



C A P Í T U L O 6

PERFIL DAS GESTANTES ATENDIDAS NO DISTRITO FEDERAL SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1302517106>

Gabriela Fernandes de Lacerda

Mônica Chiodi Toscano de Campos

RESUMO: **Introdução:** Com o início da medicalização da saúde a partir do século XVIII, ocorreram muitas mudanças na saúde, inclusive no parto. A mudança da visão do parto com parteiras, onde a mulher era o sujeito desse momento, para um ambiente médico-hospitalar, trouxe várias mudanças para a forma de nascer (Vendrúscolo; Kruel, 2015). Uma crescente taxa de cesarianas tem sido vivenciada por mulheres no mundo todo, inclusive no Brasil (Algarves; Filho, 2019). A Classificação de Robson, recomendada pela OMS em 2015, tem o objetivo de monitorar, avaliar e comparar as taxas de cesarianas no mundo inteiro para trazer uma visão geral do perfil das gestantes. **Objetivo:** Avaliar o perfil das gestantes atendidas no Distrito Federal (DF), com base na Classificação de Robson. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, analítico, longitudinal, retrospectivo de natureza quantitativa, realizado através de dados secundários do banco de dados do DATASUS dos tipos de partos no período de 2017 a 2021, no DF. **Resultados:** No período do estudo foram registrados 273.454 nascimentos no DF, sendo 131.311 partos vaginais (48%) e 142.065 cesarianas (52%). Considerando as cesáreas, o estudo evidenciou uma maior frequência entre o grupo de 25 a 39 anos, brancas e pardas, com 12 anos e mais de escolaridade e casadas. Em relação ao perfil obstétrico a duração da gestação foi entre 37 à 41 semanas, realizando 7 ou mais consultas e com adequação quantitativa do pré-natal mais do que adequada. Os grupos de Robson com maiores taxas para os partos cesáreos foram os grupos 5, 2 e 1, respectivamente. Em relação ao parto normal, houve uma maioria entre o grupo de 15 a 29 anos, pardas e pretas, com 8 a 11 anos de escolaridade e solteiras, quanto ao perfil obstétrico a duração da gestação foi entre 37 à 41 semanas, realizando 7 ou mais consultas e com e com adequação quantitativa do pré-natal mais do que adequada. Os grupos de

Robson com maiores contribuições para este tipo de parto foram os grupos 3, 1 e 10, respectivamente. **Conclusão:** Frente aos achados encontrados, podemos afirmar que a maioria da população estudada é elegível para o parto normal conforme seu perfil obstétrico pela classificação de Robson, sendo imprescindível profissionais capacitados e condições adequadas para que isso ocorra.

PALAVRAS- CHAVE: Parto Normal, Cesárea, Saúde da Mulher, Enfermagem, Classificação de Robson

INTRODUÇÃO

Com a instauração do modelo biomédico, houve então uma naturalização da hospitalização e adaptação do processo saúde-doença, com o foco na cura. A partir do século XVIII, o parto deixou de ser visto como algo realizado por parteiras de forma natural e passou a ser medicalizado, onde os médicos passaram a desqualificar intensamente o trabalho realizado por elas (SENA, 2016). Com isso, a mulher foi perdendo sua autonomia, deixando de ser sujeito e passando a ser objeto em todo processo de decisão da gestação e parto, diminuindo o número de partos normais e tendo uma grande ascensão da cesariana (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

Esse crescente das taxas de cesariana influencia até hoje o cenário brasileiro, aumentando progressivamente e sendo a forma mais comum de nascer. No Brasil, no ano de 2016, a taxa de cesariana era de aproximadamente 56%, sendo que o maior número de partos cesarianos acontece na rede privada e há em média, 1,6 milhão cesarianas por ano. (BRASIL, 2016). de acordo com o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a região que mais se destaca em relação ao número de cesarianas no ano de 2016, no Brasil, é o Sudeste, onde aproximadamente 61% dos partos realizados na região foram cesáreas. Já no Nordeste, em média, 45,5% dos partos foram por cesarianas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em um estudo recente, considerou que a taxa ideal de cesáreas em uma população é de 10% a 15%, em que taxas acima disso não estão associadas com a diminuição da mortalidade materno-fetal. O objetivo é garantir que cesáreas sejam realizadas apenas em casos de real indicação e para isso existem sistemas, como a Classificação de Robson, para o monitoramento, avaliação e comparação da taxa de cesarianas.

A Classificação de Robson, proposta pelo médico Michael Robson em 2001, tem sido amplamente usada em vários países. Esse sistema classifica as gestantes em 10 grupos diferentes que são criados a partir de 5 características obstétricas: Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior); Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); Idade gestacional (pré-termo ou termo); Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e Número de

fetos (único ou múltiplo). (OMS, 2015). Suas categorias são mutuamente exclusivas, totalmente inclusivas e podem ser aplicadas prospectivamente (NAKAMURA-PEREIRA, 2016).

