RGe ISSN: 2177-3246

DETERMINANTES SOCIAIS DA VIA DE PARTO E PERFIL OBSTÉTRICO: EVIDÊNCIAS DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO COM BASE NO SINASC (2012-2022)

SOCIAL DETERMINANTS OF CHOICE OF DELIVERY METHOD AND OBSTETRIC PROFILE: EVIDENCE FROM A BRAZILIAN MUNICIPALITY BASED ON SINASC (2012-2022)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA VÍA DE PARTO Y PERFIL OBSTÉTRICO: EVIDENCIAS DE UN MUNICIPIO BRASILEÑO BASADAS EN EL SINASC (2012-2022)

10.56238/revgeov17n5-030

Juliana de Souza Soares
Pós-Graduada em Centro Cirúrgico e CME
Instituição: Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí
E-mail: Juliana11@gmail.com

Márcia Bitencourt Ravani
Pós-Graduanda em Urgência e Emergência em Enfermagem
Instituição: Faculdade de Venda Nova do Imigrante (FAVENI), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí
E-mail: marciaravani19@gmail.com

Teresa Cristina Ferreira da Silva
Mestre em Saúde Coletiva/Epidemiologia
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Alegre (FAFIA)
E-mail: teresasilva@saude.es.gov.br

José Marcos Nunes Benevenute
Mestre em Administração
Instituição: Fucape Business School, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo - Campus de Alegre, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Alegre (FAFIA)

Mariela Pitanga Ramos
Doutora em Saúde Coletiva
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Alegre (FAFIA)
E-mail: marielapitanga@hotmail.com

RGe
ISSN: 2177-3246

Nyvea Maria Rodrigues dos Santos
Pós-Graduanda em Urgência e Emergência
Instituição: Faculdade de Ciências Educacionais e Tecnologias Integradas (FACETI), UNIMED Sul Capixaba
E-mail: Nyvea73@gmail.com

Estephany Sabino de Souza
Pós-Graduanda em Urgência e Emergência, UTI Pediátrica e Adulta
Instituição: Faculdade de Ciências Educacionais e Tecnologias Integradas (FACETI), Hospital Materno Infantil Francisco de Assis (HIFA)
E-mail: estephanysabino@hotmail.com

Fernando Basílio dos Santos
Doutorando em Cognição e Linguagem
Instituição: Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí
E-mail: fbasiliosantos@gmail.com

RESUMO
Objetivos: Analisar o panorama dos partos e nascimentos em Guaçuí entre 2012 e 2022, enfocando as vias de parto, perfil epidemiológico das parturientes e boas práticas na assistência de enfermagem. Métodos: Pesquisa transversal, descritiva, quantitativa, baseada em dados do SINASC. Resultados: Dos 4.759 nascimentos analisados, 65% ocorreram por cesariana e 34% via vaginal. Mulheres com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de cesárea (86%). Partos vaginais foram frequentes entre pretas e pardas (63%). O Grupo 1 da Classificação de Robson representou 21% dos nascimentos, e 63% dos recém-nascidos pesavam entre 3.000 e 3.999g. A vitalidade neonatal foi elevada, com Apgar ≥7 no 5º minuto em 98% dos cesáreos e 96% dos partos normais. A assistência pré-natal foi satisfatória, mas 28% das parturientes não informaram o número de consultas. Conclusão: O estudo destaca a influência dos determinantes sociais e clínicos nos desfechos obstétricos, reforçando o papel do enfermeiro na assistência ao nascimento.

Palavras-chave: Declaração de Nascidos Vivos. Parto Normal. Parto Obstétrico.

ABSTRACT
Objectives: To analyze the panorama of births and deliveries in Guaçuí between 2012 and 2022, focusing on delivery methods, epidemiological profile of parturients, and best practices in nursing care. Methods: Cross-sectional, descriptive, quantitative research, based on SINASC data. Results: Of the 4,759 births analyzed, 65% occurred by cesarean section and 34% vaginally. Women with higher education levels had a higher prevalence of cesarean sections (86%). Vaginal deliveries were frequent among Black and mixed-race women (63%). Group 1 of the Robson Classification represented 21% of births, and 63% of newborns weighed between 3,000 and 3,999g. Neonatal vitality was high, with Apgar ≥7 at 5 minutes in 98% of cesarean sections and 96% of normal deliveries. Prenatal care was satisfactory, but 28% of the women giving birth did not report the number of consultations. Conclusion: The study highlights the influence of social and clinical determinants on obstetric outcomes, reinforcing the role of the nurse in childbirth care.

ISSN: 2177-3246

Keywords: Live Birth Certificate. Normal Delivery. Obstetric Delivery.

RESUMEN
Objetivos: Analizar el panorama de nacimientos y partos en Guaçuí entre 2012 y 2022, con enfoque en métodos de parto, perfil epidemiológico de parturientas y mejores prácticas en atención de enfermería. Métodos: Investigación transversal, descriptiva, cuantitativa, basada en datos del SINASC. Resultados: De los 4.759 nacimientos analizados, el 65% ocurrió por cesárea y el 34% por vía vaginal. Las mujeres con mayor nivel educativo tuvieron mayor prevalencia de cesáreas (86%). Los partos vaginales fueron frecuentes entre las mujeres negras y mestizas (63%). El grupo 1 de la Clasificación de Robson representó el 21% de los nacimientos, y el 63% de los recién nacidos pesaron entre 3.000 y 3.999 g. La vitalidad neonatal fue alta, con Apgar ≥7 a los 5 minutos en el 98% de las cesáreas y el 96% de los partos normales. La atención prenatal fue satisfactoria, pero el 28% de las mujeres que dieron a luz no reportaron el número de consultas. Conclusión: El estudio destaca la influencia de los determinantes sociales y clínicos en los resultados obstétricos, lo que refuerza el rol de la enfermera en la atención del parto.

Palabras clave: Certificado de Nacido Vivo. Parto Normal. Parto Obstétrico.

1 INTRODUÇÃO

O parto e nascimento são eventos cruciais na vida humana, envolvendo aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. Cada etapa do processo requer cuidados específicos e atenção individualizada para garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos (OPAS, 2018). Tais cuidados devem se iniciar no pré-natal, quando é desenvolvida a atenção dedicada à gestante, com a realização de consultas regulares para acompanhar a saúde tanto da mãe quanto do bebê. Durante essas consultas, são feitos exames primordiais para garantir uma gestação saudável e prevenir complicações no momento do parto (Brasil, 2024a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, implementada em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS), reconhece e promove a atuação dos Enfermeiros na assistência pré-natal. Inclusive, o manual técnico dessa política destaca que os Enfermeiros são responsáveis por realizar consultas de pré-natal, acompanhar e educar as gestantes, além de identificar e manejar precocemente possíveis complicações (Brasil, 2015).

A atuação dos Enfermeiros em todo ciclo gravídico puerperal se estende para além do pré-natal, ao nascimento e pós-parto, e é amplamente respaldada pela Lei Nº 7.498, desde 1986, garantindo que são profissionais habilitados e autorizados a prestar cuidados essenciais à gestante, parturiente e puérpera, contribuindo significativamente para a saúde materno-infantil no que tange ao acompanhamento da evolução e do trabalho de parto (TP), bem como na execução do parto sem distócia (Brasil, 1986).

