



Perfil Epidemiológico de Gestantes e Neonatos Nascidos por Cesariana em um Hospital Universitário

Epidemiological Profile of Pregnant Women and Neonates Born by Cesarean Section at a University Hospital

Perfil Epidemiológico de Gestantes y Neonatos Nacidos por Cesárea en un Hospital Universitario

Vitória Montenegro Silva – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-9867-9378> ; <http://lattes.cnpq.br/9122632987154106> ; montenegrovitoria@gmail.com

Letícia Ramos de Sousa – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0000-6984-3039> ; <http://lattes.cnpq.br/0079877898704569> ; leticia.ramos.sousa@academico.ufpb.br

Gabriel Nelson Rolim Remigio – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-4676-5274> ; <http://lattes.cnpq.br/1335549208426217> ; gabriel.remigio@academico.ufpb.br

João Pedro Borges da Costa Amaral Henriques – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0009-0700-098X> ; <http://lattes.cnpq.br/4147358024787093> ; jpbcah6807@gmail.com

Rodrigo Ramalho Rodrigues – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0009-0001-7719-2886> ; <http://lattes.cnpq.br/1704931703955204> ; rodrigoramalho9812@gmail.com

Cristina Wide Pissetti – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil ;
<https://orcid.org/0000-0002-5534-8544> ; <http://lattes.cnpq.br/2849134394015533> ; cristinawpissetti@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Delinear o perfil epidemiológico de puérperas e neonatos nascidos por cesariana em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo com dados obtidos nos prontuários de 342 mulheres submetidas à cesariana, em um hospital universitário da Região Nordeste brasileira. Os prontuários incluídos referem-se ao período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Realizou-se uma estatística descritiva para a análise dos dados. **Resultados:** A maioria da amostra foi composta por mulheres pardas (61,10%), com mediana de idade de 27 anos, Índice de Massa Corporal médio de 30,38 e multíparas (57,30%). Além disso, observou-se que 57,30% das mulheres possuíam Ensino Médio completo e 33,60% estavam em união estável. A maioria das cesáreas (45,90%) foi realizada antes do início do trabalho de parto. Em relação ao perfil do recém-nascido, 88,90% apresentaram o Apgar de primeiro minuto ótimo, 82,00% tiveram o contato pele a pele e 39,20% foram amamentados na primeira hora. Por fim, foi observado que 64,80% tiveram peso ao nascer adequado. **Conclusão:** Os achados indicam que, embora os recém-nascidos de mulheres submetidas à cesariana apresentem bons indicadores neonatais, como adequado peso ao nascer e escores de Apgar satisfatórios, persistem fragilidades importantes na assistência, evidenciadas pela baixa adesão à amamentação precoce e pela execução não universalizada do contato pele a pele. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias assistenciais voltadas à humanização do parto e à promoção de práticas neonatais alinhadas às diretrizes da Organização Mundial de Saúde. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias, promover o parto vaginal e fortalecer intervenções, como o contato pele a pele imediato e o incentivo ao aleitamento materno precoce, mesmo em cenários de alto risco.

Descritores: Cesárea; Saúde da Mulher; Recém-Nascido; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To outline the epidemiological profile of postpartum women and neonates born via cesarean section in a university hospital. **Methods:** Observational and retrospective study using data obtained from medical records of 342 women who underwent cesarean section in a university hospital in northeastern Brazil. The medical records included were from January 2019 to December 2020. Descriptive statistics were performed for data analysis. **Results:** Most of the sample consisted of mixed-race



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

women (61.10%), with a median age of 27 years, an average body mass index of 30.38, and multiparous (57.30%). In addition, 57.30% of the women had completed high school and 33.60% were in a stable union. Most cesarean sections (45.90%) were performed before the onset of labor. Regarding the newborn profile, 88.90% had an optimal first-minute Apgar score, 82.00% experienced skin-to-skin contact, and 39.20% were breastfed within the first hour. Finally, 64.80% had an adequate birth weight. **Conclusion:** The findings indicate that, although neonates of women who underwent cesarean section presented good neonatal indicators, such as adequate birth weight and satisfactory Apgar scores, important weaknesses in care persist, evidenced by low adherence to early breastfeeding and the non-universal implementation of skin-to-skin contact. These results reinforce the need for care strategies aimed at humanizing childbirth and promoting neonatal practices aligned with World Health Organization guidelines. These findings also highlight the need for strategies to reduce unnecessary cesarean sections, promote vaginal delivery, and strengthen interventions such as immediate skin-to-skin contact and encouragement of early breastfeeding, even in high-risk scenarios.

Descriptors: Cesarean Section; Women's Health; Infant, Newborn; Health Profile.