Os grupos da Classificação de Robson são: 1) Nulíparas, ≥ 37 sem., feto único,cefálico, trabalho de parto espontâneo; 2) Nulíparas, ≥ 37 sem., feto único,cefálico,parto induzido ou cesariana programada; 3) Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 sem., feto único,cefálico,trabalho de parto espontâneo; 4) Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 sem., feto único,cefálico,parto induzido ou cesariana programada; 5) Multípara, ≥ 37 sem., feto único,cefálico,cesariana anterior; 6) Nulíparas com feto em apresentação pélvica, qualquer idade gestacional;

7) Multíparas com feto em apresentação pélvica, qualquer idade gestacional (incluir cesariana prévia); 8) Gravidez múltipla (qualquer paridade, qualquer idade gestacional, inclui cesariana prévia); 9) Feto em apresentação transversa/obliqua (qualquer paridade, qualquer idade gestacional, inclui cesariana prévia); 10) Gravidez de < 37 semanas, feto único,cefálico (qualquer paridade, inclui cesariana anterior).

Segundo a OMS, a Classificação de Robson irá otimizar o uso das cesáreas; avaliará a efetividade de estratégias ou intervenções para otimização do uso de cesáreas; avaliará a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo; e avaliará a qualidade dos dados coletados e chamará a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.

Assim, é imprescindível entender as variáveis que aumentam as taxas de cesáreas no Distrito Federal (DF), os elementos que impactam a via de nascimento e os resultados na saúde da puérpera e do bebê. Esta pesquisa se destaca pela urgência de observar criteriosamente os dados de nascimento na capital Federal, a partir da Classificação de Robson sobre as práticas obstétricas realizadas neste espaço e contribuir assim para a melhoria dos nascimentos e a promoção das assistências mais seguras e alinhadas às indicações coerentes de intervenções nos processos parturitivos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, analítico, longitudinal, retrospectivo de natureza quantitativa, realizado através de dados secundários do banco de dados do DATASUS dos tipos de partos no período de 2017 a 2021, no Distrito Federal (DF). A população do estudo foi constituída pelas pessoas que tiveram seus partos assistidos no período determinado nas maternidades, casas de parto ou em seus domicílios no DF. Os dados foram coletados a partir do registro do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) de partos por ocorrência de Brasília-DF no período de 2017 a 2021, disponibilizada pelo Ministério da Saúde

no endereço eletrônico DATASUS (Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>).

Foram estudadas as variáveis locais de ocorrência, faixa etária materna, instrução da mãe, estado civil da mãe, local de residência da mãe, número de consultas pré-natal, duração da gestação, tipo de gravidez e de número de consultas e de adequação quantitativa de pré-natal, todas as variáveis serão coletadas por tipo de parto. Os dados foram armazenados no Microsoft Office Excel, e realizadas as análises e interpretação dos dados. Por se tratar de um estudo com dados secundários de um banco de domínio público, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período 2017 a 2021 foram registrados 273.454 nascimentos no DF, sendo

131.311 partos vaginais (48%) e 142.065 cesarianas (52%). A ocorrência de cesarianas foi maior que a de partos vaginais no DF. A taxa de cesáreas encontra-se acima dos 51% em 2017 (514,8 a cada 1000 nascidos vivos), aumentando mais de 1% até 2021 (526,1 a cada 1000 nascidos vivos), ano em que mais foram registrados o procedimento cirúrgico como via de nascimento. Em contrapartida, esse fenômeno provocou a queda do número de nascimentos por parto normal, que marcou seu menor registro em 2021, com 473,7 partos normais a cada 1000 nascidos vivos.

Segundo a OMS (1985), não há justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%. Ye *et al.* aponta que a taxa de mortalidade materna tem inclinação a aumentar conforme a ocorrência de cesáreas superiores a 15%. Enquanto para uma taxa de 15% de cesarianas, a mortalidade materna é estimada em 7,8/100.000, chega a 8,8/100.000 mortes maternas quando 30% dos nascimentos ocorrem por via cirúrgica (Ye *et al.*, 2014).

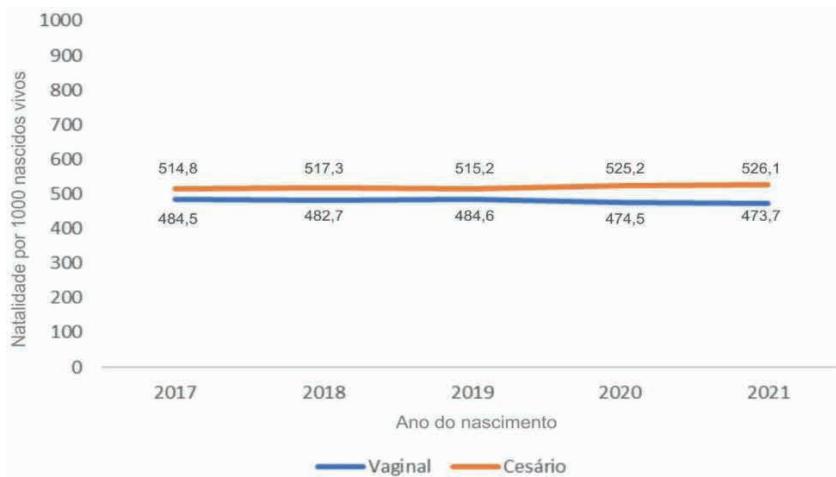


Figura 1. Taxa de natalidade por 1000 nascidos vivos segundo tipo de parto no Distrito Federal, 2017 a 2021.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DATASUS (2023).

