, quanto a prematuridade iatrogênica provocada por cirurgias desnecessárias, agendadas com base em avaliações superestimadas da idade gestacional.

O uso excessivo de intervenções obstétricas é um fenômeno complexo e multifatorial, e as questões de desrespeito e do abuso no parto têm sido reconhecidas como problemas estruturais. As mulheres de baixo risco com frequência estão expostas a intervenções desnecessárias, enquanto gestantes e bebês com maior risco não têm acesso às intervenções em tempo oportuno. Sabendo-se que fatores médicos isoladamente podem não justificar o aumento nas taxas, torna-se de extrema importância o entendimento dos fatores associados à cesárea (MATTAR; DINIZ, 2012).

A mudança de paradigma e de cultura necessita de investimentos prolongados, especialmente na formação dos profissionais e na regulação dos serviços. A Rede Cegonha, publicada em 2011 foi uma política pública que investiu em ações para mudança do modelo de atendimento obstétrico, que incluíram adequação dos protocolos de cuidado em rede e educação dos profissionais de saúde. Porém não houve tempo suficiente para a produção de resultados consistentes, já que os investimentos foram interrompidos (BRASIL, 2011).

Cesarianas podem salvar a vida de crianças e prevenir mortalidade perinatal e morbidades severas como a asfixia. No entanto, nos partos espontâneos, a exposição aos hormônios maternos e fenômenos epigenéticos do trabalho de parto e a passagem pelo canal do parto promove uma importante etapa de desenvolvimento do feto para a preparação para a vida fora do útero. O aumento da concentração dos hormônios podem ser um sinal importante para a maturação pulmonar e neurogênese. Por isso, mesmo entre as mulheres com indicação de cesárea, é recomendado que elas considerem entrar em trabalho de parto para permitir uma melhor transição fetal-neonatal (SANDALL, 2018).

Para as mulheres, a cirurgia aumenta em três vezes o risco de morbidades severas na próxima gestação como hemorragia, histerectomia, apresentação anormal da placenta, ruptura uterina, de aborto e prematuridade nas gravidezes subsequentes, além de pior satisfação com a experiência de parto e menor chance de interações positivas após o parto (SANDALL, 2018).

A região Centro Oeste brasileira é identificada com a mais alta TC do país, o que indica o grau de hipermedicalização da atenção prestada nas maternidades e uma organização da rede de saúde que contribui para uma epidemia iatrogênica e social. Municípios com elevadas TC possuem leitos obstétricos sem estrutura e sem equipe preparada para atenção ao trabalho de parto de início espontâneo, o que coloca a mulher em situação de risco de desassistência caso não “eleja” o parto cirúrgico (LEAL *et al.*, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil” mostrou que na região centro-oeste a maior parte dos hospitais públicos e mistos está localizada nas capitais, sugerindo que há problemas de cobertura para as usuárias residentes fora das capitais. Preponderaram também hospitais com baixos volumes de partos e sem equipe obstétrica (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Vazios assistenciais impõem deslocamento geográfico para internação para o parto. Em um contexto de baixo suporte à assistência à gestante, este fator pode aumentar a probabilidade de morte materna e infantil, além de apontar que a regionalização da assistência ainda é um desafio (SOUZA, 2015).

Observamos que o número de mulheres que entram em trabalho de parto é cada vez menor no Mato Grosso do Sul. Com um índice tão alto de cirurgias, a maioria delas desnecessárias, o uso apropriado e seguro de cesáreas não é apenas um assunto individual entre médico e paciente, mas é também uma questão de saúde pública. A sociedade atual demanda por informação e por instrumentos que deem segurança aos profissionais e às mulheres para que o trabalho de parto seja reconhecido como uma etapa fundamental da gestação. A gestão da rede materna e infantil deve pautar-se pela melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança (WHO, 2017).