RESUMEN

Objetivo: Delinear el perfil epidemiológico de puérperas y neonatos nacidos por cesárea en un hospital universitario. **Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo con datos obtenidos en las historias clínicas de 342 mujeres sometidas a cesárea, en un hospital universitario de la Región Nordeste brasileña. Las historias clínicas incluidas se refieren al período de enero de 2019 a diciembre de 2020. Se realizó una estadística descriptiva para el análisis de los datos. **Resultados:** La mayoría de la muestra fue compuesta por mujeres pardas (61,10%), con mediana de edad de 27 años, Índice de Masa Corporal promedio de 30,38 y multíparas (57,30%). Además, se observó que 57,30% de las mujeres poseían Enseñanza Media completa y 33,60% estaban en unión estable. La mayoría de las cesáreas (45,90%) se realizó antes del inicio del trabajo de parto. En relación con el perfil del recién nacido, 88,90% presentaron el Apgar del primer minuto óptimo, 82,00% tuvieron contacto piel con piel y 39,20% fueron amamantados en la primera hora. Por último, se observó que 64,80% tuvieron peso al nacer adecuado. **Conclusión:** Los hallazgos indican que, aunque los recién nacidos de mujeres sometidas a cesárea presenten buenos indicadores neonatales, como peso al nacer adecuado y puntuaciones de Apgar satisfactorias, persisten debilidades importantes en la asistencia, evidenciadas por la baja adhesión al amamantamiento temprano y por la ejecución no universalizada del contacto piel con piel. Estos resultados refuerzan la necesidad de estrategias asistenciales orientadas a la humanización del parto y a la promoción de prácticas neonatales alineadas con las directrices de la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, refuerzan la necesidad de estrategias para reducir las cesáreas innecesarias, promover el parto vaginal y fortalecer intervenciones, como el contacto inmediato piel con piel y el incentivo al amamantamiento materno temprano, incluso en escenarios de alto riesgo.

Descriptores: Cesárea; Salud de la Mujer; Recién Nacido; Perfil de Salud.

INTRODUÇÃO

A cesariana é um procedimento essencial para reduzir a morbimortalidade materna e neonatal em situações específicas, como sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica e complicações hipertensivas graves. No entanto, sua realização sem indicação clínica adequada pode trazer riscos para a mulher e para o recém-nascido, aumentando a probabilidade de hemorragias, infecções, prematuridade iatrogênica e dificuldades respiratórias neonatais⁽¹⁻³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas à redução adicional da mortalidade materna e neonatal⁽²⁾. No Brasil, entretanto, a cesariana é amplamente utilizada. Segundo um estudo realizado por Dias e colaboradores, as taxas de cesariana geral e recorrente foram de 55,1% e 85,3%, respectivamente⁽⁴⁾. Entre os fatores que contribuem para a elevada prevalência, destacam-se características maternas, como idade mais avançada, maior escolaridade e presença de comorbidades, além do histórico de cesáreas prévias, que, frequentemente, leva à indicação recorrente do procedimento. Além disso, há aspectos institucionais relevantes, como a organização dos serviços obstétricos, a disponibilidade de equipe para partos vaginais e o modelo de assistência que, em muitos casos, favorece a realização de cesarianas eletivas⁽⁵⁻⁶⁾.

O aumento das taxas de cesárea no Brasil é atribuído a fatores como a melhoria no acesso aos procedimentos cirúrgicos e à realização de cesarianas por indicação médica sem critérios técnicos claros, o que pode levar a uma prática indiscriminada desse procedimento⁽⁷⁾. Os resultados desse estudo sugerem que a decisão pela cesariana pode não ser pautada em fatores clínicos⁽³⁾. É importante ressaltar que a cesariana sem indicação clara pode aumentar a incidência de desconforto respiratório neonatal, a admissão em unidades de terapia intensiva e as dificuldades na amamentação, além de estar associada a taxas maiores de prematuridade tardia⁽⁶⁾.

Apesar desses dados relevantes, a atenção ao parto no país tem sido progressivamente orientada para a humanização da assistência, com foco na promoção do bem-estar materno e neonatal. Programas como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e, atualmente, a Rede Alyne visam reduzir as altas taxas de morbimortalidade e melhorar o acesso e a qualidade da assistência obstétrica⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Em complemento, destaca-se que o contato pele a pele imediato entre mãe e filho e a amamentação na primeira hora de vida são práticas fundamentais para a saúde neonatal, com benefícios comprovados para a adaptação do recém-nascido ao ambiente externo, com regulação da temperatura, estabilização da respiração e prevenção da hipoglicemia. Além disso, a amamentação precoce garante a ingestão do colostro, essencial para fortalecer o sistema imunológico do bebê⁽¹¹⁾. No entanto, os índices de amamentação na primeira hora ainda são baixos em muitos contextos, como evidenciado em alguns estudos que destacaram a falta de protocolos e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para implementar práticas consistentes de apoio à amamentação^(12,13). O Brasil, considerando esse cenário, precisa de um esforço conjunto entre autoridades de saúde, sociedades médicas e equipes multidisciplinares para garantir que as cesarianas sejam realizadas apenas quando necessário, promovendo um atendimento seguro e respeitoso para todas as gestantes⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, estudos que avaliem o perfil epidemiológico de mulheres submetidas à cesariana e de seus neonatos podem auxiliar no entendimento de como as políticas públicas⁽⁸⁻¹⁰⁾ têm sido implementadas na prática.

O objetivo deste estudo foi, portanto, delinear o perfil epidemiológico de puérperas e neonatos nascidos por cesariana em um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e quantitativo, realizado a partir da coleta de dados de prontuários dos anos de 2019 e 2020 de um hospital universitário, referência em gestação de alto risco, em João Pessoa, na Paraíba. A coleta dos dados ocorreu no período de junho de 2021 a junho de 2023 e este estudo procurou atender itens essenciais da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁵⁾.