Em cerca de 27% das parturientes mais jovens, principalmente as na faixa etária entre 20 e 24 anos, há maioria de partos vaginais. Esse cenário muda de acordo com a mudança de faixa etária, que principalmente dos 30 anos em diante, demonstra um aumento na frequência das cesáreas conforme o aumento da idade, apesar que o avanço da idade materna não apresenta relação direta com o aumento da necessidade de intervenção cirúrgica no parto. Também chama atenção que entre as parturientes de 60 a 64 anos, há apenas um registro de parto normal (2019), apesar dos poucos nascimentos totais dentro desta faixa etária.

Considerando a variável instrução materna, os dados mostram que quanto maior a instrução maiores os percentuais de nascimentos via cesariana, sendo que para as que estão entre as de 12 anos ou mais de instrução, a maioria é desta via de nascimento (44,85% em média). Entre as parturientes com 8 a 11 anos de instrução, assim como nas de 1 a 3 anos, houve equilíbrio entre partos vaginais e cesáreas. Já nas que possuem entre 4 e 7 anos de instrução, o parto normal obteve maiores índices percentuais, comparado aos nascimentos via cirúrgica. Esse fato pode ter relação com a realidade de que muitas vezes a instrução está relacionada com maior poder aquisitivo, o que recorrentemente leva essas pessoas a optarem pelo setor privado que é o maior responsável por taxas elevadas de cesáreas, relacionadas a grandes conflitos de interesse econômico.

Entre o grupo de solteiras, é notório que há maioria de partos vaginais, atingindo

14.261 partos normais (58,76%) em 2021. Já o grupo de casadas demonstram um claro prevalecimento nos percentuais de cesarianas, atingindo o maior número 13.516 nascimentos (47,30%) em 2019. Entre o grupo de viúvas, separadas ou em união consensual não há diferenças consideráveis comparando as duas vias de nascimento.

Com relação à duração da gestação, os números se mantêm bastante semelhante nas duas vias de nascimento, com frequência maior discreta nos partos vaginais em gestações de 37 a 41 semanas. Ao contrário do que acontece nas de 28 a 31 semanas e de 32 a 36 semanas, que mostra discretamente um maior percentual nas cesarianas.

Nas classificações de número de consultas e de adequação quantitativa de pré-natal, pode-se perceber um mesmo padrão: nos grupos de mulheres que não realizaram o pré-natal, que realizaram de forma inadequada ou intermediária e nos grupos que realizaram de 1 a 3 consultas ou de 4 a 6 consultas de pré-natal, a maioria foram partos normais. Já nos grupos de pré-natal mais que adequado e das que realizaram mais que 7 consultas, os nascimentos via cirúrgica prevaleceram. No grupo de pré-natal adequado houve semelhança nos percentuais das duas vias de nascimento. O pré-natal é uma ferramenta fundamental no processo de educação em saúde da futura parturiente e deve ser utilizado de forma oportuna para oferecer educação em saúde para o processo do parto natural como tentativa de reduzir o número de cesarianas desnecessárias por falta de informação baseada em evidência, assim como o acolhimento sensível às preocupações e ao medo do dor do parto proporciona conforto emocional, promovendo uma experiência mais positiva e confiante para a gestante.

Já sobre o tipo de gravidez, não se nota diferença comparando os percentuais de partos vaginais ou cesáreas. As gestações de feto único somam mais de 99% de todos os partos normais e mais de 95% dos via cesariana. Nas gestações múltiplas, apesar de não ser uma indicação direta de cesariana, a frequência maior é da via cirúrgica, com o fato curioso de que a opção vaginal não soma sequer 1% dos nascimentos de 2 ou mais fetos por gestação. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Variáveis	2017		2018		2019		2020		2021	
	PN	C								
Faixa Etária										
10 a 14	180	68	201	61	205	56	139	63	127	62
anos	(0,65%)	(0,23%)	(0,72%)	(0,20%)	(0,76%)	(0,19%)	(0,55%)	(0,22%)	(0,52%)	(0,23%)
15 a 19	5.119	2.013	4.845	1.973	4.480	1.880	3.876	1.773	3.512	1.625
anos	(18,49%)	(6,84%)	(17,58%)	(6,68%)	(16,67%)	(6,58%)	(15,56%)	(6,43%)	(14,47%)	(6,03%)
20 a 24	7.736	5.128	7.591	4.964	7.392	4.880	6.818	4.774	6.537	4.647
anos	(27,94%)	(17,43%)	(27,54%)	(16,80%)	(27,50%)	(17,08%)	(27,38%)	(17,32%)	(26,94%)	(17,24%)
25 a 29	6.287	7.083	6.278	6.774	6.132	6.403	5.800	6.323	5.891	6.420
anos	(22,70%)	(24,07%)	(22,78%)	(22,93%)	(22,81%)	(22,41%)	(23,29%)	(22,94%)	(24,27%)	(23,82%)
30 a 34	4.856	8.050	5.039	8.034	4.942	7.577	4.633	7.092	4.558	6.803
anos	(17,54%)	(27,36%)	(18,28%)	(27,20%)	(18,38%)	(26,51%)	(18,60%)	(25,73%)	(18,78%)	(25,24%)
35 a 39	2.855	5.505	2.894	6.041	2.977	5.865	2.877	5.698	2.846	5.535
anos	(10,31%)	(18,71%)	(10,50%)	(20,45%)	(11,07%)	(20,52%)	(11,55%)	(20,67%)	(11,73%)	(20,54%)
40 a 44	621	1.451	681	1.562	712	1.778	721	1.700	757	1.721
anos	(2,24%)	(4,93%)	(2,47%)	(5,29%)	(2,65%)	(6,22%)	(2,90%)	(6,17%)	(3,12%)	(6,39%)
45 a 49	33	118	36	124	34	129	41	129	39	125
anos	(0,11%)	(0,40%)	(0,13%)	(0,41%)	(0,126%)	(0,45%)	(0,16%)	(0,46%)	(0,16%)	(0,46%)
50 a 54	5	8	0	8	5	7	0	15	1	12
anos	(0,018%)	(0,027%)	(0,0%)	(0,027%)	(0,018%)	(0,024%)	(0,0%)	(0,054%)	(0,004%)	(0,044%)
55 a 59	-	-	-	-	1	2	-	-	0	1
anos	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,003%)	(0,006%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,003%)
60 a 64	0	2	0	1	1	0	0	1	0	1
anos	(0,0%)	(0,006%)	(0,0%)	(0,003%)	(0,003%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,003%)	(0,0%)	(0,003%)