Apesar dos avanços já observados com o ativismo social, políticas públicas e treinamentos dos profissionais, uma real mudança nos cuidados materno-perinatais ainda demanda ações inovadoras para tornar visível, prevenir e enfrentar a violência contra as mulheres nas instituições de saúde e na formação dos profissionais de saúde. Esta agenda precisa de uma ação conjunta que traga junto agências governamentais, conselhos profissionais, sociedade civil, universidades e outras instituições (DINIZ *et al.*, 2018).

É possível pensar em estratégias voltadas a reduzir a taxa de cesárea em grupos específicos. Nulíparas e múltiparas com devem ser estimuladas a levar a gestação até o início do trabalho de parto e não agendarem a cirurgia sem indicação clínica. Fortalecer as atividades de pré-natal voltadas para o cuidado integral, a vinculação da gestante à maternidade, o transporte seguro para urgências e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento (RATTNER, 2021).

Uma revisão sistemática (Chaillet; Dumont, 2007) investigou as estratégias para aumentar as taxas de VBAC, incluindo intervenção educativa realizada por um formador de opinião, feedback de auditoria, melhoria da qualidade e estratégias multifacetadas em gestações de baixo risco. A intervenção motivacional educacional implementada por 2 anos permitiu um aumento global da taxa de VBAC em torno de 5%, embora com heterogeneidade entre os centros de parto. É preciso oferecer educação permanente aos profissionais e apoio às mulheres para chegar a uma decisão compartilhada sobre o modo de parto.

Ter uma cesárea anterior é a indicação mais comum de uma nova cirurgia, o que leva a um efeito cascata, com crescente contribuição do grupo 5. Considerando os riscos das cirurgias e suas considerações sobre gestações futuras, incluindo as morbidades acumuladas por múltiplas cesáreas, são necessárias intervenções baseadas em evidências e programas para reduzir esses índices, considerando os riscos e benefícios de cada tipo de parto (Nakamura-Pereira *et al.*, 2016)

Como mais de um quarto (27,4%) das parturientes têm uma cesárea anterior, para reduzir as TC é preciso encontrar estratégias para promover o parto vaginal após cesárea, conhecido pela sigla em inglês VBAC (Vaginal Birth After Cesarean). Na população aqui estudada, apenas 13% das mulheres do grupo 5 tiveram um parto vaginal.

Guise *et al.* (2010) publicaram uma síntese de evidências com novos insights sobre VBAC. Os resultados mostram que a VBAC é uma escolha segura para a maioria das mulheres com cesárea anterior



quando realizada em serviços com estrutura e equipe preparados para este atendimento. Nos EUA 74% das mulheres que tentaram o trabalho de parto tiveram o VBAC.

A tentativa de trabalho de parto pós-cesárea (TOLAC) deve ser oferecida como oportunidade de realizar um VBAC para mulheres com histórico de uma ou duas incisões transversais baixas anteriores, na ausência de outros fatores de risco. Centros equipados com uma unidade de anestesiologia dedicada à enfermaria de parto, um banco de sangue e uma unidade de radiologia intervencionista permitem aos médicos o manejo adequado das emergências dramáticas, embora raras, de ruptura uterina (MONARI *et al.*, 2022).

O trabalho de parto tem sido considerado como um evento de risco pelos profissionais e pela família. A principal preocupação com o trabalho de parto após a cesárea é chance aumentada a ruptura uterina, por causa da cicatriz da cirurgia anterior. No entanto, o estudo de Guise *et al.*, a ruptura uterina aconteceu em 3/1000 nascimentos, dessas rupturas 6% resultaram em morte perinatal. A razão de mortalidade materna atingiu 13.4/100.000 dos nascimentos por cesarianas repetidas, enquanto entre as que tentaram o trabalho de parto a razão foi de 3.8/100.000 nascimentos.

Os pontos fortes desse estudo foram o estudo dos indicadores a partir da base do SINASC, composta por centenas de milhares de nascimentos com uma ótima completude. A classificação de Robson indica as proporções populacionais das TC, evidentemente muito excedidas neste caso, como pode ser observado na comparação com as taxas nacionais e com as unidades de saúde de referência para o estudo da OMS.

