

USO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON PARA AVALIAÇÃO DAS TAXAS DE CESÁREAS EM HOSPITAIS PARANAENSES VINCULADOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Recebido em: 11/09/2023

Aceito em: 09/10/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i10.2023-003

Flávia Cristina Vieira Frez¹
Vitória Goularte de Oliveira²
Aline Zulin³
Viviane Cazetta de Lima Vieira⁴
Ivi Ribeiro Back⁵
Iara Sescon Nogueira⁶
Ana Luísa Serrano Lima⁷
Gabriel Zanin Sanguino⁸

RESUMO: Introdução: Os índices de parto cesariano vêm aumentando mundialmente e ultrapassando, em muitos locais, os índices de parto vaginal. No entanto, tais índices nem sempre refletem a indicação real do procedimento. Objetivo: analisar as taxas de cesáreas de hospitais vinculados à Secretaria Municipal do Estado do Paraná no ano de 2021, exceto universitários, através da Classificação de Robson. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, foram avaliadas 356 instituições de saúde do estado do Paraná, os dados foram coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) via tabulador oficial do Ministério da Saúde- Tabwim, no ano de 2021. Resultados: Os maiores índices segundo Classificação de Robson, foram de mulheres entre 20 à 34 anos, com companheiro, escolaridade de oito anos ou mais de estudo, múltiparas com filhos vivos anteriores a última gestação, sendo estas a termo, com gravidez única e sem anomalias congênitas, além da realização de sete consultas de pré-natal com seu início no primeiro trimestre de gestação. Conclusão: o parto cesariano ultrapassa os índices do parto vaginal. Podemos evidenciar a importância que os profissionais de saúde possuem para revertermos essa realidade através da educação em saúde, e no desenvolvimento de estratégias que minimizem esses números expressivos de cesarianas.

¹ Doutora em Ciências Farmacêuticas. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: frezflavia2@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4579-7127>

² Graduada em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: vitoriagoulartedeoliveira@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3481-9033>

³ Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: alinezulim7@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6749-762X>

⁴ Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: vivicazetta@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3029-361X>

⁵ Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: irback2@uem.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7864-8343>

⁶ Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: iara_nogueira@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5815-9493>

⁷ Graduada de Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: analuisa095@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-7396-9185>

⁸ Doutor em Ciências. Universidade Estadual de Maringá (UEM).

E-mail: gzanins@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3273-5496>

PALAVRAS-CHAVE: Classificação de Robson; Hospitais Públicos; COVID-19; Cesárea; Gestante.

USE OF THE ROBSON CLASSIFICATION FOR THE EVALUATION OF CESAREAN SECTION RATES IN HOSPITALS IN THE STATE OF PARANÁ LINKED TO THE SINGLE HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: Introduction: The rate of cesarean delivery has been increasing worldwide and in many places surpassing the rate of vaginal delivery. However, such indexes do not always reflect the actual indication of the procedure. Objective: To analyze the rates of cesarean sections of hospitals linked to the Municipal Secretariat of the State of Paraná in the year 2021, except university, through the Robson Classification. Methods: It is a descriptive, cross-sectional and quantitative approach study, 356 health institutions of the state of Paraná were evaluated, the data were collected on the website of the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), through the Information System on Live Births (SINASC) via the official tabler of the Ministry of Health-Tabwim, in the year 2021. Results: The highest rates according to the Robson Classification were women between 20 and 34 years of age, with a partner, eight years of schooling or more of study, multiparous with living children prior to the last pregnancy, these being full-term, with single pregnancy and without congenital anomalies, in addition to having seven prenatal appointments with their start in the first trimester of gestation. Conclusion: cesarean delivery exceeds the rates of vaginal delivery. We can highlight the importance that health professionals have to reverse this reality through health education, and in the development of strategies that minimize these expressive numbers of cesareans.

KEYWORDS: Robson Classification; Public Hospitals; COVID-19; Cesarean Section; Pregnant Women.

USO DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON PARA EVALUAR LAS TASAS DE CESREA EN HOSPITALES PARANAENSES VINCULADOS AL SISTEMA DE SALUD ÚNICO

RESUMEN: Introducción: las tasas de natalidad cesárea han estado aumentando en todo el mundo y han superado las tasas de natalidad vaginal en muchos lugares. Sin embargo, esos índices no siempre reflejan la indicación real del procedimiento. Objetivo: analizar las tasas de cesárea hospitalaria vinculada a la Secretaría Municipal del Estado de Paraná en 2021, excepto los graduados universitarios, a través de la Clasificación de Robson. Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo; se evaluaron 356 instituciones de salud del estado de Paraná; los datos se recogieron en el sitio web del Departamento de Información del Sistema de Salud Pública (DATASUS), a través del Sistema de Información sobre Aves Vivas (SINASC) a través del tabulador oficial del Ministerio de Salud — Tabwim, en 2021. Resultados: Los índices más altos según la Clasificación de Robson fueron las mujeres de 20 a 34 años de edad, con parejas, escolaridad durante ocho años o más de estudio, múltiples con hijos vivos antes del último embarazo, con un solo embarazo y sin anomalías congénitas, y también se realizaron siete consultas prenatales con su inicio en el primer trimestre de gestación. Conclusión: el parto cesárea excede las tasas vaginales de nacimiento. Podemos destacar la importancia que tienen los profesionales de la salud para revertir esta realidad a través de la educación sanitaria, y en el desarrollo de estrategias que minimicen este número expresivo de cesáreas.

PALABRAS CLAVE: Clasificación de Robson; Hospitales Públicos; COVID-19; Cesarea; Gerente.

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, o termo “binômio mãe-filho” refere-se à integralidade do cuidado da mãe e bebê, e trata-se de um grupo com maior vulnerabilidade e risco de morbimortalidade, exigindo a prestação de cuidados de qualidade durante a assistência à saúde (VALLE et al., 2014).

