



TAXAS DE CESARIANAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON¹

Agnes Maria Reis*
Renata Cristina Teixeira Beltrame**
Rayssa Basilio Santos Arantes***
Áurea Cristina de Paula Correa****
Debora Pereira Martins*****

RESUMO

Objetivo: descrever as taxas de cesáreas de um hospital universitário a partir da Classificação de Robson. **Método:** descritivo e transversal, realizado a partir de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos dos partos ocorridos em um hospital universitário, entre 2015 e 2017. **Resultados:** houve aumento progressivo da via de parto cesárea e a consequente manutenção da elevada taxa geral de cesariana. Quantidade considerável das parturientes possuía condições obstétricas favoráveis para o parto vaginal e, caso tivesse sido acompanhada por enfermeiras (os) obstétricas (os), poderia ter aumentado a sua possibilidade de ter um parto vaginal. O maior grupo da Classificação de Robson foi o de múltiparas, com cesárea anterior e gestação a termo (grupo 5), que provavelmente está relacionado ao número elevado de cesariana identificado em primíparas (grupo 1) e a limitações dos métodos de indução para o trabalho de parto. **Conclusão:** o uso da Classificação de Robson permitiu conhecer, com maior especificidade, o perfil das mulheres submetidas à cesárea no serviço, o que pode subsidiar a elaboração de estratégias mais efetivas e condizentes com a realidade no enfrentamento das taxas elevadas de cesariana.

Palavras-chave: Cesariana. Obstetrícia. Parto. Enfermeiras Obstétricas.

INTRODUÇÃO

O aumento constante e sem precedentes das taxas de cesariana no mundo evoca preocupações no setor da saúde devido aos riscos e custos adicionais em curto e longo prazos relacionados a elas. Embora exista diferença entre países com mais e menos recursos, a necessidade de políticas e estratégias globais e regionais para otimizar o uso da Cirurgia Cesariana (CS) é emergente⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando realizada de forma indiscriminada e sem indicações clínicas, a CS não traz qualquer benefício para o binômio mãe-filho e pode acarretar complicações imediatas e/ou posteriores. Porém, quando feita sob indicações médicas específicas, é uma cirurgia essencial para a saúde e para a redução da mortalidade materna e infantil⁽²⁾.

O Brasil tem vivenciado, nas últimas décadas, uma mudança no padrão de nascimento e a CS tornou-se a via de parto mais comum, caracterizando 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde e 40% daqueles realizados no sistema público⁽³⁾. De acordo com estudo que buscou refletir sobre o excesso de CS no país, em uma perspectiva crítica e propositiva, a partir dos dados do inquérito nacional Nacer no Brasil, o cenário nacional apresenta um quadro epidêmico de cesáreas desnecessárias e indesejadas, marcado pela medicalização e a contraproduzitividade, que trazem, como efeito, o aumento da morbidade e mortalidade materna e neonatal⁽⁴⁾.

Pesquisa que analisou o custo-efetividade do parto vaginal espontâneo comparado à cesariana eletiva, em gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde (SUS), acrescentou que, quando comparada ao parto vaginal, a cesárea

¹Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso. Apresentado na Universidade Federal de Mato Grosso, 9º semestre, 2018.

*Enfermeira. Graduada na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: agnes.lucacheuski@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8364-5012>.

**Enfermeira Obstétrica. Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: renata_teixeira22@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5571-8819>.

***Enfermeira mestre do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: rayssabasilio@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5381-6332>.

****Enfermeira. Doutora. Diretora da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: aureaufmt@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-2091-6879>.

*****Enfermeira Obstetra. Responsável Técnica da Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. E-mail: debypereira@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0077-9574>.

está relacionada com maior morbidade materna pela exposição e necessidade de várias intervenções que geram um maior tempo de permanência hospitalar para o binômio mãe-filho e, conseqüentemente, o aumento do risco de complicações maternas e neonatais⁽⁵⁾.

Aspecto importante para a redução das cesarianas no Brasil, apontado em uma pesquisa que descreveu os resultados de iniciativas que buscaram qualificar a assistência obstétrica nos setores público e privado no país, é a necessidade de qualificar o cuidado ao trabalho de parto e ao parto, de modo a promover a autonomia, o protagonismo e o bem-estar das mulheres. E destacou, como expressão de qualidade neste contexto, a redução de intervenções desnecessárias e o uso apropriado de tecnologias benéficas, tais como a oferta de métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor e a inserção de enfermeiras obstétricas (os)⁽⁶⁾.

