



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM**

THAIS NATALIA ARAUJO BOTENTUIT

**OCORRÊNCIA DA CESÁREA SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ROBSON EM
COORTES EM SÃO LUÍS-MA e RIBEIRÃO PRETO-SP**

**SÃO LUÍS, MA
2021**

THAIS NATALIA ARAUJO BOTENTUIT

**OCORRÊNCIA DA CESÁREA SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ROBSON EM
COORTES EM SÃO LUÍS-MA e RIBEIRÃO PRETO-SP**

Dissertação do Mestrado em Enfermagem
do Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do
Maranhão.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde
Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela
Fernandes Lucena Batista.

SÃO LUÍS, MA

2021

THAIS NATALIA ARAUJO BOTENTUIT

**OCORRÊNCIA DA CESÁREA SEGUNDO OS CRITÉRIOS DE ROBSON EM
COORTES EM SÃO LUÍS-MA e RIBEIRÃO PRETO-SP**

Dissertação apresentada ao mestrado em
Enfermagem da universidade Federal do
Maranhão para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Rosângela
Fernandes Lucena Batista.

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Aurean D'Eca Júnior
Examinador Externo
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Aos meus pais, Celso e Fátima, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado de suas vidas em prol das realizações e da felicidade de seus filhos.

À minha irmã Thercia e meu irmão Thaito, pela preocupação, carinho e incentivo.

Ao meu esposo Tiago e à minha filha Alice, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por ter me permitido construir conhecimento em Enfermagem embasado em conhecimento teórico, filosófico e metodológico;

Aos docentes do PPGENF/UFMA por me acolherem como mestranda com compromisso tornando possível o meu retorno à condição de estudante;

À professora Dr. Rosangela Fernandes Batista, minha orientadora, cujas contribuições superaram as minhas expectativas. Agradeço ao apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Os seus conhecimentos e habilidades me permitiram trilhar o caminho da investigação científica com maior segurança;

À CAPES, cujo presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) ;

Aos professores, membros da Comissão Examinadora, Aurean D'eca Junior e Isaura Letícia Rolim, que destinaram parte do seu tempo para a leitura, análise e discussão da Dissertação;

Aos colegas da Turma 9 do PPGENF que juntos vivemos momentos motivadores e desafiadores tornando o conhecimento e aprendizado em Enfermagem uma prioridade buscando sempre o aprimoramento;

Ao meu esposo Tiago Luiz Rodrigues Neves, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz;

À minha mãe, Maria de Fátima Araujo Botentuit, e ao meu pai, Celso Viana Botentuit, deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais.

Aos meus irmãos, Thaito Celso Botentuit e Thercia Natalia Botentuit, por todo amor, cuidado e compreensão comigo ao longo de todos os anos;

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento

BOTENTUIT, Thais Natalia Araujo. **Ocorrência de cesárea segundo os critérios de Robson em coortes em São Luís-Ma e Ribeirão Preto- SP.** 2021. 62 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

RESUMO

Introdução: A cesariana indicada corretamente, contribui para a diminuição da taxa de morbimortalidade materna e perinatal. Ainda que segura, envolve riscos como hemorragias, eventos tromboembólicos, infecções e dor crônica. A taxa ideal de cesáreas varia entre 10% e 15% segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que, taxas maiores que 10% não demonstraram benefício na redução de mortalidade materna e neonatal. Sendo assim, a OMS sugeriu uso da classificação de Robson para melhorar o padrão de avaliação e monitorização das taxas de cesariana. Essa classificação, distribui todas as gestantes em 10 grupos em ordem crescente de probabilidade de evolução para cesariana. Os grupos, divididos de acordo com características obstétricas, auxiliam a otimizar as indicações de cesariana e interpretar o perfil dos partos realizados nos serviços de saúde. **Objetivo:** Analisar o parto cesáreo segundo os critérios de Robson em duas coortes de nascimento em São Luís – MA e Ribeirão Preto- SP. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo baseado nos dados do estudo “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA”, realizado nas cidades de São Luís - MA e Ribeirão Preto- SP. A amostra de São Luís foi composta por 5166 nascimentos e Ribeirão Preto por 7660 nascimentos. As análises dos dados coletados para o presente estudo serão efetuadas no programa STATA/SE 14.0. Foram feitas análises descritivas apresentadas em forma de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram 5166 nascimentos na cidade de São Luís e 7658 na cidade de Ribeirão Preto no período estudado. Desses, 47,52% foram cesarianas na cidade de São Luís e 59,82% em Ribeirão Preto. As taxas de cesariana são mais altas entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, mulheres de cor branca, idade entre 20 e 34 anos. Ao distribuir as gestantes dentro dos 10 grupos Da Classificação de Robson, nota-se que a maior ocorrência de partos deu-se no grupo 4 e de cesárea no grupo 4(múltíparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho de parto) e 5(todas as múltíparas com pelo menos uma cesariana anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas) .**Conclusão:** De acordo com o estudo, os grupos 4 e 5 são os que apresentaram maiores taxas de partos cesáreos sendo necessário intervenções específicas nessas mulheres para minimizar a ocorrência da intervenção cirúrgica.

Descritores: Cesárea.Saúde da mulher. Estudos de coortes.

BOTENTUIT, Thais Natalia Araujo. Occurrence of cesarean section according to Robson's criteria in São Luís-MA and Ribeirão Preto-SP. 2020. 62 f. Dissertation (Master's) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, 2020.

