



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

VICTOR DE ALENCAR MOURA

CLASSIFICAÇÃO DOS PARTOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO CEARÁ
BASEADA EM CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS PACIENTES

FORTALEZA

2018

VICTOR DE ALENCAR MOURA

**CLASSIFICAÇÃO DOS PARTOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO CEARÁ
BASEADA EM CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS PACIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa

FORTALEZA

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M889c Moura, Victor de Alencar.
Classificação dos partos em um hospital terciário do Ceará baseada em características obstétricas das
pacientes / Victor de Alencar Moura. – 2018.
86 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa.
1. cesariana. 2. parto vaginal. 3. saúde materna. 4. atenção terciária à saúde. I. Título.

CDD 610

VICTOR DE ALENCAR MOURA**CLASSIFICAÇÃO DOS PARTOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DO CEARÁ
BASEADA EM CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DAS PACIENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Júlio Augusto Gurgel Alves
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho ao meu avô, Carlos Augusto Alencar (in memoriam), por ser meu grande exemplo e norte de caráter e dedicação à medicina e à família.

A você vovô, toda minha admiração e saudade.

“As pessoas estão sempre culpando as circunstâncias pelo que elas são.

Eu não acredito em circunstâncias. As pessoas que progridem neste mundo são as pessoas que se levantam e vão à procura das circunstâncias que elas precisam, e quando não encontram, as criam.”

“People are always blaming their circumstances for what they are. I don't believe in circumstances. The people who get on in this world are the people who get up and look for the circumstances they want, and if they can't find them, make them.”

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre iluminar meus caminhos.

Ao Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena Feitosa, meu orientador, pela confiança, paciência, e por acreditar no meu trabalho.

À minha esposa Ana Caroline, minha incentivadora e meu porto seguro nos bons e maus momentos. Com você aprendi que o “impossível” não existe, e tudo se torna mais simples.

Aos meus pais, João Ingenieros e Carlenise, e ao meu irmão, João Carlos, que são meu alicerce e representam o sentido real da palavra “família”. Sei que a coragem para o enfrentamento deste desafio vem do estímulo que recebo de vocês.

Aos meus avós Carlos (in memoriam) e Waldenise e João Adolfo e Luisinha, sei que com vocês compartilhei os momentos mais doces da minha vida.

À Benet e a Iranilde, por toda a ajuda e por sempre demonstrarem um sentimento maternal com todos. Devo a vocês a solução de muitos problemas!

Aos professores e colegas do MPSMC, lembrarei de todos sempre com muito carinho.

Ao Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar Júnior, meu tio e incentivador, e a toda família MEAC, pelo crescimento pessoal e profissional nos quatro anos de convívio. A esta instituição devo meu nascimento, minha formação e boas lembranças vividas.

RESUMO

Observa-se que o número de cesarianas vem crescendo em todo o mundo e, no Brasil, estima-se em 52% a taxa de cesarianas na rede pública, superior aos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) é uma classificação baseada em características obstétricas das pacientes. A OMS recomenda a utilização mundial da Classificação de Robson como instrumento padrão de avaliação, comparação e monitoramento das taxas de cesarianas. Considerando a importância de uma base para a indicação de cesarianas e o propósito em reduzir o número de cesarianas desnecessárias, o objetivo deste estudo foi utilizar o SCR DG para classificar um grupo de pacientes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, que é um hospital universitário público e um centro de referência no cuidado materno e neonatal no estado do Ceará, no período de julho a dezembro de 2017. Trata-se de um estudo observacional e transversal. Os dados foram coletados em fichas padronizadas que continham informações sobre a categoria da gravidez, paridade, história obstétrica de cesariana, início do trabalho de parto e idade gestacional ao nascimento. Considerou-se para o estudo uma amostra de 494 relatórios de partos vaginais e 795 relatórios de partos abdominais ($\approx 55\%$ dos partos realizados para cada categoria no período avaliado). Os dados foram consolidados utilizando planilhas do programa Microsoft Excel e foram apresentados em forma de frequência simples, gráficos e tabelas. Os grupos que mais impactaram a taxa de cesáreas na MEAC foram o Grupo 2 (20,66%), o Grupo 5 (27,76%) e o grupo 10 (16,98%), cuja soma representou mais de 65% das cesarianas realizadas no período. A taxa global de cesáreas no período avaliado foi de 62,05% para a amostra, que diferiu em 1% do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial da MEAC (61,05%). A taxa de relatórios não classificados foi de 4,4%, o que indica que esforços devem ser realizados para o preenchimento correto das fichas, com a inclusão de todos os dados. A taxa global de partos vaginais foi de 37,96% para a amostra avaliada, que difere em 0,99 % do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial da MEAC (38,95%). As maiores contribuições para a taxa global de partos vaginais foram dos grupos 3 (35,70%), 1 (31,83%) e 10 (21,07%). Se os resultados obtidos nesse trabalho são comparados com os de outros hospitais terciários de universidades brasileiras, verifica-se que a MEAC segue a mesma tendência em relação à contribuição dos grupos, porém com a taxa global de cesarianas um pouco superior (57,9%). Conclui-se com a realização deste trabalho que a utilização do SCR DG é uma poderosa ferramenta para analisar os partos e definir onde os esforços devem ser centrados para que a MEAC consiga reduzir a taxa global de cesáreas aos valores considerados ideais pela OMS.

Palavras-chave: cesariana; parto vaginal; saúde materna; atenção terciária à saúde.

ABSTRACT

The number of cesarean sections is growing worldwide and, in Brazil, the cesarean rate in the public network is around 52%. This value is higher than the one recommended by the World Health Organization (WHO) that is 15%. The Ten-Group Robson Classification (SCRDG) is a classification based on the basic obstetric characteristics of the patients. The World Health Organization has recommended the use of the Robson Classification as a global standard classification for the evaluation, comparison, and monitoring of cesarean rates. Considering the importance of a basis for the indication of cesarean sections and the need of reducing the number of unnecessary caesarean sections, the goal of this study was to use the SCR DG to classify a group of women admitted to gave birth over July to December 2017 in the Maternidade Escola Assis Chateaubriand, which is a tertiary healthcare university hospital and a center of reference in maternal and neonatal care in the state of Ceará (Brazil). In this observational and cross-sectional study the data were collected in a standardized chart with information about the parity, obstetric history of cesarean section, onset of labor, fetal presentation, and gestational age at birth. The study considered a sample of 494 reports for vaginal deliveries and 795 reports for abdominal deliveries ($\approx 55\%$ of all deliveries performed for each category over the studied period). Data were managed using Microsoft Excel® spreadsheets. The Robson groups with the highest impact in the cesarean rate were Group 2 (20.66%), Group 5 (27.76%) and Group 10 (16.98%), which accounted for more than 65% of the cesarean sections performed during the evaluated period. The cesarean rate for the used sample was 62.05%, considering the evaluated period, which differed in only 1% from the value reported by the MEAC's Care Management Report (61.05%). A rate of 4.4% "unclassified reports" was obtained, which indicates that efforts should be made to correctly fill in the sheets, with the inclusion of all required data. The rate of vaginal delivery was 37.96% for the evaluated sample, which differed by 0.99% from the value reported by the MEAC's Care Management Report (38.95%). The groups with the highest impacts in the rate of vaginal delivery were groups 3 (35.70%), 1 (31.83%), and 10 (21.07%). Comparing the results obtained in this study with the ones obtained by other tertiary healthcare hospitals from Brazilian universities, one can observe that the Maternidade Escola Assis Chateaubriand follows the same trend in relation to the contribution of the Robson groups, but with the global cesarean rate somewhat higher (57.9%). Finally, it is concluded that the use of SCR DG is a powerful tool to analyze births and define where efforts should be focused to reduce the global cesarean rate in MEAC to the values considered ideal by the WHO.

Keywords: cesarean section; vaginal birth; maternal welfare; tertiary healthcare.

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Estágios relativos ao nascimento por parto vaginal. Adaptado de: OpenStax, 2018. | 8 |
| Figura 2. Sistema de Classificação de Robson de Dez Grupos (SCRDG). | 19 |
| Artigo 1 | |
| Figura 1. Ficha para classificar o parto de acordo com os grupos de Robson. | 39 |
| Gráfico 1. Taxas de cesáreas para os meses avaliados. | 40 |
| Gráfico 2. Distribuição das cesáreas no período de março a julho de 2015. | 40 |
| Artigo 2 | |
| Figura 1. Contribuição mensal dos 10 grupos de Robson na taxa de cesáreas no período de julho a dezembro de 2017. | 49 |
| Figura 2. Classificação de Robson para as cesarianas realizadas de julho a dezembro de 2017 na MEAC. | 49 |
| Figura 3. Contribuição mensal dos 10 grupos de Robson na taxa de partos vaginais no período de julho a dezembro de 2017. | 50 |
| Figura 4. Classificação de Robson para os partos vaginais realizados de julho a dezembro de 2017 na MEAC. | 51 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Risco de resultados adversos maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto (adaptado de ACOG/SMFM, 2014). | 7 |
| Tabela 2. Mortes maternas relacionadas com o tipo de parto nos Estados Unidos, entre 2000 e 2006, de acordo com Clark <i>et al.</i> (2008). | 17 |
| Artigo 2 | |
| Tabela 1. Dados do SCR DG referentes aos partos ocorridos no período de julho a dezembro de 2017 na MEAC. | 48 |
| Tabela 2. Contribuição mensal (%) dos grupos 1, 2, 5 e 10 na taxa de cesáreas no período de julho a dezembro de 2017. | 50 |
| Anexos | |
| Tabela A1. Ficha para classificar o parto de acordo com os grupos de Robson. | 72 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. - antes de Cristo

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CTG - Cardiotocografia

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (International Federation of Gynecology and Obstetrics)

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HC - Hospital das Clínicas

MEAC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand

MMG - morbidade materna grave

N - População total

n - Tamanho da amostra

ND - não disponível

OMS - Organização Mundial de Saúde

OWH - Office on Women's Health

P - Quantidade de acerto esperada

PTP - Prova de trabalho de parto

VBAC - Parto vaginal após uma cesariana

Q - Quantidade de erro esperada (%)

SCRDG - Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos

SMFM - Society for Maternal-Fetal Medicine

UFC - Universidade Federal do Ceará

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

Z - Nível de confiança (95%)

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| Lista de figuras e gráficos | x |
| Lista de tabelas | xi |
| Lista de abreviaturas e siglas | xii |
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1. Justificativa | 4 |
| 1.2. Objetivos | 5 |
| 1.2.1. Objetivo geral | 5 |
| 1.2.2. Objetivos específicos | 5 |
| 2. Aspectos teóricos | 6 |
| 2.1. As vias de parto | 7 |
| 2.1.1. O parto vaginal | 8 |
| 2.1.2. O parto abdominal | 9 |
| 2.1.2.1. Indicações do parto abdominal | 12 |
| 2.1.2.2. A taxa ideal de cesarianas | 14 |
| 2.1.2.3. Os riscos do parto abdominal | 16 |
| 2.2. O Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) | 18 |
| 2.3. Relatos da aplicação do SCR DG | 23 |
| 3. Metodologia | 29 |
| 3.1. Local do estudo | 30 |
| 3.2. Delineamento do estudo | 30 |
| 3.3. População do estudo | 30 |
| 3.4. Critérios de elegibilidade | 31 |
| 3.5. Definição das variáveis | 32 |
| 3.5.1. Variáveis independentes | 32 |
| 3.5.2. Variáveis dependentes | 32 |
| 3.6. Método de coleta de dados | 32 |
| 3.7. Estudo piloto | 32 |
| 3.8. Logística | 33 |
| 3.9. Análise estatística | 33 |
| 3.10. Aspectos éticos | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Publicações | 35 |
| 4.1. Artigo original 1 | 37 |
| 4.2. Artigo original 2 | 42 |
| 5. Conclusão Geral | 61 |
| 6. Referências | 63 |
| Anexos | 71 |
| Anexo 1 - Ficha para captação dos dados | 72 |

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

Capítulo 1 - Introdução

A partir do momento em que os partos passaram a ocorrer prioritariamente em ambientes hospitalares e realizados por profissionais de saúde, passou-se a separar os partos em vaginal e abdominal. Muitas mulheres associam, especialmente após o nascimento vaginal sem intervenções médicas, sentimentos de realização, poder e alegria. Para outras mulheres o parto vaginal é associado a trauma, medo, dor e ansiedade (LAVENDER *et al.*, 2006).

Josipović, Stojkanović e Brković (2015) relatam que o parto vaginal está se tornando menos desejado pela população feminina, que considera a cesariana mais elegante, com menor sofrimento para a mulher e como sendo mais segura para a criança. Como consequência deste pensamento, a demanda por cesarianas vem aumentando. Para Haddad e Cecatti (2011), o profissional de saúde e suas orientações são de grande importância para a escolha da via de parto pela gestante, principalmente as primigestas, o que é evidenciado pela diferença na quantidade de partos por via abdominal entre os setores público e privado.

De acordo com Souza, Amorim e Porto (2010a) o médico deve discutir com a paciente, durante a realização do pré-natal, de forma criteriosa, a possibilidade de indicação de uma cesariana, considerando a necessidade, os riscos, os benefícios, os procedimentos envolvidos e as implicações em futuras gestações. Neste momento, ele deve levar em conta: cultura, língua, dificuldade de aprendizado, entre outros fatores.

Wiklund *et al.* (2012) relatam que uma experiência negativa em parto precedente é uma das razões mais comuns para as mulheres escolherem uma cesariana. Outras razões incluem complicações como a incisão, retocele, cistocele, e o medo de que sua vida sexual seja prejudicada. Finalmente, para muitas mulheres, há o medo de que seus bebês sofram durante o parto vaginal.

A cesariana é indicada, de maneira geral, quando não é provável que se realize o parto vaginal com segurança num período de tempo em que se possa prevenir a morbidade materna e/ou fetal. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) a cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos clínicos.

De acordo com a OMS (2015), a comunidade internacional de saúde tem considerado como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15% de todos os partos. No Brasil, de acordo com estudo realizado pela Fiocruz, este índice chega a 52% na rede pública e 88% na rede privada, com cerca de um milhão de mulheres sendo submetidas anualmente a cesariana sem indicação obstétrica (FIOCRUZ, 2015).

Visando reduzir as cesarianas, faz-se necessário entender os fatores que causam a elevação das taxas de cesarianas, a fim de orientar as intervenções que podem conduzir à redução destas taxas. Uma forma de organizar e de controlar os níveis de partos por via abdominal é a utilização de uma classificação baseada em características obstétricas das pacientes, como a Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) (ROBSON, 2001a). Estes sistemas de classificação são úteis na comparação entre grupos de pacientes com perfis obstétricos semelhantes, auxiliando na indicação de uma via de parto adequada (COSTA *et al.*, 2010).

Nesta pesquisa foi utilizado o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) para classificar os partos vaginais e as cesarianas ocorridas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), no período de julho a dezembro de 2017. Este é um hospital universitário público e um centro de referência no cuidado materno e neonatal no estado do Ceará. A classificação dessas pacientes em grupos com características semelhantes servirá como instrumento para identificar os resultados perinatais desfavoráveis ao parto normal, especialmente visando reduzir a taxa de cesarianas, com especial atenção a fatores como: primigestas, apresentação pélvica, indução e gemelaridade. A utilização da SCR DG possibilitará a comparação entre centros distintos, fornecerá subsídios para a análise precisa das implicações da cesariana, e poderá subsidiar a implementação de mudanças na atividade profissional e hospitalar.

1.1. Justificativa

Uma das decisões mais importantes em obstetrícia é a decisão de interromper uma gravidez antes que o trabalho de parto espontâneo se tenha iniciado. Este procedimento deve ser por razões referentes à mãe ou ao feto, sendo realizado por indução do parto ou por uma cesariana. Sabe-se, também, da importância de fornecer às mães informações detalhadas sobre as vias de parto disponíveis e suas indicações. Para isso, essa informação tem que ser relevante e definida de forma criteriosa, sendo obtida sob cuidadosa coleta, e deve estar disponível e acessível para as pacientes. A Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) consiste em metodologia que visa organizar os partos considerando as características obstétricas das pacientes. Considerando o exposto, bem como o crescente número de indicações de cesarianas, a presente pesquisa visa analisar, segundo algumas características clínicas e obstétricas, um grupo de pacientes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de julho a dezembro de 2017. O uso dessa classificação, recomendada pela OMS, é de fundamental importância para avaliar o crescente aumento de cesáreas na instituição e para definir onde os esforços devem ser centrados para que a MEAC consiga reduzir a taxa global de cesáreas aos valores considerados ideais pela OMS.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo geral

Analisar uma amostra da população obstétrica que passou por parto vaginal e abdominal em um hospital de nível terciário, especificamente a Maternidade Escola Assis Chateaubriand, utilizando o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG).

1.2.2. Objetivos específicos

- Coletar dados obstétricos de um grupo de pacientes submetidas a parto vaginal e a cesariana e subdividi-las segundo a Classificação de Robson;
- Identificar, por grupo do SCR DG, as maiores contribuições para cada via de parto;
- Comparar os indicadores para parto vaginal e abdominal;
- Recomendar mudanças na atividade profissional e hospitalar buscando reduzir a taxa de cesarianas ao índice recomendado pela OMS.

CAPÍTULO 2
ASPECTOS TEÓRICOS

Capítulo 2 - Aspectos teóricos

Neste capítulo são abordados alguns aspectos teóricos relevantes para a compreensão desta pesquisa. O capítulo foi dividido nos seguintes tópicos: as vias de parto; o parto vaginal; a cesariana, suas indicações, seus riscos, a taxa ideal de cesarianas; o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) e relatos de sua aplicação.

2.1. As vias de parto

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto normal é aquele de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até o nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 41 semanas completas de gravidez. Já a cesárea é uma cirurgia para retirada do bebê através do abdômen da mãe. A maioria das cesarianas resulta em bebês e mães saudáveis, mas, como toda cirurgia, acarreta riscos. A recuperação também leva mais tempo do que com o parto vaginal (OWH, 2018).

Sabe-se que o parto, independente do tipo, acarreta riscos potenciais para a mãe e seu bebê. O Instituto Nacional de Saúde (National Institute of Health) providenciou relatórios, baseados em evidências, para analisar os riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana (Tabela 1).

Tabela 1. Risco de resultados adversos maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto (adaptado de ACOG/SMFM, 2014).

| Desfecho | Risco (%) | |
|--|--|-----------------|
| | Parto vaginal | Parto abdominal |
| Materno | | |
| Morbidade e mortalidade grave | 8,6 | 9,2 |
| Mortalidade materna | 0,9 | 2,7 |
| Embolia amniótica | 3,3-7,7: 100.000 | 15,8: 100.000 |
| Laceração perineal de terceiro/quarto grau | 1,0-3,0 | ND* |
| Anormalidades placentárias | Cesariana prévia > parto vaginal, e o risco continua a aumentar com cada cesariana subsequente | |
| Incontinência urinária | Nenhuma diferença entre as duas formas de parto | |
| Depressão pós-parto | Nenhuma diferença entre as duas formas de parto | |
| Neonatal | | |
| Laceração | ND | 1,0-2,0% |
| Morbidade respiratória | < 1,0% | 1,0-4,0% ** |
| Distócia de ombro | 1,0-2,0% | 0,0 |

* ND - não disponível ** Sem trabalho de parto

Para certas condições clínicas, como placenta prévia ou rotura uterina, a cesariana está confirmada como mais segura. No entanto, para a maioria das gestações, que são de baixo risco, a cesariana parece apresentar maior morbimortalidade materna do que o parto vaginal.