Instrução da mãe										
Nenhuma	41	32	46	23	33	25	23	28	18	20
	(0,148%)	(0,108%)	(0,16%)	(0,07%)	(0,12%)	(0,087%)	(0,092%)	(0,101%)	(0,07%)	(0,07%)
1 a 3 anos	480	333	437	284	308	237	198	184	207	174
	(1,73%)	(1,13%)	(1,59%)	(0,96%)	(1,15%)	(0,83%)	(0,79%)	(0,667%)	(0,85%)	(0,64%)
4 a 7 anos	5.372	2.905	4.958	2.838	4.756	2.711	3.728	2.460	3.372	2.322
	(19,40%)	(9,87%)	(17,99%)	(9,61%)	(17,69%)	(9,49%)	(14,97%)	(8,92%)	(13,89%)	(8,62%)
8 a 11 anos	16.239	12.690	16.171	12.526	15.923	12.366	15.109	12.585	14.436	12.419
	(58,64%)	(43,13%)	(58,66%)	(42,40%)	(59,24%)	(43,27%)	(60,67%)	(45,65%)	(59,49%)	(46,08%)
12 anos e mais	5.235	13.100	5.643	13.656	5.643	13.004	5.647	12.136	6.031	11.846
Ignorado	325	366	310	215	218	234	200	175	204	171
	(1,17%)	(1,24%)	(1,12%)	(0,72%)	(0,81%)	(0,818%)	(0,80%)	(0,63%)	(0,84%)	(0,63%)
Estado Civil										
Solteira	15.120	10.816	15.548	10.891	15.296	10.932	14.502	11.224	14.261	11.435
	(54,60%)	(36,76%)	(56,40%)	(36,87%)	(56,90%)	(38,25%)	(58,23%)	(40,71%)	(58,76%)	(42,43%)
Casada	7.484	13.782	7.743	14.066	7.554	13.516	7.113	12.486	6.980	11.798
	(27,03%)	(46,84%)	(28,09%)	(36,87%)	(28,10%)	(47,30%)	(28,56%)	(45,29%)	(28,76%)	(43,77%)
Viúva	35	39	43	53	38	33	35	36	31	46
	(0,12%)	(0,13%)	(0,15%)	(0,17%)	(0,14%)	(0,11%)	(0,14%)	(0,13%)	(0,12%)	(0,17%)
Separada	265	490	283	502	299	520	305	528	337	557
	(0,95%)	(1,67%)	(1,03%)	(1,70%)	(1,11%)	(1,82%)	(1,22%)	(1,92%)	(1,39%)	(2,07%)
União Consensual	4.312	3.836	3.410	3.494	3.234	3.237	2.554	2.940	2.351	2.809
	(15,57%)	(13,04%)	(12,37%)	(11,83%)	(12,03%)	(11,33%)	(10,25%)	(10,66%)	(9,69%)	(10,42%)
Ignorado	476	463	538	536	460	339	396	354	308	307
	(1,72%)	(1,57%)	(1,95%)	(1,81%)	(1,71%)	(1,19%)	(1,59%)	(1,28%)	(1,52%)	(1,14%)
Duração da Gestação										