Frente a essa problemática, a OMS afirma que não se deve buscar atingir uma taxa específica de cesáreas e que os esforços devem se concentrar em garantir que as cesáreas sejam feitas nos casos necessários. Para isto, indica que seja realizado um sistema de classificação confiável e aceito internacionalmente e que forneça dados de forma padronizada, para que se possam comparar as taxas de cesáreas em diferentes populações, bem como investigar os fatores envolvidos na sua indicação/realização. A alternativa proposta pela OMS é o uso de um instrumento padrão em todo o mundo, a “Classificação de Robson” (CR), que agrupa as gestantes conforme as características obstétricas e permite a comparação, o monitoramento e a avaliação padronizados das taxas de cesáreas, além de ofertar subsídios para a análise das indicações clínicas utilizadas⁽²⁾.

No cenário internacional, pesquisas vêm apontando a relevância da utilização da CR no enfrentamento da progressão das taxas de cesariana, tendo em vista que ela permite identificar os grupos-alvos para intervenções e para a orientação de políticas públicas voltadas à redução da CS sem indicação clínica. As mulheres nulíparas e as múltiparas com cesariana prévia são identificadas como as que mais contribuem para a progressão das taxas de cesárea^(7,8).

No Brasil, estudo que avaliou as diferenças nas taxas de cesárea de acordo com a fonte de

pagamento (pública ou privada) em 266 maternidades, usando a CR, vai ao encontro dos resultados internacionais e ressaltou a necessidade da criação de políticas públicas direcionadas à redução da cesáreas eletivas, particularmente em mulheres nulíparas, e ao incentivo do parto vaginal após cesárea em múltiparas, com vistas a reduzir a problemática da repetibilidade do parto cirúrgico⁽⁹⁾.

Nesse sentido, a Rede Cegonha, política pública direcionada à área obstétrica vigente no país, preconiza a garantia das boas práticas e da segurança na atenção ao parto e nascimento, com destaque para o monitoramento dos tipos de parto, incluindo o número de cesárea em primíparas⁽¹⁰⁾. E o Projeto Ápice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, implementado pelo Ministério da Saúde no ano de 2017, com o objetivo de qualificar a atenção obstétrica e neonatal em hospitais de ensino, apresenta a necessidade de se repensar o contexto da via de parto no país e de se monitorar as taxas de CS mediante uso da CR⁽¹¹⁾.

Assim, considerando que a redução das taxas de cesáreas configura um problema de saúde pública e que a CR é uma estratégia com potencial de fomentar a elaboração de ações para reduzir CS nos grupos específicos de mulheres que mais contribuem para a taxa geral desta via de parto no serviço, o objetivo deste estudo é descrever as taxas de CS de um hospital universitário a partir da Classificação de Robson.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado em um hospital universitário da capital do Estado de Mato Grosso, que atende, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Rede Cegonha e ao Projeto Ápice On, que atende pré-natal, parto e pós-parto de risco habitual e alto risco e possui equipe de atenção ao parto e nascimento composta por médicos (obstetras e pediatras) e enfermeiras (os) obstétricas (os) em todos os plantões.

A população total do estudo foi composta pelas mulheres que tiveram seus partos no referido hospital nos anos de 2015 a 2017. Considerou-se 2015 como marco temporal a partir da proposta da OMS em adotar a CR para

conhecer o perfil obstétrico das mulheres submetidas à cesárea nos serviços de saúde. A seleção de todos os partos é um pré-requisito para operacionalizar a CR.

Para a coleta de dados, foram utilizados os dados da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) fornecidos pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do hospital universitário estudado. Das DNVs, foram extraídas as informações referentes às variáveis: número de gestação; número de partos; número de nascidos vivos; informações quanto à cesárea anterior; número de semanas de gestação no parto; tipo de gravidez (única ou múltipla); apresentação fetal; indução do trabalho de parto (TP), tipo de parto e se a cesárea ocorreu antes ou depois do TP.

De um total de 3.168 DNV, foram excluídas as relativas às gestações múltiplas (91), considerando apenas uma e as declarações que não possuíam a variável do tipo de parto (3), totalizando uma população total de 3.074. Os

dados foram consolidados pelo programa *Excel* (Microsoft Office 2010) e analisados pelo programa Epi Info.