2.1.1. O parto vaginal

O parto por via vaginal é a forma mais comum e natural de nascimento, que envolve três estágios: (1) encurtamento e abertura do colo uterino até dilatação completa; (2) da dilatação completa até o nascimento do bebê; (3) do nascimento do bebê até a saída da placenta. O primeiro estágio dura, aproximadamente, de doze a dezenove horas e começa com o início do trabalho de parto e termina quando o colo do útero está totalmente dilatado; o segundo estágio consiste na fase de expulsão, em que o colo do útero já atingiu a dilatação máxima e se inicia a fase de descida e nascimento do bebê, que dura normalmente de 20 minutos a duas horas; e o terceiro estágio (dequitação), dura de cinco a trinta minutos e consiste na saída da placenta, que pode ser espontânea ou ser conduzida pelo médico. Se o obstetra realizar a episiotomia ou se houve laceração de mucosa, deverá ser feita a sutura (OWH, 2018). A Figura 1 ilustra os diversos estágios do parto vaginal.

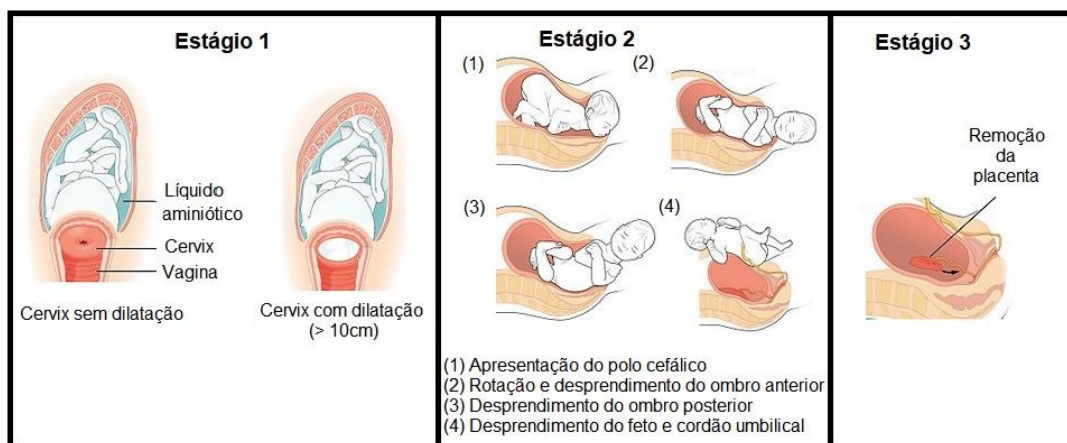


Figura 1. Estágios relativos ao nascimento por parto vaginal.

Adaptado de: OpenStax, 2018.

Tendo em vista que um dos objetivos da pesquisa é a avaliação da taxa de cesarianas, será feita uma breve revisão sobre a possibilidade de um parto vaginal após uma cesariana (VBAC). Martel e MacKinnon (2018) citam várias recomendações que devem ser seguidas para evitar a morbidade e mortalidade materna e fetal. Eles relatam

que deve ser oferecida à grávida explicação sobre a prova de trabalho de parto (PTP), com a discussão apropriada sobre riscos e benefícios maternos e perinatais.

De acordo com Ryan, Nicholson e Morrison (2018), tem-se observado nos países desenvolvidos uma tendência em diminuir a taxa de VBAC e elevar o uso de cesarianas eletivas em mulheres com cesariana prévia, o que tem elevado as taxas de cesariana a valores extremamente altos (30-50%). Os autores relatam que os riscos do VBAC para a mãe incluem: cesariana de emergência, hemorragia, transfusão, rotura uterina e endometrite. Para a criança, há um aumento no risco de asfixia ou morte perinatal. Fatores associados ao aumento das taxas de falência de VBAC incluem: maior peso ao nascer, trabalho de parto induzido, ausência de parto vaginal prévio, IMC maior que 30 e cesariana prévia por distócia. Se alguns desses fatores estiverem presentes, as taxas de sucesso podem ser inferiores a 40%. Outros fatores que potencialmente reduzem a chance de um VBAC bem sucedido são a idade materna superior a 40 anos e a presença de patologias maternas.

2.1.2. O parto abdominal

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) define a cesárea, ou cesariana, como a extração do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia) (ANS, 2008).

A cesariana é um método de nascimento aplicado desde os tempos antigos, estando presente nas civilizações ocidentais e não ocidentais. Durante sua evolução, a cesariana teve diversos significados, considerando a época e a civilização. A cesariana inicialmente tinha como objetivo a retirada da criança da mãe morta ou em estado terminal, visando salvar a criança ou para sepultá-la separadamente da mãe, como exigiam algumas religiões. Acima de tudo, desde o princípio, ela era considerada como o último recurso e não tinha como objetivo preservar a vida da mãe. Somente no final do século XIX os médicos começaram a ver a cesariana como uma possibilidade para salvar a vida da mãe (Sewell, 1993).

Existem três diferentes explicações sobre a origem do nome da cirurgia. Em 715 a.C., o rei de Roma, Numa Pompilius, elaborou as leis de Roma. De acordo com estas leis, era proibido enterrar uma gestante sem retirar o feto. Se a criança estivesse viva era chamada de "caeson". Esta lei, Lex Caesaris ou Lex Caesarea (lei dos reis), é suposta como sendo responsável pela origem do nome do procedimento "cesariana" (O'Sullivan, 1990; Sewell, 1993). Afirma-se, também, que Julius Caesar nasceu por este

método, dando nome a cirurgia. Esta é uma hipótese improvável, pois há relatos de que na época nenhuma mulher sobreviveu ao procedimento e de que sua mãe era viva durante sua vida adulta. Uma terceira explicação é que o nome é simplesmente derivado do verbo latino "caedere", que significa cortar. A palavra "section" é também derivada do latim, precisamente do verbo "secare", que também significa cortar (O'Sullivan, 1990).

De acordo com Pallasmaa (2014), provavelmente a primeira evidência documentada da cesariana é um texto jurídico que data da época de Hammurabi (1795-1750 a.C.). Ele descreve o nascimento de uma criança do sexo masculino "puxado para fora do útero" de uma mulher falecida. O nome *caesarea section* foi usado primeiramente pelo obstetra francês Guillimeau, em 1598. Ele era usado para descrever a retirada de crianças vivas de mães mortas, mas, considerando a descrição de O'Sullivan (1990), de acordo com os procedimentos médicos disponíveis na época, servia mais para retirar crianças mortas de mães mortas.

O'Sullivan (1990) descreve a história do parto abdominal como estando dividida em quatro eras:

Pré-história a 1500: os primeiros nascimentos por cesariana foram considerados sobrenaturais. Algumas religiões tinham regras bem definidas sobre a cirurgia. Hipócrates (450 a.C.) foi o primeiro médico que tentou melhorar a arte da obstetrícia e seus ensinamentos influenciaram muitos outros médicos. Contudo, desde o princípio, o lado prático da obstetrícia estava totalmente nas mãos de parteiras, e a gestão da mulher em trabalho de parto não era considerada como atividade médica, exceto quando estes eram convocados em circunstâncias muito excepcionais. Estas parteiras eram pessoas sem qualificação e geralmente pessoas mais idosas da família. No começo dos anos cristãos, alguns livros didáticos foram publicados com instruções para as parteiras. Porém, do segundo para o terceiro século, a medicina sofreu um retrocesso e o lado racional deu espaço para a superstição, com a doença sendo considerada como possessão do diabo. A obstetrícia permaneceu nas mãos das parteiras e os médicos desistiram de sua prática.

De 1500 a 1876: esta época pode ser considerada como o retorno dos médicos a obstetrícia, ou a idade do médico obstetra. A Jacob Nufer, no ano de 1500, é atribuída a primeira cirurgia com sucesso, onde mãe e filho sobreviveram. Muitos historiadores modernos não aceitam esta reivindicação, pois a notícia da tal façanha deveria ter sido

amplamente divulgada. Médicos obstetras e parteiras começaram a se desentender, pois as parteiras queriam ter o controle total sobre a paciente. O puritanismo da época forçava os médicos a realizar o parto com a cobertura de um lençol. Os detalhes da primeira cesariana concretizada na Inglaterra foram reportados pela imprensa nos anais de um tribunal. A paciente faleceu 11 dias depois e o médico foi considerado culpado, mas ele foi perdoado por ter sido o primeiro a realizar o procedimento nas ilhas britânicas. A primeira cesariana que foi reportada em um periódico médico foi realizada por Trautmann of Wittenberg, em abril de 1610. A criança sobreviveu, mas a mãe morreu após 25 dias. Depois deste parto, poucas cesarianas ocorreram nos próximos 100 anos. A primeira cesariana na Inglaterra em que a paciente sobreviveu foi realizada em 1793, fato reportado na imprensa médica. Mesmo nesta época, muitos médicos ainda criticavam o procedimento. Durante o século XIX a cesariana foi realizada em muitos países do mundo, mas muitos médicos britânicos ainda criticavam o procedimento. Eles faziam o procedimento sem ter a certeza de que a criança estava viva. A cirurgia era realizada sempre após um prolongado trabalho de parto.

De 1876 a 1949: neste período a técnica médica desenvolveu-se bastante - a era do cirurgião obstetra. Os médicos buscavam desesperadamente métodos para reduzir a mortalidade associada à cesariana. Em 1796 iniciou-se o uso da sutura uterina, prática rejeitada na época, preservando o útero e reduzindo o risco de sepse e hemorragia. Sanger, em 1881, descreveu seu procedimento, que foi considerado o precursor da cesárea atual, onde o músculo uterino era suturado em uma camada e o peritônio em outra. O século XX iniciou-se com a redução da mortalidade materna após a cesariana (5% a 10%), resultado do uso de antissépticos e cuidados na técnica cirúrgica. Em 1949, no 12º Congresso de Obstetrícia e Ginecologia, realizado em Londres, o uso da técnica foi validado e a segurança da cirurgia reconhecida.

De 1949 a 1989: esta fase pode ser considerada como o período do aumento da abrangência da cirurgia - a era do especialista obstetra. No início de 1950, algumas unidades especializadas foram abertas em grandes cidades. As grávidas passaram a escolher, gradualmente, o parto no hospital. A obstetrícia cirúrgica aumentou e o lema passou a ser "intervenção ativa", que abrangia: a indução ao parto; mudança na definição de trabalho de parto prolongado (redução de 48 horas para até 12 horas) e a introdução do termo "falha de progressão"; o desenvolvimento do monitoramento fetal; o aumento das indicações de cesariana; e a indicação de cesariana após cesárea prévia, com o lema "uma vez cesariana, sempre cesariana". A taxa de cesáreas aumentou,

iniciando a preocupação com este avanço, sendo um procedimento desnecessário em 40% dos casos.

No Brasil, de acordo com Parente *et al.* (2010), em 1817 foi realizado o primeiro parto abdominal. Ele ocorreu no Hospital Militar do Recife, foi feito pelo médico pernambucano José Corrêa Picanço. A cirurgia foi realizada em uma escrava, que sobreviveu ao procedimento. De acordo com o autor, há dúvidas sobre esse episódio frente à idade avançada do médico, que faleceu em 1823, aos 78 anos. A primeira cesariana segmentar no Brasil foi feita pelos médicos Octávio de Souza (Cadeira Nº 61 da Academia Nacional de Medicina) e por Clóvis Corrêa da Costa (que ocupou a Cadeira Nº 61 posteriormente), em 1924, iniciando o período em que as cesarianas baixas estabeleceram-se como as mais vantajosas.

Sullivan (2010) relata que, atualmente, a cesariana tem sido usada como um método de nascimento para mulheres com complicações pré-existentes, antes e/ou durante o parto, e como uma intervenção para promover a maternidade segura e evitar a mortalidade materna. A institucionalização do parto hospitalar, em meados do século XX, e os mais recentes desenvolvimentos na medicina fetal, incluíram também as indicações devido ao bem-estar fetal.

2.1.2.1. Indicações do parto abdominal

De acordo com a OMS (2015) a cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos. É importante considerar que, para fazer uma correta avaliação da necessidade de indicação de cesariana, deve-se buscar um aumento dos melhores resultados para a mãe e para o bebê, fazendo considerações sobre os recursos de saúde disponíveis (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2006).

Mylonas e Friese (2015) relatam que a decisão de realizar uma cesariana sempre deve ser baseada no binômio mãe - filho, podendo ser sua indicação de natureza absoluta ou relativa. Como indicações absolutas tem-se, por exemplo, patologias como corioamnionite, prolapso de cordão umbilical, placenta prévia, rotura uterina e desproporção absoluta da pelve materna. Já para as indicações relativas de cesariana, tem-se: exame de cardiotocografia com padrão patológico, falha de progressão do trabalho de parto e cesariana anterior. Segundo os autores, a cesariana por desejo materno vem ganhando força ao longo do tempo, sendo este um procedimento eletivo, sem qualquer contraindicação obstétrica ao parto vaginal. As mães apontam como

justificativa o medo de complicações, como incontinência urinária e fecal, e a disfunção sexual, justificativas nem sempre embasadas na literatura científica.

De acordo com Béhague, Victora e Barros (2002), a solicitação de algumas mulheres por cesariana na ausência de riscos biológicos claros pode parecer irracional. No entanto, experiências traumáticas de partos anteriores muitas vezes resultam em uma relação antagônica da parturiente com os profissionais de saúde/ambiente hospitalar. O que parece ser apenas medo do parto vaginal não está somente relacionado com a falta de informação sobre como se preparar para este tipo de parto, mas sim com questões reais relacionadas à qualidade do atendimento prestado. No Brasil, uma resposta de saúde pública tem sido fornecer mais educação sobre o processo de nascimento, incluindo os riscos associados às cesarianas. Os autores mostraram que as intervenções para reduzir as cesarianas baseadas na educação de médicos e pacientes sobre os fatores de risco associados aos procedimentos de parto não são suficientes. Especial atenção deve ser dada, também, a humanização do ambiente hospitalar e da relação médico-paciente.

Tita (2012) relata que as indicações para cesariana são numerosas, havendo considerável sobreposição entre indicações obstétricas/maternas e fetais. O autor aponta as seguintes principais indicações obstétricas: apresentações distócicas, posição anormal do feto, gravidez múltipla, pre-eclâmpsia, macrossomia e, mais raramente, placenta prévia, ruptura de vasa prévia, prolapso de cordão e placenta acreta. As indicações maternas são geralmente raras condições não obstétricas ou fatores que são coincidentes com a gravidez, mas levam à cesariana, citando: infecções específicas; anormalidades do trato genital como, por exemplo, tumores, miomas e câncer do colo do útero; doenças pélvicas, como uma fratura pélvica deslocada; e outras condições médicas, tais como um aneurisma cerebral não reparado. Ele pondera que muitas destas indicações maternas não são absolutas. Ele conclui que o diagnóstico relativamente subjetivo de distócia é o mais comum para a indicação de cesarianas, devendo ser bem avaliado para prevenir a primeira cesariana. De acordo com Souza, Amorim e Porto (2010b) muitas indicações para cesariana são relativas e, nestes casos, as pacientes devem ser bem informadas sobre os riscos e benefícios de um parto vaginal.

De acordo com Josipović, Stojkanović e Brković (2015), as indicações obstétricas mais comuns para cesariana em meados do século 20 eram: hemorragia devido ao descolamento da placenta, assinclitismo e desproporção céfalo-pélvica.

Atualmente, as indicações mais comuns são: uma cesariana anterior, distócia, apresentação pélvica e sofrimento fetal.

2.1.2.2. A taxa ideal de cesarianas

Observa-se que a taxa de cesarianas vem crescendo no mundo. Considerando o aumento dos partos abdominais, Patah e Malik (2011) realizaram uma revisão da literatura e verificaram que as principais justificativas para este procedimento são: fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes; solicitação materna pelo tipo de parto; fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido no país, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais; e preferências médicas.

É importante considerar que, para fazer uma correta avaliação da necessidade de indicação de cesárea, deve-se buscar um aumento dos melhores resultados para a mãe e para o bebê, fazendo considerações sobre os recursos de saúde disponíveis e a preferência da gestante (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2006). De acordo com Dias *et al.* (2008), as taxas de cesariana não devem ser classificadas como altas ou baixas, mas como necessárias ou desnecessárias. Tais taxas também devem ser avaliadas de acordo com as mudanças sociais de cada época e em consonância com a satisfação materna no pós-parto, fator de extrema importância. Uma das grandes mudanças observadas é o crescente aumento da solicitação por parte das mães pela realização de cesariana. No entanto, justificativas como temor quanto à dor, disfunção sexual e aspectos estéticos são justificativas pouco citadas pelas mulheres para a realização de cesarianas, sendo evidenciado por estudos que um índice entre 70 e 80% das mulheres deseja a via vaginal de parto, modificando sua decisão pouco antes da admissão para o parto em setores privados.

O papel do hospital e do profissional de saúde é fundamental nessa escolha, uma vez que a informação passada pelos médicos e sua indicação de via de parto podem ser decisivas na escolha da via por parte da gestante. O médico e o sistema de saúde devem, em conjunto, buscar identificar as razões que levam as mães a solicitar o parto por via abdominal. Uma vez identificados, deve-se verificar se há realmente indicativos que justifiquem essa via de parto.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985), os países que apresentam as menores taxas de mortalidade perinatal no mundo têm taxas de cesarianas menores que 10%, fazendo-os concluir que não há justificativas plausíveis para que uma

região apresente taxas superiores a 10-15%. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) tem considerado como ideal uma taxa de cesarianas entre 10% e 15% de todos os partos. Este índice foi definido durante uma reunião promovida pela OMS, em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%”. No Brasil, baseado no estudo realizado pela Fiocruz e intitulado "Nascer no Brasil", estima-se em 52% o total de cesarianas e, considerando apenas a rede privada, este número chega a 88% (FIOCRUZ, 2015). De acordo com esta pesquisa, cerca de um milhão de mulheres são submetidas anualmente a parto abdominal sem indicação obstétrica.

Gibbons *et al.* (2012) realizaram uma avaliação das taxas de cesariana no mundo no ano de 2008. A análise incluiu 137 países, representando 95% dos nascimentos globais naquele ano. Eles observaram que 24% dos países tiveram taxas de cesarianas menores que 5% e 39,4% tiveram taxas menores que 10%. Aproximadamente 10% dos países apresentaram taxas de cesárea entre 10-15% e cerca de 50% apresentaram taxas maiores que 15%. O Brasil apresentou a maior taxa de cesarianas (45,9%). A China e Brasil foram responsáveis por quase 50% do número total global de cesarianas. Considerando 20% como a taxa limite para definir uma taxa elevada, 46 países apresentam taxas acima deste valor.

Ye *et al.* (2014) compilaram os dados referentes às últimas três décadas (1980-2010) de 19 países: Dinamarca, Irlanda, Noruega, Reino Unido, Bélgica, Alemanha, Holanda, Canadá, Austrália, Japão, Islândia, Finlândia, Suécia, Áustria, França, Luxemburgo, Suíça, Estados Unidos e Nova Zelândia. Eles consideraram as taxas de cesarianas, os indicadores socioeconômicos e as taxas de mortalidade neonatal, infantil e materna. O objetivo da pesquisa foi identificar qual seria a taxa de cesárea ótima por recomendação médica. A taxa de cesariana média nesses países foi de 27% em 2010 (para aqueles sem dados de 2010, os dados disponíveis mais recentes foram computados), variando em uma faixa de (14% a 33%). A pesquisa demonstrou que para países ricos as taxas de mortalidade materna e infantil diminuiriam com o aumento da taxa de cesarianas. Eles observaram que, quando as taxas de cesariana atingiam 10-15%, as curvas de mortalidade tornavam-se quase horizontais, indicando que o aumento da taxa de cesáreas a valores superiores a 15% não tem impacto significativo sobre as taxas de mortalidade materna e infantil.