No Brasil, diversos bancos de dados secundários de abrangência nacional desempenham um papel fundamental na coleta e análise de informações em saúde. Entre eles, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) se destaca por fornecer dados detalhados sobre nascimentos em todo o território nacional, atendendo às necessidades de todos os níveis do Sistema de Saúde (TABNET, 2024). Segundo Paiva et al. (2011), a base de dados do SINASC possibilita a análise dos fenômenos relacionados aos nascimentos e partos, viabilizando estudos epidemiológicos de grande magnitude para a investigação de padrões e tendências em saúde pública.

Assim, diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever o panorama dos partos e nascimentos no município de Guaçuí, entre os anos de 2012 a 2022. E como objetivos específicos buscou-se investigar aspectos do pré-natal em relacionado a via de parto; analisar o perfil epidemiológico das parturientes e características obstétricas e neonatais segundo as vias de parto e avaliar evidências científicas que subsidiem a prática clínica do Enfermeiro em todo processo do nascimento na perspectiva das boas práticas. Para tanto, o presente estudo foi conduzido por meio da pesquisa transversal, descritiva, de natureza quantitativa, utilizando dados secundários obtidos no SINASC.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As Diretrizes Nacionais para o Nascimento e Parto tiveram sua primeira edição publicada em 2017 pelo Ministério da Saúde, representando um conjunto de políticas e práticas estabelecidas pelas autoridades de saúde do país. Tais diretrizes orientam a assistência ao parto, visando garantir a saúde materna e neonatal, além de respeitar os direitos das mulheres, abrangendo aspectos como local de parto, a assistência pré-natal e durante oTP, promoção do parto vaginal sempre que possível e o respeito aos direitos das mulheres. Além disso, incluem cuidados pós-parto, de apoio à amamentação, cuidados com o recém-nascido (RN) e em saúde mental materna (Brasil, 2017).

É notório o papel benéfico das diretrizes de assistência ao parto enquanto instrumento orientador das práticas. A afirmativa anterior foi evidenciada em um estudo realizado em Casa de Parto no Rio de Janeiro, cujo objetivo foi analisar a conformidade do cuidado oferecido às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Os resultados mostraram que o cuidado prestado a parturiente e ao recém-nascido atingiu conformidade total com as diretrizes, destacando uma prática desmedicalizada e autônoma, conduzida por Enfermeiras obstétricas, que respeita a fisiologia do parto e as escolhas das mulheres, implementando tecnologias não invasivas de cuidado (Medina *et al.,* 2023).

2.1 O PRÉ-NATAL

O pré-natal é reconhecido como o importante período de assistência médica e de enfermagem destinado a monitorar e assegurar a saúde ideal da gestante e do feto. Durante o pré-natal, a equipe de enfermagem acompanha a evolução da gestação, fornecendo cuidados e realizando procedimentos essenciais (Puglia, 2020). No Sistema Único de Saúde (SUS) as consultas de pré-natal devem ser realizadas de forma alternada por médicos e Enfermeiros, sendo recomendado dedicar-se 30 minutos de consulta para cada gestante, devido à complexidade da assistência. Aconselha-se a realização de no mínimo seis consultas pré-natais, de periodicidade mensal até a 28ª semana de gestação, passando a quinzenal da 28ª à 36ª semana, e semanalmente a partir da 36ª semana até o parto. Ressalta-se ainda que não há alta do pré-natal em nenhuma circunstância (Brasil, 2022c).

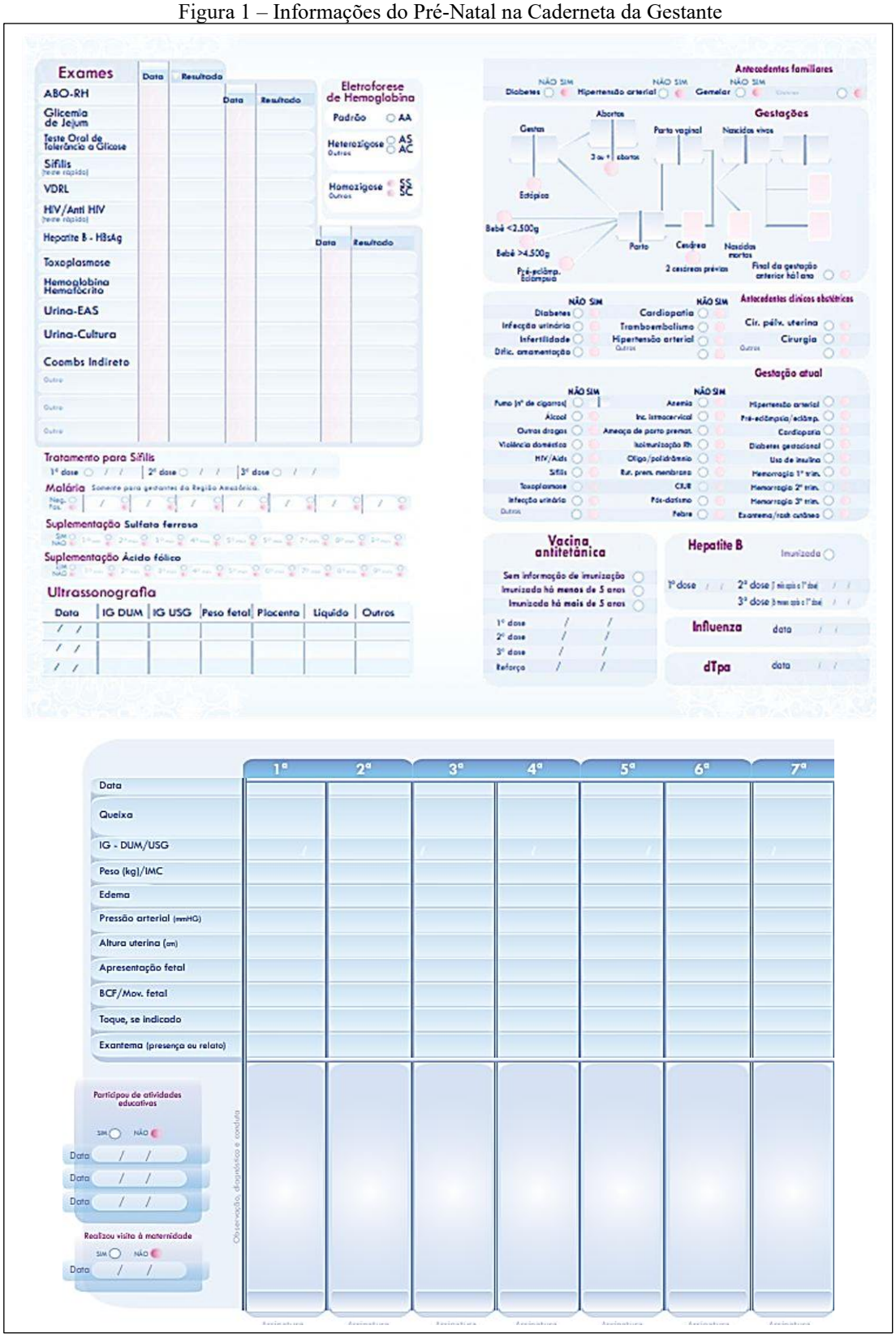
Na primeira consulta de pré-natal, é essencial conduzir uma anamnese completa, abordando aspectos epidemiológicos e antecedentes familiares, pessoais, psiquiátricos, ginecológicos e obstétricos, além de avaliar a situação atual da gestação. Em seguida, são realizados os exames físico geral e obstétrico, bem como exames laboratoriais, incluindo grupo sanguíneo, hemograma, sorologias para diversas infecções, urinálise e parasitológico de fezes. Importante também verificar a caderneta de vacinação e orientar sobre as vacinas específicas para gestante conforme recomenda o Programa Nacional de Imunização (Jundiaí, 2018).