Após a consolidação dos dados, realizou-se a CR que agrupa as mulheres em dez grupos, conforme a tabela 1, com base em seis variáveis, sendo estas: a paridade (nulíparas ou múltiparas); se tem cesárea anterior (sim ou não); o início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); a idade gestacional (pré-termo ou termo); a apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e o número de fetos (único ou múltiplo)⁽²⁾. Também foi utilizado um novo grupo da CR (grupo "11"), que inclui as mulheres que não puderam ser classificadas em nenhum dos dez grupos por falta ou incompletude de algum dado obstétrico na DNV⁽¹²⁾. Os grupos são mutualmente exclusivos e totalmente inclusivos.

Tabela 1. Grupos da Classificação de Robson.

Grupo	IG	Nº. de fetos	Apresentação	Paridade	Cesárea prévia	Início do TP
1	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo
2	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido ou CS eletiva
3	Termo	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Espontâneo
4	Termo	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Induzido ou CS eletiva
5	Termo	Único	Cefálica	Múltipara	Sim	Independente
6	Independente	Único	Pélvica	Nulípara	Não	Independente
7	Independente	Único	Pélvica	Múltipara	Independente	Independente
8	Independente	Múltiplo	Independente	Independente	Independente	Independente
9	Independente	Único	Transversa	Independente	Independente	Independente
10	Independente	Único	Cefálica	Independente	Independente	Independente

Legenda: Termo $\geq$ 37 semanas; TP - trabalho de parto; CS - cirurgia cesariana.

O objetivo da CR é identificar os grupos que são clinicamente relevantes para trabalhar estratégias de redução de cesáreas ao longo dos anos, bem como para investigar os fatores envolvidos na sua indicação/realização. As características obstétricas são ressaltadas a partir das variáveis utilizadas, sendo que a cesárea é considerada muito evitável nas mulheres classificadas nos grupos de 1 a 4 e pouco evitável para aquelas que compõem os demais grupos^(2,13).

Os dados obtidos a partir da classificação são padronizados e incluem o número de cesarianas e de partos em cada grupo, o tamanho proporcional de cada grupo (número de partos do grupo dividido pelo número total de partos), o percentual de cesáreas em cada grupo, a contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada

grupo dividido pelo número total de partos X 100) e a contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100)⁽¹³⁾.

Foi realizada análise estatística descritiva com frequências absolutas e relativas das taxas de cesáreas, grupos da CR dos partos, de CS no grupo da CR e as contribuições absoluta e relativa das CS conforme a CR. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos segundo a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, segundo Parecer: 2.510.397 do CEP.

RESULTADOS

Do total de partos analisados, 1.584 (51,5%) foram partos cesáreos e 1490 (48,5%), partos

vaginais. Quanto à taxa de cesárea, verificou-se, nos anos 2015 (47,8%), 2016 (50,5%) e 2017 (55,8%), um aumento de 8,0% entre 2015 e 2017, demonstrando o aumento progressivo desta via de parto no serviço.

Em relação à CR, observam-se, na tabela 2, as distribuições absoluta e relativa de todos os partos (3074) nos 11 grupos. A maioria das parturientes (54,2%) foi classificada nos quatro primeiros grupos da CR, que agregam as mulheres com características obstétricas favoráveis para tentar a via de parto vaginal,

especialmente aquelas dos grupos 1 e 3, que não possuem cesárea anterior. Conhecer o tamanho de cada grupo é importante para caracterizar a população obstétrica atendida no serviço, bem como para avaliar mudanças de perfil ao longo do tempo e compará-las com a realidade de outros locais. Observou-se, também, que 22 (0,7%) parturientes foram classificadas no grupo 11, demonstrando limitações na qualidade do preenchimento das DNV no serviço, situação que interfere no conhecimento fidedigno das taxas de cesárea nos outros grupos.

Tabela 2. Distribuição dos partos segundo os grupos da Classificação de Robson no período de 2015-2017. Cuiabá-MT, 2018.

Grupo	Número de CS no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de CS do grupo (%)	Contribuição absoluta para taxa de CS (%)	Contribuição relativa para a taxa de CS (%)
1	122	404	13,1	30,2	4,0	7,7
2	281	493	16,0	57,0	9,1	17,7
3	38	468	15,2	8,1	1,2	2,4
4	95	304	9,9	31,3	3,1	6,0
5	535	687	22,3	77,9	17,4	33,8
6	33	42	1,4	78,6	1,1	2,1
7	73	84	2,7	86,9	2,4	4,6
8	87	99	3,2	87,9	2,8	5,5
9	10	10	0,3	100,0	0,3	0,6
10	297	461	15,0	64,4	9,7	18,8
11	13	22	0,7	59,1	0,4	0,8
Total	1584	3074	100,0	51,5	51,5	100,0

Legenda: CS: cirurgia cesariana.