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) lançou o documento intitulado “Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas”. Neste documento ela propõe a utilização mundial da Classificação de Robson como instrumento padrão de avaliação, comparação e monitoramento das taxas de cesarianas. Para isto, a OMS irá ajudar as instituições preparando e divulgando um manual sobre como utilizar, implementar e interpretar a classificação, incluindo a padronização de todos os termos e definições.

2. 1.2.3. Os riscos do parto abdominal

De acordo com Pallasmaa (2014), a cesariana é o procedimento cirúrgico mais corriqueiro realizado em mulheres no mundo todo. Ele pode salvar a vida do feto e da mãe, mas, também, é conhecido por ter as complicações típicas de qualquer cirurgia de grande porte, que incluem: riscos de hemorragia, infecções, tromboembolismo venoso e complicações da anestesia, que podem resultar na morte materna. Os avanços no cuidado médico, profilaxia antimicrobiana e antitrombótica melhoraram a segurança do procedimento. Durante as últimas décadas, muitos obstetras têm considerado baixos os riscos relacionados à cesariana, o que tem resultado na realização do procedimento sem indicações terapêuticas.

Considerando a possibilidade de um parto normal após cesariana, Coxell (2012) considera ser esta hipótese uma alternativa para conter o aumento da taxa de cesarianas. A taxa real e correta de parto vaginal após cesariana é desconhecida na Austrália, sendo um procedimento que só pode ser realizado em hospital que possua serviço de emergência. Esta precaução se dá pelas seguintes possibilidades: cesariana emergencial, monitoração contínua durante o parto, necessidade de equipamentos para reanimação neonatal, transfusão de sangue e necessidade de técnicas anestésicas. As maiores preocupações, contudo, são: a rotura uterina, que requer procedimento cirúrgico imediato, e equipe treinada.

Há, ainda, os riscos relacionados a futuras gestações. Estes riscos aumentam progressivamente com o número de cesarianas prévias, sendo o acretismo placentário a consequência mais grave da cesárea. A incidência de anormalidades placentárias, como placenta prévia, aumenta com o número de cesarianas subsequentes, indo de 1% após a primeira cesariana até 3% com três ou mais cesáreas e este risco é crescente com o número de procedimentos. Observa-se, também, que a possibilidade de acretismo placentário é de aproximadamente 40% após três cesarianas subsequentes (ACOG/SMFM, 2014). A obesidade eleva o risco durante uma cesariana, sendo este

risco relacionado com o grau de obesidade: de 1,5 vezes para sobrepeso, 2,1 para obesas e 2,9 para obesidade severa. As mulheres obesas, além de apresentarem mais complicações durante o procedimento devido às dificuldades técnicas, tem aumento de risco para: hemorragia pós-parto, infecções, endometrite, pneumonia, sepse e tromboembolismo. Outros fatores importantes para elevar o risco de complicações obstétricas são: idade materna avançada, pré-eclâmpsia, tabagismo e diabetes (PALLASMAA, 2014).

Clark *et al.* (2008) analisaram a etiologia e a possibilidade de prevenção da morte materna e sua relação com a cesariana, considerando uma série de aproximadamente 1,5 milhões de partos realizados em 124 hospitais dos Estados Unidos, entre 2000 e 2006. Os autores buscavam responder a questões como: quais as causas de morte materna no intervalo estudado, em que proporção estas mortes poderiam ser evitadas pela melhoria da qualidade de cuidados, até que ponto a cesariana é responsável por estas mortes e se mudanças sistemáticas nos cuidados obstétricos teriam impactos na taxa de mortalidade materna dos Estados Unidos. Eles verificaram que as principais causas de morte materna foram: complicações da pré-eclâmpsia, embolismo amniótico, hemorragia, doenças cardíacas, tromboembolismo pulmonar, infecções obstétricas e não obstétricas, acidente, suicídio, erro ou reação medicamentosa e gravidez ectópica. A Tabela 2 mostra a associação entre o tipo de parto e a morte materna observada pelos autores. Eles concluíram que a maioria das mortes maternas nos Estados Unidos era inevitável e ocorria em mulheres que começaram a gravidez sem fatores de risco significativos para a morte e que havia alguma associação da cesariana com a morte materna.

Tabela 2. Mortes maternas relacionadas com o tipo de parto nos Estados Unidos, entre 2000 e 2006, de acordo com Clark *et al.* (2008).

| Tipo de Parto | Nº de proced. | Nº de mortes | Frequência de morte* |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|
| Vaginal | 1.003.173 | 17 | 1,7 |
| Cesárea primária | 282.465 | 46 | 16,3 |
| Cesárea repetida | 175.469 | 12 | 7,4 |
| Total de cesarianas | 458.097 | 58 | 12,7 |
| Sem parto/dilatação e curetagem | NA** | 20 | NA |
| Total | 1.461.270 | 95 | 6,5 |

* Por 100.000 procedimentos ** Não se aplica

2.2. O Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG)

Uma forma de organizar e de controlar os níveis de partos é a utilização de uma classificação baseada em características obstétricas das pacientes. Estes sistemas de classificação são úteis na comparação entre grupos de pacientes com perfis obstétricos semelhantes, o que pode auxiliar na indicação de uma via de parto adequada para as pacientes baseada em suas características obstétricas (COSTA *et al.*, 2010).











Abdel-Aleem *et al.* (2013) ressaltam que é crucial que se tenha um sistema padrão para classificação de indicações de cesáreas. Este sistema deve ter sido aplicado por longo tempo e deve ser aceito em níveis nacionais e internacionais. De acordo com estes autores, o sistema de classificação ideal deve ser simples de aplicar e fácil de compreender, e suas categorias devem ser clinicamente relevantes. Este sistema deve possibilitar comparações entre centros, nações e políticas diferentes de gestão obstétrica, fornecendo subsídios para a análise precisa das implicações da cesariana, tanto em curto como em longo prazo.

Visando, portanto, à redução do número de cesarianas desnecessárias, ressalta-se a importância de melhorar a qualidade da coleta de informações de rotina em todos os aspectos do parto. Concomitantemente, percebe-se a relevância de se adotar sistemas de classificação padrão para que possam ser feitas comparações e, a partir de então, sejam estabelecidas medidas para melhorar o atendimento (ROBSON, 2001a,b). Estes sistemas de classificação são aplicados na área médica com o intuito de transformar dados brutos em informações úteis para melhorar o atendimento clínico.

Michael Robson, em 2001, apresentou um novo sistema de classificação, o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG), visando reduzir a taxa de cesarianas. De acordo com Robson (2001a), os sistemas de classificação baseiam-se na identificação de diferentes conceitos, cada um podendo englobar diversos parâmetros. As diferentes formas de organizar esses parâmetros resultam em grupos específicos, ou categorias, que compartilham algumas características definidas de propriedade ou qualidade. Os agrupamentos são definidos de tal forma que eles são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, em que todos os dados podem ser incluídos nos grupos. O sistema classifica os nascimentos por cesariana com base na mulher e sua gravidez, ao invés de indicação médica por parto abdominal (ROBSON, 2001a; CHONG, SU e BIWAS, 2012; BRENNAN *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2015a; ROBSON, MURPHY e BYRNE, 2015). Este Sistema de Classificação de

Robson foi uma extensão natural de uma pesquisa realizada por Robson, Scudamore e Walsh (1996). Nesta pesquisa os autores realizaram uma auditoria médica retrospectiva de todos os partos de 1984 a 1988.

O SCRDC tem como base cinco características distintas e incontestáveis de cada gravidez, nomeadamente: gravidez única ou múltipla; história obstétrica anterior (nulíparas e múltiparas, com ou sem uma cesariana anterior); apresentação cefálica, pélvica ou córmica; início de trabalho de parto espontâneo ou induzido; e idade gestacional (prematuro ou a termo) (BRENNAN *et al.*, 2009; FERREIRA, 2014; FERREIRA *et al.*, 2015a,b). A Figura 2 apresenta as características de cada um dos 10 grupos estabelecidos pela Classificação de Robson. Observa-se que o sistema é bastante detalhado, prospectivamente determinado e clinicamente relevante e robusto. Nele todos os dados obstétricos são incorporados em somente um grupo, sem confusão na escolha deste grupo, o que fornece informações para auditoria e análise da taxa de cesarianas.

| | |
|--|---|
|  <p>Grupo 1 Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p> |  <p>Grupo 2 Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p> |
|  <p>Grupo 3 Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p> |  <p>Grupo 4 Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p> |
|  <p>Grupo 5 Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p> |  <p>Grupo 6 Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p> |
|  <p>Grupo 7 Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p> |  <p>Grupo 8 Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p> |
|  <p>Grupo 9 Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p> |  <p>Grupo 10 Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p> |



 Cesárea anterior
  Trabalho de parto espontâneo

Figura 2. Sistema de Classificação de Robson de Dez Grupos (SCRDC).

Fonte: Adaptada de OMS, 2015.

Em 2017 a *World Health Organization* (WHO, 2017a) lançou um manual intitulado "Robson Classification: Implementation Manual", que foi criado com o objetivo de ajudar os estabelecimentos de saúde a adotar e usar a Classificação de Robson. Ao contrário das classificações sugeridas com base em indicações para cesárea, a Classificação de Robson é para "todas as mulheres" e não apenas para as mulheres que passam por cesariana. É uma classificação perinatal completa, onde todas as mulheres que passam por parto em uma unidade de saúde podem ser imediatamente classificadas, com base em características básicas que são rotineiramente coletadas por prestadores de cuidados obstétricos no mundo todo. Contudo, os usuários relataram que a falta de dados, a classificação errada de mulheres e a falta de definição ou consenso sobre as principais variáveis da classificação representaram um desafio na sua implementação e uso. A WHO espera que o uso do SCRDRG ajude as instituições de saúde a:

- Identificar e analisar os grupos de mulheres que contribuem mais e menos para as taxas globais de cesariana;
- Comparar a prática nesses grupos de mulheres com outras unidades que tenham obtido resultados mais favoráveis e considerar mudanças na prática;
- Avaliar a eficácia das estratégias ou intervenções que visam à otimização do uso de cesarianas;
- Avaliar a qualidade dos cuidados e das práticas de gestão clínica, analisando os resultados por grupos de mulheres;
- Avaliar a qualidade dos dados coletados e aumentar a conscientização da equipe sobre a importância desses dados, sua interpretação e uso.

Considerando a população obstétrica por grupo, podem-se estabelecer as seguintes observações gerais (WHO, 2017a):

- Grupo 1: suas taxas devem ser inferiores a 10%. Esta taxa só pode ser interpretada com precisão quando você considera a razão entre os tamanhos dos Grupos 1 e 2. Em princípio, quanto maior a proporção entre os Grupos 1 e 2 (1:2), maior será a probabilidade das taxas de cesarianas em ambos os grupos serem maiores individualmente. A contribuição da soma dos grupos 1 e 2 usualmente representa de 35-42% da população obstétrica da maioria dos hospitais;

- Grupo 2: suas taxas devem estar entre 20-35%. Este grupo inclui mulheres cuja gestação foi interrompida, tanto por indução do trabalho de parto como por cesariana antes de indução. Sua interpretação deve ser relacionada à do Grupo 1, que inclui mulheres com características semelhantes. Pode ser dividido em subgrupos, onde o Grupo 2a engloba as mulheres com trabalho de parto induzido por qualquer método e o Grupo 2b as pacientes que foram submetidas à cesariana antes do trabalho de parto. Se o tamanho do Grupo 2b for grande, as taxas globais no Grupo 2 também serão elevadas. De acordo com Robson (2001b), a contribuição do Grupo 2 tem se tornado cada vez mais importante nas taxas globais de cesariana;
- Grupo 3: suas taxas não devem ser superiores a 3%. Taxas mais altas de cesarianas nesse grupo podem indicar que a coleta de dados não foi adequada. Um erro provável é a classificação equivocada de mulheres com cicatrizes anteriores (Grupo 5) neste grupo. Outras possíveis razões para altas taxas neste grupo incluem solicitação materna e a realização de laqueadura. A soma dos Grupos 3 e 4 usualmente fica em torno de 30%. Uma razão para o tamanho baixo dos Grupos 3 e 4 pode ser o tamanho do Grupo 5 alto, o que leva a uma elevada taxa de cesarianas. De acordo com Robson (2001b), as taxas de cesariana neste grupo são tão consistentes que podem ser utilizadas como indicador da qualidade da coleta de dados;
- Grupo 4: normalmente sua taxa não excede 15%. Pode ser dividido em subgrupos, onde o Grupo 4a englobando as mulheres com trabalho de parto induzido por qualquer método e o Grupo 4b as pacientes que foram submetidas à cesariana antes do trabalho de parto. Se o tamanho da contribuição do Grupo 4b for grande, as taxas globais de cesárea no Grupo 4 também serão altas. Se o Grupo 4b é relativamente pequeno, então altas taxas de cesariana no Grupo 4 podem indicar fracasso na indução ou má escolha de mulheres para induzir. Altas taxas podem indicar: coleta de dados deficiente, por inclusão errônea de mulheres do Grupo 5; podem refletir um alto pedido materno por cesarianas, mesmo após parto vaginal; ou para fazer laqueadura;
- Grupo 5: taxas de 50-60% são consideradas apropriadas desde que você tenha bons resultados maternos e perinatais. Pode ser dividido em subgrupos onde o Grupo 5a englobando as mulheres multíparas com somente uma cesariana prévia

e o Grupo 5b as mulheres com duas ou mais cesarianas prévias. Sua alta contribuição pode estar atrelada ao pré-agendamento de cesárea para mulheres com uma cicatriz anterior. É o grupo que mais contribui para a elevação da taxa global de cesarianas nas unidades hospitalares;

- Grupos 6 e 7: nesses grupos a apresentação fetal determinará as decisões obstétricas. Eles incluem mulheres nulíparas e multíparas, com ou sem cesariana prévia e com gravidez única em apresentação pélvica. A soma de suas contribuições deve ser de 3-4%. Se o total for muito superior a 4%, o motivo mais comum é associado a uma alta taxa de partos prematuros ou uma proporção maior de mulheres nulíparas (deve-se observar o tamanho do Grupo 10 e se sua contribuição for superior a 4-5% essa hipótese pode ser considerada verdadeira). A divisão do Grupo 6 pelo Grupo 7 deve ficar em torno de 2:1 porque a apresentação pélvica é mais comum para nulíparas do que para multíparas, sendo este fator também indicador da qualidade da coleta de dados;
- Grupo 8: sua contribuição deve ser de 1,5 a 2%. Se sua contribuição na taxa global exceder esse valor, o hospital é provavelmente terciário (alto risco, hospital de referência) ou possui programa de fertilização;
- Grupo 9: inclui as mulheres com gestações com apresentação transversa ou oblíqua. De acordo com Robson (2001b), trata-se de um grupo importante, mas que ainda não passou por uma auditoria cuidadosa por falta de conceitos obstétricos consistentes e aceitos;
- Grupo 10: sua contribuição deve ser inferior a 5%. Se sua contribuição for maior, o hospital é provavelmente terciário ou existe um alto risco de nascimentos prematuros na população atendida. Se a taxa de cesarianas no grupo for baixa nesse grupo isso pode representar uma preponderância de trabalho de parto prematuro espontâneo. Se a taxa de cesáreas neste grupo for alta, isso pode sugerir realizações de partos por restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia ou outras complicações médicas ou da gravidez.

Segundo o manual da *World Health Organization* (WHO, 2017ab), em casos em que a informação sobre uma ou mais variáveis no registro da paciente não está definida ou é ilegível, não é possível classificar a mulher em nenhum dos 10 grupos. Este "grupo não classificado" de mulheres deve ser relatado como parte da Tabela do Relatório de

Classificação de Robson (WHO, 2017b), sugerida pela WHO como forma de apresentar e interpretar os dados da Classificação de Robson, de preferência como uma nota de rodapé na parte inferior desta tabela. É muito importante reportar este grupo e seu tamanho, em número absoluto e sobre o percentual total de admissões, pois se trata de um indicador da qualidade dos dados coletados. Visando melhorar a coleta de dados, é importante, também, identificar quais as variáveis que apresentaram mais falhas na coleta da informação.

2.3. Relatos da aplicação do SCRDRG

A literatura disponível sobre a utilização do SCRDRG é bastante vasta, incluindo dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos em periódicos. Procurou-se citar neste tópico apenas os trabalhos considerados relevantes para a pesquisa.

Robson *et al.* (2009) tentaram estimar o percentual de cesarianas por pedido da mãe antes do início do parto na Austrália, em 2006. Questionários foram enviados a 1239 membros do Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists e 317 médicos residentes na Austrália, em agosto de 2006. Eles receberam adesão de 98,6% dos médicos, que incluía especialistas com 5, 10 e mais de 10 anos de experiência e médicos residentes. Aos médicos residentes em obstetrícia era indagado: "Na sua prática de futuro especialista, você empreenderia uma cesariana eletiva a pedido da mãe, sem haver nenhuma indicação obstétrica?" e aos médicos com experiência a pergunta era relativa à realização de cesariana eletiva na rede pública e privada. Dos médicos com experiência, 20,6% responderam "não" em ambas as configurações e 77,3% responderam "sim" em pelo menos uma situação. O índice de médicos residentes que responderam "sim" aumentou de 53% no primeiro ano de residência para 77% em seu último ano. Os autores concluíram que justificava fazer investigações adicionais sobre a tomada de decisão da cesariana, uma vez que havia grande solicitação por parte das mães.

Chong, Su e Biwas (2012) analisaram as tendências de mudanças nas taxas de natalidade por cesariana por um período de 11 anos (2000 – 2010). Eles utilizaram a Classificação de Robson visando identificar os principais fatores que contribuíram para as crescentes taxas de natalidade por cesariana em um hospital terciário de ensino em Cingapura (National University Hospital). Eles observaram que, no período avaliado, a taxa de cesáreas aumentou de 19,9% para 29,6%. As mulheres múltiparas com uma cesariana anterior (grupo 5) foram as que mais contribuíram para o aumento desta taxa,

seguidas por aquelas que se enquadravam no grupo 1, com os dois grupos contribuindo com 75% do aumento da taxa. Eles concluíram que os esforços para reduzir a taxa de cesarianas devem focar nos grupos 1 e 2, o que, por sua vez, irá reduzir o número de mulheres grávidas com uma cesariana anterior.

Kelly *et al.* (2013) avaliaram as taxas de cesárea de cinco províncias do Canadá para determinar os grupos dentro da população obstétrica que contribuía substancialmente para o aumento destas taxas. Para este propósito eles utilizaram a Classificação de Robson. Em todas as províncias avaliadas, que corresponde a um total de 64% dos partos realizados no Canadá, considerando os anos analisados, o grupo 5 foi o que mais contribuiu para as taxas de cesariana. Eles concluíram que todos os hospitais e autoridades de saúde podem usar este sistema de classificação como parte de uma iniciativa de melhoria de qualidade para monitoramento de taxas de cesariana. Este sistema de classificação ajudará a identificar áreas relevantes para intervenções e disponibilização de recursos para reduzir a taxa de cesarianas.

Abdel-Aleem *et al.* (2013) avaliaram a possibilidade de utilizar a Classificação de Robson para analisar a indicação de partos abdominais em um hospital institucional do Egito (Women's Health Hospital, Assiut University, Assiut – Egito). O estudo foi conduzido no período de 2008-2011. As taxas de cesárea global e por grupo foram calculadas, avaliando a contribuição de cada grupo para a taxa global. Eles observaram que a taxa de cesarianas foi de 32%, em 2008, aumentando para 38%, em 2011. A indicação mais comum de parto abdominal foi uma cesariana anterior. O grupo 5 compreende o maior grupo de mulheres passando por cesariana (30%), seguido pelos grupos 1 e 4, cada um contribuindo com 10% do total. Eles concluíram que a Classificação de Robson pode ser aplicada em nível institucional. Sua utilização ajuda no planejamento de estratégias para subgrupos específicos de mulheres, visando reduzir as taxas de parto abdominal e, conseqüentemente, melhorar os resultados.