Em decorrência da disponibilidade de uma listagem de mulheres submetidas à cesariana, este estudo foi realizado com prontuários dos anos de 2019 e 2020.

Nos anos de 2019 e 2020, 936 e 1316 gestantes, respectivamente, realizaram cesariana no Serviço de Obstetrícia, totalizando 2252 gestantes. Para o cálculo amostral, foi utilizado o programa *Open Epi* – versão 3.01, disponível on-line e com um intervalo de confiança de 95%. Ademais, foi obtida uma amostra representativa necessária de 329 prontuários. Neste estudo, foram incluídos 342 prontuários de puérperas, com 18 anos ou mais, submetidas à cesariana no serviço e cujo prontuário apresentou todas as variáveis do estudo. A coleta de prontuários superou o quantitativo amostral calculado, com o objetivo de mitigar a perda de dados em variáveis específicas.

As variáveis coletadas foram baseadas nos perfis social, clínico e obstétrico materno e nos desfechos fetais. Quanto à mulher submetida à cesariana, foram obtidos os seguintes dados: idade (em anos), cor/raça, escolaridade, estado civil, Índice de Massa Corporal (IMC), presença de comorbidades, número de consultas de pré-natal, mês de gestação em que iniciou o pré-natal, paridade, semanas de gestação no momento do nascimento, apresentação fetal no momento do nascimento, início do trabalho de parto, causas de indicação de cesárea e destino da mãe. Em relação ao recém-nascido, foram coletados: vitalidade, sexo, peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, Índice de Apgar (no primeiro e no quinto minutos), classificação do recém-nascido quanto à idade-gestacional e destino do recém-nascido (RN).

A coleta de dados de prontuários foi realizada no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital universitário. Os prontuários são físicos e a coleta dos dados foi realizada pela equipe de pesquisa, após treinamento. Os dados foram compilados em um *software* da planilha Microsoft Excel e foi realizada uma análise estatística descritiva, por meio da versão 21.0 do SPSS, obtendo-se resultados em números absolutos, percentuais e medidas de tendência central. Além disso, foi realizado o Teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados, complementado por análise gráfica (histogramas e gráficos Q-Q) para assegurar a avaliação robusta da normalidade. Os dados que apresentaram distribuição não-normal foram descritos como mediana, valores mínimo e máximo e intervalo interquartil, por sua vez, os dados com distribuição normal foram descritos como média e desvio padrão. Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como normatiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi obtido um parecer favorável (Parecer nº 4.623.802) à sua realização (CAAE nº 44547321.7.0000.8069, com data de aprovação em 31 de março de 2021).

RESULTADOS

As mulheres da amostra apresentaram mediana de idade de 27 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 43 anos e um intervalo interquartil de 12,50. Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a média foi de 30,38

($\pm 5,06$). Pouco mais de metade da amostra (50,60%) não apresentava comorbidades. Entre as que apresentaram alguma condição (49,40%), as mais comuns foram *Diabetes Mellitus* Gestacional (DMG), Hipertensão Arterial Sistêmica Gestacional (HAS gestacional) e Pré-Eclâmpsia (PE). Quanto à cor/raça, a maioria das mulheres se identificou como parda (61,10%), seguida por brancas (22,80%) e pretas (7,90%). A escolaridade mais frequente foi o Ensino Médio, representando 57,30% da amostra, seguido pelo Ensino Superior completo (13,70%). Os estados civis da maioria das mulheres foram união estável (33,60%) e solteiras, com a mesma porcentagem.

Quanto ao histórico obstétrico, a maioria das mulheres da amostra (57,30%) era multípara. Quando a Classificação de Robson foi aplicada, as classificações mais frequentes na amostra foram a 1 (14,60%), a 2 (20,20%) e a 5 (34,50%).

Em relação aos dados gestacionais, a mediana do número de consultas pré-natal foi de 8, intervalo interquartil de 4, com o mínimo de nenhuma consulta e o máximo de 19 consultas.

Quanto ao início do pré-natal, a maioria das mulheres (80,40%) iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação, 16,80% no segundo e 2,20% no terceiro. Apenas 0,6% da amostra não realizou o pré-natal. A Tabela 1, a seguir, descreve a idade gestacional, a apresentação fetal, o início do trabalho de parto e o destino da mãe após o parto.

Tabela 1. Frequência da distribuição das variáveis baseadas em dados sobre cesariana do hospital universitário, nos anos de 2019 e 2020, em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2026. ($n = 342$)

Variável	Categorias	Frequência	Percentual
Apresentação fetal	Cefálica	310	90,60
	de Face	1	0,30
	Pélvica	25	7,30
	Transversa	1	0,30
	Ignorado	5	1,50
Início do trabalho de parto	Cesárea antes do trabalho de parto	157	45,90
	Induzido	46	13,50
	Espontâneo	130	38,00
	Ignorado	9	2,60
Destino da mãe	Clínica Obstétrica	335	97,90
	UTI	1	0,30
	Outro	3	0,90
	Ignorado	3	0,90

Fonte: Produzido pelos autores.