ABSTRACT

Introduction: The cesarean section correctly indicated, contributes to the decrease in the rate of maternal and perinatal morbidity and mortality. Although safe, it involves risks such as bleeding, thromboembolic events, infections and chronic pain. The ideal rate of cesarean sections varies between 10% and 15% according to the World Health Organization (WHO), with rates higher than 10% showing no benefit in reducing maternal and neonatal mortality. Therefore, WHO suggested using the Robson classification to improve the standard for assessing and monitoring cesarean rates. This classification, distributes all pregnant women in 10 groups in ascending order of probability of evolution to cesarean section. The groups, divided according to obstetric characteristics such as: parity, previous cesarean section, beginning of labor, gestational age, fetal presentation and number of fetuses, help to optimize cesarean section indications and interpret the profile of deliveries performed in health services .

Objective: To analyze cesarean delivery according to Robson's criteria in two birth cohorts in São Luís - MA and Ribeirão Preto-SP. **Method:** This is a descriptive study based on data from the study "Etiological factors of preterm birth and consequences of perinatal factors on child health: birth cohorts in two Brazilian cities - BRISA", carried out in the cities of São Luís - MA and Ribeirão Preto- SP. The sample of São Luís was composed by 5166 births and Ribeirão Preto by 7660 births. The analysis of the data collected for the present study will be carried out in the STATA / SE 14.0 program. Descriptive analyzes were performed in the form of absolute and relative frequencies.

Results: There were 5166 births in the city of São Luís and 7658 in the city of Ribeirão Preto in the studied period. Of these, 47.52% were cesarean sections in the city of São Luís and 59.82% in Ribeirão Preto. Cesarean rates are higher among women with better socioeconomic conditions, women of white color, aged between 20 and 34 years. When distributing pregnant women into the 10 Robson Classification groups, it is noted that the highest occurrence of births occurred in group 4 and cesarean section in group 4 (multiparous, without previous cesarean section, with single fetus, cephalic, greater or equal at 37 weeks, whose delivery is induced or who undergo a cesarean section before the start of labor) and 5 (all multiparous women with at least one previous cesarean section, with a single fetus, cephalic, greater than or equal to 37 weeks). : Thus, in order to reduce cesarean sections, one must first invest in reducing the prevalence of cesarean sections among women with previous cesarean sections, as it is the most important determinant for the increase in cesarean rates in the world. The implementation of the Robson Classification is the first step towards the critical evaluation of obstetric practice and its results can guide the creation of specific strategies for each group that needs to optimize cesarean rates.

Keywords: Cesarean section. I am leaving. Cohort studies.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	15
3.1	Geral.....	15
3.2	Específicos	15
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4.1	Parto cesáreo	16
4.2	Epidemiologia da cesariana.....	20
4.3	Classificação de Robson	26
5	METODOLOGIA.....	32
5.1	Delineamento do estudo	32
5.2	População e amostra.....	32
5.3	Procedimentos de coletas de dados.....	34
5.4	Instrumentos de coleta e variáveis	35
5.5	Análise estatística.....	38
5.6	Aspectos éticos	38
6	RESULTADOS	39
7	DISCUSSÃO.....	45
8	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXOS.....	59

1 INTRODUÇÃO

A qualificação da atenção materno infantil, com a implementação de práticas baseadas em evidências científicas, é fundamental para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal. Uma medida efetiva para a redução dessas taxas é a cesárea, que em condições ideais, é segura e com baixa frequência de complicações graves. Contudo, é importante salientar que as evidências científicas não sugerem benefícios da cesárea em mulheres que não precisam realmente dela (BRASIL, 2016).

Cesáreas realizadas de forma adequada e seguindo uma indicação médica precisa são procedimentos potencialmente salvadores de vidas. Entretanto, por um lado, o fornecimento de cesarianas seguras e oportunas ainda é um grande desafio em países com grande mortalidade materna, onde são insuficientes; por outro lado, seu excesso em determinadas regiões faz com que o desafio consista em minimizar a realização de cesarianas sem indicação clínica (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

A cesárea desnecessária acarreta riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações, aumenta o risco de complicações, tais como hemorragia pós-parto, além de grande risco de reações aos anestésicos e maior ocorrência de dor no pós-operatório, assim como a mortalidade, e para o recém-nascido, maior necessidade de suporte ventilatório ao nascer e de tratamento intensivo (SARAIVA; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017; FERRARI; CARVALHAES; PARADA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza uma taxa ideal de cesarianas entre 10% e 15% dentre todos os partos realizados. Atualmente, em nosso país, essa taxa está ao redor de 56% (cerca de 1.600.000 cirurgias por ano), ocasionando gastos adicionais para os sistemas de saúde, que já estão sobrecarregados e deficitários. Além disso, desencadeia consequências materno-infantis importantes, uma vez que, assim como qualquer cirurgia, a cesariana acarreta riscos imediatos e a longo prazo, sendo maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O cenário atual tem mostrado aumento na incidência das taxas de cesárea no âmbito nacional e internacional, produzindo a necessidade de estratégias para reduzir seu uso indevido (MASCARELLO; HORTA; SILVEIRA, 2017).

O parto cesáreo tem sido muito frequente em mulheres brasileiras, principalmente dentre aquelas com melhores condições socioeconômicas, mesmo em situações em que não há indicação materna ou fetal para tal procedimento. Por estar relacionada a melhores condições financeiras a população, de modo geral, tem relacionado este procedimento ao que seria um bom padrão de atendimento (FERRARI, A.P., ALMEIDA, M.A.M., CARVALHAES, M.A., C.M.G., PARADA, 2021).

O Brasil apresentou nas últimas décadas, aumentos significativos nas taxas de parto cesáreo. Estimativas de 1970 indicam que a taxa de partos cesáreos era de cerca de 15%, subindo para 38% em 2001 e para 48,8% em 2008, representando 35% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80% dos partos do setor privado. No ano de 2009, a taxa de partos cesáreos foi 50,1%, superando, pela primeira vez, o número de partos vaginais. Esse número continua aumentando, tendo a cesárea representado 56,7% dos partos no ano de 2016 (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

Ressaltando a taxa de cesariana preconizada pela OMS, fatores demográficos, econômicos, culturais das gestantes, assim como solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido pelo país, dificultam atingir tais metas. Entretanto, a Organização alega a inexistência de justificativas para qualquer região no mundo obter valores acima dessa porcentagem (SARAIVA; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Da mesma forma que a operação cesariana possui implicações complexas, são também complexas as causas do seu uso excessivo no Brasil. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada no País (ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe), as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem os nascimentos e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento (BRASIL, 2016).