Betrán *et al.* (2014) fizeram uma revisão sistemática sobre a Classificação de Robson, considerando os atores envolvidos no processo e de que forma ela pode ser aprimorada. Nesta revisão eles identificaram 73 artigos científicos que descreviam as experiências dos usuários sobre os prós e contras da sua adoção, implementação e interpretação dos resultados. Neste cenário, a experiência e opinião dos usuários é uma rica fonte de conhecimento e orientação. Eles observaram que, apesar da falta de apoio oficial por qualquer instituição internacional ou qualquer orientação formal, o uso da

Classificação de Robson está crescendo rapidamente e de forma espontânea. De acordo com os usuários, os pontos fortes da classificação de Robson são a simplicidade do seu arcabouço, a validade do seu propósito, sua facilidade de implementação e a forma direta da interpretação inicial. A flexibilidade da classificação permite a criação de subdivisões em cada grupo, que podem melhorar as análises das práticas clínicas locais. Estas sugestões representam a principal contribuição dessa revisão sistemática, fornecendo ideias adicionais aos clínicos, profissionais de saúde e pesquisadores, o que permitirá adequar a classificação de acordo com suas necessidades.

Ferreira *et al.* (2015a) utilizaram o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) para avaliar a distribuição de cesarianas e a ocorrência de morbidade materna grave (MMG) pelo modo de admissão em um hospital de referência terciário (Hospital da Mulher - CAISM, Universidade Estadual de Campinas, Brasil). A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2009 a julho de 2013. Eles observaram que das 12.771 mulheres que formaram o grupo amostral, 5957 (46,6%) passaram por uma cesariana. O grupo 5 o que mais contribuiu para a taxa geral de cesarianas (12,7%). Eles observaram que os grupos 10 (46,8%), 5 (13,3%) e 2 (9,8%) foram os que apresentaram, proporcionalmente, mais internação em UTI. Eles concluíram que a SCR DG permitiu a identificação de grupos com a mais elevada frequência de cesariana e uma avaliação de morbidade materna grave, o que deve ser considerado nas políticas de saúde pública.

Ferreira *et al.* (2015b) utilizaram pela primeira vez a Classificação de Robson para avaliar a distribuição de mulheres com morbidade materna grave. Uma análise secundária foi realizada com o banco de dados de um estudo transversal multicêntrico realizado em 27 maternidades brasileiras de referência, localizadas nas cinco regiões do país. Um formulário de identificação dos pacientes foi desenvolvido para a coleta de dados, sendo este utilizado em todas as internações hospitalares relacionadas à gravidez, com o propósito de identificar possíveis casos de morbidade materna grave. Antes do início da coleta de dados, os pesquisadores de cada instituição receberam um manual de operações e receberam treinamento relativo aos procedimentos previstos no estudo. Eles observaram, como esperado, que neste grupo de mulheres a taxa de cesarianas foi consideravelmente elevada, atingindo 73,2%, um valor bem maior do que o observado para a população geral do Brasil, que é de 45,9%.

Barčaitė *et al.* (2015) utilizaram o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) visando identificar os principais fatores que contribuíram para o aumento da taxa de cesarianas na Lituânia, que passou de 9,6%, em 1995, para 25%, em 2011. A pesquisa foi realizada de janeiro a dezembro de 2012. Eles convidaram para participar da pesquisa 33 hospitais com maternidade, recebendo adesão de 23, com 25.373 partos contabilizados (91,3% de todos os nascimentos em hospitais durante 2012). Dois hospitais eram centros de referência terciária ($n = 7.150$), 5 hospitais eram serviços de saúde que recebiam pacientes com gravidez de alto risco e pacientes onde não havia necessidade de cuidados de nível terciário ($n = 11.116$, ex: gravidez de gêmeos descomplicada, pré-eclâmpsia leve, trabalho de parto prematuro após 34 semanas, etc.), e 16 hospitais tinham serviço de saúde que atendiam pacientes de baixo risco ($n = 7.107$). Os dados de cada hospital foram analisados considerando: a taxa total de cesarianas, o tamanho de cada grupo, a taxa de cesarianas em cada grupo e suas contribuições na taxa total. O estudo mostrou que os grupos 1, 2 e 5 foram os que apresentaram as maiores contribuições para a taxa total de cesarianas na Lituânia, sendo responsáveis por dois terços do total. Eles apontam que devem ser feitos esforços para aumentar o parto vaginal após parto abdominal e reduzir a taxa de cesarianas em mulheres nulíparas com gravidez a termo cefálica única (grupos 1 e 2), uma vez que os grupos 1 e 2 aumentam a contribuição do grupo 5. A taxa total média de cesarianas foi de 26,4% (intervalo de 16,6% – 30,7%), sendo maior nos centros de referência terciária (30,2%).

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2016) publicou um artigo sobre as melhores práticas relativas ao SCR DG. Eles partem da premissa de que o foco da discussão sobre as taxas de cesarianas tem sido o estabelecimento da taxa ideal, de forma isolada, sem considerar os resultados para a mãe e o recém-nascido. Eles apontam que um dos problemas dos últimos 40 anos, desde que as taxas começaram a aumentar, é a falta de um método padrão para estudar as diferenças entre taxas, a razão para estes aumentos e os impactos, a curto e longo prazo, na mortalidade e morbidade materna e neonatal.

Em 2015 a OMS emitiu uma declaração sobre as taxas de cesariana, que muitos aguardavam tendo em vista que a última tinha sido lançada em 1985. Esta declaração trazia algumas recomendações e conclusões com base nas investigações conduzidas pela OMS e outros estudos internacionais. Concluiu-se que a cesariana é importante, que melhora os resultados tanto para as mães como para os recém-nascidos, mas somente

quando clinicamente indicada. Possivelmente mais importante, a segunda metade da instrução da OMS referiu-se ao fato de não haver nenhum sistema de classificação universal para cesariana. Como resultado, concluiu-se que, por conseguinte, não é possível compartilhar e comparar informação clínica entre unidades, regiões ou países diferentes. Para incentivar e ajudar os centros de saúde a utilizar o SCR DG, a OMS planeja desenvolver orientações para seu uso, aplicação e análise, incluindo a padronização de termos e definições (OMS, 2015).

Ainda de acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2016), o SCR DG vem sendo utilizado para analisar predominantemente cesarianas, mas ele foi originalmente estruturado para analisar todos os eventos maternos e neonatais e seus desfechos. Variáveis epidemiológicas estão incluídas dentro dos diferentes grupos. As indicações para cesarianas precisam ser incorporadas dentro dos 10 grupos, bem como para outros procedimentos obstétricos. Todo o potencial do SCR DG somente será obtido quando este for adotado como prática padrão.

Crosby *et al.* (2017) avaliaram as mudanças nas taxas de cesarianas de 2005 a 2008, utilizando o SCR DG (com subdivisões nos Grupos 2 e 4), em uma maternidade escola de Dublin (National Maternity Hospital, University College Dublin - Irlanda). Neste período foram contabilizados 88.004 partos (89.649 recém-nascidos com peso igual ou superior a 500g). Os dados foram coletados prospectivamente usando o banco de dados obstétricos do hospital e todas as mulheres foram classificadas usando os quatro conceitos obstétricos e seus parâmetros descritos no SCR DG. Eles observaram um aumento na taxa de cesáreas de 18,3% para 23,5%. Em geral, houve um aumento nos grupos 1, 2 e 5. O grupo 2a (nulíparas induzidas) aumentou de 27,9% para 30,9% e o grupo 5 de 56,2% para 68,3%, com aumento progressivo. Além disso, a taxa de cesarianas no grupo 4a (múltiparas induzidas) também aumentou, passando de 5,2% para 5,7%, mas sem significado clínico. Os autores atribuíram a crescente taxa de cesarianas a idade materna acima de 35 anos, particularmente em nulíparas induzidas, com tendência de haver crescimento nos anos seguintes.

Moura e Feitosa (2017) avaliaram as cesarianas ocorridas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período de março a julho de 2015. Eles consideraram 100 partos de cada mês, escolhidos aleatoriamente, contabilizando 500 partos abdominais de um total de 2230 partos realizados no período. Os dados coletados foram avaliados considerando a Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos

(SCRDG). Os autores observaram que no período avaliado a taxa de cesáreas foi de 53,7%. O Grupo 5 foi o que mais contribuiu para a taxa de cesáreas (25,2%), o que mostra que há a cultura de realizar cesariana em pacientes com cesariana prévia. O Grupo 2 teve a segunda maior contribuição (18,6%), e neste grupo deve haver maior controle para reduzir a taxa de cesarianas da MEAC.

Bolognani *et al.* (2018) utilizaram o SCR DG para classificar as cesarianas ocorridas em 2013 em dois hospitais públicos de referência em Brasília, denominados pelos autores como HA e HB. Durante a pesquisa ocorreram 6579 nascimentos nos dois hospitais, 4659 no primeiro HA e 1920 no HB, com 3398 partos vaginais (51,6%) e 3181 cesarianas (48,4%). Eles utilizaram os grupos do SCR DG sem subdivisões. Para o HA as maiores contribuições foram dos grupos 1 (30,2%), 3 (21,0%), 5 (18,9%) e 10 (9,7%), enquanto para o HB foram os grupos 1 (26,2%), 3 (24,5%), 5 (19,6%) e 2 (7,0%). Eles concluem que se deve priorizar a atenção nas primigestas e em mulheres com cesáreas prévias para reduzir as taxas de cesáreas nos dois hospitais. Para as primigestas, deve-se evitar a primeira cesariana e aguardar o natural e espontâneo trabalho de parto. Para as mulheres com cesáreas prévias, deve-se quebrar o paradigma de "uma vez cesárea sempre cesárea", incluindo o VBAC no protocolo de cuidados.

CAPÍTULO 3
METODOLOGIA

Capítulo 3- Metodologia

Neste capítulo descreve-se a metodologia que foi adotada na pesquisa para coleta e análise dos dados. Procura-se introduzir o local da pesquisa, o método escolhido, a população estudada, critérios de inclusão e de exclusão, o tamanho da amostra, o método de amostragem, os processos de análise de dados, bem como as considerações éticas.

3.1. Local do estudo

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), da Universidade Federal do Ceará. Este é um hospital terciário que tem como missão promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. A maternidade conta com 209 leitos e uma área total construída de 10.762,63 m². No ano de 2017 foram realizados 4853 partos, com 2041 partos vaginais e 2812 partos abdominais. A taxa global de cesarianas foi de 57,9% (MEAC, 2018).

3.2. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional e transversal. Ele é considerado observacional porque o pesquisador usa as informações já disponíveis dos pacientes e estes já pertencem aos grupos no início da pesquisa, sendo apenas selecionados. Ele é um estudo transversal porque o pesquisador toma uma amostra de população, realizado em um determinado instante de tempo, e conta o número de indivíduos que caem em cada categoria. Este delineamento foi escolhido por melhor se adequar a pesquisa, por avaliar várias variáveis com uma única coleta de dados, pela rapidez e facilidade de execução e análise de dados. Foi utilizado o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) para avaliar a distribuição de partos abdominal e vaginal, classificando as pacientes em seus grupos específicos.

3.3. População do estudo

Foram utilizados dados de pacientes admitidas na MEAC para realização de parto durante o período de julho a dezembro de 2017. Foram colhidos dados referentes à idade gestacional, curso do parto, apresentação fetal e paridade.

Trata-se de uma amostra não probabilística do tipo consecutiva. Para o cálculo do tamanho da amostra (n), utilizou-se de técnicas de amostragem para populações finitas, através da Eq. 1:

$$n = \frac{Z^2 x P x Q x N}{e^2 x (N-1) + Z^2 x P x Q} = \frac{(0,95)^2 x 0,5 x 0,5 x 4853}{0,05^2 x (4853-1) + 0,95^2 x 0,5 x 0,5} = 357 \quad (1)$$

Onde Z expressa o nível de confiança (95%); P é a quantidade de acerto esperada, considerando 50%, o que expressa a máxima variabilidade amostral (%); Q é quantidade de erro esperada (%), consequentemente, 50%; N é a população total, considerando o número total de partos na MEAC no ano de 2017 (4853 partos); e e expressa o nível de precisão de 5%. Deve-se acrescentar ao tamanho da amostra mais 20%, que corresponde às perdas, o que fornece uma amostra de aproximadamente 428 pacientes. No período de julho a dezembro de 2017 foram realizados 2387 partos, sendo 1443 partos abdominais e 934 partos vaginais. Considerou-se para o estudo uma amostra de 494 relatórios de partos vaginais (55% dos partos realizados no período avaliado) e 795 relatórios de partos abdominais (55% dos partos realizados no período avaliado).

3.4. Critérios de elegibilidade

Nesta pesquisa serão admitidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: para o cálculo das taxas de cesarianas e partos vaginais, bem como para o estudo envolvendo o Sistema de Classificação de Robson em 10 Grupos (SCRDG), incluiu-se um grupo de mulheres que foram admitidas para parto na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de julho de 2017 a dezembro de 2017.

Critérios de exclusão: foram excluídos do estudo natimortos e pacientes com prontuários incompletos ou inconclusivos.

3.5. Definição das variáveis

3.5.1. Variáveis independentes

Foram consideradas como variáveis independentes os parâmetros avaliados nos 10 grupos da Classificação de Robson, que incluem: idade gestacional, tipo de gestação (única ou múltipla), paridade, apresentação, curso do parto.

3.5.2. Variáveis dependentes

Foram consideradas como variáveis dependentes a via de parto, abrangendo o parto abdominal ou parto vaginal.

3.6. Método de coleta de dados

Para a captação dos dados, foram utilizadas fichas de coleta padronizadas (Anexo 1), que contém diversas variáveis, incluindo idade gestacional (maior, igual ou menor que 37 semanas), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica), paridade (nulípara ou multípara), número de conceptos, quantidade de cesarianas prévias, curso do trabalho de parto (induzido, espontâneo ou cesariana antes do trabalho de parto) e Classificação de Robson.

As pacientes foram identificadas somente por seu número de prontuário. A fim de refletir as características da população e cumprir os objetivos da pesquisa, foram examinados registros que preencheram os critérios de inclusão. Foi feita uma auditoria clínica prospectiva de seis meses, e os dados obtidos a partir destes registros foram suficientes para a análise prevista neste estudo.

3.7. Estudo piloto

Como estudo piloto realizou-se uma pesquisa composta por 500 gestantes submetidas à cesariana na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, no período de março a julho de 2015. Os dados coletados durante a pesquisa foram avaliados considerando o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG). O artigo referente ao estudo piloto foi publicado na Revista de Medicina da UFC (MOURA e FEITOSA, 2017).

3.8. Logística

Para o desenvolvimento da pesquisa foi utilizado o questionário padrão mostrado no Anexo 1. Este formulário foi impresso em folhas de papel tipo A4 em impressora convencional e foram feitas cópias necessárias para atender a demanda. Estiveram envolvidos todos os profissionais do centro obstétrico.

3.9. Análise estatística

Os dados foram consolidados utilizando planilhas do programa Microsoft Excel e estão apresentados em forma de frequência simples, gráficos e tabelas.

As taxas relativas às cesarianas e aos partos vaginais por grupo da Classificação de Robson foram calculadas considerando como numerador as mulheres que se enquadravam no grupo de Robson específico dividido por todas aquelas que passaram por cesariana/parto vaginal no intervalo de tempo estudado como denominador, este valor sendo multiplicado por 100.

As taxas absolutas por grupo da classificação de Robson foram calculadas considerando todas as mulheres que passaram por parto no grupo de Robson especificado como numerador dividido por todas aquelas que deram a luz no intervalo estudado como denominador, este valor sendo multiplicado por 100.

A taxa global de cesarianas foi obtida considerando o número total de cesarianas no numerador dividido por todas aquelas que deram a luz no intervalo estudado, este valor sendo multiplicado por 100. A Taxa total de partos vaginais foi calculada diminuindo a taxa de cesarianas total de 100.

Para apresentação dos dados referentes à Classificação de Robson foi utilizada a tabela sugerida pela *World Health Organization* (WHO, 2017a). A tabela deve ser composta por sete colunas, como descritas a seguir:

Coluna 1: "Grupo" - nela devem ser listados os 10 grupos do SCRDG;

Coluna 2: "Número total por via de parto em cada grupo" - corresponde ao número absoluto de cesarianas ou partos vaginais em cada grupo;

Coluna 3: "Número total de mulheres em cada grupo" - nesta coluna apresenta-se o número de partos por grupo, que contabiliza, para a amostra avaliada, todas as cesarianas e partos vaginais no grupo;

Coluna 4: "Tamanho relativo do grupo (%)" - este valor é obtido dividindo o número de mulheres no grupo (coluna 3) pelo número total de mulheres da amostra (coluna 3, última linha), multiplicando-se o valor obtido por 100 (%);

Coluna 5: "Taxa de cesáreas ou parto vaginal no grupo (%)" - obtida dividindo o número de cesáreas ou partos vaginais no grupo (coluna 2) pelo número total de mulheres no grupo (coluna 3), vezes 100 (%);

Coluna 6: "Contribuição absoluta do grupo para a taxa total de cesáreas ou partos vaginais (%)" - obtida dividindo o número de cesáreas ou partos vaginais no grupo (coluna 2) pelo número total de mulheres na amostra (última linha da coluna 3), multiplicado por 100;

Coluna 7: "Contribuição relativa de cada grupo sobre a taxa total de cesáreas ou partos vaginais (%)" - obtida dividindo os valores da coluna 2 pelo número total de cesarianas ou partos vaginais (última linha da coluna 2), vezes 100 (%).

Deve-se reportar, como rodapé da tabela, o número de relatórios que não puderam ser classificados, o que irá representar a taxa de não classificados.

3.10. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa seguiu todos os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (Número do parecer: 1.148.033 de 02/07/2015). Nele foram observados os seguintes tópicos:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

CAPÍTULO 4
PUBLICAÇÕES

Capítulo 4- Publicações

Artigo 1 - Moura, V. A.; Feitosa, F. E. L. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos. **Rev Med UFC**, v. 57(1), p. 25-29, Mar 2017.
<https://doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29>

Artigo 2- Moura, V. A.; Feitosa, F. E. L.; Carvalho, F. H. C., Feitosa, I. S. L., Moura, A. C. D. G. Classificação dos partos em uma maternidade terciária do Estado do Ceará (Brasil): Avaliação baseada em características obstétricas das pacientes.

Submetido a Revista da Associação Médica Brasileira - RAMB

4.1. Artigo original - Estudo piloto

doi: 10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29

25

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos

Evaluation of cesarean births in Maternidade Escola Assis Chateaubriand using the Robson ten group classification system

Victor de Alencar Moura¹. Francisco Edson de Lucena Feitosa².