A falta de adesão ao pré-natal, ou até mesmo sua ausência torna difícil a avaliação de riscos e complicações durante a gestação, ao contrário, quando realizado com excelência pode reduzir as chances do parto prematuro, morbimortalidade infantil, bebê com baixo peso ao nascer, transmissão vertical de doenças, bem como, complicações e morte materna (Tavares *et al.,* 2023).

Generalizando a discussão, a assistência ao pré-natal é crucial para garantir a saúde de gestantes e bebês, influenciando diretamente na redução da mortalidade materna e neonatal. Nesse período, é possível detectar precocemente situações de risco e realizar intervenções adequadas, além de estabelecer a ligação com a atenção hospitalar e assegurar um parto qualificado (Brasil, 2024a).

No Brasil, o monitoramento da gestante é realizado com o auxílio de diversos instrumentos padronizados pelo MS, entre os quais se destaca a Caderneta da Gestante (Figura 1).

Figura 1 – Informações do Pré-Natal na Caderneta da Gestante



Fonte: Brasil, 2016.

Este documento é fundamental para o pré-natal, pois reúne informações essenciais como o calendário de consultas, exames laboratoriais recomendados, imunizações necessárias e orientações gerais sobre a saúde da mãe e do bebê. Além disso, a caderneta contém quadros e figuras que detalham

os protocolos de acompanhamento, incluindo o esquema vacinal específico para gestantes, que abrange vacinas como a dTpa (difteria, tétano e coqueluche), hepatite B e a vacina contra a gripe (Brasil, 2016).

2.2 VIAS DE PARTO

A escolha da via de parto mais adequada depende das condições clínicas e obstétricas da mãe e do feto, podendo ser vaginal (parto normal) ou abdominal (cesariana). É essencial que durante todo o processo de trabalho de parto, a mulher receba atendimento humanizado por toda a equipe (Puglia, 2020).

O parto normal ou vaginal é o processo natural pelo qual um bebê nasce através do canal vaginal da mãe. Ele oferece diversos benefícios, como recuperação mais rápida para a mãe, menor risco de complicações cirúrgicas, benefícios respiratórios e imunológicos para o bebê, e liberação de hormônios que fortalecem o vínculo materno e a produção de leite (Einsten, 2022).

O parto vaginal ocorre em três estágios sequenciais, sendo a dilatação do colo do útero, a expulsão do bebê e finaliza com a saída da placenta. Durante o trabalho de parto, a mãe e o bebê são monitorados para garantir a segurança de ambos. Contudo, as vezes algumas intervenções médicas podem ser necessárias em casos de complicações. Deste modo, a escolha do tipo de parto deve ser feita com o acompanhamento de profissionais de saúde, considerando a saúde da mãe e do bebê (MSD, 2024).

A cesárea é uma intervenção cirúrgica indicada para as condições clínicas materna e fetal quando há situações envolvendo risco para mãe e feto durante a gestação ou trabalho de parto. Assim, este procedimento cirúrgico mantem o papel fundamental na redução das taxas de morbimortalidade, desde o passado remoto (Patah; Malik, 2011).

A taxa de cesariana ideal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), situa-se entre 10% e 15% dos partos. No entanto, o Brasil destoa desse padrão, apresentando uma alta prevalência desse procedimento. Essa realidade contrastante é frequentemente associada à falta de informação das gestantes, que muitas vezes não estão cientes dos benefícios do parto vaginal. Já o parto vaginal é amplamente adotado em muitos países europeus, mas sua aceitação no Brasil, ainda é limitada, contribuindo para a persistência das altas taxas de cesariana (OMS, 2024).

Globalmente, o número de cesarianas tem aumentado, sendo uma tendência acompanhada pelo Brasil que já chegou a atingir 56% dos partos, superando a média dos países em desenvolvimento. Por isso, iniciativas como o Projeto do Parto Adequado buscaram reduzir essas taxas, resultando em estabilização ou leve diminuição, conforme evidenciado pelos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do MS. No entanto, dados preliminares de 2022 indicam um novo aumento, chegando a 57%, levantando preocupações nas instituições obstétricas brasileiras (Braga *et al.,* 2023).

Nos últimos anos no Brasil, as taxas de cesariana aumentaram significativamente, com isso o índice de infecção puerperal também, já que o parto cesáreo oferece maior risco de infecção do que o parto vaginal (Soares *et al.*, 2022). Neste contexto, acrescenta-se que a infecção pode ocorrer ou se manifestar inclusive após a cesariana, no período denominado puerpério. Assim, neste período deve-se atentar aos sinais e sintomas mais comuns como dor, rubor, calor e edema local, assim como febre, taquicardia, hipotensão e distensão abdominal (Tartaglia *et al.,* 2023).

Quanto a taxa de parto normal pode-se dizer que é influenciada por uma combinação de fatores culturais, médicos e políticos. Mas muito embora a cesariana seja uma opção necessária, para em muitos casos salvar vidas, é fundamental aumentar a taxa de partos normais para melhorar a saúde materno-infantil. Neste sentido, esforços globais continuam a focar em equilibrar a escolha informada da mulher com as melhores práticas médicas, promovendo partos vaginais seguros e saudáveis (Brasil, 2022a).

2.3 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

O SINASC foi instituído em 1990 e é coordenado pelo MS em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde. Este sistema de informação reúne dados de todos os nascimentos ocorridos no país, registrados nos cartórios de registro civil, incluindo informações sobre a mãe, o recém-nascido e o parto. Esses dados são provenientes da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (Anexo A), portanto são essenciais para entender as características da população e para orientar políticas de saúde pública voltadas para gestantes, recém-nascidos e crianças (Brasil, 2024b).

Desta forma, a Declaração de Nascidos Vivos é reconhecida como um documento essencial no Brasil para registrar o nascimento de uma criança. Além de instrumento que alimenta o SINASC, a DNV é fundamental para a emissão da certidão de nascimento, que permite o reconhecimento legal da criança e o acesso a direitos civis, como saúde e educação, fornecendo dados importantes para estatísticas de saúde e planejamento de políticas públicas no país (Brasil, 2022b).