Além da alta frequência de cesarianas realizadas, existe o problema da falta de informações precisas e detalhadas sobre quais as características das pacientes submetidas a esse procedimento cirúrgico. Taxas gerais de cesariana se tornam inúteis se separadas dos desfechos e das características obstétricas e

epidemiológicas da população atendida, por isso a importância da análise por grupos-padrão para discussão sobre taxas apropriadas (ALVARGUES, T.R., FILHO, R.L., 2019).

A OMS afirma a necessidade de um sistema de classificação confiável e aceito internacionalmente que possa comparar diferentes hospitais, cidades e regiões, e assim avaliar também os possíveis fatores que acarretam o aumento constante das taxas de cesarianas. Acredita-se que essa padronização poderá ser alcançada com a adoção da classificação de Robson, também conhecida por "Classificação dos Dez Grupos", que vem sendo utilizada em muitos países para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesarianas no decorrer dos anos em um mesmo hospital, assim como em diferentes hospitais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Esse sistema de classificação foi proposto pelo médico Michael Robson em 2001, e de maneira prática, agrupa gestantes conforme características obstétricas que são colhidas de rotina em todas as maternidades, permitindo assim que todas as gestantes internadas para o parto sejam imediatamente classificadas em um grupo dentre dez grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos (ROBSON, 2001).

A OMS tem a expectativa de que essa classificação possa colaborar com os hospitais a otimizar o uso das cesarianas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local, e avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesarianas e a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupos, bem como a dos dados colhidos e chamar a atenção dos provedores de serviço em saúde para a importância desses dados e do seu uso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Para que haja redução no número de partos cesáreos, é necessário a adoção de estratégias como a ampla divulgação das vantagens do parto vaginal e dos riscos da cesárea para a população em geral, oferta de pré-natal de qualidade, atividades educativas sobre parto vaginal para gestantes, de forma a instrumentalizar a mulher e sua família em sua decisão sobre a via de parto, permitindo a ela buscar um profissional que atenda aos seus anseios; incentivo à criação de serviços que valorizem o parto natural; ampliação da participação de enfermeiras obstétricas no cuidado, visto que a presença dessa profissional nas maternidades reduz a chance de intervenções desnecessárias, inclusive a cesárea; outras formas de favorecer e

ofertar atendimento humanizado no parto (FERRARI; CARVALHAES; PARADA, 2016).

Visto que a classificação de Robson tem o objetivo de classificar as cesáreas, em busca da redução da sua taxa, compreende-se sua importância e relevância, uma vez que com o acompanhamento do índice de cada grupo, consegue-se identificar as características que tornam as mulheres mais suscetíveis às cesarianas, bem como, incentivar o parto normal para que o mesmo seja resgatado, e priorizado, em busca do protagonismo da mulher em seu trabalho de parto.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente, e a operação tornou-se o modo mais comum de nascimento no País. A taxa de cesariana no Brasil está ao redor de 56%, havendo uma diferença significativa entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%) (BRASIL, 2016).

As taxas de cesariana, principalmente nos países em desenvolvimento, são preocupantes, e é considerado um grave problema de saúde pública. O Brasil é o segundo colocado em partos cesarianos, perdendo, apenas para a República Dominicana, o que traz sérios riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido, estando diretamente interligado com o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (RIBEIRO, 2016; FERRARI; CARVALHAES; PARADA, 2016).

No contexto brasileiro, apesar da legislação garantir acesso universal e equitativo, na prática, o acesso ainda é “seletivo, focalizado e excludente”. Mesmo após anos da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços da rede básica de saúde, o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui um desafio. Para enfrentar esse desafio, estudos recentes reforçam a necessidade de uma gestão integrada das redes de atenção à saúde, potencializando a capacidade dos municípios em atender com qualidade ao parto e ao nascimento (SOUSA, ARAUJO, MIRANDA, 2017).

A divulgação e implementação de um sistema de classificação único de cesárea permitiria auditoria, análise e comparação das taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades, países, regiões, de forma sistemática e organizada, gerando uma compreensão clara, de porquê, quando, onde, como e em que situações as cesáreas estão sendo realizadas; dessa forma seria possível propor e implementar estratégias e ações efetivas diretamente aos grupos mais susceptíveis, grupos de alto risco e, portanto, possivelmente, reduzir a taxa de cesárea afim de melhorar as condições maternas e os resultados perinatais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; TORLONI *et al.*, 2011).

Diante desta situação, é evidente a urgência em se reduzir os altos índices das taxas de partos cesáreos a partir do conhecimento de quais grupos são

considerados de maior risco. E uma das formas recomendada pela OMS é a utilização da Classificação proposta por Robson que permite análise adequada das práticas em cada serviço e a construção de metas para assegurar assistência obstétrica segura, com índices aceitáveis de cesarianas.

Dessa forma, a escolha da temática está relacionada com a trajetória acadêmica da pesquisadora, que participou de projetos relacionados à saúde da mulher durante a graduação e após a formação atuou como enfermeira da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com área de atuação em Saúde da Mulher, o que despertou interesse em desenvolver essa pesquisa, tendo em vista as altas de cesariana no Brasil.