Diante disso, destaca-se que o processo do nascimento e o parto normal, estão fortemente alinhados neste contexto, pois proporcionam menores riscos de complicações maternas e neonatais, assim como uma melhor experiência e vantagens para o binômio mãe-filho, pois se trata de um processo fisiológico mais saudável e natural para ambos, proporcionando uma recuperação mais rápida para a mulher contribuindo para o retorno das atividades rotineiras (VICENTE et al., 2017).

Ao longo do tempo, o parto cesáreo foi uma grande conquista adquirida, tendo em vista que muitas mulheres morriam ao dar à luz aos seus filhos, e/ou até mesmo os seus filhos nasciam sem vida, devido intercorrências que o parto natural se limitava a solucionar. Entretanto, com os avanços na saúde obstétrica e neonatal, este procedimento cirúrgico passou a ser a escolha de muitas mulheres e médicos, porém, escolha esta não mais relacionada com apenas a gravidade e/ou complicações gestacionais (VICENTE et al., 2017).

É inegável a importância do parto cesáreo para salvar vidas, mas a sua utilização sem real necessidade ou indicação clínica pode acarretar intercorrências e riscos desnecessários para a saúde das mulheres e de seus filhos, sejam elas de curto ou longo prazo, podendo afetar até mesmo futuras gestações. Apesar de diversos profissionais defenderem a cesariana utilizando do argumento de que esta prática intervencionista ajuda a reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal, estudos demonstram que este fato não tem correlação, e que a intervenção desnecessária no processo de parto pode contribuir para o aumento de chances de infecção (LINS et al., 2021).

Ademais, apesar dos possíveis riscos relacionados à cesariana sem real indicação, esta encontra-se em protagonismo quando nos referimos ao maior tipo de parto realizado nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, como é o caso do

Brasil. De acordo com uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os partos cesáreos estão em crescente incidência mundial (OMS, 2021).

Desde o ano de 1985, a OMS e a comunidade médica internacional recomendam que apenas 10 a 15% dos partos sejam por cesariana. No entanto, o número de partos cesáreos no Brasil é superior ao número de partos normais, chegando a ter um dos maiores índices no mundo, representando cerca de 55% dos partos realizados, sendo este um número crescente, quando comparado com a década de 1970 em que seu índice era de apenas 4%. A discrepância nos índices no Brasil passa a ser ainda mais alarmante quando analisamos os índices dos países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América e dos países europeus, com taxa apenas de 30% e 20%, respectivamente (OMS, 2015; SILVA et al., 2019).

Em decorrência dos índices mundiais, foi criada no ano de 2001, pelo médico irlandês Michael Robson, a Classificação de Robson (CR). Trata-se de um método utilizado como alternativa de monitorização, avaliação e comparação entre as taxas de cesárea em um lugar específico ou distinto em um determinado período de tempo, auxiliando na identificação de grupos com características gestacionais específicas, permitindo encontrar diferenças importantes nas taxas de cesáreas e compará-las. Diante da importância do controle das taxas de cesariana no mundo, a OMS recomenda o uso da Classificação de Robson desde o ano de 2015 para minimizar os abusos no procedimento cirúrgico (NOGUEIRA et al., 2019).

Ao utilizarmos a CR dentro de uma instituição de saúde que oferece serviços obstétricos, é possível conhecer o perfil das mulheres submetidas aos partos cesáreos, como também, auxiliar na elaboração de um modelo assistencial centrado nas reais necessidades da mulher e do recém-nascido, além de estratégias para a redução dessas taxas (REIS et al., 2018).

Atualmente, o estado do Paraná encontra-se como um dos estados do Brasil em que as taxas de cesariana estão à frente das taxas do parto normal. Segundo um estudo que avaliou os índices de cesarianas em 22 Regionais de Saúde do Paraná, no período de 2003 a 2014, houveram 1.853.325 partos de nascidos vivos ocorridos, sendo que 44,1% foram via vaginal e 55,9% cesarianas (AMARI et al., 2018).

Fica evidente a necessidade de se conhecer, a partir dos dados disponíveis pelo SINASC, se há diferenças na completude de dados relativos aos tipos de parto realizados no estado do Paraná em hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS), como

ferramenta para subsidiar e (re)pensar as práticas intervencionistas, e conseqüentemente, (re)avaliar as reais necessidades deste procedimento cirúrgico. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi analisar as taxas de cesáreas de hospitais vinculados à Secretaria Municipal do Estado do Paraná, exceto universitários, através da Classificação de Robson, no ano de 2021.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, em que foram analisadas as notificações de partos cesáreos em hospitais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do estado do Paraná no ano de 2021 e caracterizados de acordo com a Classificação de Robson.

O estudo teve como cenário o estado do Paraná, que se encontra no sul do Brasil e possui área territorial de 199.298,981km² e uma população estimada de 11.597.484 pessoas. Segundo o IBGE (2021), trata-se de um estado em crescimento, apresentando um crescimento de 3,3% em seu PIB, chegando a R\$ 579,3 bilhões no ano. Quanto ao âmbito da saúde, em relação aos hospitais filantrópicos e vinculados ao SUS, não universitários, o estado do Paraná ultrapassa 356 unidades, das quais fazem o uso da classificação de Robson (ASSIS, 2017).

Os dados foram coletados no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC via tabulador oficial do Ministério da Saúde-Tabwim, durante o mês de dezembro de 2022. O ano selecionado, de 2021, foi escolhido por se tratar do mais recente dado disponível no momento da coleta de dados.

A Classificação de Robson utiliza seis conceitos obstétricos para avaliação dos índices, sendo eles: 1) Paridade: se a mulher é nulípara ou múltípara; 2) Cesárea prévia: se a mulher teve cesárea anterior ou não; 3) Trabalho de parto: se o início do trabalho de parto foi espontâneo, induzido ou se realizou cesárea antes de entrar em trabalho de parto; 4) Idade gestacional: termo, pré-termo, pós-datismo; 5) Tipo de apresentação fetal: cefálica, pélvica ou transversa; e, 6) Número de fetos: único ou múltiplo (FIOCRUZ, 2018). Através destes conceitos as gestantes são classificadas em 10 subgrupos (Tabela 1), conforme apresentados a seguir:

Tabela 1 - Classificação de Robson com descrição de grupos e discussão de parâmetros.