Apresenta-se, também, a contribuição de cada grupo para a taxa total de cesáreas, considerando todos os partos (3074) ocorridos no período, bem como a contribuição relativa deles para a taxa de CS em relação ao total de partos cirúrgicos (1583). Esta distribuição permite identificar qual o perfil obstétrico das parturientes que tiveram o maior número de partos cirúrgicos e que, portanto, devem ser alvo de estratégias de promoção para o parto vaginal. O grupo 5 foi o que apresentou a maior contribuição relativa e absoluta nas taxas de cesáreas do serviço.

DISCUSSÃO

A taxa de cesárea elevada (51,5%) e o crescimento progressivo dela no período do estudo no serviço demonstram o agravamento da problemática da realização/repetição da cesárea eletiva. Situação semelhante foi apontada em estudo que descreveu os nascimentos via cesariana e vaginal e identificou as associações deles com variáveis temporais e

sociodemográficas, identificando aumento de aproximadamente 40% de cesarianas no país de 2000 para 2010⁽¹⁴⁾. Cabe ressaltar que, conforme recomendado pela OMS, seria o tolerável entre 10-15% de CS nos serviços de atenção obstétrica².

Em outros países da América do Sul, como no Uruguai, observa-se, também, um crescimento progressivo da taxa de CS em 2009 (35,5%) até 2013 (43,7%), com muitos serviços de saúde apresentando valores superiores a 55% e com taxas maiores no setor privado que no público¹⁵. Contudo, esta não é uma realidade mundial, pois alguns países no continente Europeu, como é o caso da Holanda, mantêm taxas relativamente baixas de CS, com pequenos acréscimos na última década (15,1% em 2004 e 17% em 2010) e resultados maternos e perinatais satisfatórios⁽¹⁶⁾.

Segundo pesquisa que buscou identificar os fatores associados às boas taxas de CS na Holanda, padrões obstétricos, como gestações a termo, feto único com apresentação cefálica, com início espontâneo do trabalho de parto,

baixa taxa de indução do parto, alta taxa de tentativa de trabalho de parto após cesárea anterior e o uso de vácuo e do fórceps são elementos-chaves que podem ter mantido a taxa de CS baixa. Além disso, a alta proporção de mulheres sendo cuidadas por obstetrias também pode ser um importante contribuinte⁽¹⁷⁾.

Estes padrões relacionam-se às características obstétricas dos grupos de 1 a 5 da CR que, neste estudo, representaram 76,5% das mulheres investigadas. A CR prevê que a composição populacional esperada para os cinco primeiros grupos seja de aproximadamente 80 a 90% das parturientes nos serviços obstétricos⁽¹³⁾, tendo em vista que a grande maioria das mulheres tem condições fisiológicas condizentes com a via de parto vaginal.

No serviço investigado, observou-se um número de mulheres com características obstétricas que favorecem o parto vaginal um pouco abaixo do esperado (76,5%), fato que, isoladamente, não justifica a taxa de CS elevada, ou seja, a quantidade considerável das parturientes deste estudo possui um perfil relacionado com as condições obstétricas mais apropriadas para o parto vaginal e com indicação para que a condução da assistência seja conduzida por enfermeiras (os) obstétricas (os), desde que não haja outros riscos/condições clínicas associados.

A atuação da enfermeira (o) obstétrica (o) (EO) e das obstetrias é recomendada para a condução do cuidado das mulheres em processo reprodutivo de risco habitual, da admissão até a alta, nas proposições ministeriais^(10,11) e internacionais. Segundo estudo que analisou a experiência e a satisfação das mulheres assistidas por este profissional durante o parto vaginal, identificou-se que as suas práticas são voltadas à assistência mais humanizada e menos intervencionista, apresentando desfechos maternos e perinatais satisfatórios⁽¹⁸⁾.

Outro estudo realizado em um hospital universitário da capital de Mato Grosso, que teve como objetivo analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) após a inserção da EO, evidenciou, além de uma assistência mais humanizada, a redução na taxa de cesarianas (10%) e baixos índices de episiotomia (8,8%)⁽¹⁹⁾, demonstrando que, conforme apontando pela OMS, este profissional

qualificou o cuidado, reduzindo as intervenções consideradas desnecessárias.