Este estudo então se justifica visto que agregará informações relevantes e pertinentes para identificação das características apresentadas pelas mulheres que realizaram cesárea, em duas cidades brasileiras com condições socioeconômicas contrastantes, a partir de uma classificação padronizada e aceita internacionalmente e assim, conseguir propor e implementar medidas que sejam mais eficazes na redução da taxa de cesariana.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o parto cesáreo segundo os critérios de Robson em duas coortes de nascimento em São Luís – MA e Ribeirão Preto- SP.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características socioeconômicas das puérperas do estudo;
- Classificar as mulheres segundo os critérios de Robson;
- Descrever as taxas de cesárea segundo os critérios de Robson;
- Comparar as taxas de parto cesáreo segundo os critérios de Robson, em São Luís - MA e Ribeirão Preto- SP.

4 Revisão de Literatura

4.1 Parto Cesáreo

O momento do nascimento é singular na vida da mulher, pois trata de decisões determinantes em vários aspectos, como por exemplo a via de parto. Assim, o protagonismo da mulher e sua autonomia devem ser consideradas nas estratégias envolvidas para redução da morbidade e mortalidade materna (FIOCRUZ, 2015).

O parto consiste no momento de resolução do ciclo gravido-puerperal, constituindo momento definitivo e condicionante do futuro da gestante e do recém-nascido. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como objetivo da assistência ao parto a manutenção de mulheres e recém-nascidos saudáveis, com o mínimo de intervenções médicas, buscando garantir a segurança de ambos (MOREIRA, et al, 2016).

É um direito da parturiente ser assistida de forma humanizada. Visto isso, é importante que a mulher conheça melhor as características do parto normal e da cesariana de modo a ajudá-la a entender a indicação e os benefícios e riscos envolvidos (UNICEF, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o parto normal pode ser conceituado como aquele de início espontâneo, de risco habitual, mantendo-se assim até o nascimento. A criança nasce naturalmente, 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, mas, como toda cirurgia, acarreta riscos. A recuperação também leva mais tempo do que com o parto vaginal (WHO, 2017).

A cesariana é uma das cirurgias mais comuns no mundo atual. Sabe-se que a operação, em seus primórdios, foi o recurso encontrado para salvar as vidas dos fetos vivos cujas mães estavam mortas ou prestes a morrer, porém, com o surgimento de novas técnicas cirúrgicas, da anestesia, dos recursos farmacológicos e a melhora nos métodos de antissepsia, a cesárea deixou de significar obrigatoriamente a morte da mãe, tornando-se uma alternativa relativamente segura para casos específicos em que a gestante e o feto encontrem-se em situações de risco (ALONS, B.D.; 2015).

A partir da metade do século XX, o cuidado ao evento do parto e nascimento teve uma ruptura de paradigma, passando de um evento doméstico para um evento hospitalar e cirúrgico. Este processo foi marcador da retirada da centralidade do poder da mulher e delegado ao saber médico, culminando no estabelecimento da medicalização do corpo feminino (RIBEIRO, 2016).

A medicina avançou no campo da obstetrícia sob aspecto teórico e prático, no entanto houve resistência tanto por parte das mulheres, que não confiavam no exercício médico com o corpo feminino, quanto da moral religiosa influenciada pela igreja católica, que pregava uma concepção de parto com dor como forma de absolvição dos pecados. Com o início da forte disseminação da racionalidade anátomo-biológica e o uso das tecnologias como o fórceps como promessa de métodos de alívio do sofrimento, o parto começa a ser institucionalizado em ambiente hospitalar e passa a ser realizado majoritariamente por médicos homens. (COELHO, 2017).

No Século XX, com os avanços tecnológicos da medicina, a cesariana tornou-se um procedimento mais seguro, com redução importante na taxa de mortalidade materna e neonatal, quando bem indicada (SASS, N. et al, 2013). No entanto, o uso indiscriminado do procedimento aumenta o risco de óbito materno em 10 vezes, devido a hemorragia, infecções e danos a órgãos internos. Complicações associadas a gestações futuras também podem ocorrer, como acretismo placentário, placenta prévia, ruptura uterina em gestações subsequentes e gestação ectópica. Além disso, o maior número de cesarianas eletivas coincide com o aumento da prematuridade, associado a problemas respiratórios no recém-nascido, já que a idade gestacional não pode ser calculada com exatidão (SASS, N. et al, 2013).

A cesárea eletiva pode ser definida como um procedimento planejado, realizado durante o horário de trabalho de rotina, em idade gestacional superior a 39 semanas, em uma mulher que não está em trabalho de parto ou em trabalho de parto (TP) induzido. As demais cesáreas são consideradas de emergência ou não eletivas e devem ser registrados os motivos que levaram à indicação da cesárea, conforme definição da instituição que vem a auxiliar na avaliação da taxa de cesárea, e se está ou não indicado este procedimento. (ROBSON; HARTIGNAN; MURPHY, 2013).

Segundo Ribeiro (2016), no Brasil a cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns. O país passa por uma verdadeira epidemia de cesarianas, passando de 4% na década de 70 para uma taxa atual de 55% do total de partos,

muito díspar quando comparada com a taxa de 20% da Europa e de 30% do Estados Unidos e, também, muito preocupante tendo em vista que desde 1985 a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesáreas fique entre 10% e 15% (BRASIL 2016a; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE , 2015).

É difícil definir as razões do aumento dos casos de cesáreas no Brasil nas últimas décadas, mas várias hipóteses podem ser levantadas para explicar a preferência pela cesariana. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada no país; ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar, as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem os nascimentos e as características da assistência pré-natal; que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento (SILVA, et al ,2019).

Estudo realizado por Copelli et al. (2015) demonstrou alguns determinantes que motivaram a mulher pela preferência da cesárea, como: idade avançada e desejo em realizar a laqueadura no momento do parto, medo da dor no trabalho de parto, tempo excessivo do trabalho de parto, falta de informação, praticidade, indicação do médico para segurança do filho e poder de intervenção médica.