GRUPOS	DESCRIÇÃO DO GRUPO	DISCUSSÃO DE PARÂMETROS
I	Mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.	No grupo 1 as taxas de cesariana devem ser inferiores a 10%. Esta taxa só pode ser interpretada com precisão quando você considera a razão entre os tamanhos dos Grupos 1 e 2. Em princípio, quanto maior a proporção entre os Grupos 1 e 2 (1:2), maior será a probabilidade das taxas de cesarianas em ambos os grupos serem maiores individualmente. A contribuição da soma dos grupos 1 e 2 usualmente representa de 35-42% da população obstétrica da maioria dos hospitais;
II	Mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou cesariana antes do início de trabalho de parto.	Para este grupo espera-se taxas de cesariana entre 20-35%. Este grupo inclui mulheres cuja gestação foi interrompida, tanto por indução do trabalho de parto como por cesariana antes de indução. Sua interpretação deve ser relacionada à do Grupo 1, que inclui mulheres com características semelhantes.
III	Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com trabalho de parto espontâneo.	No grupo 3 as taxas de cesariana não devem ser superiores a 3%. Taxas mais altas de cesarianas nesse grupo podem indicar que a coleta de dados não foi adequada. Um erro provável é a classificação equivocada de mulheres com cicatrizes anteriores (Grupo 5) neste grupo. Outras possíveis razões para altas taxas neste grupo incluem solicitação materna e a realização de laqueadura. A soma dos Grupos 3 e 4 usualmente fica em torno de 30%. Uma razão para o tamanho baixo dos Grupos 3 e 4 pode ser o tamanho do Grupo 5 alto, o que leva a uma elevada taxa de cesarianas. De acordo com Robson (2001), as taxas de cesariana neste grupo são tão consistentes que podem ser utilizadas como indicador da qualidade da coleta de dados;
IV	Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina prévia com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou cesariana antes do início de trabalho de parto.	No grupo 4 normalmente a taxa de cesariana não excede 15%. Pode ser dividido em subgrupos, onde o Grupo 4a englobando as mulheres com trabalho de parto induzido por qualquer método e o Grupo 4b as pacientes que foram submetidas à cesariana antes do trabalho de parto. Se o tamanho da contribuição do Grupo 4b for grande, as taxas globais de cesárea no Grupo 4 também serão altas. Se o Grupo 4b é relativamente pequeno, então altas taxas de cesariana no Grupo 4 podem indicar fracasso na indução ou má escolha de mulheres para induzir. Altas taxas podem indicar: coleta de dados deficiente, por inclusão errônea de mulheres do Grupo 5; podem refletir um alto pedido materno por cesarianas, mesmo após parto vaginal; ou para fazer laqueadura;
V	Mulheres múltiparas com pelo menos uma cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas.	Para este grupo taxas cesarianas de 50-60% são consideradas apropriadas desde que você tenha bons resultados maternos e perinatais. Pode ser dividido em subgrupos onde o Grupo 5a englobando as mulheres múltiparas com somente uma cesariana prévia e o Grupo 5b as mulheres com duas ou mais cesarianas prévias. Sua alta contribuição pode estar atrelada ao agendamento de cesárea para mulheres com uma cicatriz anterior. É o grupo que mais contribui para a elevação da taxa global de cesarianas nas unidades hospitalares;

VI	Mulheres nulíparas com gestação simples e feto em apresentação pélvica.	Nos grupos 6 e 7 a apresentação fetal determinará as decisões obstétricas. Eles incluem mulheres nulíparas e múltiparas, com ou sem cesariana prévia e com gravidez única em apresentação pélvica. A soma de suas contribuições deve ser de 3-4%. Se o total for muito superior a 4%, o motivo mais comum é associado a uma alta taxa de partos prematuros ou uma proporção maior de mulheres nulíparas (deve-se observar o tamanho do Grupo 10 e se sua contribuição for superior a 4-5% essa hipótese pode ser considerada verdadeira).
VII	Mulheres múltiparas com gestação simples e feto em apresentação pélvica incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.	A divisão do Grupo 6 pelo Grupo 7 deve ficar em torno de 2:1 porque a apresentação pélvica é mais comum para nulíparas do que para múltiparas, sendo este fator também indicador da qualidade da coleta de dados.
VIII	Mulheres com gestações múltiplas, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.	Sua contribuição deve ser em torno 60%. Se sua contribuição na taxa global exceder esse valor, o hospital é provavelmente terciário (alto risco, hospital de referência) ou possui programa de fertilização;
IX	Mulheres com gestação simples e feto em situação/apresentação anômala, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.	Inclui as mulheres com gestações com apresentação transversa ou oblíqua. De acordo com Robson (2001), trata-se de um grupo importante, mas que ainda não passou por uma auditoria cuidadosa por falta de conceitos obstétricos consistentes e aceitos;
X	Mulheres com gestação simples ≤ 36 semanas, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.	Sua contribuição deve ser inferior a 30%. Se sua contribuição for maior, o hospital é provavelmente terciário ou existe um alto risco de nascimentos prematuros na população atendida. Se a taxa de cesarianas no grupo for baixa nesse grupo isso pode representar uma preponderância de trabalho de parto prematuro espontâneo. Se a taxa de cesáreas neste grupo for alta, isso pode sugerir realizações de partos por restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia ou outras complicações médicas ou da gravidez.

Fonte: PETRÔNIO (2019).