Menos de 22 semanas	33 (0,11%)	1 (0,00%)	39 (0,14%)	5 (0,016%)	26 (0,09%)	12 (0,041%)	14 (0,17%)	5 (0,018%)	35 (0,14%)	9 (0,03%)
De 22 a 27 semanas	175 (0,63%)	153 (0,51%)	226 (0,079%)	157 (1,53%)	190 (0,70%)	147 (0,51%)	176 (0,70%)	145 (0,52%)	217 (0,89%)	135 (0,50%)
De 28 a 31 semanas	262 (0,94%)	415 (1,41%)	243 (0,88%)	460 (1,56%)	273 (1,02%)	447 (1,56%)	222 (0,89%)	388 (1,41%)	193 (0,79%)	430 (1,60%)
De 32 a 36 semanas	2.260 (8,19%)	3.320 (11,28%)	2.205 (8,00%)	3.570 (12,08%)	2.249 (8,37%)	3.539 (12,38%)	1.908 (7,66%)	3.580 (12,99%)	1.891 (7,79%)	3.425 (12,71%)
De 37 a 41 semanas ou mais	23.962 (86,84%)	24.437 (83,05%)	24.137 (87,56%)	24.740 (83,75%)	23.238 (86,45%)	23.669 (82,83%)	22.081 (88,66%)	22.993 (88,63%)	21.509 (83,40%)	22.543 (83,64%)
Ignorado	42 (2,08%)	575 (2,01%)	590 (2,44%)	672 (2,02%)	597 (2,36%)	634 (2,09%)	596 (1,55%)	385 (1,48%)	409 (1,73%)	421 (1,51%)

Número de consultas pré-natal										
Nenhuma consultas	718 (2,60%)	779 (2,65%)	486 (1,76%)	342 (1,16%)	510 (1,90%)	264 (0,92%)	465 (1,87%)	215 (0,77%)	439 (1,81%)	223 (0,82%)
De 1 a 3 consultas	2.457 (8,90%)	1.290 (4,38%)	2.421 (8,78%)	1.326 (4,49%)	2.351 (8,75%)	1.197 (4,19%)	2.386 (9,58%)	1.369 (4,97%)	2.127 (8,76%)	1.214 (4,50%)
De 4 a 6 consultas	6.874 (24,91%)	5.325 (18,10%)	6.716 (24,36%)	5.349 (18,11%)	6.253 (23,26%)	4.932 (19,26%)	5.905 (23,71%)	5.138 (18,64%)	5.566 (22,94%)	4.812 (17,85%)

7 ou mais consultas	17.341 (62,85%)	21.838 (74,21%)	17.626 (63,94%)	22.258 (75,34%)	17.453 (64,93%)	22.000 (76,98%)	15.781 (63,36%)	20.681 (75,02%)	15.760 (64,94%)	20.514 (76,11%)
Ignorado	302 (1,09%)	194 (0,659%)	316 (1,15%)	267 (0,90%)	314 (1,17%)	184 (0,64%)	368 (1,48%)	165 (0,59%)	316 (1,30%)	189 (0,70%)
Adequação quantitativa do pré-natal										
Não fez	310 (1,12%)	90 (0,30%)	340 (1,23%)	146 (0,49%)	279 (1,04%)	83 (0,29%)	229 (0,919%)	85 (0,30%)	153 (0,63%)	72 (0,26%)
Inadequad o	5.588 (20,25%)	4.303 (14,62%)	5.660 (20,53%)	4.551 (15,41%)	5.122 (19,05%)	4.244 (14,85%)	4.269 (17,14%)	3.671 (13,32%)	3.944 (16,25%)	3.396 (12,60%)
Intermediár io	2.411 (8,74%)	1.806 (6,14%)	2.445 (8,87%)	1.840 (6,23%)	2.451 (9,12%)	1.853 (6,58%)	2.544 (10,21%)	2.054 (7,45%)	2.330 (9,60%)	1.872 (6,95%)
Adequado	7.141 (51,42%)	6.098 (61,66%)	6.711 (52,10%)	6.081 (64,28%)	6.921 (54,39%)	5.791 (66,88%)	6.851 (53,95%)	6.411 (67,19%)	5.571 (55,76%)	4.891 (68,39%)
Mais que adequado	3.226 (11,69%)	3.290 (11,18%)	2.908 (10,55%)	2.221 (7,52%)	2.548 (9,48%)	1.631 (5,70%)	2.721 (10,93%)	1.469 (5,33%)	2.688 (11,08%)	1.549 (5,75%)
Tipo de gravidez										
Única	27.507 (96,01%)	28.253 (99,34%)	27.384 (95,61%)	28.244 (95,61%)	26.762 (99,56%)	27.314 (99,56%)	24.777 (99,49%)	26.347 (95,57%)	24.124 (99,41%)	25.739 (95,50%)
Dupla	170 (0,61%)	1.133 (3,85%)	167 (0,60%)	1.248 (4,22%)	114 (0,42%)	1.231 (4,31%)	117 (0,46%)	1.190 (4,32%)	125 (0,51%)	1.164 (4,32%)
Tripla e mais	1 (0,003%)	20 (0,067%)	5 (0,018%)	33 (0,11%)	3 (0,011%)	26 (0,087%)	5 (0,020%)	19 (0,068%)	3 (0,012%)	30 (0,11%)
Ignorada	14 (0,050%)	20 (0,067%)	9 (0,032%)	17 (0,057%)	2 (0,007%)	6 (0,020%)	6 (0,024%)	12 (0,043%)	16 (0,065%)	19 (0,070%)
Total	27.692 (100%)	29.426 (100%)	27.565 (100%)	29.542 (100%)	26.881 (100%)	28.577 (100%)	24.905 (100%)	27.568 (100%)	24.268 (100%)	26.952 (100%)

Legenda: C: cesariana. PN: parto normal. Fonte: DATASUS (2023). Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DATASUS (2023).