No entanto, uma pesquisa de revisão de literatura, que descreveu a trajetória da Enfermagem Obstétrica no Brasil ao longo das décadas, apontou que, apesar do avanço fomentado pelas mudanças, na formulação e implementação de políticas públicas voltadas ao contexto obstétrico, na prática, permanecem importantes limitações para a inserção e atuação do EO, que estão ligadas à disputa histórica entre enfermeiros e médicos e às condições para a formação destes especialistas no país⁽²⁰⁾.

O exercício profissional pleno e autônomo do EO no país ainda requer mudanças importantes, que precisam envolver a formação e o aprimoramento desta especialidade, a gestão dos serviços obstétricos e os processos de trabalho entre os pares e entre os demais profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de cuidado à saúde.

No que tange especificamente aos grupos da CR, observou-se que as taxas de cesáreas mais elevadas foram nos grupos 5, 2, 4 e 1, e foram elegidos como centrais para esta discussão porque agrupam mulheres com características obstétricas condizentes com a via de parto vaginal e que, portanto, são elegíveis para a prova do trabalho de parto, especialmente aquelas que compõem os grupos 1, 2 e 4. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado no Distrito Federal, onde os grupos 1, 2 e 5 da CR foram os principais contribuintes para as taxas elevadas de cesáreas nos serviços⁽²¹⁾.

O grupo 5, que representa o perfil de parturientes, multíparas, com cesárea anterior e gestação a termo, o qual requer um cuidado obstétrico compartilhado por médicos e enfermeiros obstetras, foi o maior grupo analisado individualmente nesta pesquisa, com 22,3%. Este achado pode estar relacionado a um número elevado de CS em primíparas, nos anos anteriores, e à possível ineficiência do uso dos métodos de indução para o trabalho de parto no serviço.

A composição populacional esperada para este grupo é de aproximadamente 15% do total de parturientes dos serviços⁽¹³⁾. Neste estudo, observou-se que o número de mulheres com este perfil está acima do previsto, corroborando o

número elevado de CS eletiva realizada em primíparas e a repetição dela em múltiparas.

Uma revisão sistemática acerca do impacto de múltiplos partos cesáreos na morbidade materna, realizado com mais de dois milhões de partos no ano de 2010, apontou que o aumento da morbidade materna grave é igualmente proporcional ao aumento do número de partos cesáreos anteriores e com risco estatisticamente significativo do aumento de complicações como placenta prévia e acreta e a histerectomia⁽²²⁾.

Outro aspecto relevante para a reflexão da elevada composição populacional encontrada no grupo 5 neste estudo é o uso dos métodos de indução para o trabalho de parto (TP) no serviço. Estudo realizado com 137 mulheres, em um hospital universitário do Sul do Brasil, com o objetivo de identificar as indicações de indução, as práticas utilizadas e os seus desfechos, demonstrou que a indução, utilizada com as técnicas corretas, é uma importante estratégia para a redução das altas taxas de CS, responsáveis pela manutenção do número elevado de mulheres, múltiparas, com uma ou mais cesáreas anteriores⁽²³⁾.

O grupo 5 foi o que apresentou o maior impacto nas taxas de cesáreas do serviço em questão, com contribuição relativa de 33,8%. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado na Índia, com o objetivo de identificar as taxas de cesárea em cada grupo da CR, que apontou maior contribuição do grupo 5, com 42,7%⁽²⁴⁾. A realização da primeira cesárea é, com frequência, uma determinante de indicação para a sua reiteração em uma gravidez subsequente, o que contribui para o alto e ascendente índice de cesáreas de repetição em todo o mundo⁽²⁵⁾.

Outro estudo, que aplicou a CR em mulheres submetidas à CS em dois hospitais do setor privado brasileiro, mostrou que o grupo com maiores taxas relativas de cesárea no hospital típico de modelo de atenção perinatal padrão (atenção pré-natal e ao parto sob a responsabilidade de um único médico assistente pago pela operadora de planos de saúde) foi o grupo 2. No hospital atípico de modelo de atenção perinatal inovador (equipe de atenção pré-natal diferente da equipe de atenção ao parto, trabalho compartilhado entre enfermeiras obstétricas e médicos na atenção ao parto e

profissionais pagos por salário mensal independentemente do número de procedimentos realizados), a maior contribuição para a taxa de cesárea foi do grupo 5⁽²⁶⁾.

O grupo 4 também apresentou, neste estudo, taxas de cesáreas que contribuíram significativamente para a taxa geral de cesárea, com contribuição absoluta de 3,1% e relativa de 6,0%, sendo que o perfil obstétrico deste grupo é similar ao do grupo 02, porém, com mulheres múltiparas. Outro aspecto relevante encontrado neste estudo é a taxa de CS no grupo 1 (30,2%), que está o dobro do recomendado pela RC (<15%) e contribui significativamente para as taxas absolutas e relativas de cesárea. Este é o grupo mais importante da população obstétrica no que se refere à redução das cesáreas⁽¹³⁾.