Para a coleta de dados, foram extraídas as informações referentes às variáveis dentro do contexto de hospitais que atendem mulheres em parturição pelo SUS e filantrópicos, exceto universitários, situados no estado do Paraná, no ano de 2021. Para a caracterização sociodemográfica das mulheres submetidas à cesariana, foram coletados dados acerca da idade, estado civil (com ou sem companheiro) e escolaridade (até oito anos ou oito anos ou mais de estudo). Para caracterização obstétrica das gestantes, as variáveis foram a paridade (primípara ou múltipara), número de filhos (vivos ou mortos), gestação (gestação a termo, pós-datismo ou prematuro), gravidez (dupla ou única), consultas pré-natal (até sete consultas ou sete consultas ou mais), início do pré-natal (1º, 2º ou 3º trimestre), anomalias (sim ou não), via de parto (vaginal ou cesárea) e local de nascimento (domicílio, hospital, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Unidade Básica de Saúde (UBS).

Os dados obtidos com a classificação foram padronizados e incluídos o número de cesarianas e partos em cada grupo conforme a CR, o tamanho proporcional de cada grupo (número de nascimentos no grupo dividido pelo total do número de nascimentos), a porcentagem de cesarianas em cada grupo, a contribuição (%) de cada grupo para a cesariana, taxa de cesariana (número de cesarianas em cada grupo dividido pelo número total de entregas X 100) e a contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesariana (número de cesarianas em cada grupo dividido pelo número total de cesarianas seções X 100) (WHO, 2017).

Para análise, os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel® 2016, e processados no programa *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), cujo dados foram categorizados e submetidos ao *Pearson's Chi-squared test* e pelos testes de *Kruskal-Wallis rank sum test*. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva, a partir da média e porcentagens obtidas (n (%); Mean (SD)).

A pesquisa passou por avaliação no Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, para solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), já que se trata de dados de domínio público, e possui parecer nº 5.620.752, e estando de acordo com os preceitos éticos e legais em cumprimento à resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS

Foram avaliadas 356 instituições de saúde localizadas no estado do Paraná e que fizeram uso da Classificação de Robson no ano de 2021, segundo os dados do SINASC. Os dados sociodemográficos são valiosos para avaliarmos as condições do público assistido pelo SUS em relação a parturição.

Em relação à idade das mulheres, houve frequência da faixa etária de 20 a 34 anos, sendo que o grupo 3 da CR apresentou o maior percentual (77%), e a faixa etária com menor ocorrência (2,5%) foi da idade de 15 a 19 anos, sendo representada pelo grupo 5. Os grupos 1, 2 e 6, ultrapassam as mulheres com idade de 35 a 40 anos. Entre as mulheres pesquisadas, o estado civil “com companheiro” apresentou maiores percentuais em todos os grupos da CR.

No quesito escolaridade, houve maior prevalência de gestantes com 8 anos ou mais de estudo, sendo que o grupo 6 apresentou a maior porcentagem (94%), apesar disso,

ainda houve valores significativos de mulheres que passaram por cesárea e que possuem escolaridade até 8 anos de estudos, sendo o grupo 3 a com maior público neste quesito, com 23%, conforme descrito a seguir na tabela 2.

Tabela 2 - Características sociodemográficas das mulheres submetidas à cesariana atendidas pelo SUS, segundo a CR. Paraná, Brasil, 2021.

Idade	Classificação de Robson (SD/%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De 15 a 19 anos	4,328 (25%)	4,797 (21%)	1,109 (6.3%)	771 (5.6%)	900 (2.5%)	288 (16%)	73 (2.9%)	151 (5.6%)	31 (11%)	1,318 (13%)
De 20 a 34 anos	11,657 (68%)	16,358 (71%)	13,665 (77%)	10,343 (75%)	26,539 (73%)	1,256 (72%)	1,669 (67%)	1,889 (70%)	166 (58%)	7,076 (67%)
De 35 a 45 anos	1,039 (6.1%)	1,731 (7.6%)	2,968 (17%)	2,716 (20%)	8,989 (25%)	210 (12%)	752 (30%)	669 (25%)	88 (31%)	2,095 (20%)
Estado Civil	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Com companheiro	8,719 (51%)	12,378 (54%)	9,083 (52%)	7,462 (54%)	23,660 (65%)	1,033 (59%)	1,570 (63%)	1,562 (57%)	187 (65%)	5,576 (53%)
Sem companheiro	8,360 (49%)	10,581 (46%)	8,521 (48%)	6,285 (46%)	12,537 (35%)	721 (41%)	918 (37%)	1,155 (43%)	99 (35%)	4,930 (47%)
Escolaridade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8 anos ou mais de estudo	15,735 (92%)	21,530 (93%)	13,694 (77%)	11,214 (81%)	31,516 (87%)	1,654 (94%)	2,097 (84%)	2,366 (87%)	239 (84%)	8,899 (84%)
Até 8 anos de estudo	1,404 (8.2%)	1,513 (6.6%)	3,991 (23%)	2,584 (19%)	4,823 (13%)	105 (6.0%)	395 (16%)	354 (13%)	45 (16%)	1,641 (16%)

n (%); Mean (SD). p - Valor: <0.001 para todos os dados.

Fonte: SINASC, 2021.

As características obstétricas das gestantes incluídas na pesquisa são de extrema importância para a avaliação real dos dados a serem investigados, assim sendo, os grupos 1, 2 e 6 todas são primíparas, divergindo nos grupos 3, 4, 5 e 7 que o percentual é de 100% nas múltiparas. Contudo, os grupos 8, 9 e 10 perfazem um número mais elevado (67,5%). Com relação as gestantes com filhos anteriores a última gestação, as mulheres com filhos vivos tiveram maior ocorrência se comparado as com filhos mortos, sendo o grupo 9 com maior percentual de filhos vivos (1,3%).

Quanto as características da gestação, no grupo 10 todos os recém-nascidos (RN) foram prematuros (100%) e no grupo 8 com 63%, contudo os demais grupos em sua maioria gestações a termo, ficando em minoria as pós-datismo, não passando de 1,7% dos percentuais. No que diz respeito a gravidez, as gestantes com gravidez única estão em maior porcentagem em quase todos os grupos, com exceção do grupo 8 e do grupo 9, que representaram 100% e 31%, respectivamente, das gestações duplas ou mais.