Estas diversas razões apresentam conjuntamente um grande impacto no aumento de partos cirúrgicos. Com isso a cesariana tem se tornado cada vez mais frequente em quase todo o mundo, sendo as principais justificativas atribuídas a fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH, 2011).

Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja benefício claro (CONITEC 179, 2016).

As indicações de cesárea são descritas por Mylonas e Friesa (2015), sendo divididas em absolutas e relativas. Dentre as absolutas estão a desproporção cefalopélvica, corioamnionite, deformidade materna, asfixia fetal, eclampsia, prolapso de cordão, placenta prévia, apresentação da posição fetal anormal e ruptura uterina. Já entre as causas relativas podemos citar: cardiotocográfica patológica,

Já Barros (2011) atribui que basicamente é possível identificar três situações para indicação de um parto cirúrgico: razões fetais, tais como sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica, distócia, pós-maturidade; razões maternas como hemorragias, parada de progressão, diabetes materna, eclampsia; e eletiva quando a mãe ou o médico optou por cesariana (BARROS, 2011).

A cesárea eleva os riscos de diversas complicações que podem ser fatais ou podem afetar permanentemente a saúde, dentre as quais a hemorragia, a infecção e os problemas na anestesia. Podem produzir também aderências pélvicas graves, até mesmo com consequências maléficas para futuras gestações. A dor também é um importante fator após a cirurgia, como também exige um período longo de recuperação e mais dias de internação hospitalar (ECKER, 2004; WILEY e SONS, 2013).

Sendo assim, o uso abusivo da cesariana pode causar mais dano que benefício gerando a contraprodutividade, ou seja, passa a produzir efeitos paradoxais, operando contra o objetivo implícito em suas funções como, por exemplo, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. No caso em questão, a cesariana que produz morbidade e mortalidade materna e neonatal (LEÃO et al., 2013).

Os modelos de assistência ao parto que cada país tem apresentam diferentes características que permeiam a realização de cesariana, tais como: forma de remuneração dos profissionais de saúde, forma de financiamento do sistema, constituição de equipe assistencial, local de ocorrência do parto, conflito de interesses, reserva de mercado de trabalho, entre outras. Sendo assim, o modelo adotado tem papel preponderante na escolha pelo tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que atende ao parto, e consequentemente nas taxas de cesariana apresentadas nessa localidade (GOMES et al., 1999; GRANT, 2005; PATAH, 2011).

Adicionalmente, segundo Copelli et al. (2015), para que haja redução nas indicações das cesáreas é preciso investir na formação dos discentes para sensibilizá-los ao resgate do protagonismo da mulher no processo de nascimento, para capacitá-los para a adoção das boas práticas do parto e nascimento. Problematicar crenças que passam de geração a geração e que reforçam a ideia que cesárea tem menos risco e complicações, e divulgar as evidências científicas podem contribuir na mudança do modelo obstétrico reduzindo as intervenções e tornando a assistência mais humanizada.

Entretanto, com o objetivo de reduzir as indicações excessivas de cesáreas, sem que haja uma indicação clínica justificada, mediante o aumento do número de partos humanizados, faz-se necessária a adoção de um modelo centrado na equipe multiprofissional, independentemente do tipo de assistência, quer seja pública ou suplementar (SOALHEIRO, 2012).

E, para que haja uma redução no número de cesáreas a longo prazo, recomenda-se evitar a primeira cesárea e permitir o início espontâneo do trabalho de parto. Dessa forma, contribuirá para a redução do número de cesáreas desnecessárias (ALMEIDA et al., 2014).

4.2. Epidemiologia da Cesariana

O aumento nas taxas de cesarianas é uma realidade mundial e tem se tornado um grave problema de saúde pública. Segundo alguns estudos, além da ausência de evidências científicas que mostrem algum benefício no desfecho da gravidez, as taxas elevadas de cesariana sem indicação médica estariam relacionadas com aumento dos riscos maternos e perinatais (OMS, 2010; Marshall *et al.*, 2011; Do Carmo Leal *et al.*, 2012; Reis *et al.*, 2014).

A Organização Mundial da Saúde estabelece taxa de cesariana entre 10 a 15%. No entanto, o Brasil é o 2º país no mundo em realização deste procedimento cirúrgico com percentual de 57% na rede pública. No âmbito privado representa 84% dos partos. O Nordeste ocupa o 4º lugar com taxa de 51% e o Rio Grande do Norte pioneiro na região com 60% (UNICEF, 2017).

Visando ilustrar esse quadro, em 2015 foram gastos 292,5 milhões em cesarianas nas 5 regiões do país, sendo 90,9 milhões o total somente na região Sudeste. Caso a prevalência máxima proposta pela OMS fosse considerada, haveria uma redução potencial de gastos na ordem de 57,7 milhões de reais, sendo de 17,4 milhões na região Sudeste (DALMORO, C., 2015). Ainda sobre as taxas de cesarianas no Brasil, há uma diferença importante entre os serviços públicos (40%) e privados de saúde (85%) (GRANADO, S. et al., 2012).

O aumento nas taxas de cesarianas é uma realidade mundial e tem se tornado um grave problema de saúde pública. Segundo alguns estudos, além da ausência de evidências científicas que mostrem algum benefício no desfecho da gravidez, as taxas elevadas de cesariana sem indicação médica estariam

relacionadas com aumento dos riscos maternos e perinatais (OMS, 2010; Marshall et al., 2011; Do Carmo Leal et al., 2012; Reis et al., 2014).

O aumento das taxas de parto cesáreo é um fenômeno mundial. Esses índices encontram-se acima do estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e preocupam devido à potencial associação com o aumento no risco de morbimortalidade para a mãe e o recém-nascido (BETTRAN, et al 2016).