O SINASC está hospedado no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) onde por acesso *on line* é possível obter informações relativas aos nascidos vivos, por estado e município, quanto a local de ocorrência do nascimento, duração e tipo da gravidez, grupo de Robson, adequabilidade e número de consultas do pré-natal, tipo de parto, idade, sexo, raça/cor, apgar, além de peso ao nascer, do RN (TABNET, 2024).

2.4 ASSISTÊNCIA CONTÍNUA E INDIVIDUALIZADA A GESTANTE E PARTURIENTE

O processo de parto e nascimento é um momento único e complexo na vida de uma mulher e de sua família. Para garantir uma experiência segura e satisfatória, é fundamental que sejam adotadas boas práticas que priorizem o bem-estar físico, emocional e psicológico da parturiente e do recém-

nascido. Nesse contexto, o papel do Enfermeiro é de suma importância, pois cabe a ele a responsabilidade de assistir a mulher durante todo o processo, desde o pré-natal até o pós-parto, adotando condutas baseadas em evidências científicas e em conformidade com as diretrizes das boas práticas na atenção ao parto e nascimento (Duarte, 2020).

A cada ano, estima-se que ocorram cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, com a esmagadora maioria, aproximadamente 98%, ocorrendo em ambientes hospitalares, sejam eles públicos ou privados (Brasil, 2017).

As boas práticas no parto e nascimento têm como objetivo principal reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, promovendo uma assistência humanizada e segura. A adoção de tais práticas, também preconizadas pela OMS, pode prevenir complicações obstétricas e neonatais, além de contribuir para a redução das taxas de cesariana desnecessária e de intervenções invasivas durante o TP (ANS, 2023).

O Enfermeiro desempenha um papel fundamental, atuando como protagonista na promoção da saúde materno-infantil e na humanização do cuidado obstétrico. Portanto, é imprescindível que os profissionais de enfermagem estejam capacitados e atualizados em relação às diretrizes das boas práticas, a fim de proporcionar uma assistência integral e respeitosa às gestantes e suas famílias (França; Colombo, 2019).

Além da habilidade técnica o Enfermeiro tem respaldo legal para prestar a assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, conforme especifica a Lei 7498/1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem e descreve em seu artigo 11 que junto a equipe de saúde faz o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distocia. Enquanto, ao profissional Enfermeiro especializado em obstetrícia estendem-se as competências para a assistência à parturiente e ao parto normal, identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico (Brasil, 1986).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, com delineamento de pesquisa descritiva, de natureza quantitativa, com coleta de dados secundários provenientes do SINASC, realizada entre novembro de 2023 a maio de 2024.

O cenário de estudo foi o município de Guaçuí localizado no sul do estado do Espírito Santo, com uma população estimada em aproximadamente 30.000 habitantes. Esta população é composta por uma diversidade de grupos etários e sociais, refletindo uma estrutura demográfica variada (IBGE, 2024). O município consta com alguns estabelecimentos de saúde sob gestão pública do SUS, sendo um pronto atendimento, dez unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um hospital filantrópico (Brasil, 2024c), com maternidade de referência para partos de risco habitual, sob gestão

do SUS, para os municípios do Caparaó, circunvizinhos a Guaçuí, compreendendo Alegre, Dores do Rio Preto, Divino São Lourenço, Ibitirama, Irupi, Iúna e Muniz Freire.

Os dados apurados no SINASC compreenderam a tendência e padrões de partos e nascimentos no município de Guaçuí entre os anos de 2012 e 2022, apresentando mulheres que deram à luz a filho vivo no período estudado, com base em variáveis como tipo de parto, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor, duração da gestação, tipo da gravidez, adequabilidade do pré-natal, número de consultas de pré-natal realizadas, peso ao nascer do RN, apgar no quinto minuto de vida e classificação de Robson, permitindo uma compreensão detalhada das mudanças e variações ao longo do período estudado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

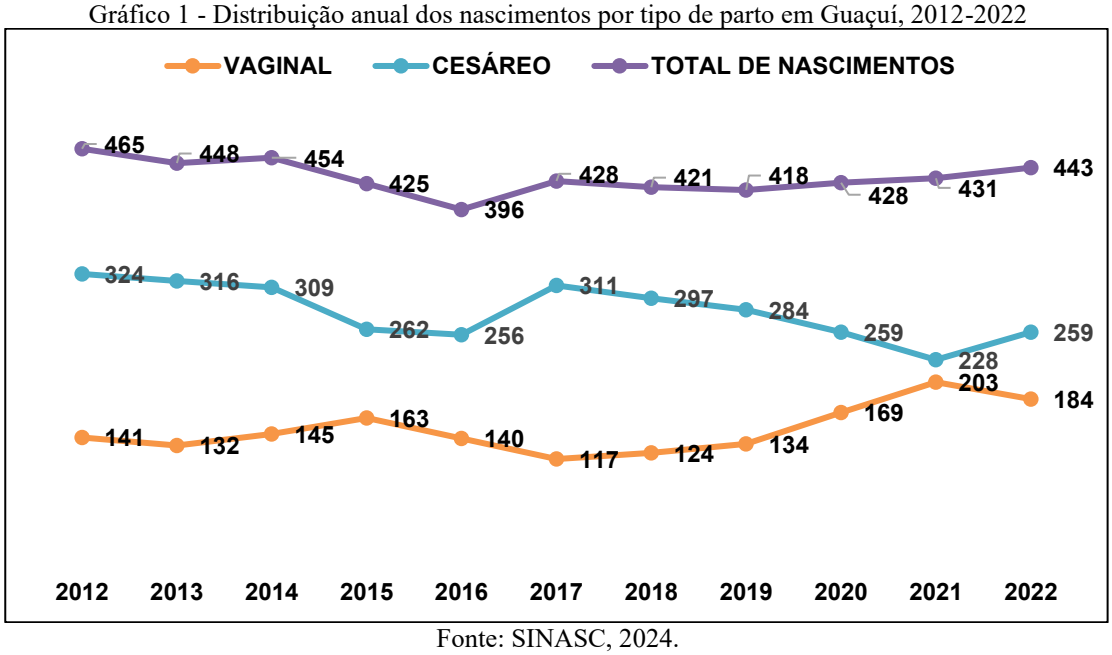
Foram analisados o total de 4759 nascimentos registrados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, entre os anos de 2012 a 2022, no município de Guaçuí do Estado do Espirito Santo (ES).

O Gráfico 1 demonstra o quantitativo de partos realizados em Guaçuí por ano, conforme a via de parto. As medidas de tendência central analisadas apontaram a média de nascimentos no período estudado de 432, e uma mediana de 428.

Em 2012 ocorreu o maior número de nascimentos, 465 (10%) enquanto 2016 foi o ano de menor registro de nascimentos 396 (8%), em Guaçuí.

Ressalta-se que em 2021 os partos pela via vaginal foram prevalentes, 203 (12%) nascimentos, enquanto em 2012 foram os partos cesáreos, 324 (11%).