Salienta-se que mulheres nulíparas submetidas à CS, em anos posteriores, vão corresponder ao grupo 5 da CR e estará mais suscetível à cesárea de repetição. Assim, ressalta-se a necessidade de qualificar a atenção obstétrica a partir do acompanhamento das taxas de cesáreas nos serviços e da elaboração de estratégias para a sua redução, particularmente nos grupos de 1 a 4 da CR⁽¹¹⁾.

Isto aponta uma atenção especial que deve ser dispensada às parturientes que compõem o grupo 1 da CR. Do mesmo modo, é preciso encorajá-las e prepará-las, desde o cuidado pré-natal, para o parto vaginal, fornecendo evidências científicas sobre o processo parturitivo⁽¹⁹⁾, contribuindo, assim, para o sucesso do parto vaginal e a redução da população do grupo 5 nos anos posteriores.

O grupo 3, embora não tenha ficado entre aqueles que tiveram as maiores taxas de CS no estudo, apresentou uma taxa de cesárea de 8,1%, número que também está acima do recomendado pela CR (<5%)⁽¹³⁾ e que tem contribuição absoluta de 1,2% e relativa de 2,4% nas taxas de CS do serviço. Embora as contribuições, quando vistas isoladamente, pareçam pouco significativas, este grupo, junto com o grupo 1, compõe o perfil de mulheres com maiores indicações de sucesso no parto vaginal e que, segundo o MS⁽¹¹⁾, quando não possuem condições clínicas de risco, devem ter a assistência conduzida por EO/obstetrizes. A redução destes números impacta a qualidade do cuidado ofertado e a redução da taxa geral de

cesárea.

Além disso, vale reforçar a atuação do EO/obstetizes na condução dos partos de risco habitual e a utilização das boas práticas de assistência ao parto e nascimento, tais como a comunicação, o vínculo e o estímulo à autonomia do protagonismo das parturientes. O uso adequado do partograma deve ser recomendado no acompanhamento e monitoramento do TP, o manejo dos métodos não farmacológicos e monitoramento fetal rigoroso no TP enquanto práticas que favorecem o parto vaginal⁽¹⁹⁾.

O segundo grupo que mais contribuiu para taxa CS foi o grupo 10 (gestações pré-termo, cefálicas), com taxa relativa de 18,8% e absoluta de 9,7%. Isto indica que está ocorrendo um elevado número de nascimentos pré-termo no hospital, fato que pode estar relacionado ao serviço constituir referência estadual para o cuidado obstétrico e neonatal de alto risco.

A OMS considera a prematuridade como um problema mundial, com 60% dos nascimentos pré-termos em todo mundo, e o Brasil é o que possui as maiores taxas². Em estudos que analisaram os fatores associados com a prematuridade, quanto ao tipo de parto, a CS foi mais evidente e esteve relacionada com os nascimentos pré-termos⁽²⁷⁾. Contudo, outros estudos devem ser realizados para analisar, com maior especificidade, as causas de prematuridade e as indicações de via de parto para esta população.

Quanto à composição do grupo 11, composto por parturientes que não possuíam todas as informações obstétricas necessárias nas DNVs para serem incluídas nos dez primeiros grupos da CR, observou-se que a incompletude de dados foi uma importante limitação no preenchimento do documento e esteve presente em um número considerável deles (sendo 13 parturientes submetidas à CS, com 0,8% de contribuição relativa, que não foram classificadas nos dez grupos).

Os dados da DNV configuram uma das principais fontes para a geração de indicadores de saúde sobre pré-natal, parto e nascimento e a assistência prestada ao período gravídico-puerperal, além de determinar parte das taxas de mortalidade materna e neonatal. Todavia, a incompletude de qualquer um de seus índices

compromete a fidedignidade dos dados e a elaboração de estatísticas confiáveis, o que indica a necessidade de monitoramento e controle de qualidade contínuos nos serviços⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o uso da CR permite conhecer, com maior especificidade, o perfil de gestantes submetidas à cesárea, possibilitando a análise e a reflexão da situação para o desenvolvimento de estratégias que possam qualificar a assistência e reduzir as cesáreas desnecessárias.