A cesariana pode ocorrer de forma eletiva ou por indicação médica. A decisão pela cesariana pode ocorrer a pedido da mulher ou por decisão do médico, diante de indicações clínicas (presença de patologias na gestante e/ou no bebê que impedem a progressão da gestação e a ocorrência do parto vaginal) e outros motivos relacionados ao modelo de assistência (SILVA *et al.*, 2009). A pesquisa Nacer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento estimou que no país, quase um milhão de mulheres são submetidas a essa cirurgia, sem indicação médica e obstétrica adequada. Essa alta prevalência de cesáreas, como a evidenciada no Brasil, sugere que fatores não clínicos interferem na tomada de decisão sobre o tipo de parto (LEAL E GAMA, 2014 e TORRES *et al.*, 2014).

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS, em 1985, em Fortaleza, e reforçava a opinião de não haver justificativa para que houvesse valores diferentes destes. Na época este valor foi balizado por uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea (OMS, 2015).

O cenário atual tem mostrado um contexto bem diferente do discutido acima, onde se tem observado aumento na incidência de cesariana, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Desde a sua introdução na prática obstétrica, as taxas de cesariana têm aumentado continuamente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, produzindo a necessidade de estratégias para reduzir seu uso indevido, que não confere saúde adicional, mas pode aumentar os riscos maternos-fetais de morbimortalidade e gastos dos serviços de saúde ((BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

A taxa de cesárea média na Ásia é de 15,9%. China, Hong Kong e Líbano são os países que apresentaram as maiores taxas de cesárea na Ásia, com

estimativas de 40,5%, 27,4% e 23,3%, respectivamente, enquanto Nepal e Camboja eram mais baixos (1%), seguido de Yemen (1,5%). Na Europa, a taxa média de partos cirúrgicos era de 19%, com taxas mais elevadas na Itália (36%) e Portugal (30,2%) e taxas mais baixas na Sérvia e Montenegro (8%) e Moldávia (6,2%). Já a América Latina e Caribe apresentaram taxa média de 29,2%, com taxas nacionais que variaram de 1,7% no Haiti e de 7,9% em Honduras, e o México, Brasil, República Dominicana e Chile com taxas de 39,1%, 36,7%, 31,3% e 30,7% respectivamente. Já países como a África apresentavam taxa média de cesarianas inferior à taxa estimada pela OMS, de apenas 3,5%, sendo que a África do Sul apresentava 15,4%, o Egito 11,4% e Tunísia 8%. E países como Chad (0,4%), Madagáscar, Níger e Etiópia (0,6%) apresentavam as mais baixas taxas de cesárea no mundo (BETRÁN et al., 2007).

Segundo, (BETRÁN et al., 2016), foi possível identificar essa oscilação nos diversos países e regiões, permanecendo as maiores taxas presentes na América Latina e no Caribe. Dessas regiões, o Brasil se apresenta como o país que tem mais altas taxas de cesáreas, de acordo com o ilustrado na figura.

Índices de cesáreas por país



Figura 1 - Taxa de cesárea por país.
Fonte: (BETRÁN et al., 2016).

Em estudo realizado sobre a tendência crescente da cesariana entre 1990 e 2014 foi possível identificar essa oscilação nos diversos países e regiões, permanecendo as maiores taxas presentes na América Latina e no Caribe. Dessas regiões, o Brasil se apresenta como o país que tem as mais altas taxas de cesárea (BETRÁN et al., 2016).

De acordo com a avaliação realizada em 150 países entre os anos de 1990 e 2014, houve um aumento na taxa de cesárea de 6% para 27,2% respectivamente. Em regiões desenvolvidas, como América Latina e Caribe o aumento foi de 40,5%, na América do Norte de 32,3%, na Europa de 25%, na Ásia de 19,2% e na África de 7,3%. O aumento das taxas nesse estudo deve-se ao medo da dor, complicações fetais, modificações do assoalho pélvico após o parto vaginal e fatores culturais (BÉTRAN et al 2016).

As taxas de cesáreas no Brasil aumentaram gradativamente nas últimas décadas. Nos anos 70 as taxas eram próximas de 15%, aumentaram para 30% no início dos anos 80, chegando a 40% nos anos 90. Houve um período de estabilidade entre os anos 1990 a 2000 e a partir daí um crescimento exagerado, atingindo 50% em 2012 e evoluindo com crescimentos frequentes até a atualidade.

Segundo o Ministério da Saúde, nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento. As operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos) (CONITEC 179,2016).

No Brasil, de 2000 a 2007, as taxas de cesariana apresentaram aumento de 38,9% para 46,5%. A assistência obstétrica é realizada, na maioria, dentro de hospitais, com modelos de parto distintos no sistema público e privado. No SUS geralmente a gestante é conduzida pelo obstetra de plantão, enquanto em hospitais particulares elas são assistidas por médicos de sua escolha (FAISAL-CURY et al 2017). Esse fato reflete em diferenças nas taxas estimadas no Brasil, 41,7% em 2017 no SUS (BRASIL, 2018b) e em torno de 83% no mesmo ano no sistema privado (AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR,2018).

Dados publicados em 2015 pela ANSS apresentam uma taxa média de partos cesáreos por operadora de plano de saúde de 84,6%, segundo as 837 operadoras de pequeno, médio e grande porte atuantes no país. Dessas, 67% apresentaram taxas de cesárea entre 80% e 100% (9% das operadoras apresentaram

taxa de cesárea de 100%, 32% das operadoras apresentaram taxa de cesárea de 90 a 99,9% e 26% das operadoras apresentaram taxa de cesárea de 80 a 89,9%). Taxas cesáreas médias de 50 a 79,9% ocorreram em 14,9% das operadoras e taxas de 25 a 50% de partos cesáreos ocorreram em 1,7% das operadoras (ANSS, 2015).