Gráfico 1 - Distribuição anual dos nascimentos por tipo de parto em Guaçuí, 2012-2022



Fonte: SINASC, 2024.

Vale destacar que no Brasil, aproximadamente 3 milhões de nascimentos ocorrem anualmente, sendo que 98% destes ocorrem em hospitais, sejam públicos ou privados. O ambiente hospitalar é caracterizado pelo uso de tecnologias e procedimentos invasivos, considerados seguros tanto para a mãe quanto para o bebê. Entretanto, a escolha da via de parto deve levar em consideração os benefícios para a saúde e os riscos associados, devendo ser uma decisão informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde (Brasil, 2017).

A caracterização da população amostral de parturientes quanto a idade, estado civil, escolaridade, e a associação com a via de parto estão descritas na tabela 1. Em termos comparativos, identificou-se que 1652 (34%) parturientes tiveram parto vaginal, enquanto 3105 (65%) tiveram parto cesáreo.

Depreende-se então, um predomínio percentual de parto cesáreo, que segundo a OMS é recomendado se manter entre 10% e 15% dos partos (OMS, 2024).

Em estudo realizado em Minas Gerais entre os anos de 2011 e 2015 foram registrados no SINASC 8789 nascimentos, verificando também, um elevado percentual de cesarianas, porém ainda menor que do estudo em Guaçuí. Foram 5386 (61%) partos cesáreos e 3403 (39%) partos vaginais (Silva *et al*., 2020a).

A distribuição das mulheres na amostra foi segmentada por faixas etárias de 5 em 5 anos, iniciando com 10 anos e finalizando com 54 anos de idade. A maioria dos partos ocorreram em mulheres de idade entre 20 a 24 anos, 1187 (25%), destes 458 vaginais (28%) e 729 cesárias (23%).

Tabela 1 - Caracterização social da amostra de nascimentos, segundo via de parto, Guaçuí 2012-2022

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA							
	VAGINAL		CESÁRIO		IGNORADO		TOTAL	
FAIXA ETÁRIA (EM ANOS)	N	%	N	%	N	%	N	%
10 A 14	19	1	30	1	0	0	49	1
15 A 19	368	22	460	15	0	0	828	17
20 A 24	458	28	729	23	0	0	1187	25
25 A 29	386	23	781	25	1	50	1168	24
30 A 34	247	15	613	20	0	0	860	18
35 A 39	145	8	386	12	0	0	531	11
40 A 44	25	1	101	3	1	50	127	2
45 A 49	3	1	5	1	0	0	8	1
50 A 54	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1652	100	3105	100	2	100	4759	100
ESTADO CIVIL	N	%	N	%	N	%	N	%
SOLTEIRA	709	43	922	29	1	50	1632	34
CASADA	475	28	1439	46	0	0	1914	40
VIÚVA	5	1	8	1	0	0	13	1
UNIÃO CONSENSUAL	429	26	654	21	1	50	1084	22
SEPARAÇÃO JUDICIAL	25	1	64	2	0	0	89	2
IGNORADO	9	1	18	1	0	0	27	1
TOTAL	1652	100	3105	100	02	100	4759	100
NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO	N	%	N	%	N	%	N	%
NENHUMA	16	1	10	1	0	0	26	1

1 A 3	87	5	69	2	0	0	156	3
4 A 7	503	30	616	20	2	100	1121	23
8 A 11	938	57	1787	57	0	0	2725	57
12 E MAIS	100	6	611	19	0	0	711	15
IGNORADO	8	1	12	1	0	0	20	1
TOTAL	1652	100	3105	100	02	100	4759	100

Fonte: SINASC, 2024.

Um estudo também utilizando dados do SINASC, no estado do Rio de Janeiro, ao analisar a relação entre idade materna e tipo de parto, revelou que os partos vaginais foram mais frequentes na faixa etária de 20 a 29 anos, representando 50,6% dos casos. Tendo, a maior incidência de cesarianas observada em mulheres com idade acima de 35 anos, correspondendo a 46% (Souza *et al.,* 2017).

No caso deste estudo observou-se, a sobreposição do parto cirúrgico em todas as idades no período do estudo exceto a de 50 a 54 anos, inclusive a porcentagem de mulheres que deram à luz por cesariana aumentou junto a idade da mulher.

A amostra analisada em relação ao estado civil das mulheres identificou que mulheres casadas alcançaram mais partos cesáreos, 1439 (46%), em comparação com as solteiras, 922 (29%). Ainda nesta análise houve uma significativa prevalência de parto vaginal em mulheres solteiras, 709 (43%) e 475 (28%) nas mulheres casadas.

De maneira semelhante, Santos e colaboradores (2022) relataram que a prevalência de partos cesáreos foi maior entre mulheres casadas (37,1%) em comparação com mulheres solteiras (35,6%). E o parto vaginal obteve o maior percentual em mulheres solteiras (43,5%), em contrapartida (22,4%) das mulheres casadas.

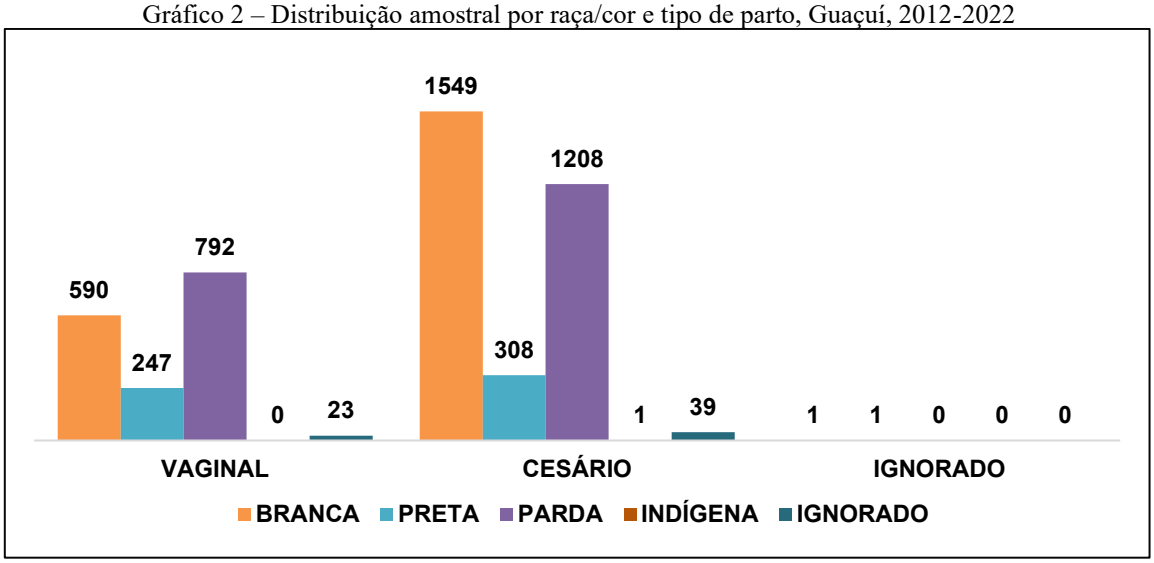
As mulheres com 12 ou mais anos de estudo tiveram um número maior de parto cirúrgico 611 (86%), enquanto aquelas com até 3 anos de estudo o parto vaginal foi mais empregado 103 (57%).