Em todos os casos avaliados, o recém-nascido nasceu vivo (100%), sendo 55,30% do sexo masculino e 44,70% do feminino. A média do peso, ao nascer, foi de 3298,13g ($\pm 587,04$). O comprimento, ao nascer, apresentou uma mediana de 49,75, intervalo interquartil de 3, com o mínimo de 36 cm e o máximo de 65 cm. O perímetro cefálico teve uma mediana de 35 cm, intervalo interquartil de 2, valor mínimo de 27 cm e máximo de 53 cm.

A Tabela 2 apresenta os resultados do peso do recém-nascido, do contato pele a pele, da amamentação na primeira hora, dos Índices Apgar de primeiro e quinto minutos, da classificação do recém-nascido quanto à idade-gestacional (RN pré-termo, gestação com menos de 37 semanas; RN a termo, gestação entre 37 e 41 semanas e RN pós-termo, gestação com 42 semanas ou mais) e do destino do recém-nascido. Os Índices Apgar de 0 a 4 foram classificados como ruins, de 5 a 7 como bons e de 8 a 10 como ótimos.

Tabela 2. Frequência da distribuição das variáveis baseadas em dados sobre recém-nascidos do hospital universitário, nos anos de 2019 e 2020, em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2026. ($n = 342$)

Variável	Categorias	Frequência	Percentual
Peso do RN	Baixo peso (<2500g)	22	6,40
	Peso insuficiente (2500-2999g)	66	19,30
	Peso adequado (3000-3999g)	221	64,60
	Excesso de peso (a partir de 4000g)	32	9,40
	Ignorado	1	0,30

Contato pele a pele	Sim	278	81,30
	Não	61	17,80
	Ignorado	3	0,90
Amamentação na primeira hora	Sim	123	36,00
	Não	191	55,80
	Ignorado	28	8,20
Apgar no 1º minuto	Ótimo	304	88,90
	Bom	32	9,40
	Ruim	6	1,7
Apgar no 5º minuto	Ótimo	336	98,20
	Bom	5	1,50
	Ruim	1	0,30
Classificação do RN (De acordo com a idade gestacional)	RN ^a pré-termo	31	9,10
	RN ^a a termo	310	90,60
	RN ^a pós-termo	1	0,30
Destino do RN	Clínica Obstétrica	291	85,10
	UCIN ^b	20	5,84
	UTIN ^c	3	0,88
	Outro	26	7,60
	Ignorado	2	0,58

a. RN – recém-nascido

b. UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

c. UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Fonte: Produzido pelos autores.

DISCUSSÃO

Com relação às variáveis sociodemográficas maternas, a mediana de idade de 27 anos apresentou semelhança com dados internacionais da literatura, como a média de 29,21 anos de idade em gestantes a termo submetidas à cesariana no Nepal⁽¹¹⁾. Um estudo nacional, que apresentou uma amostra de 8910 nascimentos em 4 anos, identificou maiores taxas de cesariana em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (61,6%)⁽¹⁶⁾. Observa-se que a mediana de idade de mulheres que realizaram cesárea na amostra do presente estudo é menor do que a média do estudo nacional, o que pode ser explicado pelo local em que foi coletada a amostra deste estudo. Conforme uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto (São Paulo)⁽¹⁷⁾, que comparou as taxas de cesariana entre maternidades públicas e privadas, observou-se uma menor proporção de mães com idade superior a 30 anos na maternidade pública. Esse achado, em consonância com os resultados do presente estudo, reforça o perfil característico das gestantes atendidas em instituições públicas, predominantemente composto por mulheres mais jovens. Tal evidência sugere que o contexto institucional influencia diretamente o perfil epidemiológico materno, o que deve ser considerado na interpretação e na generalização dos resultados.

No mesmo sentido, os resultados do presente estudo, que apresentam maioria da amostra parda, escolaridade até o Ensino Médio e estado civil predominantemente de união estável, divergem da tendência nacional, a qual, em um universo de nascimentos variados, associa maiores taxas de cesárea a gestantes de cor/raça branca (52,5%), separadas, divorciadas ou viúvas (63,3%) e com maior nível de escolaridade (71,7%)⁽¹⁰⁾. Dessa forma, na amostra deste estudo, o perfil sociodemográfico das gestantes submetidas à cesariana reflete a realidade epidemiológica de um hospital universitário público, caracterizada por mulheres mais jovens e com menor nível socioeconômico. Essa observação reforça que o contexto institucional influencia diretamente os resultados observados, diferenciando-os de estudos realizados em hospitais privados, onde há maior proporção de gestantes acima de 30 anos e com maior escolaridade⁽¹⁷⁾. Assim, a interpretação dos dados deve considerar essas especificidades, que limitam a generalização, mas evidenciam o papel das instituições públicas na assistência obstétrica.