Os últimos dados disponíveis sobre nascidos vivos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que, em 2017, o Brasil contabilizou um total de 2.923.535 nascimentos. Destes, 1.627.302 ocorreram por cesariana e 1.294.034 via vaginal, demonstrando que os índices desse tipo de cirurgia continuam ultrapassando os de parto. Na região Sul ocorreram 397.323 nascimentos, sendo que 243.780 (61,3%) foram por via alta (DATASUS, 2020).

O estudo ecológico mundial da OMS (YE et al., 2015) concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos, e que taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a redução substancial nas taxas de mortalidade materna e neonatal, após o controle das condições socioeconômicas.

Em todas as categorias de desenvolvimento, quando as taxas de cesáreas de uma população estão entre 5% e 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui acentuadamente conforme a taxa de cesárea aumenta. Em contrapartida, quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade; a associação entre as taxas de mortalidade foi ainda mais fraca após o ajuste para IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), pois países menos desenvolvidos tiveram mortalidade materna e neonatal muito mais elevada do que os países mais desenvolvidos que apresentam a mesma taxa de cesariana (YE et al., 2015).

O Brasil é o líder mundial de cirurgias cesarianas, apresentando uma taxa em torno de 56% do total de partos, ficando próximo dos valores da China, Turquia, México, Itália e Estados Unidos (MS, 2015 e LEAL *et al.*, 2014). Verifica-se que essa taxa é muito superior ao limite de 15% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerada como apropriada para os partos emergenciais em que a intervenção cirúrgica é realmente necessária (OMS, 2015).

Quando observados os 27 estados brasileiros, nenhum deles atende a recomendação de 15% da OMS, todos ultrapassam 30%. Roraima é o estado com maior taxa de partos vaginais, com 65,09% em 2014. No extremo oposto aparece Goiás, com apenas 32,33% de partos vaginais em 2014 (TABNET/DATASUS).

A região Sudeste, destaca-se apresentando as maiores taxas de cesáreas do país alcançando 58,3% sugerindo o uso abusivo desse procedimento, visto que apresenta-se muito acima do valor preconizado pela OMS (UNICEF, 2011).

No estudo realizado por, a prevalência de cesariana eletiva na Região Sudeste foi de 45,7%, atingindo 83,2% nos hospitais privados.

Segundo informações disponíveis no SINASC em 2017, o percentual de cesarianas na Região Sudeste foi de 35,5%, inferior ao encontrado no estudo de Zaiden, et al, 2019, o que poderia ser atribuído a mudanças na forma de assistência ao parto no país. Esse percentual é, entretanto, mais que o dobro daquele encontrado nas regiões Norte (15,2%) e Nordeste (17,7%) e ligeiramente inferior ao da Região Sul (38,8%). Quando analisamos apenas os partos com financiamento público, encontramos 26,4% de mulheres que foram submetidas à cesárea eletiva na Região Sudeste.

Uma vez mais, esse percentual é superior àqueles encontrados nas regiões Norte (11,9%) e Nordeste (12,9%) e inferior ao da Região Sul (32,6%). Esses dados podem apontar para uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde nas regiões Norte e Nordeste, ainda que os números encontrados nas regiões Sul e Sudeste denotem um uso excessivo da cesárea eletiva, mesmo no sistema público.

Dessa forma, por mais que a cesariana seja considerada uma cirurgia segura e importante para a saúde materna e infantil,⁴ quando realizada de maneira indiscriminada e não fundamentada em evidências científicas, pode expor as mulheres e seus recém-nascidos a riscos desnecessários (SARAIVA, GOUVEIA, GONÇALVES, 2017).

4.3 Classificação de Robson

Muitos sistemas de classificação têm sido usados na Saúde ao longo dos anos. Esses sistemas são baseados em diferentes conceitos que devem seguir determinados parâmetros. Sabe-se também que, para que as classificações tenham qualidade, é necessário o desenvolvimento e organização de um banco de dados também de alta qualidade (BLACK et al., 1996; BLACK et al., 1997). Sendo assim, um sistema de classificação resulta da organização de dados e informações primários de um banco de dados com o objetivo de gerar conhecimento e, conseqüentemente, melhorar a assistência (ROBSON et al., 2001).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou que não havia justificativa para que as taxas de cesáreas ultrapassassem 15%, com base nos índices de nações com baixa mortalidade materna e perinatal, e esses valores têm sido referência para instituições de todos os países pelos últimos 30 anos. Em 2015, a OMS propôs que a Classificação de Robson fosse usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais de uma mesma região ou país (BOLOGNANI, 2017).

O pano de fundo para o desenvolvimento desse método de classificação surgiu pela necessidade de se identificar grupos prospectivos de gestantes, clinicamente relevantes, em que haveria diferenças significativas entre suas taxas de cesarianas. A proposta da classificação seria a realização de possíveis comparações ao longo do tempo entre um mesmo centro obstétrico, e, também, entre diferentes serviços no mundo. Só assim, seriam possíveis intervenções que gerassem efeito na assistência obstétrica (ROBSON et al., 2001).

Para propor e programar ações eficazes que objetivem a avaliação da adequação das taxas de cesarianas é essencial que o sistema de classificação identifique quais os grupos de gestantes com as indicações mais frequentes de cesariana, e investigue, a partir desses dados, as razões por trás dessas tendências em cada local. Para isso, é necessário o uso de um sistema de classificação que possa comparar as taxas de cesarianas de uma forma padronizada, confiável, consistente e orientada para a ação (TORLONI et al., 2011).

A utilização da Classificação proposta por Robson em 2001 permite análise adequada das práticas em cada serviço e a construção de metas para assegurar assistência obstétrica segura, com índices aceitáveis de cesarianas (ROBSON et al., 2001; VOGEL et al, 2015).