1 Médico, ginecologista e obstetra, aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil. 2 Médico, ginecologista e obstetra, Doutorado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas, professor do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Introdução: o parto cesárea é aconselhado quando não é provável que se realize o parto vaginal com segurança. Observa-se que no Brasil a taxa de cesarianas na rede pública é de aproximadamente 52%. **Objetivo:** esta pesquisa teve como objetivo a coleta de informações referentes a partos cesárea realizados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand no período de março a julho de 2015, considerando a importância de uma base para a indicação de cesáreas e o propósito de reduzir o número deste procedimento. **Métodos:** foram considerados 100 partos de cada mês, escolhidos aleatoriamente, contabilizando 500 partos cesárea de um total de 2230 partos realizados no período. Os dados coletados foram avaliados considerando o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG). Este sistema de classificação baseia-se em características obstétricas das pacientes, considerando as semelhanças. **Resultados:** observou-se que no período avaliado a taxa de cesáreas foi de 53,7%. O Grupo 5 foi o que mais contribuiu para a taxa de cesáreas (25,2%), seguido pelo Grupo 2 (18,6%). **Conclusão:** este resultado deve ser considerado no planejamento da unidade hospitalar bem como com relação às políticas públicas, fornecendo subsídios para que se possa sugerir medidas para reduzir a frequência de cesáreas no referido hospital.

Palavras-chave: Cesárea. Saúde materna. Atenção terciária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: the cesarean birth is advised when it is not possible to do the vaginal birth with assurance. In Brazil, the rate of cesarean sections in the public hospital network it is around 52%. **Objective:** the objective of this research was to collect data about cesarean births made in Maternidade Escola Assis Chateaubriand during March to July 2015, considering the importance of a study to give support for the indication of cesarean section and the purpose to reduce the number of this procedure. **Methodology:** a total of 500 cesarean sections were evaluated, randomly selected, considering that in this period 2,230 childbirths were made. The collected data were evaluated considering the Robson Ten Group Classification System (RTGCS). This classification system is based on obstetric characteristics of patients, taking into account the similarities between them. **Results:** the results showed that the cesarean rate was 53.7% in the studied interval. Group 5 was the one with the greater contribution to cesarean deliveries (25.2%), followed by Group 2 (18.6%). **Conclusion:** this result should be considered in the hospital planning as well in relation to public policies, providing subsidies to suggest actions to reduce the cesarean rate in this hospital.

Keywords: Cesarean section. Maternal health. Tertiary healthcare.

Autor correspondente: Victor de Alencar Moura, Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. CEP: 60416-200. Telefone: +55 84 98865-2206. E-mail: victordealencar@hotmail.com

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 05 Mai 2016; Revisado em: 29 Mai 2016; Aceito em: 07 Jun 2016.

INTRODUÇÃO

O parto cesáreo, ou cesariana, consiste na extração do feto através de uma incisão na parede abdominal (laparotomia) e na parede uterina (histerotomia). Durante sua evolução, a cesariana teve diversos significados, considerando a época e a civilização. Inicialmente, ela tinha como objetivo a retirada da criança da mãe morta ou em estado terminal, visando salvar a criança ou para sepultá-la separadamente da mãe, como exigiam algumas religiões.¹

Josipović, Stojkanović e Brković² relatam que as indicações obstétricas mais comuns para cesariana em meados do século 20 eram: hemorragia devido ao descolamento da placenta, assinclitismo e desproporção céfalo-pélvica. Atualmente, as indicações mais comuns são: uma cesariana anterior, distócia, apresentação pélvica e sofrimento fetal. Estes autores relatam que o parto vaginal está se tornando menos desejado pelas parturientes, o que faz com que a demanda por cesarianas aumente.

De acordo com a OMS,³ a comunidade internacional de saúde tem considerado como ideal uma taxa de cesáreas entre 10% e 15% de todos os partos. No Brasil, baseado no estudo realizado pela Fiocruz, estima-se em 52% o total de cesáreas e, considerando apenas a rede privada, este número chega a 88%.⁴ De acordo com esta pesquisa, cerca de um milhão de mulheres são submetidas anualmente a cesarianas sem indicação obstétrica.

Considerando este aumento dos partos abdominais, Patah e Malik⁵ realizaram uma revisão da literatura e verificaram que as principais justificativas para este procedimento são: fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes; solicitação materna pelo tipo de parto; fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido no país, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais; e preferências médicas.

O profissional de saúde e suas orientações são de grande importância para a escolha da via de parto pela gestante, principalmente as primigestas, o que é evidenciado pela diferença na quantidade de partos por via cesárea entre os setores público e privado.⁶ O médico e o sistema de saúde devem, em conjunto, buscar identificar quais as razões que levam as mães a solicitar o parto por via cesárea. Uma vez que estes motivos forem identificados, deve-se verificar se há realmente indicativos que justifiquem essa via de parto, além de justificar sua necessidade ou não. É importante considerar que, para fazer uma correta avaliação da necessidade de indicação de cesáreas, deve-se buscar um aumento dos melhores resultados para a mãe e para o bebê, fazendo considerações sobre os recursos de saúde disponíveis e a preferência da gestante.⁷

De acordo com Dias et al.,⁸ as taxas de cesarianas não devem ser classificadas como altas ou baixas, mas como necessárias e desnecessárias. Visando, portanto, à redução do número de cesarianas desnecessárias, ressalta-se a importância de se melhorar a qualidade da coleta de informações de rotina em

todos os aspectos do parto. Concomitantemente, percebe-se a relevância de se adotar sistemas de classificação padrão para que possam ser feitas comparações e, a partir de então, sejam estabelecidas medidas para melhorar o atendimento.^{9,10} Estes sistemas de classificação são aplicados na área médica com o intuito de transformar dados brutos em informações úteis para melhorar o atendimento clínico.

Abden-Aleen et al.¹¹ ressaltam que é crucial que se tenha um sistema padrão para classificação de indicações de cesáreas. Este sistema deve ter sido aplicado por longo tempo e deve ser aceito em níveis nacionais e internacionais. De acordo com estes autores, o sistema de classificação ideal deve ser simples de aplicar e fácil de compreender, e suas categorias devem ser clinicamente relevantes. Este sistema deve possibilitar comparações entre centros, nações e políticas diferentes de gestão obstétrica, fornecendo subsídios para a análise precisa das implicações da cesariana, tanto em curto como em longo prazos.

Robson, em 2001, apresentou um novo sistema de classificação, o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG). Os agrupamentos são definidos de tal forma que eles são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, em que todos os dados podem ser incluídos nos grupos.⁹ Em 2015, a Organização Mundial de Saúde lançou o documento intitulado "Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas". Neste documento eles propõem a utilização mundial da Classificação de Robson como instrumento padrão de avaliação, comparação e monitoramento das taxas de cesáreas.³

Betrán et al.¹² fizeram uma revisão sistemática sobre a Classificação de Robson, considerando os atores envolvidos no processo e de que forma ela pode ser aprimorada. Nesta revisão eles identificaram 73 artigos científicos que descreviam as experiências dos usuários sobre os prós e contras da sua adoção, implementação e interpretação dos resultados. De acordo com os usuários, os pontos fortes da classificação de Robson são a simplicidade do seu arcabouço, a validade do seu propósito, sua facilidade de implementação e a forma direta da interpretação inicial. A flexibilidade da classificação permite a criação de subdivisões em cada grupo, que podem melhorar as análises das práticas clínicas locais.

Na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), levando em conta os dados disponíveis em seus relatórios de gestão, constata-se que de 2011 a 2015 a média de partos cesárea foi de 49,36%. Considerando o exposto, bem como o crescente número de indicações de cesáreas e a inexistência de estudo semelhante na referida maternidade, o objetivo desta pesquisa foi analisar parte da população obstétrica que passou por cesariana no período de março a julho de 2015. Utilizou-se o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) para identificar os grupos específicos de mulheres que mais contribuíram para o aumento da taxa de partos cesárea. A utilização do SCR DG irá ajudar na decisão da via de parto quando houver dúvidas e possibilitará a

comparação entre centros distintos, fornecendo subsídios para a análise precisa das implicações da cesariana, tanto em curto como em longo prazo.

METODOLOGIA

Local do estudo

O estudo foi realizado no Alojamento Conjunto da MEAC, da Universidade Federal do Ceará. Este é um hospital terciário com cerca de 4000 partos por ano, sendo que deste total aproximadamente 49,3% são cesáreas.

Definição da amostra

Foram utilizados dados de prontuários referentes às internações para realização de parto cesárea durante o período de março a julho de 2015. No período foram realizadas 1197 cesáreas. Para este estudo selecionou-se,

aleatoriamente, 100 prontuários por mês, totalizando 500 prontuários.

Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG)

Sistema apresentado por Robson em 2001 que tem como base cinco características distintas e incontestáveis de cada gravidez, nomeadamente: gravidez única ou múltipla; história obstétrica anterior (nulíparas e multiparas, com ou sem cesárea anterior); apresentação cefálica, pélvica ou cômica; início de trabalho de parto espontâneo ou induzido; e idade gestacional (prematureo ou a termo). Os agrupamentos são definidos de tal forma que eles são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, em que todos os dados podem ser incluídos nos grupos.^{9,13-18}

Para a captação dos dados e enquadramento da cesárea de acordo com o SCR DG, foi utilizada a ficha de coleta de dados mostrada na Figura 1. As pacientes foram identificadas somente por seu número de prontuário.

Figura 1. Ficha para classificar o parto de acordo com os grupos de Robson.

| UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ | | | |
|--|--|---------|---------------------|
| MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND | | | |
| Prontuário: | | | Idade: |
| Indicação cesárea: | | | |
| G _____ | P _____ | A _____ | (PV _____ PC _____) |
| IG: | _____ semanas _____ dias | | |
| Apresentação: | | | |
| Trabalho de parto: | () Sim () Não | | |
| Indução do trabalho de parto: | () Sim () Não | | |
| Classificação de Robson | | | |
| (1) | Nulíparas, gestação única cefálica, ≥ 37 semanas, trabalho de parto espontâneo | () | |
| (2) | Nulíparas, gestação única cefálica, ≥ 37 semanas, parto induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto | () | |
| (3) | Multiparas, sem cicatriz uterina anterior, gestação única cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo | () | |
| (4) | Multiparas, sem cicatriz uterina anterior, gestação única cefálica, ≥ 37 semanas, parto induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto | () | |
| (5) | Multiparas, pelo menos uma cicatriz uterina anterior, gestação única cefálica, ≥ 37 semanas | () | |
| (6) | Nulíparas com gestação única pélvica | () | |
| (7) | Multiparas, gestação única pélvica, incluindo as mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (8) | Gestações múltiplas, incluindo as mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (9) | Gestação única, posição transversal ou oblíqua, incluindo mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (10) | Gestação única cefálica, ≤ 36 semanas, incluindo mulheres com cicatrizes prévias | () | |
| Assinatura: | | | |

Análise estatística

Os dados foram consolidados utilizando o programa *Excel* (Microsoft® 2010). As taxas de cesariana foram calculadas considerando os nascimentos em cada um dos 10 grupos do

SCR DG, durante o período estimado nesta pesquisa. Esta determinação foi feita dividindo o número de cesáreas no grupo pelo número total de cesáreas na população estudada. A contribuição de cada grupo de Robson foi avaliada para propor mudanças na taxa total de cesáreas.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa seguiu todos os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos, respeitando a Portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁹ e só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Taxa de cesáreas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde²⁰ não há justificativas plausíveis para que uma região apresente taxas de cesárea superiores a 10-15%. Observou-se que no período avaliado as taxas de cesáreas foram superiores a 50%. Gráfico 1, o que está bem acima do valor sugerido pela OMS e de acordo com a estimativa da Fiocruz⁴ para partos cesárea no Brasil, que é de 52%. Quando se avalia os dados considerando as médias do período para partos cesárea (53,6%) e vaginal (46,4%), percebe-se que o percentual de cesárea foi um pouco superior ao de parto vaginal, indicando a necessidade de uma análise detalhada das taxas de cesárea visando identificar os fatores que contribuíram para estes números.

Gráfico 1. Taxas de cesáreas para os meses avaliados.



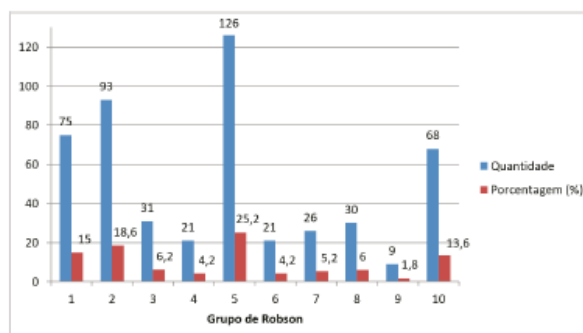
Ye et al.²¹ compilaram os dados referentes às últimas três décadas de 19 países, considerando: as taxas de cesáreas, os indicadores socioeconômicos e as taxas de mortalidade neonatal, infantil e materna. O objetivo da pesquisa foi identificar qual seria a taxa de cesárea ótima por recomendação médica. Eles observaram que quando as taxas de cesárea atingiam 10-15% as curvas de mortalidade tornavam-se quase horizontais, indicando que o aumento da taxa de cesáreas não tem impacto significativo sobre as taxas de mortalidade materna e infantil.

Conforme o exposto, verifica-se que há a necessidade de reduzir a taxa de cesáreas na MEAC. O estudo utilizando o SCRDRG irá fornecer as informações necessárias para que, conhecendo os grupos que mais contribuíram para este valor, o corpo gestor possa tomar as medidas necessárias.

Classificação de Robson

As contribuições de cada grupo do SCRDRG na taxa de cesáreas no período avaliado são apresentadas no Gráfico 2, que mostra as quantidades e os percentuais de cesáreas por grupo.

Gráfico 2. Distribuição das cesáreas no período de março a julho de 2015.



Conforme pode ser observado, as maiores contribuições foram dos grupos 5, 2, 1 e 10, respectivamente. O grupo 5, correspondente ao grupo de parturientes a termo, fetos cefálicos, submetidas a cesariana anterior, apresenta o maior número de pacientes, o que está de acordo com a literatura pesquisada.^{11,12,16,17,21,22} Este dado é importante para que sejam tomadas medidas que reduzam a quantidade de cesarianas desnecessárias, com foco principalmente nas nulíparas a termo submetidas a cesarianas, com fetos em apresentação cefálica, após início espontâneo do trabalho de parto (grupo 1) ou após indução ou sem trabalho de parto (grupo 2). Permite, além disso, e elaboração de protocolos clínicos para que seja encorajada a realização de parto vaginal após cesariana, tendo em vista que as grandes taxas de cesárea nos grupos 1 e 2 afetam, no futuro, o grupo 5.

Com relação ao grupo 10, que é o grupo de pacientes com 36 semanas ou menos, observa-se uma alta taxa de partos prematuros realizados no serviço, possivelmente por ser a MEAC a maternidade terciária de referência do estado do Ceará, recebendo as pacientes mais graves. Destaca-se a qualidade dos serviços de UTI materna e neonatal da referida maternidade, que, apesar das altas taxas de prematuridade e de gestantes de risco elevado, conseguem manter níveis baixos de mortalidade materna e neonatal, conforme a taxa de mortalidade hospitalar geral apresentada no relatório de gestão de 2015.²³

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do estudo permitiu concluir que é importante implementar o SCRDRG na MEAC, a fim de identificar e procurar soluções para obter taxas de cesáreas coerentes com o padrão da OMS. Verificou-se, ainda, que:

- O SCRDRG é um instrumento simples, que pode ser facilmente utilizado para avaliar e propor medidas de controle da taxa de cesáreas;

- Sua utilização permite a análise temporal dos dados, a identificação dos grupos de pacientes que mais contribuem para a taxa de cesáreas, e a comparação entre diferentes hospitais;
- O grupo 5 foi o que mais contribuiu para a taxa de

cesáreas (25,2%), o que mostra que há a cultura de realizar cesáreas em pacientes com cesáreas anteriores;

- O grupo 2 teve a segunda maior contribuição (18,6%) e neste grupo deve haver maior controle para reduzir a taxa de cesáreas da MEAC.

REFERÊNCIAS

1. Sewell JE. Cesarean section - a brief history [Internet]. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1993 [acesso em: 03 Feb 2016]. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>
2. Josipović LB, Stojkanović JD, Brković I. Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson Classification. *Coll Antropol*. 2015; 39(1):145-50.
3. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [acesso em: 20 Jan 2016]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf
4. Fundação Osvaldo Cruz. Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública; 2015 [acesso em: 20 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
5. Patah LE, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):185-94.
6. Haddad SE, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(5):252-62.
7. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements. National Institutes of Health [Internet]. 2006 [acesso em: 20 Jan 2016];23(1):1-29. Disponível em: <https://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>
8. Dias MA, Domingues RM, Pereira AP, Fonseca SC, Gama SG, Theme MM Filha, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1521-34.
9. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev*. 2001;12(1):23-39.
10. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94.
11. Abdel-Aleem H, Shaaban OM, Hassanin AI, Ibraheem AA. Analysis of cesarean delivery at Assiut University Hospital using the Ten Group Classification System. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(2):119-23.
12. Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson Classification for cesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*. 2014;9(6):e97769.
13. Chong C, Su LL, Biswas A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(12):1422-7.
14. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(3):308.e1-8.
15. Ferreira EC. Utilização do sistema de classificação de dez grupos de Robson para partos na investigação de morbidade materna grave [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014. 88p.
16. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;129(3):236-9.
17. Ferreira EC, Costa ML, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Robson MS. Robson ten group classification system applied to women with severe maternal morbidity. *Birth*. 2015; 42(1):38-47.
18. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: the 10-group classification system (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131:S23-S27.
19. Brasil. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília; 2012 [acesso em: 24 Jan 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
20. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2(8452):436-7.
21. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-44.
22. Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y, et al. Examining caesarean Section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(3):206-14.
23. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Relatório de gestão - produção assistencial 2015 [Internet]. Fortaleza: EBSERH; 2015 [acesso em: 09 fev 2016]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/0/COM+DEZEMBRO.pdf>

Como citar:

Moura VA, Feitosa FE. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Rev Med UFC*. 2017 jan-abr;57(1):25-29.

4.2. Artigo original

Classificação dos partos em uma maternidade terciária do Estado do Ceará (Brasil):
Avaliação baseada em características obstétricas das pacientes

Classification of births in a tertiary maternity hospital of Ceará (Brazil): Evaluation
based on patients obstetric characteristics

*Victor de Alencar Moura¹, Francisco Edson de Lucena Feitosa², Francisco Herlânio
Costa Carvalho³, Igor Studart de Lucena Feitosa⁴, Ana Caroline Dantas Guedes de
Moura⁵

¹ Médico ginecologista e obstetra e aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Materno Infantil, Rua Professor Costa Mendes, 1608/5º andar, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará, Brasil.

*Autor para correspondência

e-mail: victordealencar@hotmail.com Telefone: +55 84 988652206

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-1715-2126>

² Professor Doutor do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-8396-2990>

³ Professor Doutor do Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Universidade Federal do Ceará

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-0364-6758>

⁴ Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-6462-4187>

⁵ Médica pediatra e neonatologista, Ebserh - Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB - UFRN)

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2180-3067>

Ao Conselho Editorial da RAMB,

Os autores do manuscrito intitulado “**Classificação dos partos em um hospital terciário do Estado do Ceará (Brasil): Avaliação baseada em características obstétricas das pacientes**” declaram que o artigo é original e que não se encontra em análise em qualquer outro veículo de comunicação científica ou que tenha sido publicado em outro periódico científico de forma total ou parcial. Informamos, ainda, que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da MEAC (Número do parecer: 1.148.033 de 02/07/2015) e declaramos não haver nenhum conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: utilizar o Sistema de Classificação de Robson em 10 Grupos (SCRDG) para classificar um grupo de pacientes internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no período de julho a dezembro de 2017. **Métodos:** estudo transversal com coleta de dados em fichas padronizadas. Considerou-se 494 relatórios de partos vaginais e 795 de partos abdominais, que foram avaliados considerando o SCR DG e consolidados utilizando planilhas do Excel. **Resultados:** A taxa de cesáreas foi de 62,05%, com as maiores contribuições dos Grupos 2 (20,66%), 5 (27,76%) e 10 (16,98%), cuja soma representou mais de 65% das cesarianas no período. As maiores contribuições para a taxa de partos vaginais foram dos grupos 3 (35,70%), 1 (31,83%) e 10 (21,07%). **Conclusão:** verifica-se que a MEAC segue a mesma tendência de outros hospitais universitários, com a taxa de cesarianas um pouco superior (57,9%). O SCR DG é uma poderosa ferramenta para classificar os partos e definir onde esforços devem ser centrados para reduzir a taxa de cesáreas.