Em outro estudo similar, o nível de escolaridade de 8 anos ou mais acompanhou 6237 (35,37%) de mulheres de parto vaginal e 11399 (64,63%) mulheres de parto cesáreo, enquanto as gestantes com até sete anos de escolaridade 2162 (52,20%) foram submetidas a partos vaginais e 1980 (47,80%) cesáreos (Godinho *et al.,* 2020).

Há uma correlação notável entre nível educacional e tipo de parto, destacando a importância de considerar fatores socioeconômicos e educacionais na avaliação e planejamento de políticas de saúde materna.

No gráfico 2 destaca-se a distribuição da amostra segundo raça/cor e tipo de parto.

Gráfico 2 – Distribuição amostral por raça/cor e tipo de parto, Guaçuí, 2012-2022



Fonte: SINASC, 2024.

A maior parte da população amostral do estudo é branca 2139 (45%) ou parda 2000 (42%). Em termos percentuais os partos cesáreos ocorreram mais entre as mulheres brancas, 1549 (49%), do que entre as mulheres de raça/cor preta, 308 (10%). Ainda em relação a raça/cor, os dados mostram o predomínio de partos vaginais entre todas as mulheres pretas e pardas do estudo, 1039 (63%) em comparação com as mulheres de raça/cor branca, 590 (36%).

Uma análise realizada entre os anos de 2007 e 2018 no Brasil revelou que, em ambos os anos, as mulheres pretas tiveram uma maior prevalência de partos vaginais em comparação às mulheres brancas. Em 2007, as taxas de partos vaginais foram de 63,81% para mulheres pretas, 63,87% para mulheres pardas, enquanto entre mulheres brancas foi de 42,28%. Em 2018, as porcentagens de partos vaginais diminuíram, sendo 51,07% para mulheres pretas, 49,05% para mulheres pardas e 33,78% para mulheres brancas (Costa; Mascarelo, 2022).

Essa diferença entre raça/cor e o tipo de parto, pode ser interpretada como um indicativo das disparidades na assistência prestada a esses grupos de mulheres, sugerindo que fatores sociais, econômicos e raciais podem influenciar no tipo de parto realizado.

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis do perfil obstétrico das gestantes. Em relação à duração da gestação, a maior frequência de partos ocorreu entre a 37ª e a 41ª semana gestacional, totalizando 4106 (86%). É importante ressaltar que a gravidez única foi predominante em todos os tipos de parto, representando 4639 (97%).

Em um estudo realizado pelo DATASUS em junho de 2023, no período de 2011-2021, abrangendo as regiões brasileiras, tanto os partos cesáreos quanto os vaginais ocorreram predominantemente nas idades gestacionais 37ª a 41ª semana, envolvendo majoritariamente gestações únicas, corroborando a presente pesquisa (Ferreira *et al.*, 2023).

Quanto ao acompanhamento pré-natal, é notável que 1980 (42%) gestantes foram assistidas de forma mais que adequada, segundo a classificação adotada na DNV. Por outro lado, para 523 (11%) o pré-natal foi inadequado. Além disso, chama a atenção o fato de não ter tais informações do acompanhamento pré-natal para 1357 (28%) das gestantes. Pode-se inferir que a assistência pré-natal é considerado um marcador do acesso das gestantes em tempo oportuno, para possibilitar um desfecho mais favorável do parto. Neste sentido, Burin e seus colaboradores (2020) contribuem para essa perspectiva ao destacar em uma pesquisa conduzida em hospital de município do noroeste do Paraná que 53,94% das gestantes realizaram entre 8 e 12 consultas pré-natais, o que é considerado mais que adequado.

No que concerne ao número de consultas de pré-natal, destaca-se que 2992 (63%) gestantes realizaram sete ou mais consultas, enquanto 1457 (30%) das gestantes compareceram em 4 a 6 consultas.

O Ministério da Saúde implica que é necessário no mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal visando assegurar que a mulher e o bebê experimentem de uma gestação e um parto mais seguro e saudável (Brasil, 2022c).

Tabela 2 – Indicadores de qualidade de assistência ao pré-natal das parturientes em Guaçuí, 2012-2022

	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA							
	VAGINAL		CESÁRIO		IGNORADO		TOTAL	
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	N	%	N	%	N	%	N	%
MENOS DE 22 SEMANAS	2	1	0	0	0	0	2	1
22 A 27	14	1	11	1	0	0	25	1
28 A 31	16	1	30	1	0	0	46	1
32 A 36	132	8	251	8	0	0	383	8
37 A 41	1416	86	2688	86	2	100	4106	86
42 OU MAIS	44	2	63	2	0	0	107	2
IGNORADO	28	1	62	2	0	0	90	1
TOTAL	1652	100	3105	100	2	100	4759	100
TIPO DE GRAVIDEZ	N	%	N	%	N	%	N	%
ÚNICA	1631	98	3006	97	2	100	4639	97
DUPLA	20	1	99	3	0	0	119	2
IGNORADA	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1652	100	3105	100	2	100	4759	100
PRÉ-NATAL ADEQUADO	N	%	N	%	N	%	N	%
NÃO FEZ PRÉ-NATAL	13	1	5	1	0	0	18	1
INADEQUADO	236	14	288	9	0	0	523	11
INTERMEDIÁRIO	137	8	173	5	0	0	310	6
ADEQUADO	205	12	340	11	0	0	545	11
MAIS QUE ADEQUADO	591	36	1388	44	1	50	1980	42
NÃO CLASSIFICADO	13	1	13	1	0	0	26	1
NÃO INFORMADO	457	28	899	29	1	50	1357	28
TOTAL	1652	100	3105	100	02	100	4759	100
N° DE CONSULTAS PRÉ-NATAL	N	%	N	%	N	%	N	%
NENHUMA	21	1	21	1	0	0	42	1
1 A 3 CONSULTAS	144	9	112	3	0	0	256	5
4 A 6 CONSULTAS	598	36	859	27	0	0	1457	30
7 OU MAIS CONSULTAS	886	53	2104	68	2	100	2992	63
IGNORADO	3	1	9	1	0	0	12	1
TOTAL	1652	100	3105	100	02	100	4759	100

Fonte: SINASC, 2024.

A análise dos partos segundo o peso ao nascer revelou que a maioria dos recém-nascidos 2993 (63%) pesavam entre 3000 a 3999 gramas. Nascimentos com pesos extremamente baixos, menos de 1500 gramas, foram em número menor 66, (1%), enquanto partos com pesos elevados 4000 gramas ou mais, também foram pouco frequentes 224, (4%).