Sobre o número de consultas de pré-natal realizadas, em todos os grupos a realização de 7 consultas ou mais apresentam maior prevalência, sendo que o grupo 2 (91%)

apresentou o maior percentual. Quanto aos dados referentes ao início do pré-natal, a maior parte das gestantes iniciaram no primeiro trimestre e as que iniciaram no terceiro trimestre não passam de 2,5%. Ademais, com relação a presença de alterações congênitas, as gestações sem anomalias ultrapassam 90%, contudo, destacamos que o grupo 7 apresentou a porcentagem de anomalia de 2,3%.

Tabela 3- Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana atendidas pelo SUS segundo a CR. Paraná, Brasil, 2021.

Paridade	Classificação de Robson (SD/%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Múltipara	0 (0%)	0 (0%)	17,769 (100%)	13,849 (100%)	36,471 (100%)	0 (0%)	2,500 (100%)	1,849 (68%)	182 (63%)	6,595 (62%)
Primípara	17,223 (100%)	23,122 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,765 (100%)	0 (0%)	879 (32%)	106 (37%)	3,991 (38%)
Filhos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Filhos Vivos	0.0 (0.0%)	0.0 (0.0%)	1.6 (1.2%)	1.3 (1.2%)	1.5 (0.9%)	0.0 (0.0)	1.4 (1.0)	1.0 (1.1)	1.1 (1.3)	1.0 (1.2)
Filhos Mortos	0.0 (0.0%)	0.0 (0.0)	0.3 (0.6%)	0.5 (0.7%)	0.3 (0.6%)	0.0 (0.0)	0.5 (0.7)	0.3 (0.6)	0.3 (0.6)	0.3 (0.7)
Gestação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gestação a termo	16,925 (98%)	22,841 (99%)	17,488 (98%)	13,643 (99%)	36,079 (99%)	1,372 (78%)	1,942 (78%)	921 (34%)	176 (62%)	0 (0%)
Pós-datismo	298 (1.7%)	281 (1.2%)	281 (1.6%)	206 (1.5%)	392 (1.1%)	16 (0.9%)	15 (0.6%)	4 (0.1%)	1 (0.3%)	0 (0%)
Prematuro	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	363 (21%)	527 (21%)	1,790 (66%)	109 (38%)	10,586 (100%)
Gravidez	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dupla ou mais	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2,728 (100%)	89 (31%)	0 (0%)
Única	17,223 (100%)	23,122 (100%)	17,769 (100%)	13,849 (100%)	36,471 (100%)	1,765 (100%)	2,498 (100%)	0 (0%)	199 (69%)	10,586 (100%)
Consultas Pré-natal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7 consultas ou mais	15,269 (89%)	20,921 (91%)	14,176 (80%)	11,978 (87%)	31,802 (87%)	1,470 (83%)	1,998 (80%)	2,282 (84%)	237 (83%)	7,404 (70%)
Até 7 consultas	1,940 (11%)	2,185 (9.5%)	3,568 (20%)	1,861 (13%)	4,641 (13%)	294 (17%)	498 (20%)	445 (16%)	49 (17%)	3,160 (30%)
Início do Pré-natal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1° Trimestre	15,244 (90%)	20,951 (91%)	14,491 (84%)	12,019 (88%)	32,178 (89%)	1,576 (90%)	2,177 (89%)	2,474 (92%)	230 (82%)	8,970 (87%)
2° Trimestre	1,500 (8.8%)	1,717 (7.5%)	2,422 (14%)	1,471 (11%)	3,269 (9.1%)	151 (8.7%)	248 (10%)	204 (7.6%)	44 (16%)	1,180 (11%)
3° Trimestre	224 (1.3%)	254 (1.1%)	434 (2.5%)	214 (1.6%)	553 (1.5%)	16 (0.9%)	30 (1.2%)	12 (0.4%)	5 (1.8%)	153 (1.5%)
Anomalias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não	16,955 (100%)	22,819 (99%)	17,501 (100%)	13,653 (100%)	36,003 (100%)	1,728 (99%)	2,422 (98%)	2,684 (99%)	284 (99%)	10,329 (98%)
Sim	73 (0.4%)	117 (0.5%)	76 (0.4%)	62 (0.5%)	179 (0.5%)	18 (1.0%)	57 (2.3%)	25 (0.9%)	4 (1.4%)	162 (1.5%)

n (%); Mean (SD). p - Valor: <0.001 para todos os dados.

Fonte: SINASC, 2021.

Na tabela 4 estão os dados referentes as características obstétricas segundo via de parto e local do nascimento do RN. Dos dados expostos, vale ressaltar que com exceção do grupo 3 em que o parto vaginal se sobressai, o parto cesariano em todos os demais grupos ultrapassa os índices do parto vaginal, sendo o grupo 9 com o maior percentual de todos de cesarianas (99%). Referente ao local de nascimento do RN, destacam-se a diversidade de localidades, como por exemplo, nascimentos em domicílio, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básica de Saúde (UBS), além de hospitais. Os maiores índices são em hospitais em todos os grupos, nos partos em domicílios o grupo 3 apresentou a maior ocorrência com 1,1%, em SAMU 0,8%, em UPA e UBS o grupo 2 foi o com maior percentual, com 1,2%.

Tabela 4 - Características obstétricas segundo via de parto e local do nascimento do RN segundo a CR. Paraná, Brasil, 2021.