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), o valor médio encontrado na amostra foi de 30,38 kg/m², o que configura obesidade, segundo as definições da OMS⁽¹⁸⁾. No entanto, compreende-se que, também segundo a OMS, o diagnóstico de obesidade da gestante deve ser dado com relação ao IMC anterior à gestação ou referente ao primeiro trimestre gestacional⁽¹⁸⁾, e não ao IMC do momento do nascimento. Dessa forma, uma vez que os dados do presente estudo se referem ao IMC calculado no momento da internação para o nascimento, não é possível

afirmar, com precisão, que a maioria das gestantes da amostra era, de fato, obesa. Isso porque, durante a gestação, ocorre um ganho de peso fisiológico esperado, o que pode elevar artificialmente o IMC no final da gravidez, podendo superestimar a prevalência de obesidade na população estudada. Essa limitação metodológica ressalta a importância do registro e da utilização do IMC pré-gestacional ou de calculadoras de IMC gestacional validadas nas análises epidemiológicas e clínicas, a fim de garantir uma maior acurácia na identificação de comorbidades e nos riscos obstétricos associados à obesidade materna.

No que concerne às comorbidades, a análise revelou que a maioria das mulheres da amostra não possuía diagnósticos comórbidos anteriores. Com relação às comorbidades, as mais comuns foram DMG, HG e PE. Esse dado vai ao encontro da literatura, a qual sugere que gestantes com IMC elevado, especialmente aquelas com comorbidades, como DMG e HAS, apresentam maior chance de serem submetidas a cesarianas^(4,6,12). À vista disso, uma avaliação mais abrangente da associação entre comorbidades e a via de nascimento exigiria a inclusão de mulheres submetidas tanto à cesariana quanto ao parto vaginal. Essa metodologia possibilitaria a comparação da prevalência de condições clínicas entre as distintas vias de nascimento, permitindo a identificação de fatores de risco associados à indicação de cesariana. Deve-se ressaltar, ainda, que o hospital onde os dados foram coletados é uma instituição de referência. Nesse contexto, gestantes com quadros clínicos mais complexos, frequentemente encaminhadas a serviços especializados, tendem a ser submetidas à cesariana. Todavia, a restrição deste estudo à análise exclusiva de cesarianas constitui uma limitação que impede a inferência de associações e comparações mais conclusivas.

Em relação ao histórico obstétrico das gestantes, a maioria era múltipara e correspondeu à classificação 5 de Robson (gestantes com cesariana anterior, feto único, apresentação cefálica e ≥ 37 semanas de gestação), em consonância com o que se observa no Brasil. Esse grupo é, reconhecidamente, o principal contribuinte para as altas taxas de cesariana no setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e no setor privado⁽¹⁹⁾. A recorrência da cesariana nesse grupo reflete o desafio enfrentado pela obstetrícia brasileira em promover partos vaginais após a cesariana (PVPC) de forma segura e eficaz. Embora o PVPC seja uma alternativa recomendada e viável para muitas gestantes, sua implementação é dificultada por barreiras clínicas, institucionais e culturais. Nesse contexto, a ascensão das taxas de cesariana no Sistema Único de Saúde (SUS) revela uma preocupação social significativa: a vulnerabilidade de mulheres a intervenções cirúrgicas desnecessárias⁽²⁰⁾, resultado que corrobora a influência de fatores estruturais e formativos nas condutas médicas. Notadamente, observa-se a persistência de um modelo intervencionista na formação profissional, a inadequação do treinamento para a condução de partos fisiológicos, a lacuna de diretrizes institucionais que estimulem a expectativa pela progressão espontânea do trabalho de parto e suas manifestações benignas, bem como a carência de qualificação em métodos e técnicas não farmacológicas que promovam essa progressão. Tais lacunas podem impactar consideravelmente nas indicações de cesariana, contribuindo para sua realização em situações que poderiam ser conduzidas de forma menos intervencionista⁽²¹⁾.

No que tange à realização do pré-natal, observou-se que 99,4% das gestantes realizaram acompanhamento durante a gestação, e a maioria (80,4%) iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional. Esse dado é positivo e está em conformidade com as recomendações da OMS, que orientam sobre o início do acompanhamento pré-natal, o qual deve ser, preferencialmente, até as 12 semanas de gestação⁽²⁰⁾. Ademais, esse cenário encontra respaldo em estudos regionais, como o realizado em uma maternidade pública integrante da Rede Cegonha, no Estado do Rio Grande do Norte, que avaliou 380 puérperas atendidas entre abril de 2018 e março de 2019⁽²²⁾. Nesse estudo, 93% das mulheres receberam atendimento pré-natal pelo sistema público de saúde, enquanto cerca de 7% foram acompanhadas pelo setor privado, e apenas uma pequena parcela (0,019%) não teve acesso a qualquer acompanhamento pré-natal⁽²²⁾. A presente análise demonstra, assim, um progresso significativo na qualidade da assistência obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS), reforçando não apenas a expansão do acesso a esses serviços, mas também a importância do pré-natal precoce, para a obtenção de desfechos maternos e neonatais mais favoráveis.

Com relação ao momento do nascimento, os resultados mostraram predominância de recém-nascidos em idade gestacional a termo. Entretanto, o resultado se contrapõe ao obtido em grandes bases de dados nacionais, nos quais os nascimentos por cesariana podem ocorrer, em grande parte, no intervalo pré-termo, antes de 37 semanas, especialmente em determinados grupos da classificação de Robson, em comparação com partos vaginais. Esse aspecto pode apresentar implicações clínicas para os desfechos neonatais associados ao tempo de gestação⁽²³⁾.