Vale destacar que existe a possibilidade de reduzir a prevalência de baixo peso ao nascer com ações voltadas à busca ativa de gestantes para iniciar o pré-natal o mais precocemente possível, além do combate ao fumo na gestação e mecanismos que visem à redução da gravidez na adolescência. Ademais, as intervenções sobre as intercorrências na gestação, relativas à hipertensão, diabetes e sangramento transvaginal, estão mais frequentemente comprometidas pela condição pregressa de saúde da mulher, entretanto funcionam como manifestações de alerta para o risco do baixo peso ao nascer, necessitando ser considerado na avaliação pré-natal (Silva *et al.,* 2020b).

A vitalidade do RN, avaliada pelo índice de apgar no 5º minuto de vida, foi satisfatória, independentemente do tipo de parto, ou seja, acima de oito. Entre os nascidos de parto cesáreo, 3043 (98%) apresentaram um índice satisfatório, enquanto 1579 (96%) dos nascidos de parto normal.

Este resultado concorda com o estudo realizado em um hospital e maternidade de referência regional e estadual especializado em atendimento de saúde de alta complexidade no município de Sobral/CE, o qual correlacionou o tipo de parto com o índice de apgar ao quinto minuto, observando também que ambos os tipos de parto apresentaram na sua maioria um escore de apgar entre 8 e 10, sendo 493 (89,47%) cesáreo e 471 (90,05%) vaginal (Moreira *et al.*, 2018).

Em 2011, a Organização Mundial da Saúde conduziu uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar cesáreas, chegando à conclusão de que a Classificação de Robson é a mais adequada para atender tanto às necessidades locais quanto internacionais. Assim, recomendou que essa classificação fosse utilizada como base para o desenvolvimento de um sistema internacional de classificação de cesáreas (WHO, 2017).

Tal classificação agrupa as parturientes em um dos dez grupos, baseando-se em até seis características obstétricas, rotineiramente coletadas em maternidades, incluindo a paridade de nulípara ou multípara, com ou sem cesárea anterior, quanto ao início do parto, se espontâneo, induzido (induz.) ou cesárea antes do início do trabalho de parto, para idade gestacional considerando pré-termo ou termo, apresentação/situação fetal, cefálica, pélvica ou transversa, e por último o número de fetos, podendo ser único ou múltiplo (WHO, 2015).

Neste sentido, a tabela 3 demonstra a população amostral segundo a classificação de Robson. Ao categorizar as gestantes de acordo com a classificação de Robson, os resultados na tabela 3 revelam que a maior parte pertence ao grupo 1, que inclui nulíparas com gestação única, de apresentação cefálica, com mais de 37 semanas de idade gestacional, e em trabalho de parto espontâneo, totalizando 1020, (21%) dos casos. O segundo grupo mais prevalente, com 983 partos (20%), reuniu, no grupo 5,

as multíparas, com histórico de cesárea anterior (CS ant.), de gestação única, apresentação cefálica e com idade gestacional de mais de 37 semanas (s.). Destaca-se que em 1357 (28%) dos nascimentos não se informou a classificação segundo Robson.

Tabela 3 – Distribuição dos nascimentos, segundo Classificação de Robson, Guaçuí, 2012-2022

VARIÁVEIS	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA	
GRUPO DE ROBSON	N	%
1 Nulípara, com Feto, único cefálico, >37s., em TP espontâneo.	1020	21
2 Nulípara, com Feto, único, cefálico, >37s., parto induz. ou CS pré TP	119	2
3 Multípara, sem CS ant. com Feto único, cefálico, >37s., em TP espontâneo	752	16
4 Multípara, sem CS ant. com Feto único, cefálico, >37s., parto induz. ou CS pré TP	75	1
5 Multípara, com CS ant. com Feto único, cefálico, >37s.	983	20
6 Nulípara, com Feto único, pélvico	32	1
7 Multípara, com Feto único, pélvico, incluindo com CS ant.	31	1
8 Gestação múltipla, incluindo com CS ant.	90	2
9 Gestante com apresentação transversa ou obliqua, incluindo com CS ant.	7	1
10 Gestante com Feto único, cefálico, <36s., incluindo com CS ant.	279	6
Não classificados por ausência de resposta aos itens necessários	14	1
Não informado	1357	28
TOTAL	4759	100

Fonte: SINASC, 2024.

Contudo, tal sistema de classificação, é significativo por sua simplicidade, robustez, capacidade de reprodução, relevância clínica e caráter prospectivo, além de permitir uma avaliação sistemática e padronizada dos partos, facilitando comparações e melhorando a qualidade dos cuidados obstétricos a nível global (WHO, 2017).

Neste estudo, embora os partos cirúrgicos eletivos, não constituíram uma prática comum, conforme descrevem os grupos 2, com 119 (2%) e grupo 4, com 75 (1%) dos partos, com indução prévia ao início do trabalho de parto, é pertinente ponderar sobre esta questão, que para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2017), as classificações nos grupos de 1 a 4 são consideradas de cesárea muito evitáveis, enquanto nos demais grupos apresentados por Robson, compreendem as parturientes em condições de cesárea pouco evitáveis.

5 CONCLUSÃO

O estudo permitiu traçar um perfil detalhado dos partos e nascimentos em Guaçuí no período de 2012 a 2022, evidenciando uma predominância de partos cesáreos e a influência de fatores socioeconômicos na escolha da via de parto. Observou-se que mulheres com maior escolaridade optaram majoritariamente por cesáreas, enquanto mulheres de raça parda e preta tiveram maior incidência de partos vaginais.

A assistência pré-natal mostrou-se, em sua maioria, adequada, porém a falta de informações sobre o acompanhamento de algumas gestantes sugere a necessidade de aprimoramento na coleta e registro desses dados. A aplicação das Diretrizes Nacionais do Parto e Nascimento pode ser um

ISSN: 2177-3246

caminho eficaz para qualificar a assistência materno-infantil, com a atuação dos enfermeiros sendo um elemento essencial nesse processo.

As limitações do estudo incluem a dependência de dados secundários, o que pode ter comprometido a completude das informações. Ainda assim, os achados fornecem subsídios para a implementação de políticas públicas que visem garantir um atendimento equitativo e qualificado para as gestantes da região. O monitoramento contínuo dos dados do SINASC é fundamental para a adoção de boas práticas e para o aprimoramento da atenção à saúde materno-infantil em Guaçuí e regiões adjacentes.

REFERÊNCIAS

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal: Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2023

BRAGA, A.; SUN, S. Y.; ZACONETA, A. C. M. Z.; JUNIOR, A. T.; LUZ, A. G.; OSANAN, G.; DUARTE, G.; RAMOS, J. G. L.; WENDER, M. C. O.; NOMURA, R. M. Y.; FRANCISCO, R. P. V.; BORGES, V. T. M.; MATTAR, R. Aumento de cesáreas no Brasil – um apelo à reflexão. Rev. FEMINA, v. 51, n. 3, 2023.