Os elevados números de CS encontrados, em grupos de mulheres com características obstétricas que indicam viabilidade para o parto vaginal, sugerem a necessidade de estudos futuros para detectar os fatores e as indicações clínicas que estão contribuindo para a manutenção progressiva destes números.

O enfermeiro obstetra/obstetizes, que atuam no cuidado ao pré-natal, parto e nascimento, podem exercer um papel estratégico na redução das taxas de cesáreas, pois, à medida que desenvolvem o seu cuidado com qualidade e segurança, norteados pelas evidências científicas, diminuem as intervenções desnecessárias, favorecem a construção da autonomia e do protagonismo da mulher, aspectos que favorecem a evolução do parto vaginal.

Contudo, mesmo com a presença destes profissionais, em todos os turnos de trabalho no setor de cuidado ao parto e nascimento, com impacto positivo na redução dos números de intervenções desnecessárias e na qualidade do cuidado ofertado, a permanência das taxas de CS elevadas nos últimos três anos indicam a urgência de um olhar mais aprofundado para os fatores que têm limitado e/ou potencializado a atuação do EO no serviço estudado.

Portanto, é necessário rever as práticas e os protocolos de indução de TP instituídos no hospital que provavelmente não é realizado de forma correta, uma vez que estudos trazem que é um fator que reduz as taxas de CS. Realizar a educação continuada para aprimorar o conhecimento dos profissionais, médicos obstetras, responsáveis por este cuidado, com vistas a qualificá-lo para aumentar sua efetividade e, conseqüentemente, os números de

partos vaginais após a sua utilização.

O preenchimento inadequado e/ou incompleto das DNV interfere diretamente na qualidade das informações e na análise dos dados. Esta é uma importante ferramenta para o conhecimento dos desfechos maternos e neonatais e, conseqüentemente, da qualidade do cuidado obstétrico e neonatal ofertado no país. É imprescindível que os serviços de saúde disponibilizem estratégias de sensibilização e capacitação para os profissionais responsáveis

pelo preenchimento deste documento.

Os resultados encontrados sugerem a necessidade de outros estudos que analisem, com maior especificidade, cada grupo da CR, bem como as condições sociodemográficas e clínicas das parturientes e a relação destas com a via de parto indicada. As mulheres multíparas com cesárea anterior merecem destaque neste contexto, visto que o grupo 5 da CR foi o que teve maior taxa de CS.

CESAREAN SECTION RATES IN A UNIVERSITY HOSPITAL BASED ON THE ROBSON CLASSIFICATION

ABSTRACT

Objective: to describe the cesarean section rates in a university hospital using the Robson Classification. **Method:** descriptive and cross-sectional, based on data from the Live Birth Information System of deliveries happened in a university hospital, between 2015 and 2017. **Results:** there was a progressive increase in the rate of cesarean delivery and the consequent maintenance of the high general rate of cesarean sections. A considerable number of parturient women had favorable obstetric conditions for vaginal delivery and, if nurse midwives had accompanied them, their chances of having a vaginal delivery could have increased. The greatest group in the Robson Classification was the multiparous group, with previous cesarean section and full-term pregnancy (group 5), which is probably related to the high number of cesarean sections identified in primiparous women (group 1) and the limitations of the labor induction methods. **Conclusion:** the use of the Robson Classification has enabled us to know, with more specificity, the profile of women submitted to cesarean section in the service, which may subsidize the preparation of more effective strategies and consistent with the reality in coping with high rates of cesarean section.

Keywords: Cesarean Section. Obstetrics. Delivery. Obstetric. Nurse Midwives.

TASAS DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO A PARTIR DE LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

RESUMEN

Objetivo: describir las tasas de cesáreas de un hospital universitario a partir de la Clasificación de Robson. **Método:** descriptivo y transversal, realizado a partir de datos del Sistema de Informaciones de Nacidos Vivos de los partos ocurridos en un hospital universitario, entre 2015 y 2017. **Resultados:** hubo aumento progresivo de la vía de parto cesárea y el consecuente mantenimiento de la elevada tasa general de cesárea. Cantidad considerable de las parturientes poseía condiciones obstétricas favorables para el parto vaginal y, caso hubieran sido acompañadas por enfermeras(os) obstétricas(os), podrían haber aumentado su probabilidad de tener un parto vaginal. El mayor grupo de la Clasificación de Robson fue el de multíparas, con cesárea anterior y gestación a término (grupo 5), que probablemente está relacionado al número elevado de cesárea identificado en primíparas (grupo 1) y a las limitaciones de los métodos de inducción para el trabajo de parto. **Conclusión:** el uso de la Clasificación de Robson permitió conocer, con mayor especificidad, el perfil de las mujeres sometidas a la cesárea en el servicio, lo que puede ayudar en la elaboración de estrategias más efectivas y acorde a la realidad en el enfrentamiento de las tasas elevadas de cesáreas.