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual de partos de acordo com as características maternas por tipo de parto no Distrito Federal, 2017 a 2021.

Considerando o local de ocorrência do parto, o DF apresenta menos de 1% dos partos assistidos à domicílio. Além da opção do parto em casa, há outras opções de estabelecimentos de saúde preparados para a assistência do parto vaginal, como os Centros de Partos Normais, ou Casas de Parto, disponíveis de forma privada ou pelo Sistema Único de Saúde, como a Casa de Parto de São Sebastião no DF. A Figura 2 apresenta os resultados.

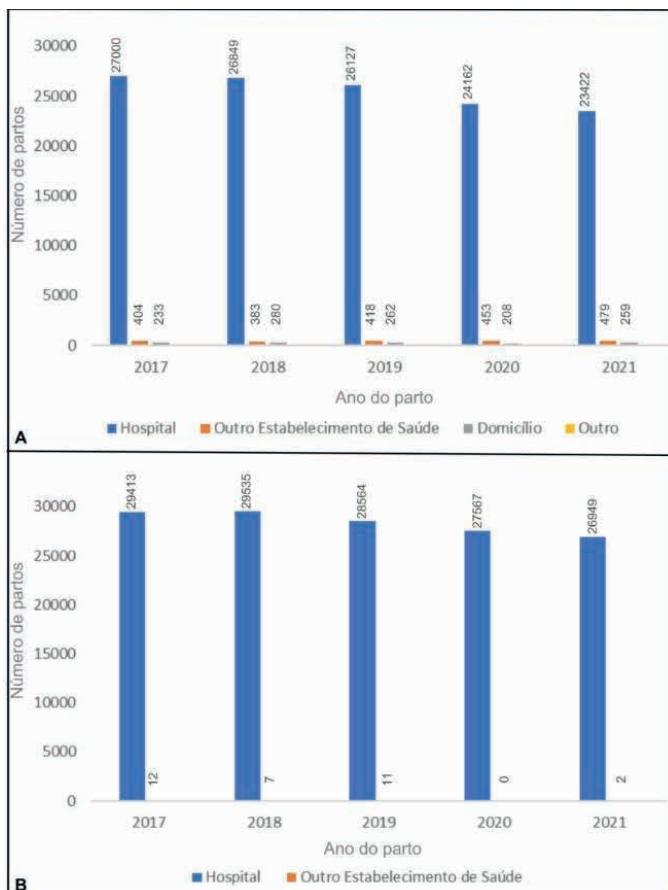


Figura 2. Local de ocorrência por parto normal (A) e cesariana (B), no Distrito Federal, 2017 a 2021.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DATASUS (2023).

Diferentemente dos dados apresentados na Figura 2, a Holanda, país com assistência majoritária de enfermeiras obstétricas, exemplar mundialmente,

apenas 30% dos nascimentos são assistidos por obstetras. Os outros 70% dos nascimentos são assistidos por essas parteiras, sendo 60% destes partos domiciliares, ou seja, 31,8% dos nascimentos totais (Borquez; Wiegers, 2006).

A Figura 3 demonstra que os grupos 1 e 3, conforme a classificação de Robson, são predominantes quanto aos partos vaginais, já o grupo 5 se destaca quanto à via cirúrgica de nascimento.

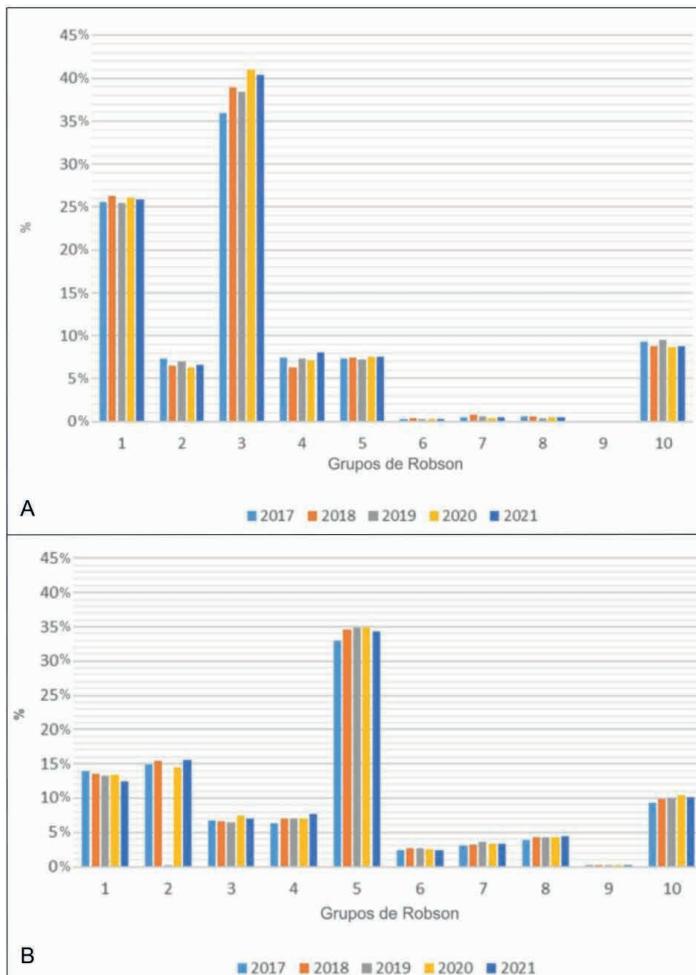


Figura 3. Distribuição dos partos vaginais (A) e das cesarianas (B) nos grupos de Robson, realizados no Distrito Federal, 2017 a 2021.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DATASUS (2023).