Via de Parto	Classificação de Robson (SD/%)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cesáreo	8,827 (51%)	18,134 (78%)	3,460 (19%)	7,480 (54%)	32,297 (89%)	1,642 (93%)	2,256 (90%)	2,410 (88%)	285 (99%)	6,581 (62%)
Vaginal	8,391 (49%)	4,988 (22%)	14,302 (81%)	6,368 (46%)	4,170 (11%)	123 (7.0%)	244 (9.8%)	318 (12%)	3 (1.0%)	4,005 (38%)
Local de Nascimento (RN)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Domicílio	74 (0.4%)	2 (<0.1%)	201 (1.1%)	9 (<0.1%)	47 (0.1%)	0 (0%)	8 (0.3%)	2 (<0.1%)	0 (0%)	55 (0.5%)
Hospital	16,959 (98%)	22,853 (99%)	17,247 (97%)	13,701 (99%)	36,016 (99%)	1,746 (99%)	2,459 (98%)	2,715 (100%)	287 (100%)	10,408 (98%)
SAMU	14 (<0.1%)	0 (0%)	137 (0.8%)	4 (<0.1%)	13 (<0.1%)	1 (<0.1%)	5 (0.2%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	37 (0.3%)

n (%); Mean (SD). p - Valor: <0.001 para todos os dados.

Fonte: SINASC, 2021.

4. DISCUSSÃO

A Classificação de Robson é um instrumento de grande importância às instituições que atendem a parturiente, conferem padronização e um modelo assistencial obstétrico centrado na saúde da mulher e no bem-estar do recém-nascido. Todos os esforços devem convergir para práticas humanizadas e evidenciar números necessários de partos cesáreos. Os dados apresentados nos permitem inferir que as práticas obstétricas no estado do Paraná remetem ao contrário do que descrevemos como ideal de atenção à saúde da mulher, devido aos números cada vez mais elevados de cesarianas, o que vai na contra mão das diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS). A Classificação de Robson, segundo OMS, deve ser adotada por todos os hospitais para auxiliar no monitoramento deste

indicador e ajudar a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias para redução de cesarianas (WHO, 2017).

O instrumento sistematizado possibilita uma classificação, no entanto, observamos que possui fragilidades que impossibilitam uma informação mais precisa dos motivos da indicação da cesariana, o que poderia contribuir para que compreendêssemos melhor o contexto da indicação da intervenção cirúrgica, haja vista, a importância inconteste do estímulo ao trabalho de parto. Estudo evidenciou que apesar de se tratar de uma ferramenta simples, os profissionais expõem que a classificação não proporciona a devida informação do porquê foi indicado a realização da cesárea, pois a ferramenta não abrange situações que podem influenciar na quantidade de cesáreas, como situações pré-existentes ou outras causas maternas como IMC elevado, idade materna, doenças crônicas, entre outros. Com isso é visto a necessidade de que a classificação tenha um ajuste para que esses fatores sejam também considerados (BETRÁN et al., 2014).

No entanto, nos proporciona uma projeção sociodemográfica, permitindo a análise dos dados coletados, como idade, presença ou ausência de companheiro (aqui descrevemos como apoio financeiro e emocional), escolaridade, número de filhos e busca por assistência no pré-natal. Criando um paralelo sobre a importância de uma rede de apoio no processo gestacional, ao trabalho de parto e puerpério e o quanto isso pode impactar inclusive no planejamento familiar. Mulheres com uma rede de apoio estável e segura, que as forneçam auxílio e apoiem suas decisões, pode contribuir para a escolha de um parto mais seguro baseado no que for melhor para a gestante e seu filho e não no temor do desconhecido. Atualmente o Ministério da Saúde reconhece e recomenda a importância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e puerpério, considerando que a oferta de apoio além de tranquilizar a gestante, contribui para a melhora de desfechos maternos e neonatais. Ademais, a Portaria nº 1.459, que institui a Rede Cegonha a qual atualmente faz parte da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI), assegura à mulher e recém-nascido uma assistência mais humanizada, além da garantia de um acompanhante a parturiente, durante os processos do pré e pós-parto imediato (HOLANDA *et al*, 2018, BRASIL, 2022).

Destacamos que no grupo 3 (Múltipara sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo) aderiram a cesariana em um momento em que poderiam ser orientadas, estimuladas e acompanhadas por profissionais de saúde antes e durante seu trabalho de parto, minimizando os números expressivos dos

índices vislumbrados mundialmente. Conforme estudos realizados por Abreu *et al.*, (2019) e Vargas *et al.*, (2018), os autores declaram que o Brasil atualmente vive um surto de partos cesáreos, sendo realizados cerca de 1,6 milhões de cesarianas por ano, e os fatores mais predominantes relacionados às taxas elevadas de cesáreas são fatores culturais, obstétricos e socioeconômicos. Os índices de cesarianas no Brasil e no mundo aumentaram por diversos motivos, suas indicações foram ampliadas, e o procedimento possui indicações absolutas e relativas, sendo que, investigações realizadas por Zibell e colaboradores (2023), teve um contraponto em relação a realidade brasileira, demonstrando uma taxa maior de partos (58,57%) em relação a cesarianas (41,42%) em um hospital de Santa Catarina, porém, os índices nacionais, onde cerca de 55% dos partos são do tipo cesariana, entretanto, acima do que recomenda a Organização Mundial da Saúde, na qual indica que a taxa de cesarianas esteja entre 10 e 15%.

Nas características obstétricas relacionadas a classificação de Robson, vemos que a multiparidade e primariedade divergem significativamente devido as especificidades de alguns grupos, no entanto chama-se a atenção os grupos 8 a 10 que incluem tanto nulíparas quanto múltiparas, revelando um percentual maior em mulheres múltiparas, trazendo reflexão em cima desta característica, tendo como característica cesárea anterior. As reflexões destes dados nos fazem questionar o porquê optaram por um parto intervencionista novamente. Segundo estudos de Silva e colaboradores (2014), o trauma de experiências ruins anteriores com o parto vaginal pode influenciar nesta escolha, além do desejo da realização da cirurgia de laqueadura, em que a cesariana facilitaria o processo.