Palabras clave: Cesárea. Obstetricia. Parto. Enfermeras Obstétricas.

REFERÊNCIAS

1. Betran AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates. PLoS ONE. 2016; 11(2): e0148343. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
2. World Health Organization. Declaração da Organização Mundial de Saúde sobre as taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº306, de 28 de março de 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção a Gestante: a operação cesariana. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0306_28_03_2016.html
4. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc Saúde Colet. 2013; 18(8):2395-2400. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>.
5. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de

- Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2018; 34(5): e00022517. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022517>.
6. Leal et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminar results of two evaluation studies. Cad. Saúde Pública. 2019; 35(7): e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>.
7. Tapia V, Betran AP, Gonzales GF. Caesarean Section in Peru: Analysis of Trends Using the Robson Classification System. PLoS ONE. 2016; 11(2): e0148138. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148138>.
8. Pyykønen A, Gissler M, Løkkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smáráson A, et al. Caesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017; 96(5): 607–616. DOI: <https://doi.org/10.1111/aogs.13108>.
9. Nakamura-Pereira, M., do Carmo Leal, M., Esteves-Pereira, A.P. et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reprod Health. 2016; 13(128): 246-265. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). Projeto Ápice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2018/03/Apice-ON-2017-09-01-DIGITAL-WEBSITE.pdf>
12. Betrán, AP, Vindevoghel, N., Souza, JP, Gülmezoglu, AM, & Torloni, MR. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. PLoS One. 2014; 9(6): e97769. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>.
13. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>.
14. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2016; 16(1): 39-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>.
15. 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; 13(2): e0192997. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>.
16. Cópola F. Cesáreas em Uruguay. Rev Med Uruguay. 2015; 31(1):7-14. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000100002.
17. Zhang J, Geerts C, Hukkelhoven C, Offerhaus P, Zwart J, De Jonge A. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2016; 123(5):754–761. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13520>.
18. Freire HSS, Campos FC, Castro RCMB, Costa CC, Mesquita VJ, Viana RAA. Normal birth assisted by nurse: experience and satisfaction of puerperals. Rev. enferm. UFPE on line. 2017; 11(6): 2357-67. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23398p2357-2367-2017>.
19. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ÁCP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. Rev Bras Enferm. 2016; 69(6):1091-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>.
20. Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Moraes Sá AC, Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(3):523-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976923365>.
21. 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; 13(2): e0192997. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>.
22. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impacto de múltiplos partos cesáreos na morbidade materna: uma revisão sistemática. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205(3): 262 e1-8. DOI: [10.1016/j.ajog.2011.06.035](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.035).
23. Scapin SQ, Gregorio VRP, Collaco VS, Knobel R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. Texto contexto - enferm [online]. 2018; 27(1): e0710016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000710016>.
24. Dhodapkar SB, Bharavi S, Daniel M, Chauhan NS, Chauhan RC. Analysis of caesarean sections according to Robson's ten group classification system at a tertiary care teaching hospital in South India. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2015; 4(3):745-749. DOI: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150085>.
25. Horey D, Davey MA, Small R, Kealy M, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 7(010041). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010041.pub2>.
26. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT, Schilithz AOC, Leal MC, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. Cad Saúde Pública [online]. 2014; 30(1): 220-231. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>.
27. Guimarães EA de A, Vieira CS, Nunes FDD, Januario GC, Oliveira VC, Tiburcio JD. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008-2011: analysis of the Information System on Live Births. Epidemiol Serv Saude. 2017; 26(1): 91 - 98. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100010>.
28. Stevanato JM, Gaíva MAM, Mathias TAF. Análise da qualidade do sistema de informações sobre nascidos vivos. Ciênc Cuid Saúde. 2017; 16(2). DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v16i2.36509>.

Endereço para correspondência: Agnes Maria dos Reis. Endereço: Rua Clarindo E. da Silva, 1222, Residencial Porto do sol bl B1 apto 103, Despraiado, Cuiabá, Mato Grosso (MT), Brasil. CEP 78048-004. Celular: (65) 99319-0835. E-mail: agnes.lucacheuski@gmail.com

Data de recebimento: 19/03/2019

Data de aprovação: 17/08/2020