Assim, infere-se que a multiparidade não apresenta ser um fator importante de influência na ocorrência de demasiadas cesarianas, mas sim fatores como indução ou cesariana antes do trabalho de parto, cesárea prévia, apresentação pélvica fetal e gestação múltipla. Apresentação córmica e prematuridade apresenta semelhança entre ambas as vias de nascimento. Segundo a FIOCRUZ (2020), esperar o início do trabalho de parto de maneira espontânea e proporcionar nascimentos no termo completo ou tardio são de extrema importância para desfechos maternos e fetais positivos. Assim, mesmo que haja uma indicação real do nascimento por cesárea, é imprescindível, quando possível, que se espere os sinais de trabalho de parto espontâneo para dar início à operação, evitando também induções precoces que terão taxas de sucesso diminuída devido à baixos níveis de prostaglandinas e receptores de ocitocina.

Ademais, muitas gestantes no Brasil tem o histórico de cesariana prévia, não sendo isso um fator de risco para não recomendar que elas entrem em trabalho de parto espontâneo ou tenham seus próximos bebês via vaginal (Fundação Oswaldo Cruz, 2019). Quanto à apresentação pélvica ou córmica do feto no momento do parto, ambas podem ser modificadas a partir de exercícios, práticas integrativas como acupuntura ou até a versão cefálica externa (VCE), manobra na qual, um profissional da obstetrícia capacitado, através da pressão com as mãos sobre o abdômen gravídico, realiza a tentativa de rotacionar o bebê para a posição cefálica, sendo indicada principalmente entre as 36 e 38 semanas de gestação. Além disso, a apresentação pélvica pode evoluir para um parto vaginal.

Considerando a cor e raça, é notável a maior frequência de pessoas pardas e pretas no gráfico de partos normais, principalmente nos grupos 1 e 3, demonstrando semelhança com a Figura 3 (A). Em contrapartida, a maioria de cesáreas se concentra em pessoas brancas e pardas, principalmente no grupo 5, semelhante à Figura 3 (B). Vale ressaltar que a declaração de cor e raça é por meio da autodeclaração e que por questões culturais e/ou de identificação, no contexto do Brasil, ela não necessariamente expressa a realidade devido ao racismo estrutural e como ele influencia a forma como as pessoas se autodeclararam e como isso pode distorcer a compreensão da verdadeira diversidade e complexidade cultural do país. A Figura 4 apresenta os dados encontrados.

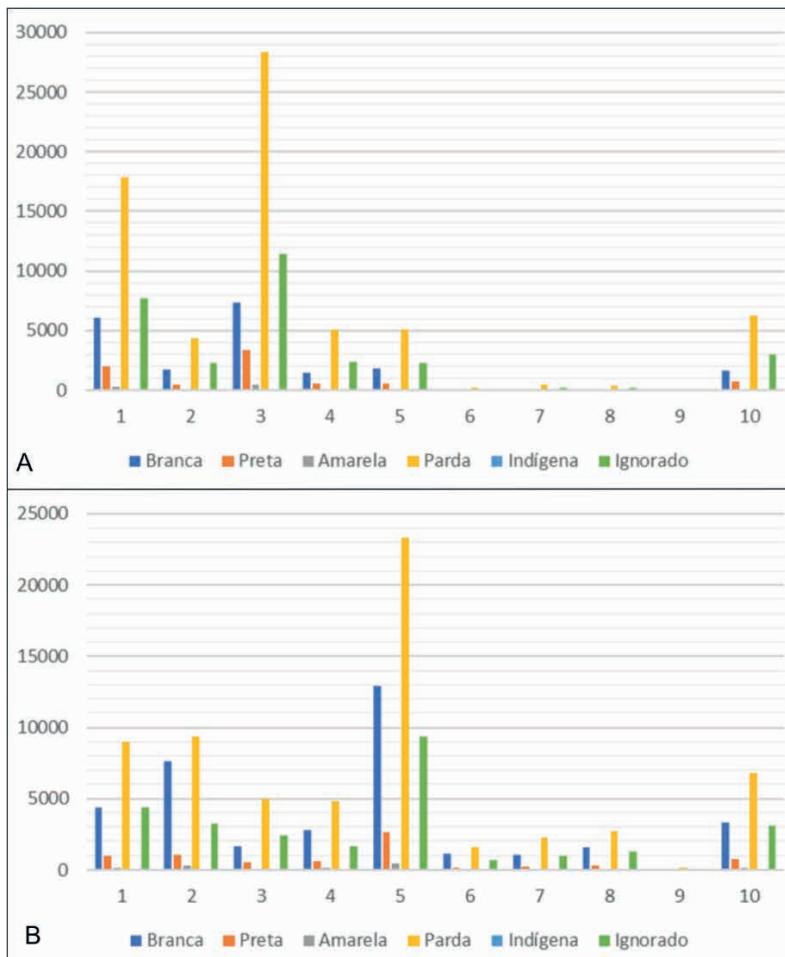


Figura 4. Distribuição de partos vaginais (A) e cesarianas (B) realizados no Distrito Federal de 2017 a 2021 por Cor e Raça segundo a Classificação de Robson.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de dados do DATASUS (2023).