Pesquisadores são unânimes em descrever a importância de um parto seguro e humanizado por parte das instituições de saúde e seus profissionais, o que pode impactar na redução de novas cirurgias intervencionistas desnecessárias, proporcionando uma maior segurança as mulheres múltiparas de terem seus demais filhos via parto vaginal (MARTINS *et al.*, 2029). Além do mais, múltiplas cesáreas podem aumentar as chances de complicações gestacionais, durante o processo de parturição e de puerpério (MASCARELLO *et al.*, 2018). É conferido à Classificação de Robson um papel de importância na mudança do padrão obstétrico vigente no Brasil. O seu uso rotineiro permitirá uma análise objetiva e eficaz, especialmente nos grupos os quais não apresentam risco à realização de cesáreas, por apresentar gestações com feto único, cefálico e a termo (AGUEMI, 2021).

Apesar de sabermos que a cesariana se encaixa em exceção e não regra para via de parto e que a grande maioria das mulheres estão aptas ao trabalho de parto, ainda observamos que mesmo em casos de bebês a termos, sem anomalias e de gravidez única, características estas que por si só são indicativos de parto natural, ainda assim as mulheres na maioria dos grupos, optaram por procedimento cirúrgico, evidenciando o uso indiscriminado deste por médicos e instituições. Tal fato pode estar relacionado a falta de orientações praticadas por profissionais de saúde às pacientes, trazendo a revelar-se o senso de que a cesariana não se trata mais de necessidade e sim escolha. De acordo com a Resolução Normativa da ANS, nº 398 de 05/02/2016, citada por Ribeiro (2017), existe a obrigatoriedade da entrega de uma nota de orientação à gestante pelo profissional obstetra. Essa nota tem a finalidade de esclarecer quanto aos riscos e benefícios da cesárea, bem como do parto normal. Descreve também sobre a obrigatoriedade de credenciamento de enfermeiros (as) obstétricos (as) e obstetrizas, e trazem que a ausência desses profissionais como líderes na assistência ao parto é uma das causas de elevação das taxas de cesarianas.

Outro dado importante a ser discutido, é referente ao número de consultas de pré-natal, iniciado no primeiro trimestre e da realização de 7 ou mais consultas nos 10 grupos descritos, parâmetros estes recomendados e necessários para contribuir positivamente para que a mulher e o feto tenham uma gestação saudável e sem intercorrências. Neste sentido, os protocolos de padronização da assistência à gestante implementados em todo o Paraná, refletem a adesão ao pré-natal evidente na pesquisa (PARANÁ, 2022).

Via de parto, retrata e reproduz o que estamos vivenciando no mundo e não seria diferente no Brasil/Paraná. Os dados são alarmantes, e apesar do grupo 3 ser o único que sobressai o parto vaginal, a alta do parto cesáreo ultrapassa a maioria das características obstétricas propostas por Robson, levantando a questão sobre o que realmente está por trás desta incidência crescente. A cultura ilusória e romantizada de que o parto cesariano é uma opção segura e que vai livrar a mulher das dores do trabalho de parto, sendo dita como mais compatível com a sociedade atual, é uma ideologia que está cada vez mais romantizada pela cultura atual, refletindo um novo sistema de normas e valores, mais permeável às tecnologias e perpetuando o intervencionismo, modelando um novo "natural" para o parto (NAKANO *et al.*, 2015).

Por fim, observou-se a ocorrência de nascimentos não só nas maternidades e hospitais, mas também em domicílio, UPA, UBS e SAMU. Tal fato pode ser reflexo de cidades onde os hospitais ficam afastados ou até mesmo são inexistentes, e devido

dificuldades de logística, acabam por corroborar para reafirmar as possibilidades de incentivar as leis naturais da vida e estimular o trabalho de parto com educação em saúde durante o pré-natal. Isso reafirma o papel fundamental dos profissionais de saúde, sobretudo da enfermagem, em exercer sua função como educador e desenvolver tanto na gestante, quanto em sua rede de apoio domiciliar, um vasto conhecimento sobre este período do ciclo de vida feminino e os benefícios do parto normal para mãe-filho. É necessária a melhoria na qualidade de assistência prestada, desde o conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde no seu atendimento e garantia de acesso ao serviço de saúde de qualidade, com disposição de toda tecnologia necessária para atendimento de qualidade (MAZURKIEWIZ, 2019).

Paralelo aos dados de caracterização obstétrica, podemos traçar uma vertente para discussões voltadas a vulnerabilidade destas gestantes, das incertezas e desafios como protagonista da sua história e os temores do trabalho de parto. Cabe aos profissionais de saúde o desafio de buscar alternativas para reverter essa realidade, a partir do desenvolvimento de estratégias que minimizem os números expressivos de intervenções cirúrgicas no nascimento, haja vista, ser um processo natural do corpo feminino.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, foi possível analisar as taxas de cesáreas de hospitais vinculados à Secretaria Municipal do Estado do Paraná, exceto universitários, através da Classificação de Robson, e verificar que, no ano de 2021, as mulheres atendidas estavam, em sua maioria, no nível considerado ideal para fecundidade, com companheiro, possuíam escolaridade, múltiparas com filhos vivos anteriores a última gestação, sendo estas a termo, com gravidez única e sem anomalias congênitas. Um dado importantíssimo, foi evidenciarmos que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal com seu início no primeiro trimestre de gestação. As maiores taxas de cesárea foram encontradas nos grupos 9 (99%), 6 (93%), e 7 (90%), e a menor parcela foi classificada no grupo 3 (81%).

O desenvolvimento do trabalho evidenciou, em números expressivos, uma realidade mundial quando nos referimos a implementação da Classificação de Robson. No Paraná, os dados foram um recorte da realidade atual em âmbito mundial. A classificação serve como uma ferramenta muito importante dentro das maternidades, pois além de agrupar as gestantes de acordo com suas características obstétricas tem como função evidenciar exageros e promover a redução da taxa de cesarianas, e com isso se torna mais fácil o

processo de monitorização, avaliação e comparação entre as vias de parto, no mesmo hospital ou em instituições diferentes.