Palavras-chave: Cesárea; Parto normal; Saúde materna; Atenção terciária à saúde.

SUMMARY

Objective: the aim of this research was to use the Robson 10-Group Classification System (RTGCS) to classify a group of patients that gave birth at Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) during July to December 2017. **Methods:** a cross-sectional study with data collection in standardized charts. It was considered 494 reports of vaginal deliveries and 795 reports of abdominal ones, that were evaluated considering the RTGCS and consolidated using Excel spreadsheets. **Results:** the caesarean rate was 62.05% in the evaluated period, with the highest contributions from Groups 2 (20.66%), 5 (27.76%), and 10 (16.98%). The sum of these groups accounted for more than 65% of the total number of cesarean sections in the period. The largest contributions to the vaginal delivery rate were from groups 3 (35.70%), 1 (31.83%), and 10 (21.07%). **Conclusion:** it was verified that MEAC follows the same trend of other university hospitals, with a somewhat higher cesarean rate (57.9%). The RTGCS is a powerful tool for classifying births and to provide information where efforts should be done to reduce the number of cesarean rates.

Keywords: Cesarean section; Natural childbirth; Maternal health; Tertiary healthcare.

1 INTRODUÇÃO

A classificação dos partos em vaginal e abdominal iniciou-se a partir do momento em que estes passaram a ocorrer prioritariamente em ambientes hospitalares e realizados por profissionais de saúde. A cesariana (PC) é considerada por parte da população feminina como um procedimento com menos sofrimento para a mãe e mais seguro para a criança, o que tem tornado o parto vaginal (PV) menos desejado¹⁻².

A demanda por cesarianas vem aumentando e a implementação de medidas que visem reduzir a taxa de cesáreas representa um desafio, requerendo uma avaliação crítica para identificar as gestantes de maior risco³. Embora a cesárea seja um procedimento com potencial de salvar vidas, ela também pode apresentar complicações, como: o aumento da morbidade e mortalidade materna, lesão do trato urinário, morbidade respiratória neonatal, necessidade de transfusão sanguínea, maior tempo de hospitalização, infecções e hemorragia pós-parto³⁻⁵.

No Brasil, de acordo com estudo realizado pela Fiocruz, a taxa de cesáreas chega a 52% na rede pública e 88% na rede privada⁶. A OMS, em seu documento “Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas”, destaca que os esforços devem ser concentrados na redução das cesáreas desnecessárias, e não na busca de atingir uma taxa específica de cesarianas. Neste documento ela propõe a utilização mundial do Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) como instrumento padrão de avaliação, comparação e monitoramento das taxas de cesarianas⁷.

No SCR DG são consideradas cinco características distintas e incontestáveis de cada gravidez, nomeadamente: idade gestacional, apresentação fetal, paridade, número de conceptos, quantidade de cesarianas prévias e curso do trabalho de parto⁸⁻¹². Este sistema é bastante detalhado, prospectivamente determinado e clinicamente relevante e robusto. Nele todos os dados obstétricos são incorporados em somente um grupo, sem confusão na escolha deste grupo, o que fornece informações para auditoria e análise da taxa de cesarianas¹³⁻¹⁴.

A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)¹⁵ publicou uma declaração sobre as melhores práticas relativas ao SCR DG. Eles partem da premissa de que o foco da discussão sobre a taxa de cesarianas tem sido o estabelecimento da taxa ideal, de forma isolada, sem considerar os resultados para a mãe e o recém-nascido. O SCR DG vem sendo utilizado para analisar predominantemente cesarianas, mas ele foi originalmente estruturado para analisar todos os eventos maternos e neonatais e seus desfechos¹⁵⁻¹⁶.

Em 2017 a *World Health Organization (WHO)*¹⁷ lançou um manual com o objetivo de ajudar os estabelecimentos de saúde a adotar e usar o SCRDG. Ao contrário das classificações sugeridas com base em indicações para cesárea, a Classificação de Robson é para "todas as mulheres" e não apenas para as mulheres que passam por cesariana. É uma classificação perinatal completa, onde todas as mulheres que passam por parto em uma unidade de saúde podem ser imediatamente classificadas, com base em características básicas que são rotineiramente coletadas por prestadores de cuidados obstétricos no mundo todo.

A literatura disponível sobre a utilização do SCRDG é bastante vasta. Betrán et al.¹⁸ fizeram uma revisão sistemática sobre o uso do SCRDG, considerando os atores envolvidos no processo e de que forma ele pode ser aprimorado. Nesta revisão eles consideraram 73 artigos científicos e relatam como pontos fortes da classificação de Robson a simplicidade do seu arcabouço, a validade do seu propósito, sua facilidade de implementação e a forma direta da interpretação inicial. A flexibilidade da classificação permite a criação de subdivisões em cada grupo, que podem melhorar as análises das práticas clínicas locais.

A Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é um hospital universitário público e um centro de referência no cuidado materno e neonatal no estado do Ceará. Observa-se que a taxa de cesáreas vem aumentando progressivamente nos últimos anos, passando de 51,76% em 2013 para 57,90% em 2017¹⁹. Com base no exposto, o objetivo desta pesquisa foi utilizar o SCRDG para classificar os partos ocorridos na MEAC, no período de julho a dezembro de 2017. A classificação dessas pacientes em grupos com características semelhantes servirá como instrumento para identificar os resultados perinatais desfavoráveis ao parto normal, especialmente visando reduzir a taxa de cesarianas, com foco em fatores como: primigestas, apresentação pélvica, indução e gemelaridade, e possibilitará a comparação entre centros distintos, fornecendo subsídios para a análise precisa das implicações da cesariana, facilitando a implementação de mudanças na atividade profissional e hospitalar.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado na MEAC, hospital terciário de referência no Estado do Ceará. No ano de 2017 foram realizados 4853 partos, com 2041 partos vaginais e 2812 partos abdominais. A taxa global de cesarianas nesse ano foi de 57,9%¹⁹. Utilizou-se o SCRDG para avaliar a distribuição de partos abdominal e vaginal, classificando as pacientes em seus grupos específicos. A população foi

constituída por pacientes admitidas na MEAC para realização de parto durante o período de julho a dezembro de 2017. Para o cálculo do tamanho da amostra (n) utilizou-se de técnicas de amostragem para populações finitas (Eq. 1):

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q} = \frac{(0,95)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 4853}{0,05^2 \times (4853-1) + 0,95^2 \times 0,5 \times 0,5} = 357 \quad (1)$$

Onde Z expressa o nível de confiança (95%); P é a quantidade de acerto esperada, considerando 50%, o que expressa a máxima variabilidade amostral (%); Q é quantidade de erro esperada (%), conseqüentemente, 50%; N é a população total, considerando o número total de partos na MEAC no ano de 2017 (4853 partos); e e expressa o nível de precisão de 5%. Deve-se acrescentar ao tamanho da amostra mais 20%, que corresponde às perdas, o que fornece uma amostra de aproximadamente 428 pacientes. No período de julho a dezembro de 2017 foram realizados 2387 partos, sendo 1443 partos abdominais e 934 partos vaginais. Considerou-se para o estudo uma amostra de 494 relatórios de partos vaginais e 795 relatórios de partos abdominais (55% dos partos realizados no período avaliado).

Para classificar as pacientes de acordo com o SCR DG utilizou-se uma ficha de coleta padronizada, que continha informações sobre a idade gestacional (maior, igual ou menor que 37 semanas), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica), paridade (nulípara ou múltípara), número de conceptos, quantidade de cesarianas prévias, curso do trabalho de parto (induzido, espontâneo ou cesariana antes do trabalho de parto) e grupo de Robson. Os dez grupos e suas características são descritos a seguir:

Grupo 1: nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;

Grupo 2: nulíparas, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, indução ou cesariana antes do trabalho de parto;

Grupo 3: múltíparas, sem cesárea prévia, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;

Grupo 4: múltíparas, sem cesárea prévia, feto único cefálico, ≥ 37 semanas, indução ou cesariana antes do trabalho de parto;

Grupo 5: cesárea anterior, feto único cefálico, ≥ 37 semanas;

Grupo 6: nulíparas com feto em apresentação pélvica, incluindo cesárea prévia ;

Grupo 7: múltíparas com feto em apresentação pélvica, incluindo cesárea prévia;

Grupo 8: gravidez múltipla, incluindo cesárea prévia;

Grupo 9: feto em apresentação córmica, incluindo cesárea prévia;

Grupo 10: gravidez < 37 semanas, feto único cefálico, incluindo cesárea prévia.

As pacientes foram identificadas somente por seu número de prontuário. Os dados foram consolidados utilizando planilhas do programa Excel (Microsoft® 2010) e apresentados em forma de frequência simples, gráficos e tabelas. Para apresentação dos dados referentes à SRDG foi utilizada a tabela sugerida pela WHO^{17, 20}, que deve ser composta por sete colunas. Deve-se reportar, como rodapé da tabela, o número de relatórios que não puderam ser classificados, o que irá representar a taxa de não classificados. As diversas colunas e como se deve proceder para o cálculo dos valores correspondentes são descritas a seguir:

Coluna 1: Grupo de Robson, de 1 a 10.

Coluna 2: Número total por via de parto em cada grupo = número absoluto de PC ou PV por grupo. A última linha corresponde a n = total de partos PV ou PC.

Coluna 3: Número total de mulheres em cada grupo = número de partos por grupo (PCs+PVs). A última linha corresponde a N= total de registros classificados.

Coluna 4: Tamanho relativo do grupo (%) = (Coluna 3 / N) x 100. O somatório dos valores desta coluna deve ser 100%.

Coluna 5: Taxa de PC ou PV no grupo (%) = (Coluna 3 / Coluna 2) x 100. A última linha corresponde à taxa global de PV ou PC.

Coluna 6: Contribuição absoluta do grupo para a taxa total de PC ou PV (%) = (Coluna 2 / N) x 100. A última linha corresponde à taxa global de PV ou PC.

Coluna 7: Contribuição relativa de cada grupo sobre a taxa global de PC ou PV (%) = (Coluna 2 / n) x 100. O somatório dos valores desta coluna deve ser 100%.

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos, respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde²¹ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da MEAC (Número do parecer: 1.148.033 de 02/07/2015).

3. RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados referentes às cesáreas e partos vaginais para o período avaliado. Reporta-se, como rodapé da Tabela 1, o índice dos dados "não classificados", cuja análise serviu como orientação para avaliar a qualidade dos dados coletados. A taxa global de cesáreas foi de 62,05% para a amostra avaliada, que difere em 1% do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial¹⁹ para o período de julho a dezembro de 2017 (61,05%). Considerando o ano de 2017, a taxa de cesáreas global foi de 57,9%.

Tabela 1. Dados do SCR DG referentes aos partos ocorridos no período de julho a dezembro de 2017 na MEAC.

| Grupo de Robson | Nº de PC ou PV no grupo | Nº Total no grupo | Tamanho relativo do grupo (%) | Taxa de PC ou PV no grupo (%) | Contribuição absoluta do grupo para a taxa global de PC ou PV(%) | Contribuição relativa sobre a taxa global de PC ou PV(%) |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|--|
| Cesáreas (PC) | | | | | | |
| 1 | 103 | 251 | 20,49 | 41,03 | 8,41 | 13,55 |
| 2 | 157 | 170 | 13,88 | 92,35 | 12,82 | 20,66 |
| 3 | 24 | 190 | 15,51 | 12,63 | 1,96 | 3,16 |
| 4 | 43 | 59 | 4,81 | 72,88 | 3,51 | 5,66 |
| 5 | 211 | 233 | 19,02 | 90,56 | 17,22 | 27,76 |
| 6 | 16 | 16 | 1,31 | 100 | 1,31 | 2,10 |
| 7 | 29 | 29 | 2,38 | 100 | 2,37 | 3,81 |
| 8 | 44 | 46 | 3,75 | 95,65 | 3,59 | 5,79 |
| 9 | 4 | 4 | 0,33 | 100 | 0,33 | 0,53 |
| 10 | 129 | 227 | 18,53 | 56,83 | 10,53 | 16,98 |
| Total | 760 | 1225 | 100 | 62,05 | 62,05 | 100 |
| Partos Vaginais (PV) | | | | | | |
| 1 | 148 | 251 | 20,49 | 58,96 | 12,08 | 31,83 |
| 2 | 13 | 170 | 13,88 | 7,65 | 1,06 | 2,79 |
| 3 | 166 | 190 | 15,51 | 87,38 | 13,55 | 35,70 |
| 4 | 16 | 59 | 4,81 | 27,12 | 1,31 | 3,44 |
| 5 | 22 | 233 | 19,02 | 9,44 | 1,79 | 4,73 |
| 6 | 0 | 16 | 1,31 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 7 | 0 | 29 | 2,38 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 8 | 2 | 46 | 3,75 | 4,35 | 0,16 | 0,43 |
| 9 | 0 | 4 | 0,33 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 10 | 98 | 227 | 18,53 | 43,17 | 8,00 | 21,07 |
| Total | 465 | 1225 | 100 | 37,96 | 37,96 | 100 |

Não Classificadas: PC - 35 (4,4%) e PV 29 (5,87%)

As Figuras 1 e 2 apresentam os gráficos referentes a contribuição de cada grupo do SCR DG para a taxa de cesáreas no período estudado. A Figura 1 mostra a contribuição mensal no período de julho a dezembro de 2017 e a Figura 2 a contribuição global por grupo. Analisando a Tabela 1 e as Figuras 1 e 2 observa-se que durante o período estudado os grupos 5 (27,76%), 2 (20,66%), 10 (16,98%) e 1 (13,55%) apresentaram as maiores contribuições, tanto mês a mês quanto na taxa global de cesáreas.

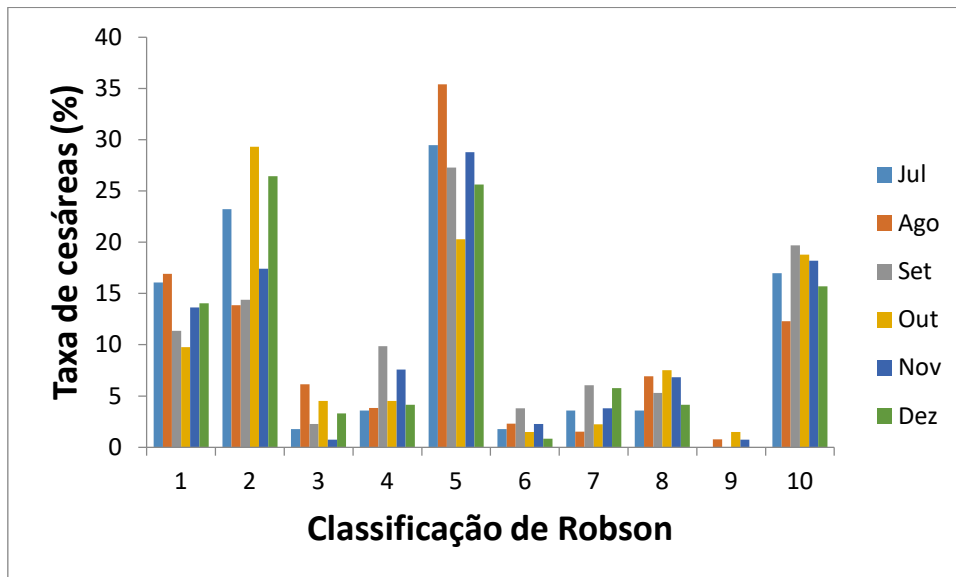


Figura 1. Contribuição mensal dos 10 grupos de Robson na taxa de cesáreas no período de julho a dezembro de 2017.

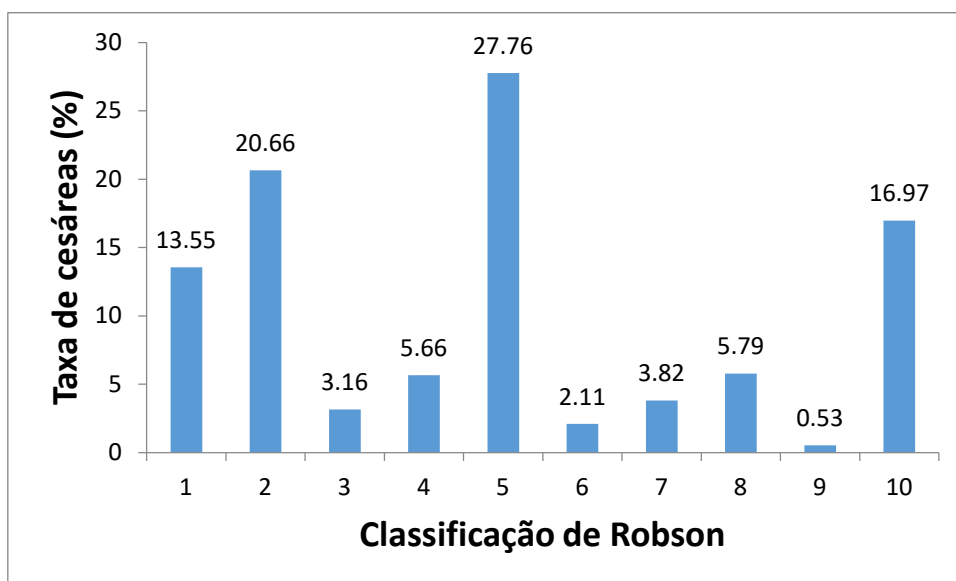


Figura 2. Classificação de Robson para as cesarianas realizadas de julho a dezembro de 2017 na MEAC.

A Tabela 2 mostra a contribuição mensal destes 4 grupos para a taxa de cesáreas. Verifica-se que todos os meses apresentaram valores superiores a 70%.

Tabela 2. Contribuição mensal (%) dos grupos 1, 2, 5 e 10 na taxa de cesáreas no período de julho a dezembro de 2017.

| Grupo | Contribuição mensal por grupo (%) | | | | | |
|-------|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
| 1 | 16,07 | 16,92 | 11,36 | 9,77 | 13,64 | 14,05 |
| 2 | 23,21 | 13,85 | 14,39 | 29,32 | 17,42 | 26,45 |
| 5 | 29,46 | 35,38 | 27,27 | 20,30 | 28,79 | 25,62 |
| 10 | 16,96 | 12,31 | 19,70 | 18,80 | 18,18 | 15,70 |
| Total | 85,70 | 78,46 | 72,72 | 78,19 | 78,03 | 81,82 |

Considerando os partos vaginais (Tabela 1), observa-se que a taxa global de PV foi de 37,96%, que difere em 0,99% do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial¹⁹ para o período de julho a dezembro de 2017 (38,95%). Observa-se que o índice dos dados "não classificados" foi de 5,87%.

As Figuras 3 e 4 apresentam os gráficos referentes a contribuição de cada grupo do Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG) para a taxa de partos vaginais no período estudado. A Figura 3 mostra a contribuição mensal no período de julho a dezembro de 2017 e a Figura 4 a contribuição global por grupo. Considerando o ano de 2017, a taxa global de partos vaginais foi de 42,10%. As maiores contribuições para a taxa global de partos vaginais foram dos grupos 3 (35,70%), 1 (31,83%) e 10 (21,07%).