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu observar que no DF houve um predomínio de cesarianas em todos os anos de análise. O perfil das pessoas que realizaram cesáreas evidenciou maioria do grupo de 25 a 39 anos, brancas e pardas, com 12 anos e mais de escolaridade e casadas, em relação ao perfil obstétrico a duração da gestação foi entre 37 a 41 semanas, realizando 7 ou mais consultas e com adequação quantitativa do pré-natal mais do que adequada. Os grupos de Robson com maiores taxas

para os partos cesáreos foram os grupos 5, 2 e 1, respectivamente. Já no das que passaram pelo parto normal, houve maioria do grupo de 15 a 29 anos, pardas e pretas, com 8 a 11 anos de escolaridade e solteiras, quanto ao perfil obstétrico a duração da gestação foi entre 37 a 41 semanas, realizando 7 ou mais consultas e com e com adequação quantitativa do pré-natal mais do que adequada. Os grupos de Robson com maiores contribuições para este tipo de parto foram os grupos 3, 1 e 10, respectivamente.

O Distrito Federal apresenta um perfil demográfico e socioeconômico variado quando comparado com a maioria dos estados brasileiros, com elevados níveis de escolaridade, mas que contradiz os dados apontados na Tabela 1, que apontam que, quanto maior o nível de escolaridade materna, maior também a ocorrência de cesarianas. Não obstante, o DF apresenta uma disponibilidade de maternidades públicas em um menor espaço geográfico que o restante do Brasil, com a presença também de uma maior atuação da Enfermagem Obstétrica, que se faz presente como fator de proteção importante no ciclo gravídico-puerperal para uma assistência adequada e experiência positiva do nascimento, além da presença de inúmeros programas de residência médica, de enfermagem e multiprofissional que facilita o diálogo clínico para melhor controle das indicações cirúrgicas, promovendo um avanço mais lento no aumento dos percentuais de nascimentos por cesarianas.

Diante do exposto, essa pesquisa permitiu reconhecer o perfil socioeconômico e obstétrico das puérperas que utilizaram os serviços obstétricos no DF entre 2017 e 2021, possibilitando também observar pela classificação de Robson que a maioria da amostra é elegível para o parto vaginal, sendo imprescindível maior capacitação dos profissionais e adequação de condições para maior aderência à ideia de enfrentar processo fisiológico do parto natural, quando elegível.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 28 de novembro de 2022.

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. O uso da classificação de Robson para avaliar a taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto. Rio de Janeiro, RJ.

Organização Mundial da Saúde. Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, Suíça.

SENA, L. M. "Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração". A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Florianópolis, SC, 2016. 268 p.

VENDRÚSCOLO, C. T., KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7.

CONTRERAS-GARCIA, Y. et al. Tipos de partos e níveis de ocitocina, cortisol e hormônios tireoidianos no plasma do cordão umbilical. *Rev. chil. obstet. ginecol.* Santiago, v. 88, n. 1, p. 25-34, 2023. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000100025&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 29 de maio, 2023.

AMORIM, M. M. R; SOUZA, A. S. R; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidência: Parte I. FEMINA. Agosto, 2010. Vol. 38, nº 8.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M. M. R; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidência: Parte II. FEMINA. Setembro, 2010. Vol. 38, nº 9.

ALGARVES, T. R; FILHO, R. L. Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. *Enfermagem em Foco*, 2019; 10 (5): 148-154.

MASCARELLO, et al. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2018; 21: e180010.

Cesariana In.: Michaellis On-line, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Editora Melhoramentos, 2023. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues busca/portugues-brasileiro/cesariana/>. Acesso em: 09 jun, 2023.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 09 jun, 2023.

Ye, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. 2014. *Birth*. 41(3):237-44.

BORQUEZ, H. A; WIEGERS, T. A. A comparison of labour and birth experiences of women delivering in a birthing centre and at home in the Netherlands. 2016. *Midwifery*, 22(4):339- 47.

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: Parto Espontâneo: por que esperar?. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/parto-espontaneo-porque-esperar/>. Acesso em: 18 ago, 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Classificação de Robson. Rio de Janeiro, 2018.

FILHO, A. D. P. C. Partos cesáreos e a escolha da data de nascimento no Município de São Paulo. In: Ciência & Saúde Coletiva. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 18(8), 2413- 2420. Ago, 2013.

Administrações Regionais. SEGOV-DF. Disponível em : <https://segov.df.gov.br/category/administracoes-regionais/>. Acesso em: 10 set, 2013.

Regiões de Saúde. SES-DF. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude>. Acesso em: 10 set, 2013.