BRASIL. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1986.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM). Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 3. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. CNES Net. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=27174135000120&VEstado=32&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20GUACUI. Acesso em: 20 jun. 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento. 4. ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 13/2022-SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Comunicação Social. Pré-Natal no SUS, 2024a. Disponível em https://www.gov.br/secom/pt-br/acesso-a-informacao/comunicabr/lista-dos-programas/pre-natal-no-sus. Acesso em: 18 maio, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistemas de informação sobre nascidos vivos: Sinasc. 2024b. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sinasc/. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL, Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022a.

BURIN, L. G.; MORON, L. M. P.; CHARLO, P. B.; Escolha do tipo de parto: avaliação do protagonismo da mulher. Rev. Saúde coletiva. Osasco, v. 10, p. 3545-3556., ago. 2020.

COSTA, A. C. O.; MARCARELLO, K. C. Prevalência de disparidades raciais na assistência pré-natal e no parto no brasil no período entre 2007 e 2018. Revista de Saúde Coletiva, Salvador, v. 3, n. e14204, p. 1-19, 2022.

CHEHUEN NETO, J. A., Metodologia, Modelos e Estatística Aplicados à Pesquisa Científica na Área da Saúde. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2022.

DUARTE, M. R.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; MARCHIORI, G. R. S.; GUERRA, J. V. V.; PIMENTEL, M. M. Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. v. 12, n. 7927, p. 903-908, jan./dez. 2020.

EINSTEIN, A. Guia do Episódio de Cuidado Parto Vaginal. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Parto-Vaginal.pdf. Acesso em: 24 jun. 2024.

ESPÍRITO SANTO. SESA, Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Maternidades SUS. Disponível em: https://saude.es.gov.br/maternidadessus. Acesso em: 20 ago. 2024.

FERREIRA, C. V. L.; PEREIRA, I. A.; ASSONI, M. A. DA. S.; JESUS, V. DE. S.; CONCEIÇÃO, M. S. S.; SANTOS A. M. DOS.; CAMACHO, B. A.; CORREIA, E. A.; CASTRO, D. E. C.; SANTOS, K. DA. S. DOS.; MOREIRA, S. R.; SILVA, I. G. DO. C. E. Evolução temporal da via de parto e os fatores maternos associados no brasil (2011-2021). Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama, v. 27, n. 9, p. 5124-5141, 2023.

FRANÇA, G. V. A.; COLOMBO, C. R. M. Humanização do parto: desafios e possibilidades para a enfermagem obstétrica. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 1, p. 267-274, 2019.

GODINHO, A. de. S.; SANTOS, M. C. O.; DEUS, M. H. A. de.; PICHIONI, M. de. M.; DORNELAS, P. H.; ALMEIDA, K. C. de.; AMÂNCIO, N. de. F. G. Fatores associados ao tipo de parto na rede pública de Patos de Minas –MG. Brazilian Journal of health Review. Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2383-2394, mar./abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Guaçuí. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/guacui/panorama. Acesso em: 24 jun. 2024.

IFF. 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/. Acesso em: 3 ago. 2024.

JUNDIAÍ. Atenção à saúde da mulher no pré-natal de baixo risco: manual de enfermagem. Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí, 2018. Disponível em https://jundiai.sp.gov.br/saude/wpcontent/uploads/sites/17/2023/07/enfermagem-pre-natal-baixo-risco.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

MEDINA, E. T.; MOURA, R. J. O.; SILVA, S. C. de S. B.; GAMA, S. G. N. da. O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 2065-2074, 2023.

MOREIRA, A. C.; SANTOS, V. de M. P. R.; ANDRADE, S. G. de.; VASCONCELOS, Y. A. de.; BEM, S. de S.; CASTRO, R. Q. de.; CARNEIRO, J. K. R.; OLIVEIRA, M. A. S. Características clínicas e epidemiológicas dos partos ocorridos em um hospital maternidade da cidade de Sobral/CE. Rev. Med. São Paulo, v. 97, n. 6, p. 554-560, 2018.

MSD. Manual MSD: versão profissional. Rahway, NJ, EUA: Merck & Co, Inc., 2024. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/trabalho-de-parto-normal-e-parto/condu%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-de-parto-normal Acesso em: 24 jun. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Human Reproduction Programme: research for impact. Genebra, Suíça: WHO/RHR/15.02. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?s. Acesso em: 24 jun. 2024.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saíde. Notícias: OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres gravidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e. Acesso em: 25 jun. 2024.

PAIVA, N. S.; COELI, C. M.; MORENO, A. B.; GUIMARÃES, R. M.; JUNIOR, K. R. de. C. Sistema de informações sobre nascidos vivos: Um estudo de revisão. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n. supl. 1, p. 1211-1220, 2011.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saúde Pública, USP-São Paulo, v. 45, n.1, p.185-194, 2011.

PUGLIA, M. P. A. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Senac, 2020.

SANTOS, W. B. dos.; SANTOS, A. A. P. dos.; COMASSETTO, I.; SANTOS, J. A. M.; ACIOLI, D. M. N.; FARIAS, M. M. P. C.; SILVA, N. L. da.; LÔBO, A. L. S. de. F. Evolução temporal dos tipos partos em um estado do Nordeste brasileiro. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, e48311124924, 2022.

SILVA, E. V. da.; COSTA., M. A. de. A.; ALMEIDA, K. C. de.; ARAUJO, L. M. B.; AMÂNCIO, N. de. F. G. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/v7fLrhK6jcZHxLzNy6fvsMB/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 19 jun. 2024.

SILVA, R. C. C. da; MACHADO, M. M. T.; ALENCAR, C. H.; LINDSAY, A.C. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em Sobral-CE. Sanare, Sobral-CE, v. 19, n. 2, p. 49-56, jun./dez. 2020.

SOARES, B. A.; LEAL, M. do C.; PEREIRA, A. P. E.; NAKAMURA-PEREIRA, M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro-RJ, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022.

SOUZA, W. C. de.; KNUPP, V. M. de. A. O.; REGAZZI, I. C. R.; SILVA, A. C. S. S. da. Perfil epidemiológico do parto no estado do Rio de Janeiro em 2015. REVA. Acad. Rev. Cient. da Saúde. Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 43-52, set./dez. 2017.

TABNET. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nves.def. Acesso em: Acesso em: 15 jun. 2024.

TARTAGLIA, A. G.; BRITO JUNIOR, J. H. T.; REIS, K. L. dos; ROCHA, S. L. Incidência de infecção puerperal em partos cesáreos em uma maternidade pública. Open Science Research X, v. 10, p. 367-383, 2023.

TAVARES, M. de. L.; CAMPELO, B. P. M.; FRANÇA, de. M. V. G. E.; FERREIRA, S. da. D.; PEREIRA, M. V. L.; OLIVEIRA, S. dos. L. de. G. L. M.; OLIVEIRA, B. G. L. A. A adesão ao pré-natal ofertado pela enfermagem na atenção básica do Recife-PE. Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 3, p. 8617–8625, 2023. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59404/42998. Acesso em: 20 jun. 2024.

WHO. World Health Organization. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 19 jun. 2024.

WHO. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197. Acesso em: 19 ago. 2024.

ZANELLA, L. C. H. Metodologia de estudo e de pesquisa em administração. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. Universidade Federal de São Carlos. 2012.