A análise dos dados populacionais foi limitada pela falta de registo dos dados necessários para subdivisão dos grupos 2 e 4, que seriam importantes para entender como as diferenças na prática clínica (taxas de parto induzido ou cesárea sem trabalho de parto) contribuem para as TC em nulíparas e múltiparas sem cesárea anterior. Para a subdivisão no grupo 5, seria necessário saber o número de cirurgias prévias, porém estes dados não estão disponíveis.

## CONCLUSÃO

Em toda a linha de cuidado perinatal é necessário investir em estratégias focadas em reduzir as cesáreas desnecessárias em primíparas e em possibilitar que as gestantes se sintam seguras em entrar em trabalho de parto e não sejam obrigadas pelo sistema a agendar uma cirurgia indesejada e sem indicação clínica.

Para muitas mulheres, uma grande motivação para “escolher” a cesárea é a expectativa (bastante realista) de uma experiência física e emocionalmente negativa no trabalho de parto. Para reduzir as taxas de cesárea, é essencial mudar o modelo de assistência. Esta mudança necessita de políticas públicas de curto e longo prazo que invistam em estratégias baseadas em evidências. Ações de aconselhamento e educação em saúde no pré-natal precisam ser planejadas para que as mulheres possam tomar decisões com autonomia,

incluindo protocolos de atendimento às complicações que podem surgir em mulheres com uma ou mais cesáreas. É fundamental que a rede de atenção ao parto tenha referências hospitalares para o parto vaginal, com ambiência adequada, equipe obstétrica de plantão e protocolos de cuidados baseados em evidências científicas.

Sugerimos futuros estudos que estabeleçam protocolos de preparação para o parto na atenção primária voltados para grupos específicos, com base na classificação de Robson. As nulíparas e mulheres com cesáreas anteriores devem ser prioritárias para estas intervenções.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio ao Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso do Sul (FUNDECT), através do edital CHAMADA FUNDECT Nº 08/2020 – PPSUS. Nº processo: 71/000.479/2021.

## REFERÊNCIAS

- BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. S208 – S219, 2014. Supl. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n.121, p. 109-111, 27 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Como nascem os brasileiros: uma análise da adequação da assistência pré-natal e das indicações de cesárea por critérios de risco epidemiológico a partir do Sinasc. *In: Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p. 21–37.
- CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. **Birth**, [s. l.], v. 34 n. 1, p. 53–64, 2007.
- DINIZ, C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, London, v. 26, n. 53, p. 19–35, 2018.
- GUISE, J. M. *et al.* **Vaginal Birth After Cesarean: New Insights**, n. 191. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. 397 p. (Evidende Report/ Technology/Assessment).
- LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. S17 - S47, 2014. Supl. 1.
- MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.
- MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 107–120, 2012.
- MONARI, F. *et al.* Implementation of guidelines about women with previous cesarean section through educational/motivational interventions in providers. **Int J Gynecol Obstet**. v. 00, p. 1–7, 2022.
- NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, [s. l.], v. 13, n. S3, p. 128, 17 out. 2016.

RATTNER, D. (org). **Assistência ao parto e nascimento**: uma agenda para o século 21. Brasília: UNICEF; ReHuNa, 2021. Disponível em: [www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf](http://www.unicef.org/brazil/media/17491/file/assistencia-ao-parto-e-nascimento-uma-agenda-para-o-seculo-21.pdf). Acesso em: 1 jul. 2022.

SALDANHA, R. de F.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Microdatasus: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 9, 2019.

SANDALL, J. *et al.* Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **The Lancet**, London, v. 392, n. 10155, p. 1349–1357, 2018.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, Ribeirão Preto, v. 37 n. 12, p. 549-551, 2015.

WHO. **Robson Classification**: Implementation Manual. Genebra: WHO, 2017.

WHO. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO, 2018.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 09/06/2022

ACEITO: 14/10/2022