A apresentação fetal cefálica foi a mais frequente na amostra. Essa observação condiz com dados de vigilância perinatal, que identificam a apresentação cefálica como dominante em nascimentos a termo e associada a menores taxas de complicações perinatais, quando comparada às apresentações pélvica ou transversa^(23,24).

Em relação ao início do trabalho de parto, observou-se que 45,9 % das cesarianas foram realizadas antes do início do trabalho de parto, enquanto apenas 38% dos partos ocorreram com trabalho de parto espontâneo. As evidências de ensaios clínicos randomizados e as metanálises sugerem que políticas de indução do trabalho de parto

a termo (≥ 37 semanas) podem reduzir desfechos neonatais adversos, como baixos escores de Apgar e internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, quando comparadas à conduta expectante, indicando que o manejo do início do trabalho de parto exerce impacto direto nos desfechos maternos e neonatais⁽²⁵⁾.

As indicações de cesariana pré-trabalho de parto são multifatoriais, incluindo indicação materna ou fetal documentada, história obstétrica e fatores clínicos. É importante registrar que a falta de dados clínicos detalhados nos prontuários limita a avaliação da adequação de tais indicações. Os estudos que utilizam a classificação de Robson demonstram que uma proporção significativa de cesarianas pré-trabalho de parto ocorre em grupos obstétricos de baixa indicação prevista, o que reforça a necessidade de análise crítica dos critérios de indicação cirúrgica⁽²³⁾.

Quanto ao destino materno no alojamento hospitalar, a alta sem complicações imediatas sugere um perfil de atendimento clínico bem-sucedido. No entanto, é importante reconhecer que cesarianas, especialmente as realizadas antes do início do trabalho de parto, estão associadas à maior morbidade materna em comparação com partos vaginais, particularmente quando não existe indicação médica clara⁽³⁾. A lacuna de dados nos registros clínicos obstétricos evidencia a demanda por uma documentação mais exaustiva, essencial para conferir maior robustez metodológica a futuras análises.

Por sua vez, no que se refere aos dados neonatais, 100% nasceram vivos, e o peso médio ao nascer foi de 3298,13g, dentro da faixa considerada normal pela OMS (2.500g a 4.000g)⁽²⁶⁾. Esse achado é consistente com os dados apresentados por Simões et al. 2022⁽⁷⁾, que também relataram que a maioria dos recém-nascidos apresenta peso ao nascer dentro desse intervalo⁽⁷⁾, reforçando a adequação do perfil neonatal da amostra estudada. Em relação ao sexo dos recém-nascidos, os resultados desta pesquisa estão de acordo com os dados de Ministério da Saúde (MS) de 2023⁽²⁷⁾. No Brasil, 51,2 % dos recém-nascidos vivos foram do sexo masculino, o que aponta para uma proporção ligeiramente maior de meninos em relação às meninas entre os nascidos vivos⁽²⁷⁾.

A baixa proporção de recém-nascidos com peso inferior a 2.500 g (6,2%) também pode ser destacada, sendo compatível com as observações previamente descritas⁽²⁸⁾, que identificaram maior prevalência de baixo peso ao nascer em cesarianas de emergência, frequentemente associadas à prematuridade e a complicações clínicas agudas⁽²⁸⁾. No presente estudo, a predominância de cesarianas eletivas e de gestações a termo pode justificar a menor incidência de baixo peso, sugerindo um perfil perinatal de menor risco imediato. Por fim, a mediana de comprimento ao nascer, de 49,75 cm, e o perímetro cefálico, de 35 cm, estão plenamente de acordo com os parâmetros de normalidade da OMS para bebês a termo⁽²⁹⁾.

Em relação ao contato pele a pele, a literatura apresenta evidências dos benefícios para o binômio mãe e bebê, como a promoção de maior estabilidade fisiológica dos recém-nascidos (incluindo termorregulação e estabilização dos sinais vitais), favorecimento do aleitamento materno exclusivo e fortalecimento da interação mãe-bebê⁽³⁰⁾. Nesse sentido, o presente estudo encontrou dados positivos e otimistas, com o contato pele a pele presente em 81,30% das cesarianas analisadas. No entanto, apesar de o contato direto entre mãe e bebê estar diretamente relacionado à amamentação precoce⁽¹²⁾, apenas 36% dos nascimentos por cesariana contaram com a amamentação na primeira hora. Esse resultado sugere que, embora o contato pele a pele venha sendo estimulado, sua implementação ainda ocorre de forma limitada e fragmentada, sem o devido acompanhamento para assegurar a continuidade dos cuidados essenciais ao recém-nascido. Tal cenário demonstra que a prática pode ser tratada como cumprimento formal de protocolo, em vez de ser integrada a um modelo de assistência centrado no vínculo materno-infantil. Essa limitação reforça, portanto, a necessidade de protocolos institucionais mais robustos, de capacitação da equipe e de monitoramento sistemático, de modo a garantir que o contato pele a pele cumpra plenamente seu papel na promoção da saúde e do bem-estar do binômio mãe-bebê.