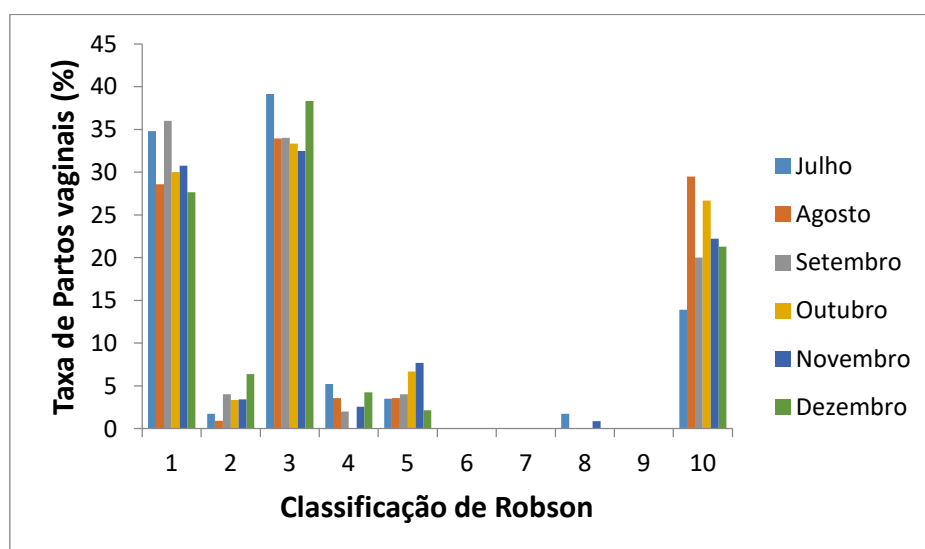


Figura 3. Contribuição mensal dos 10 grupos de Robson na taxa de partos vaginais no período de julho a dezembro de 2017.

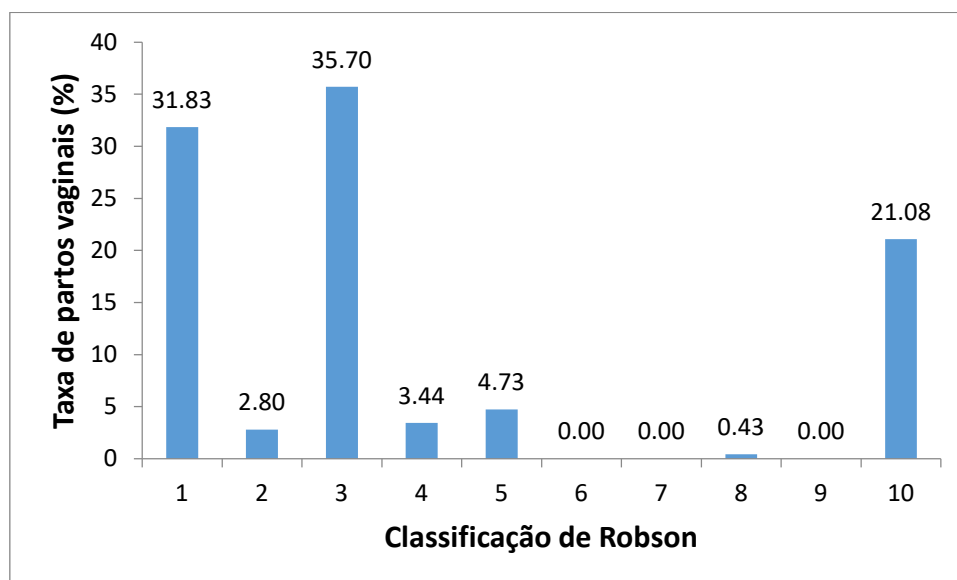


Figura 4. Classificação de Robson para os partos vaginais realizados de julho a dezembro de 2017 na MEAC.

4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos nesse trabalho indicam que a MEAC segue a mesma tendência de outros hospitais públicos brasileiros. Bolognani et al.³ utilizaram o SCR DG para classificar as cesarianas ocorridas em 2013 em dois hospitais públicos de referência do Distrito Federal (Brasília - Brasil), denominados pelos autores como HA e HB. A taxa média de cesáreas foi de 48,4%. Para o HA as maiores contribuições foram dos grupos 1 (30,2%), 3 (21,0%), 5 (18,9%) e 10 (9,7%), enquanto para o HB foram os grupos 1 (26,2%), 3 (24,5%), 5 (19,6%) e 2 (7,0%). Ferreira et al.¹¹ utilizaram o SCR DG para avaliar a distribuição de cesarianas e a ocorrência de morbidade materna grave (MMG) pelo modo de admissão no Hospital da Mulher (CAISM, Universidade Estadual de Campinas, Brasil), no período de janeiro de 2009 a julho de 2013. Eles observaram que a taxa global de cesáreas foi de 46,6%. Os grupos com maiores contribuições foram o Grupo 5 (27,3%), o Grupo 2 (17,6%) e o Grupo 1 (15,9). Ferraz²², durante o ano de 2014, observou para a Maternidade Otto Cirne (HC-UFMG, Belo Horizonte - MG) uma taxa global de cesarianas de 36,6% e os grupos 5 (35,84%), 2 (15,96%), 10 (15,84%) e 1 (8,18%) foram os que mais contribuíram para essa taxa. Verifica-se que a MEAC segue a mesma tendência em relação à contribuição dos grupos, porém com a taxa global de cesarianas um pouco superior (61,05%).

Avaliando a qualidade dos dados coletados e apresentados, observa-se que o tamanho do Grupo 9 para PC está dentro da margem esperada ($0,33\% < 0,4\%$) e a taxa

de cesáreas no grupo (Coluna 5 - 100%) sugere que a classificação foi feita de forma adequada. Com relação ao tamanho da amostra para PC (n=795) e o número total de mulheres que passaram por parto (N=1289), observa-se que 760 PC (<795) foram classificadas e 1225 (<1289) mulheres classificadas, o que indica que esforços devem ser realizados no preenchimento das fichas, com a inclusão de todos os dados.

O tamanho do grupo que corresponde a soma dos Grupos 1 e 2 de PC é de 34,37% (Coluna 4), que está dentro do esperado (35-42%) para a população obstétrica da maioria dos hospitais. Este dado indica uma elevada proporção de mulheres nulíparas, ao invés de múltíparas. A razão entre os tamanhos de Grupo 1 e 2 foi de 1,48, inferior a proporção esperada (> 2:1), o que indica que as pacientes necessitaram resolver a gestação antes do início do trabalho de parto, por provável patologia obstétrica.

O Grupo 2 foi o que apresentou a segunda maior contribuição para a taxa de cesáreas (Coluna 7), com 20,66%, representando 1 mulher de cada 5 que passaram por cesárea. Nesse grupo deve-se avaliar as patologias que mais contribuíram para a realização de PC em primigestas, bem como analisar o desfecho das pacientes submetidas a indução, o que irá contribuir para o aperfeiçoamento do protocolo de indução.

Se for avaliada a soma dos Grupos 3 e 4 de PC (20,32% - Coluna 4), observa-se um valor inferior ao sugerido (30%) pela WHO^{17, 20}. Uma provável razão para o valor reduzido dos Grupos 3 e 4 foi o tamanho do Grupo 5. O tamanho do Grupo 4 normalmente não deve exceder 15%, o que foi observado nesse trabalho (13,55%).

A taxa de cesáreas no Grupo 5 está diretamente relacionada a taxa global de cesáreas. Este foi o grupo que mais contribuiu para a taxa global de cesáreas, com 27,76%, o que explica a alta taxa global de cesáreas na MEAC. Uma informação importante é que a MEAC recebe muitas mulheres com cesáreas prévias, visto que é a maternidade de referência no Estado. Faz-se necessário planejar intervenções para reduzir a taxa de cesáreas nesse grupo específico. Isto poderia começar, por exemplo, fazendo uma auditoria de todas as mulheres que passaram por cesárea prévia para verificar o número de pacientes ao qual foi oferecida a prova de trabalho de parto (PTP). Seria interessante a explicação médica a parturiente sobre a PTP durante o pré-natal. Além disso, é importante que os médicos tentem reduzir a taxa de cesáreas para mulheres nulíparas (Grupos 1 e 2), uma vez que essas mulheres irão contribuir futuramente para o crescimento do Grupo 5.

Com relação à pequena contribuição do Grupo 5 para os partos vaginais, observa-se que a prática clínica de parto vaginal após cesariana ainda é pouco adotada. O American College of Obstetricians and Gynecologists relata que, dos casos de partos vaginais após cesariana (VBAC), de 60% a 80% pode resultar em um parto bem sucedido, reduzindo a morbidade materna e a taxa de complicações²³.

Ryan et al.²⁴ relatam que nos países desenvolvidos há uma tendência de realizar cesarianas eletivas em mulheres com cesariana prévia, elevando as taxas de cesariana a valores entre 30-50%. Os autores associam os seguintes fatores como responsáveis pelo aumento do insucesso no parto vaginal após cicatriz prévia: maior peso ao nascer, trabalho de parto induzido, ausência de parto vaginal prévio, IMC maior que 30, cesariana prévia por distócia, idade materna superior a 40 anos e a presença de patologias maternas.

Nos Grupos 6 e 7 a apresentação fetal determina as decisões obstétricas. A soma de suas contribuições deve ser de 3-4%, obtendo-se nesse trabalho 3,69%, o que está dentro da margem esperada para apresentação pélvica.

O tamanho do Grupo 8 (PC - Coluna 4) foi de 3,75%. Sua contribuição deve ser de 1,5 a 2%. Esta contribuição foi superior à esperada por ser a MEAC um hospital terciário (alto risco, hospital de referência).

O tamanho do Grupo 10 de PC foi de 18,53%. Sua contribuição deve ser inferior a 5%. Atribui-se a contribuição superior obtida pela MEAC a sua característica de hospital terciário, contando com UTIs materna e neonatal, o que leva ao encaminhamento de pacientes com patologias graves, como, por exemplo, pré-eclâmpsia grave e descolamento prematuro de placenta, aumentando a taxa de prematuros.

Os grupos de apresentação não-cefálica (Grupos 6, 7 e 9) e os gêmeos (Grupo 8) contribuíram com apenas 12,23% das cesarianas. Este número é um pouco inferior ao reportado pela pesquisa da OMS na América Latina (14%)²⁵. A contribuição da soma dos Grupos 1, 2 e 5 (coluna 7) foi de 61,97 de todas as cesáreas, que está dentro do valor esperado.

Com relação aos partos vaginais, as maiores contribuições para os Grupos 3 e 1 já eram esperadas, uma vez que esses grupos contabilizam as mulheres multíparas e nulíparas, com gestação única cefálica, sem cicatriz uterina anterior, ≥ 37 semanas de gestação e em trabalho de parto espontâneo. A contribuição do Grupo 10 também era esperada por ser a MEAC um hospital universitário terciário de referência. Atenção especial deve ser dada aos Grupos 2, 4 e 5, cujas taxas de partos vaginais foram baixas.

Os Grupos 2 e 4 englobam as mulheres nulíparas e multíparas com gestação única cefálica, ≥ 37 semanas de gestação, que tiveram parto induzido ou foram para cesariana antes do início do trabalho de parto. Este fato mostra que a indução do trabalho de parto muitas vezes resulta em uma cesárea.

De acordo com Ryan e McCarthy²⁶, de todas as mulheres que são induzidas, menos de dois terços darão à luz sem outras intervenções. Deste montante, aproximadamente 15% precisará de parto instrumental e mais de 20% passará por cesariana de emergência. É importante considerar, entretanto, que o desfecho do parto é influenciado não só pelo processo de indução, mas, também, pela patologia subjacente pela qual a indução foi efetuada. Os autores citam as seguintes indicações para oferecer a indução ao parto:

Indicações maternas: gravidez pós-termo, hipertensão induzida pela gravidez ou pré-eclâmpsia (> 37 semanas), colestase obstétrica (> 37 semanas), diabetes materna (> 40 semanas), idade materna avançada (> 39 semanas), hemorragia anteparto a termo, movimentos fetais reduzidos;

Indicações fetais: restrição de crescimento intrauterino (a termo se Dopplers normais) e óbito fetal intrauterino;

Indicações por membrana e placentárias: ruptura pré-laboral das membranas com gestações superiores a 37 semanas sem início espontâneo de trabalho ocorrendo dentro de 24 a 48 horas, ruptura pré-termo das membranas (< 37 semanas) se houver sinais ou sintomas de presença de corioamnionite.

De acordo com Hidalgo-Lopezosa e Hidalgo-Maestre²⁷, a melhor maneira de realizar o parto para uma mulher com cesárea prévia está atualmente em debate. Antes da década de 70, o fato de ter tido uma cesárea prévia era considerado como indicativo obrigatório para a realização de novas cesarianas. A partir da década de 80, este procedimento foi revisto em muitos países com o objetivo de reduzir a taxa de cesarianas. Relatos sobre a existência de um maior risco de morbidade, sobretudo devido à ruptura uterina, contribuíram para uma grande redução no número de mulheres que desejam tentar o nascimento vaginal após uma cesariana (VBAC) e, portanto, houve um aumento na incidência de cesarianas. De acordo com os autores, a relação risco/benefício geralmente favorece a tentativa do parto vaginal e a realização da prova de trabalho de parto (PTP).

Com relação à coleta de dados, observou-se que vários prontuários não puderam ser classificados. Especial atenção deve ser dada às informações relativas à idade gestacional e curso do parto, presentes no partograma, onde se observou mais falhas no preenchimento dos dados. Esta observação indica a necessidade de maior atenção dos profissionais de saúde para o preenchimento completo do prontuário a fim de melhorar a qualidade da coleta de informações e garantir maior segurança em tempos de judicialização da medicina.

Uma avaliação abrangente das mulheres grávidas que são internadas na MEAC é de vital importância. É nesta hora que as complicações potenciais de parto são observadas. Isso significa fazer, na admissão, uma avaliação global materna, fetal e do progresso do trabalho de parto.

Neste estudo muitas mulheres tiveram acompanhante durante o trabalho de parto. O apoio contínuo das mulheres durante o trabalho de parto reduz sua duração e o número de cesáreas, melhorando, assim, o resultado e a experiência de parto das mulheres. A ampliação da assistência durante o trabalho de parto pode ser uma intervenção muito importante para ajudar a reduzir as taxas de cesáreas, e a MEAC vem estimulando cada vez mais o acompanhamento multidisciplinar às suas pacientes.

Com relação à atividade dos médicos, a MEAC vem realizando mesas redondas para discutir alguns casos e seu desfecho final. Sabe-se que as informações passadas pelos médicos para as gestantes sobre a cesárea são muito importantes. Essas informações médicas não devem abranger apenas o procedimento cirúrgico, mas, principalmente, as consequências da cesariana.

Por fim, com base nos trabalhos de Inyang-Otu²⁸ e da WHO¹⁷, faz-se as seguintes recomendações:

- Avaliar a qualidade dos dados coletados e aumentar a conscientização da equipe sobre sua importância, interpretação e uso;
- Deve-se manter a atenção e o foco na vigilância pré-natal;
- Deve ser feito um plano de parto e este deve ser discutido com a paciente. Isso permitirá que alguns problemas sejam identificados precocemente e corrigidos, sempre que possível, ou que as cesarianas eletivas sejam programadas, em vez de procedimentos de emergência, que elevam as taxas de complicações;
- Deve-se adotar uma abordagem de baixa intervenção no trabalho de parto, especialmente para gestações de baixo risco. Assim, mulheres de baixo risco

- com menor grau de urgência devem ser beneficiadas com procedimentos que aumentem a probabilidade de parto vaginal;
- Deve ser dado apoio a educação continuada da equipe obstétrica, especialmente dando-lhes oportunidade de participar de cursos de atualização em atendimento obstétrico de emergência;
 - As diretrizes para a conduta segura do parto vaginal após cesárea devem ser protocoladas e seguidas para reduzir o número de mulheres do Grupo 5 de Robson;
 - A utilização de partogramas deve ser incentivada, treinamento para sua interpretação deve ser oferecido, e os profissionais devem se conscientizar da importância do preenchimento completo;
 - Por fim, sugere-se a realização de uma auditoria anual de cesarianas.

5 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa avaliou-se a população obstétrica que passou por parto na MEAC, no período de julho a dezembro de 2017. Constatou-se que o SCR DG é uma poderosa ferramenta para classificar os partos. A taxa global de cesáreas foi de 62,05% com as maiores contribuições dos grupos 5 (27,76%), 2 (20,66%) e 10 (16,98%), cuja soma representou mais de 65% das cesarianas realizadas no período. A taxa global de partos vaginais foi de 37,96 % para a amostra avaliada e as maiores contribuições foram dos Grupos 3 (35,70%), 1 (31,83%) e 10 (21,07%). Concluiu-se que a taxa de cesáreas na MEAC foi muito elevada e esforços para reduzir a incidência de cesáreas nos grupos de maior contribuição ajudariam a reduzir o número de cesáreas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fatusic J, Hudic I, Fatusic Z, Zildzic-Moralic A, Zivkovic M. Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification. Med Arch. 2016 Jun; 70(3):213-6. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.213-216>
2. Josipović LB, Stojkanović JD, Brković I. Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson Classification. Coll Antropol. 2015 Mar; 39(1): 145-50.

3. Bolognani CV, Reis LBSM, Dias A, Calderon IMP. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. PLoS One. 2018 Feb;13(2):e0192997. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>
4. Tura AK, Pijpers O, de Man M, Cleveringa M, Koopmans I, Gure T, Stekelenburg J. Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018 Apr;8(4):e020520. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020520>
5. Kankoon N, Lumbiganon P, Kietpeerakool C, Sangkomkarn U, Betrán AP, Robson M. Cesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Feb;140(2):191-197. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12372>
6. FIOCRUZ. Nacer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Leal M C, Gama SGN (Editores); 2015 [citado em: 14/05/2018]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.
7. OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Brasil: Organização Mundial de Saúde; 2015 [citado em 14/05/2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
8. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal Matern Med Rev. 2010a Feb; 12(1): 23-39. <https://doi.org/10.1017/S0965539501000122>
9. Guida JP, Pacagnella RC, Costa ML, Ferreira EC, Cecatti JG. Evaluating vaginal-delivery rates after previous cesarean delivery using the Robson 10-Group Classification System at a tertiary center in Brazil. Int J Gynaecol Obstet. 2017 Mar; 136(3):354-355. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12082>
10. Triunfo S, Ferrazzani S, Draisci G, Zanfini BA, Scambia G, Lanzone A. Role of maternal characteristics and epidural analgesia on caesarean section rate in groups 1 and 3 according to Robson's Classification: a cohort study in an Italian university hospital setting. BMJ Open. 2018 Apr; 8(4):e020011. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020011>

11. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson Ten Group Classification System for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2015a Jun; 129(3): 236-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>
12. Ferreira EC, Costa ML, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Robson MS. Robson Ten Group Classification System applied to women with severe maternal morbidity. *Birth*. 2015b Mar; 42(1): 38-47. <https://doi.org/10.1111/birt.12155>
13. Chong C, Su LL, Biswas A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Dec; 91(12): 1422-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01529.x>
14. Rossen J, Lucovnik M, Eggebø TM, Tul N, Murphy M, Vistad I, Robson M. A method to assess obstetric outcomes using the 10-Group Classification System: a quantitative descriptive study. *BMJ Open*. 2017 Jul 12; 7(7): e016192. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016192>
15. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). FIGO Statement - Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries - FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 2016 Nov; 135(2): 232-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.001>
16. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Internat J Gynecol Obstet*. 2015 Oct; 131 Suppl. 1: S23-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.026>
17. WHO. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017, p. 1-56. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO. ISBN 978-92-4-151319-7. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/ Acesso em: 14/03/2018.
18. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson Classification for cesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One* 2014 Jun; 9(6): e97769. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>

19. MEAC. Relatório Institucional Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Gerência de Atenção à Saúde (GAS); 2018 [citado em 15/02/2018]. Disponível em:
<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relatorio+todo.pdf/53ec5893-8a08-4b3d-a878-7e2fcdea86ae>
20. WHO. Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation. Geneva: World Health Organization; 2017, p. 1-11. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [citado em 15/02/2018]. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259513/1/WHO-RHR-17.22-eng.pdf?ua=1>>.
21. BRASIL. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012[Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012 [citado em 24/01/2016]. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
22. Ferraz LM. Contribuição à análise das taxas de cesarianas utilizando a classificação de Robson, a partir do estudo de mulheres com cesariana prévia, em um hospital universitário [dissertação de mestrado]. Minas Gerais: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), 2015.
23. ACOG. Practice bulletin no.115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*; 2010 Ago; 116(2 Pt 1): 450-63.
24. Ryan GA, Nicholson SM, Morrison JJ. Vaginal Birth after Caesarean Section: Current status and where to from here?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 Mar; 224: 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.011>
25. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, Widmer M, Carroli G, Torloni MR, Langer A, Narváez A, Velasco A, Faúndes A, Acosta A, Valladares E, Romero M, Zavaleta N, Reynoso S, Bataglia V. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: Classifying caesarean sections. *Reprod Health* 2009 Oct;6:18. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-6-18>
26. Ryan R, McCarthy F. Induction of labour. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2016 Oct; 26(10): 304–10.
<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.07.005>

27. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M. Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review. *Enferm Clin* 2017 Jan; 27(1): 28-39.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.08.006>

28. Inyang-Otu US. Factors associated with high caesarean section rates in Bertha Gxowa Hospital [dissertação de mestrado]. Johannesburg: Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand (África do Sul); 2014.