Presume-se que os resultados deste estudo podem auxiliar no reconhecimento da relevância no reconhecimento de que estamos vivendo uma verdadeira epidemia de cesarianas no país, e no Paraná não é diferente. O estudo possibilita uma reflexão dos dados, para traçar metas e condutas que modifiquem essa realidade, e isto já deve ser iniciado na população acadêmica, com mudanças na forma de analisar os dados e possibilitar projetos que favoreçam o incentivo ao parto normal. Como limitação deste estudo destaca-se a utilização de dados secundários (SINASC), não isentando situações como erros no preenchimento e subnotificações.

A enfermagem tem papel fundamental neste processo, por desempenhar funções em todos os momentos do desenvolvimento desta gestação e atuar tanto com a mulher, quanto com sua rede de apoio domiciliar. São grandes os desafios, mas com reciprocidade, acolhimento, embasamento científico é possível disseminar segurança, conforto e conhecimento.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. P.; LIRA FILHO, R.; SANTANA, R. L. Características Obstétricas das Gestantes Submetidas À Cesariana Segundo A Classificação de Robson. **Rev. Enfermagem Uerj**, v. 27, jan. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37858>.

AGUEMI, A.K. Indicadores maternos para monitorar hospitais da Rede Cegonha: uma proposta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 781-787, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.35562020>.

AMARI, V. C. S.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; AMARIL, M. N.; MULLEER, E. V. Proporção e tendência temporal das cesáreas nas regionais de saúde do Estado do Paraná, 2003 a 2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 25-35, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/MPsV7ZTVqXDWBX66nWgygWc/?format=pdf&lang=pt>.

ASSIS, L. **O planejamento estratégico de um hospital universitário federal e sua atuação regional nas políticas públicas de saúde**. 2017. 249 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/handle/1/2763>.

BETRAN, A.P. *Et al.* Uma revisão sistemática da classificação de Robson para cesariana: o que funciona, não funciona e como melhorar. **PloS one**, v. 9, n. 6, pág. e97769, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4043665/pdf/pone.0097769.pdf>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistemas de informação em saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/vigilancia-de-doencas-cronicas-naotransmissiveis/sistemas-de-informacao-em-saude>.

BRASIL. **Ministério da Saúde cria Rede de Atenção Materna e Infantil e amplia atendimento para mães e bebês no SUS**. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/16676>.

cesáreas. p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/WHO-RHR15.02>.

COSTA, S.P. *Et al.* Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/217976928861>.

D. P. Taxas de cesarianas em um hospital universitário a partir da classificação de Robson. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/47196/751375150724>

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

Geneva, 2017. (CC BY-NC-SA 3.0IGO). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>.

HOLANDA, S.M. *Et al.* Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Paraná. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>.

LINS, J. J. A.; SANCHES, M. E. T. L.; SANTOS, A. A. P.; SILVA, J. M. O. A aplicação da Classificação de Robson nas maternidades brasileiras como ferramenta para redução das taxas de cesariana: uma revisão de literatura. **Research Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e13101320953, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20953>.

MARTINS, F.L. *Et al.* Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, n. 2, p. 413-423, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOLENCIA-OBSTETRICA-Uma-expressao-nova-para-um-problema-historico.pdf.

MASCARELLO, K.C. *Et al.* Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180010, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180010>.

MAZURKIEWIZ, R. F. MORTALIDADE INFANTIL E EVITABILIDADE EM UM MUNICÍPIO PARANAENSE – UNIPAR UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE FRANCISCO BELTRÃO CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM, obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. (TCC). 2019.

NAKANO, A.R; BONAN, C; TEIXEIRA, L.A. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 885-904, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>.

NOGUEIRA, J. M. C.; MACEDO, D.; C.; A importância do uso da classificação de Robson durante o trabalho de parto. **Revista científica eletrônica de ciências aplicadas da fait**, n. 2. novembro, 2019. Disponível em: http://www.fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/6vZnI7tMHOeaM9j_2020_-7-23-19-39-36.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso**, afirma OMS. 16 Jun 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuamaumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. **Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná**. 8 ed. Curitiba: SESA, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf.

PETRÔNIO, C.C.A.D. **Classificação de Robson na redução das taxas de cesariana**. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

REIS, A. M.; BELTRAME, R. C. T.; ARANTES, R. B. S.; CORREA, A. C. P.; MARTINS,

RIBEIRO, C.L **Nascer em Belo Horizonte: processo decisório e fatores obstétricos associados à via de nascimento**. 2017. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SILVA, A. P.; ROMERO, R. T.; BRAGANTINE, A.; DINIZ, A. A.; BARBIERI, M. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.24, e.624, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/624/498>.

VALLE, D. A.; RIBEIRO, U. R. V. C. O.; MONTEZE, N. M. RIBEIRO, L. C.; AFONSO, V. W. Avaliação do perfil dos binômios materno-infantil de risco atendidos em uma Unidade Especializada em Puericultura, na cidade de Juiz De Fora – MG. **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 40, n.1 e 2, p.05-11, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2034/919>

VARGAS, S.; REGO, S.; CLODE, N. Sistema De Classificação Robson Aplicado À Indução Do Trabalho De Parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667340>.

VICENTE, A. C.; LIMA, A. K. B. S.; LIMA, C. B. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Temas em saúde**, v.17, n.4, p.24-35, 2017. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>.

VOGEL, J. P. *Et al.* Uso da classificação de Robson para avaliar tendências de cesariana em 21 países: uma análise secundária de duas pesquisas multipaíses da OMS. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 5, pág. e260-e270, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70094-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70094-X)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification: Implementation Manual**.

ZIBELL, E. B., KNAUL, L. H., TOMAZ, R. R., DE LIMA, P. Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de Santa Catarina. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, p. 4560-4576, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i8.2023-025>.