Em última análise, quanto ao escore de Apgar atribuído aos recém-nascidos, 88,9% apresentaram escores entre 8 e 10 no primeiro minuto e 98,2% no quinto minuto, o que reflete boa vitalidade neonatal. Esses resultados são coerentes com o alto percentual de recém-nascidos encaminhados à clínica obstétrica (85,10%) e com o reduzido índice de admissões em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (0,88%), ademais, estão em consonância com a literatura, a qual sugere que recém-nascidos oriundos de cesarianas eletivas tendem a apresentar melhores condições clínicas ao nascimento, refletidas por escores de Apgar mais elevados, quando comparados aos nascidos por cesarianas de emergência⁽¹¹⁾. Isso reforça a hipótese de que o perfil de cesarianas eletivas predominante na amostra pode ter contribuído para os desfechos neonatais positivos observados.

Em síntese, este estudo apresentou limitações metodológicas que merecem ser destacadas. Primeiramente, a amostra foi composta, exclusivamente, por mulheres submetidas à cesariana, o que impediu a realização de comparações com partos vaginais e, conseqüentemente, a análise da associação entre comorbidades e a via de nascimento. Em segundo lugar, a ausência de registro formal da indicação para a cesariana nos prontuários clínicos

dificultou uma avaliação crítica da real necessidade do procedimento. Adicionalmente, o período de coleta de dados, restrito aos anos de 2019 e 2020, não abrangeu o período da pandemia da COVID-19, o que pode ter influenciado os resultados e a generalização das conclusões. Ressalta-se, ainda, que a ausência de um sistema de prontuário eletrônico no momento da coleta de dados impôs desafios adicionais à pesquisa. Por fim, embora a coleta tenha sido conduzida com rigor, a falta de dupla checagem não permite garantir a completa ausência de erros de digitação ou de transcrição das informações dos prontuários, o que pode ter impactado a fidedignidade dos dados.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que, apesar de a amostra estudada apresentar bons indicadores de saúde materno-infantil, como alta proporção de recém-nascidos com peso adequado, escores de Apgar satisfatórios e início precoce de pré-natal, ainda existem fragilidades significativas na assistência, especialmente relacionadas à amamentação na primeira hora e à implementação universal do contato pele a pele.

A elevada proporção de cesarianas realizadas antes do início do trabalho de parto reforça a necessidade de revisão criteriosa das indicações cirúrgicas e maior adesão às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Tais achados destacam a importância de estratégias institucionais para reduzir cesarianas eletivas desnecessárias, para incentivar o parto vaginal e para fortalecer práticas de humanização, garantindo melhor alinhamento às diretrizes de cuidado materno e neonatal.

Este estudo ressalta a importância da adoção da Classificação de Robson como critério para indicação de cesariana, complementada pelo registro formal em prontuário. A implementação dessa prática é particularmente relevante em hospitais públicos universitários, que devem alinhar-se às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). As investigações futuras voltadas ao aprofundamento do uso da Classificação de Robson e à revisão das principais indicações de cesariana podem contribuir para o monitoramento e a avaliação da adesão às recomendações ministeriais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
2. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates: frequently asked questions [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/who-statement-on-caesarean-section-rates-frequently-asked-questions>
3. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 16];6(6):e005671. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
4. Dias BAS, Leal MC, Esteves-Pereira AP, 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* [Internet]. 2022 [citado em 2025 Dez 16];38(6):e00073621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>
5. Freitas PF, Vieira HGM. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. *J Health Biol Sci* [Internet]. 2020 [citado em 2025 Dez 16];8(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.2736.p1-9.2020>
6. Oliveira D, Oliveira JM, Martins MR, Barroso MR, Castro R, Cordeiro L, et al. Maternal profiles and pregnancy outcomes: a descriptive cross-sectional study from Angola. *Matern Child Health J* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 16];27(12):2091-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03782-6>
7. Simões AD, Carvalho BCU, Silva Júnior CA, Alvim CM, Pinheiro FES, Ferreira GA, et al. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. *RSD* [Internet]. 2022 [citado em 2025 Dez 16];11(7):e0211729678. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29678>
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado em 2025 Dez 16]. Disponível em: <https://catalogo.ipea.gov.br/politica/582/programa-de-humanizacao-no-pre-natal-e-nascimento>