CAPÍTULO 5
CONCLUSÃO GERAL

Capítulo 5 - Conclusão Geral

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a população obstétrica que passou por parto vaginal e abdominal, no período de julho a dezembro de 2017, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, um hospital de nível terciário, utilizando o Sistema de Classificação de Robson em Dez Grupos (SCRDG). Sua realização permitiu chegar as seguintes conclusões gerais:

- As maiores contribuições para a taxa de cesáreas foram dos Grupos 5 (mulheres múltiparas, ≥ 37 semanas, apresentação cefálica e cesárea anterior - 27,76%), 2 (mulheres nulíparas, ≥ 37 semanas, cefálica com parto induzido ou cesárea anteparto - 20,66%) e 10 (gestações pré-termo cefálicas - 16,98%), cuja soma representou mais de 65% das cesarianas realizadas no período;
- A taxa global de cesáreas foi de 62,05% para a amostra avaliada, que diferiu em 1% do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial (MEAC, 2018) para o período de julho a dezembro de 2017 (61,05);
- Se compararmos os resultados obtidos nesse trabalho com os resultados obtidos para outros hospitais terciários de universidades brasileiras, verifica-se que a MEAC segue a mesma tendência em relação à contribuição dos grupos, porém com a taxa global de cesarianas um pouco superior;
- A taxa global de partos vaginais foi de 37,96 % para a amostra avaliada, que difere em 0,99 % do valor relatado pelo Relatório de Gestão Assistencial (MEAC, 2018) para o período de julho a dezembro de 2017 (38,95);
- As maiores contribuições para a taxa global de partos vaginais foram dos Grupos 3 (35,70%), 1 (31,83%) e 10 (21,07%).
- Atenção especial deve ser dada aos Grupos 2, 4 e 5, cujas taxas de partos vaginais foram baixas;
- Foram coletadas todas as informações essenciais incluídas na Classificação Robson, e observou-se que vários prontuários não puderam ser classificados, o que indica a necessidade de melhoras na coleta de dados. Especial atenção deve ser dada as informações relativas à idade gestacional e curso do parto, onde se observou mais falhas no preenchimento das fichas.

CAPÍTULO 6
REFERÊNCIAS

Capítulo 6 - Referências

ABDEL-ALEEM, H.; SHAABAN, O. M.; HASSANIN, A. I.; IBRAHEEM, A. A. Analysis of cesarean delivery at Assiut University Hospital using the Ten Group Classification System. **Int J Gynecol Obstet**, v. 123(2), p. 119–23, Nov 2013. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.05.011>

ACOG. Practice bulletin no.115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. **Obstet Gynecol**, v. 116(2 Pt 1), p. 450-463, Ago 2010.

ACOG/SMFM - American College of Obstetricians and Gynecologists (the College) / Society for Maternal-Fetal Medicine. Safe prevention of the primary cesarean delivery. **Am J Obstet Gynecol**, v. 210(3), p.179-193, Mar 2014. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ANS, 2008, p. 157.

BARČAITĖ, E.; KEMEKLINĖ, G.; RAILAITĖ, D. R.; BARTUSEVIČIUS, A.; MALECKIENĖ, L.; NADIŠAUSKIENĖ, R. Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System. **Medicina**, v. 51(5), p. 280-285, Nov 2015. <https://doi.org/10.1016/j.medici.2015.09.001>

BÉHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, v. 324(7343), p. 942-945, Apr 2002. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>

BETRÁN, A. P.; GULMEZOGLU, A. M.; ROBSON, M.; MERIALDI, M.; SOUZA, J. P.; WOJDYLA, D.; WIDMER, M.; CARROLI, G.; TORLONI, M. R.; LANGER, A.; NARVÁEZ, A.; VELASCO, A.; FAÚNDES, A.; ACOSTA, A.; VALLADARES, E.; ROMERO, M.; ZAVALETA, N.; REYNOSO, S.; BATAGLIA, V. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: Classifying caesarean sections. **Reprod Health**, v. 6, p. 1-8, Oct 2009. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-6-18>

BETRÁN, A. P.; VINDEVOGHEL, N.; SOUZA, J. P.; GÜLMEZOGLU, A. M.; TORLONI, M. R. A systematic review of the Robson Classification for cesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. **PLoS One**, v. 9(6), p. e97769, Jun 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>

BOLOGNANI, C. V.; REIS, L. B. S. M.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. **PLoS One**, v. 13(2), p. e0192997, Feb 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>

BRASIL. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União nº12, 13 jul 2013, Seção 1. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24/01/2016.

BRENNAN, D. J.; ROBSON, M. S.; MURPHY, M.; O'HERLIHY, C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. **Am J Obstet Gynecol**, v. 201(3), p. 308.e1-8 Sep 2009. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.06.021>

CHONG, C.; SU, L. L.; BISWAS, A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Tem Group Classification in a tertiary teaching hospital. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 91(12), p. 1422-1427, Dec 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01529.x>

CLARK, S. L.; BELFORT, M. A.; DILDY, G. A.; HERBST, M. A.; MEYERS, J. A.; HANKINS, G. D. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. **Am J Obstet Gynecol**, v. 199(1), p. 36.e1-5, discussion 91-2, Jul 2008. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.03.007>

COSTA, M. L.; CECATTI, J. G.; SOUZA, J. P.; MILANEZ, H. M.; GÜLMEZOGLU, M. A. Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. **Reprod Health**, v. 7(13), p. 1-8, Jun 2010. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-13>

COXELL, J. **Caesarean Birth Trends in South Australia: 1985-2007**. Dissertação de Mestrado - Adelaide: Faculty of Humanities and Social Sciences, The University of Adelaide, 2012.

CROSBY, D. A.; MURPHY, M.; SEGURADO, R.; BYRNE, F.; MAHONY, R.; ROBSON, M.; McAULIFFE, F.M. Classification of cesarean delivery rates, 10 Robson groups over 10 years: what have we learned?. **Am J Obstet Gynecol**, v. 216(1), p. S346, Jan 2017. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.320>

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A. P. E.; FONSECA, S. C.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; BITTENCOURT, S. D. A.; ROCHA, P. M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo : Estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Cienc Saúde Colet**, v. 13(5), p. 1521–1534, Oct 2008. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>

FATUSIC, J.; HUDIC, I.; FATUSIC, Z.; ZILDZIC-MORALIC, A.; ZIVKOVIC, M. Cesarean Section Rate Analysis in University Hospital Tuzla - According to Robson's Classification. **Med Arch**, v. 70(3), p. 213-216, Jun 2016. <https://doi.org/10.5455/medarh.2016.70.213-216>

FERRAZ, L. M. **Contribuição à análise das taxas de cesarianas utilizando a classificação de Robson, a partir do estudo de mulheres com cesariana prévia, em um hospital universitário.** Dissertação de Mestrado - Minas Gerais: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil), 2015.

FERREIRA, E. C. **Utilização do Sistem de Classificação de Dez Grupos de Robson para partos na investigação de morbidade materna grave.** Dissertação de Mestrado - Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, 2014.

FERREIRA, E. C.; COSTA, M. L.; CECATTI, J. G.; HADDAD, S. M.; PARPINELLI, M. A.; ROBSON, M. S. Robson Ten Group Classification System applied to women with severe maternal morbidity. **Birth**, v. 42(1), p. 38-47, Mar 2015b. <https://doi.org/10.1111/birt.12155>

FERREIRA, E. C.; PACAGNELLA, R. C.; COSTA, M. L.; CECATTI, J. G. The Robson Tem Group Classification System for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. **Int J Gynecol Obstet**, v. 129(3), p. 236-239, Jun 2015a. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>

FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). FIGO Statement - Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries - FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. **Int J Gynecol Obstet**, v. 135(2), p. 232-233, Nov 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.001>

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento.** Fundação Osvaldo Cruz: Leal, M. C.; Gama, S. G. N. (Ed.), Escola Nacional de Saúde Pública, 2015. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 20/01/2016.

GIBBONS, L.; BELIZAN, J. M.; LAUER, J. A.; BETRAN, A. P.; MERIALDI, M.; ALTHABE, F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. **Am J Obstet Gynecol**, v. 206(4), p. 331.e1-19, Apr 2012. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.02.026>

GUIDA, J. P.; PACAGNELLA, R. C.; COSTA, M. L.; FERREIRA, E. C.; CECATTI, J. G. Evaluating vaginal-delivery rates after previous cesarean delivery using the Robson 10-Group Classification System at a tertiary center in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 136(3), p. 354-355, Mar 2017. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12082>

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33(5), p. 252-262, May 2011. PMID:21860933

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M. Risk of uterine rupture in vaginal birth after cesarean: Systematic review. **Enferm Clin**, v. 27(1), p. 28-39, Jan 2017. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.08.006>

INYANG-OTU, U. S. **Factors associated with high caesarean section rates in Bertha Gxowa Hospital**. Dissertação de Mestrado - Johannesburg: Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand (África do Sul), 2014.

JOSIPOVIĆ, L. B.; STOJKANOVIĆ, J. D.; BRKOVIĆ, I. Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson Classification. **Coll Antropol**, v. 39(1), p. 145-150, Mar 2015. PMID:26040082

KANKOON, N.; LUMBIGANON, P.; KIETPEERAKOOL, C.; SANGKOMKAMHANG, U.; BETRÁN, A. P.; ROBSON, M. Cesarean rates and severe maternal and neonatal outcomes according to the Robson 10-Group Classification System in Khon Kaen Province, Thailand. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 140(2), p. 191-197, Feb 2018. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12372>

KELLY, S.; SPRAGUE, A.; FELL, D. B.; MURPHY, P.; AELICKS, N.; GUO, Y.; FAHEY, J.; LAUZON, L. Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Robson Classification System. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 35(3), p. 206-214, Mar 2013. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30992-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30992-0)

LAVENDER, T.; HOFMEYR, G. J.; NEILSON, J. P.; KINGDON, C.; GYTE, G. M. L. Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 3 (Art. No.: CD004660), p. 1-13, Jul 2006.

MARTEL, M.-J.; MACKINNON, C. J. No. 155 - Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 40(3), p. e195-e207, Mar 2018. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.014>

MEAC. **Relatório Institucional Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Portal EBSEH-MEAC-UFC. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relatorio+todo.pdf/53ec5893-8a08-4b3d-a878-7e2fcdea86ae>>. Consulta em: 15/02/2018.

MOURA, V. A.; FEITOSA, F. E. L. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson. **Rev Med UFC**, v. 57(1), p. 25-29, Mar 2017. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29>

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and risks of elective cesarean section. **Deutsch Arztebl Int**, v. 112(29-30), p. 489-495, Jul 2015. PMID:26249251 PMCID:PMC4555060. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. **NIH Consens State Sci Statements**, v. 23(1), p. 1-29, Mar 2006. Disponível em: <<https://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>>. Consulta em: 20/01/2016.

OMS. **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>. Consulta em: 20/01/2016.

OPENSTAX. **Anatomy and Physiology**. Houston: OpenStax CNX,. ISBN-10: 1-947172-04-2 Disponível em: <<https://cnx.org/contents/FPtK1z mh@8.120:8GgICkN2@3/Maternal-Changes-During-Pregna>>. Acesso em: 26/02/2018.

O'SULLIVAN, J. F. Caesarean birth. **Ulster Med J**, v. 59(1), p. 1-10, Apr 1990. PMID:2190402 PMCID:PMC2448256

OWH. **Pregnancy - Labor and birth**. Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services. Disponível em:

<<https://www.womenshealth.gov/pregnancy/childbirth-and-beyond/labor-and-birth>>. Consulta em 20/3/18.

PALLASMAA, N. **Cesarean Section - Short Term Maternal Complications Related to the Mode of Delivery**. Tese de Doutorado - Turku: Doctoral Programme of Clinical Investigation, Department of Clinical Medicine Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of Turku (Finlândia); 2014.

PARENTE, R. C. M.; MORAES FILHO, O. B.; REZENDE FILHO, J.; BOTTINO, N. G.; PIRAGIBE, P.; LIMA, D. T.; GOMES, D. O. A história do nascimento (parte 1): Cesariana. **Femina**, v. 38(9), p. 481-486, Set 2010.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes Países. **Rev Saúde Pública**, v. 45(1), 185-194, Feb 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000100021>

ROBSON, M. S. Classification of caesarean sections. **Fetal Matern Med Rev**, v. 12(1), p. 23-39, Feb 2010a. <https://doi.org/10.1017/S0965539501000122>

ROBSON, M. S. Can we reduce the caesarean section rate?. **Best Prac Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 15(1), p. 179- 194, Feb 2001b. <https://doi.org/10.1053/beog.2000.0156>

ROBSON, M. S.; SCUDAMORE, I. W.; WALSH, S. M. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. **Am J Obstet Gynecol**, v. 174(1), p. 199-205, Jan 1996. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70394-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70394-0)

ROBSON, M.; MURPHY, M.; BYRNE, F. Quality assurance: The 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. **Internat J Gynecol Obstet**, v. 131 (Suppl. 1), S23–S27, Oct 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.026>

ROBSON, S. J.; TAN, W. S.; ADEYEMI, A.; DEAR, K. B. G. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: Anonymous survey of obstetricians in Australia. **Birth**, v. 36(3), p. 208-212, Sep 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00331.x>

ROSSEN, J.; LUCOVNIK, M.; EGGEØ, T. M.; TUL, N.; MURPHY, M.; VISTAD, I.; ROBSON, M. A method to assess obstetric outcomes using the 10-Group Classification System: a quantitative descriptive study. **BMJ Open**, v. 7, p. e016192, Jul 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016192>

RYAN, G. A.; NICHOLSON, S. M.; MORRISON, J. J. Vaginal Birth after Caesarean Section: Current status and where to from here?. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 224, p. 52-57, Mar 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.011>

RYAN, R.; MCCARTHY, F. Induction of labour. **Obstet Gynaecol Reprod Med**, v. 26(10), p. 304–310, Oct 2016. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.07.005>

SEWELL, J. E. **Cesarean Section - A Brief History**. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993. Disponível em: <<https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>>. Consulta em: 03/02/2016.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, v. 38(10), p. 505-516, Ago 2010a.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: Parte II. **Femina**, v. 38(9), p. 459-468, Set 2010b.

SULLIVAN, E. A. **Caesarean Section in Australia: National Monitoring and Classification**. Tese de Doutorado - Nova Gales do Sul: Faculty of Medicine, The University of New South Wales; 2010.

TITA, A. T. N. When is primary cesarean appropriate: Maternal and obstetrical indications. **Semin Perinatol**, v. 35(5), p. 324-327, Oct 2012. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.04.014>

TRIUNFO, S.; FERRAZZANI, S.; DRAISCI, G.; ZANFINI, B. A.; SCAMBIA, G.; LANZONE, A. Role of maternal characteristics and epidural analgesia on caesarean section rate in groups 1 and 3 according to Robson's Classification: a cohort study in an Italian university hospital setting. **BMJ Open**, v. 8(4), p. e020011. Apr 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020011>

TURA, A. K.; PIJPERS, O.; DE MAN, M.; CLEVERINGA, M.; KOOPMANS, I.; GURE, T.; STEKELENBURG, J. Analysis of caesarean sections using Robson 10-group classification system in a university hospital in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, v. 8(4), p. e020520, Apr 2018. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020520>

WHO - World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug; 2(8452): 436-37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3)

WHO. **Robson Classification: Implementation Manual**. Geneva: World Health Organization; 2017a, p. 1-56. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO. ISBN 978-92-4-151319-7. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/> Acesso em: 14/03/2018.

WHO. **Robson Classification: Example of Robson Report Table with Interpretation**. Geneva: World Health Organization; 2017b, p. 1-11. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259513/1/WHO-RHR-17.22-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15/03/2018.


WIKLUND, I.; ANDOLF, E.; LILJA, H.; HILDINGSSON, I. Indications for cesarean section on maternal request – Guidelines for counseling and treatment. *Sex Reprod Healthc*, v. 3(3), p. 99-106, Oct 2012. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.06.003>

YE, J.; BETRÁN, A. P.; VELA, M. G.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*, v. 41(3), p. 237-244, Sep 2014. <https://doi.org/10.1111/birt.12104>

Anexos

Anexo 1 – Ficha para captação dos dados

Tabela A1. Ficha para classificar o parto de acordo com os grupos de Robson.

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
|  | | UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND QUESTIONÁRIO | |
| Prontuário: | | Idade: | |
| Indicação cesárea: | | | |
| G _____ | P _____ | A _____ | (PV _____ PC _____) |
| IG: | | _____ semanas _____ dias | |
| Apresentação: | | <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> Pélvica <input type="checkbox"/> Córmica | |
| Curso do Parto: | | <input type="checkbox"/> Trabalho de parto espontâneo <input type="checkbox"/> Trabalho de parto induzido <input type="checkbox"/> Cesárea eletiva <input type="checkbox"/> Cesárea de urgência | |
| Trabalho de parto: | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Indução do trabalho de parto: | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Classificação de Robson | | | |
| (1) | Mulheres nulíparas com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, em trabalho de parto espontâneo | () | |
| (2) | Mulheres nulíparas com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, que tiveram parto induzido ou foram para cesariana antes do início do trabalho de parto | () | |
| (3) | Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina anterior, com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, em trabalho de parto espontâneo | () | |
| (4) | Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina anterior, com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, que tiveram parto induzido ou foram para cesariana antes do início do trabalho de parto | () | |
| (5) | Todas as mulheres múltiparas, com pelo menos uma cicatriz uterina anterior e gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais | () | |
| (6) | Todas as mulheres nulíparas com gestação única pélvica | () | |
| (7) | Todas as mulheres múltiparas com gestação única pélvica, incluindo as mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (8) | Todas as mulheres com gestações múltiplas, incluindo as mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (9) | Todas as mulheres com gestação única, com uma posição transversal ou oblíqua, incluindo mulheres com cicatriz uterina anterior | () | |
| (10) | Todas as mulheres com gestação única cefálica, com 36 semanas de gestação ou menos, incluindo mulheres com cicatrizes prévias | () | |
| Assinatura: | | | |