9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Cegonha [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2025 Dez 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mco-ufba/saude/rede-cegonha>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 2025 Dez 16]. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf
11. Bharati S, Dangal G, Tiware KD, Maharjan S, Bhandari S, Karki A, et al. Fetomaternal outcome of pregnant women at term undergoing cesarean section. J Nepal Health Res Counc [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 16];22(1):21-4. Available from: <https://jnhrc.com.np/index.php/jnhrc/article/view/319>
12. Lucchese I, Góes FGB, Soares IAA, Goulart MCL, Silva ACSS, Pereira-Ávila FMV. Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. Esc Anna Nery [Internet]. 2023 [citado em 2025 Dez 16];27:e20220346. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0346pt>
13. Antunes MB, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CAT, Higarashi IH, Ichisato SMT, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. Av Enferm [Internet]. 2017 [citado em 2025 Dez 16];35(1):19-29. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.43682>
14. Braga A, Sun SY, Zaconeta ACM, Trapani Junior A, Luz AG, Osanan G, et al. Increase in cesarean sections in Brazil: a call to reflection. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 16];45(3):109-12. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1768454>
15. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2025 Dec 16];44(3):559-65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
16. Piva VMR, Voget V, Nucci LB. Cesarean section rates according to the Robson Classification and its association with adequacy levels of prenatal care: a cross-sectional hospital-based study in Brazil. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 16];23:455. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05768-2>
17. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2025 Dec 16];24(12):2909-18. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200020>
18. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
19. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva da gravidez [Internet]. Genebra: OMS; 2016 [citado em 2025 Dez 16]. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fff1c746-c97e-4a00-bef7-7a44420030b4/content>
20. Pereira VB, Reis SN, Araújo FG, Amorim T, Martins EF, Felisbino-Mendes MS. Tendência da taxa de cesariana no Brasil por grupo de classificação de Robson, 2014-2020. Rev Bras Enferm [Internet]. 2024 [citado em 2025 Dez 16];77(3):e20230099. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0099pt>
21. Schaffer GL, Souza LM, Soares NN. A cultura da cesariana e as práticas obstétricas em um hospital de ensino. Enferm Foco [Internet]. 2023 [citado em 2025 Dez 16];14:e202335. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202335>
22. Teixeira GA, Holanda NSO, Azevedo IG, Moura JR, Carvalho JBL, Pereira SA. Factors Associated with Number of Prenatal Visits in Northeastern Brazil: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [cited 2025 Dec 16];19(22):14912. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph192214912>
23. Rocha AS, Paixao ES, Alves FJO, Falcão IR, Silva NJ, Teixeira CSS, et al. Cesarean sections and early-term births according to Robson classification: a population-based study with more than 17 million births in Brazil. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 16];23:562. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05807-y>

24. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto MLS. Cesarean-section rates in Brazil from 2014 to 2016: cross-sectional analysis using the Robson classification. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 16];42(9):485-93. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134>
25. National Institute for Health and Care Excellence. Induction of labour: clinical guideline NG207 [Internet]. London: NICE; 2021 [cited 2025 Dec 16]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579534/bin/niceng207er1_bm5.pdf
26. World Health Organization. Low birthweight: country, regional and global estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9280638327>
27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 Jan 9]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras/view>
28. Terkawi AS, Bakri B, Bakour C. Pregnancy and delivery characteristics and outcomes in Northwestern Syria: a prospective cohort study. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 16];163(1):256-64. Available from: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14826>
29. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2025 Dec 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
30. Gupta N, Deierl A, Hills E, Banerjee J. Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatr* [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 16];110(8):2310-5. Available from: <https://doi.org/10.1111/apa.15913>

APÊNDICE - ESPECIFICAÇÕES EDITORIAIS

Histórico

Recebido em: 30/07/2025.

Aceito em: 08/06/2026.

Como Citar

Silva VM, Sousa LR, Remigio GNR, Henriques JPBCA, Rodrigues RR, Pissetti CW. Perfil Epidemiológico de Gestantes e Neonatos Nascidos por Cesariana em um Hospital Universitário. Rev Bras Promoç Saúde. 2026;39:e16200. <https://doi.org/10.5020/18061230.2026.16200>

Agradecimento e Conflito de Interesse

Agradecemos ao SAME-HULW por separar e disponibilizar os prontuários utilizados nesta pesquisa. Os autores não possuem conflitos de interesse a declarar.

Fonte de Financiamento

O estudo contou com o financiamento de bolsa de Iniciação Científica CNPq/UFPB.

Contribuições

Vitória Montenegro Silva: elaboração e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito. Letícia Ramos de Sousa: aquisição, análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito. Gabriel Nelson Rolim Remigio: aquisição, análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito. João Pedro Borges da Costa Amaral Henriques: redação e/ou revisão do manuscrito. Rodrigo Ramalho Rodrigues: aquisição, análise e interpretação de dados. Cristina Wide Pissetti: elaboração e delineamento do estudo; análise e interpretação de dados; redação e/ou revisão do manuscrito.

Dados da Autora Principal e Endereço para Correspondência

Cristina Wide Pissetti

Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Universidade Federal da Paraíba.

Campus I: Cidade Universitária

Bairro: Castelo Branco

CEP: 58051-900 / João Pessoa, PB - Brasil

E-mail: cristinawpissetti@gmail.com

Uso de Inteligência Artificial

Os autores declaram que foi utilizado o recurso de Inteligência Artificial na elaboração deste artigo, discriminando que a ferramenta utilizada foi o Copilot (Microsoft, 2026), com a finalidade de reescrita de trechos do texto, a fim de melhorar a clareza e objetividade, sendo a extensão da contribuição aplicada na seção de Discussão. Os autores também declaram que, após o uso da ferramenta, todo o conteúdo produzido foi revisado, garantindo sua veracidade e originalidade, e que estão cientes das declarações.

Processo de Avaliação

Revisão por pares duplo-cega (*double-blind peer review*).

Avaliadores

Dois pareceristas avaliaram este artigo e não autorizaram a divulgação dos seus nomes.

Editora-chefe responsável: Ana Mattos Brito de Almeida ; rbps@unifor.br ;

<https://orcid.org/0000-0002-6140-0695> ; <http://lattes.cnpq.br/4899711651204481>