No ano de 2001, Robson afirmou que a questão não é saber se a taxa de cesariana é demasiadamente alta ou baixa, mas se esse tipo de parto tem ou não uma indicação adequada mediante uma correta avaliação clínica. É esperado que as taxas de cesariana sigam mais elevadas em serviços terciários, de apoio perinatal diferenciado, os quais centralizam situações clínicas de maior complexidade e referência para alto risco (GUERREIRO, 2013; OMS, 2015; TANAKA, MAHOMED, 2017).

Robson propôs os dez grupos de classificação de cesarianas – 10 Group Classification System (RTGCS) nesse mesmo ano, 2001. Essa classificação proporciona uma matriz adequada para analisar, comparar e conferir as taxas de cesarianas. Trata-se de um sistema simples, reproduzível, relevante clinicamente, padronizado e fácil de implementar nos serviços hospitalares. Os dez grupos encontram-se cuidadosamente definidos e identificados, com variáveis compatíveis com os conceitos obstétricos. O RTGCS baseia-se nas características da gestante e da gestação, assim como a conduta diante do trabalho de parto e não referente à indicação da cesariana (CHIANCA et al., 2015).

A Classificação de Robson divide as mulheres em dez grupos, sendo ressaltada as características obstétricas, de acordo com as seis variáveis apresentadas. Sendo que as mulheres classificadas nos GRUPOS DE 1 A 4 são consideradas pacientes com CESÁREA MUITO EVITÁVEL, e as classificadas nos demais grupos apresentados por Robson, são mulheres com CESÁREAS POUCO EVITÁVEIS (WHO, 2017).

O sistema de classificação de Robson em dez grupos estratifica as mulheres admitidas para parto em grupos clinicamente relevantes e tem sido utilizado em vários países do mundo para uma análise comparativa dos partos por grupos e das taxas de cesárea entre diferentes serviços de saúde e dentro do mesmo serviço ao longo do tempo. (BETRÁN et al., 2007; TORLONI et al., 2011)

Esse sistema de classificação foi proposto pelo médico Michael Robson em 2001, e de maneira prática, agrupa gestantes conforme características obstétricas que são colhidas de rotina em todas as maternidades, permitindo assim que todas as gestantes internadas para o parto sejam imediatamente classificadas em um grupo dentre dez grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos.

As características obstétricas avaliadas são: paridade, início do parto, idade gestacional, situação e apresentação fetal e número de fetos (VOGEL. et al 2015). A partir da composição das respostas dadas a essas variáveis é possível classificar os nascimentos em dez grupos, organizados em grupos epidemiológicos de risco para cesárea de acordo com os critérios propostos por Robson (Quadro1).

Quadro 1 - Descrição das categorias de nascimento, conforme a classificação de Robson.

GRUPO 1	Nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
---------	---

GRUPO 2	Nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas a cesariana antes do início do trabalho de parto.
GRUPO 3	Múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
GRUPO 4	Múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho de parto.
GRUPO 5	Todas as múltiparas com pelo menos uma cesariana anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas.
GRUPO 6	Todas nulíparas, com feto único, em apresentação pélvica.
GRUPO 7	Todas múltiparas, com feto único, em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).
GRUPO 8	Todas mulheres com gestação múltiplas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior(es)..
GRUPO 9	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas anteriores.
GRUPO 10	Todas gestantes com feto único e cefálico, menor que 37 semanas, incluindo aquela com cesáreas anteriores.

Fonte: OMS (2015).

A intenção do uso da classificação em 10 grupos para a análise das taxas de cesarianas é apenas dar uma visão inicial desses percentuais em cada grupo, já que esses números podem ser imediatamente acessados e comparados. Após essa análise inicial, pode ser necessária uma avaliação mais pormenorizada de cada um dos grupos a fim de se chegar às causas das diferenças. Isso pode significar acessar outras informações a respeito das parturientes e de suas gestações. Sendo assim, a classificação de 10 grupos pode ser usada para se comparar as taxas de cesarianas e onde estão as suas maiores diferenças, mas, sozinha, não consegue explicar todos os motivos para essas diferenças (Robson et al., 2001).

O grupo 1 é um dos mais importantes na população obstétrica. Em geral, é o segundo maior grupo na maioria das populações obstétricas, depois do grupo 3 (Robson et al., 2013). A taxa de cesarianas desse grupo pode ser relativamente baixa,

porém, devido ao grande número relativo de gestantes presentes nele, uma pequena diferença nas taxas de cesariana aqui pode significar um grande número de cesarianas realizadas (Robson et al., 2001).

O grupo 2 inclui mulheres com características semelhantes às do grupo 1, porém, cuja gestação foi interrompida, tanto por indução do trabalho de parto como por cesariana antes de indução. Como pode se tratar de um grupo heterogêneo, ele deve ser considerado um grupo inicial a partir do qual podem ser feitas outras análises pormenorizadas, e até mesmo ser subdividido, se necessário, em um subgrupo com paciente que tiveram uma indução do trabalho de parto e outro com pacientes que foram submetidas à cesariana sem indução (Robson et al, 2001; Farine et al., 2012).

Na maioria das populações obstétricas, o grupo 2 tem se tornado cada vez mais importante nas taxas globais de cesariana (Robson et al., 2001). Os grupos 3 e 4 são similares aos grupos 1 e 2, respectivamente, porém com mulheres múltiparas.

O manejo do grupo 3 talvez seja o menos controverso dos 10 grupos, pois inclui mulheres que, em geral, evoluem bem para o parto vaginal, sendo um grupo com baixas taxas de cesariana. De fato, as taxas de cesariana neste grupo são tão consistentes que podem ser utilizadas como indicador da acurácia da coleta de dados (Robson et al., 2001).

O grupo 5 é um grupo também heterogêneo, incluindo mulheres com uma ou mais de uma cicatriz prévia de cesariana, algumas também com partos vaginais anteriores (Robson et al., 2001). Outro aspecto que torna esse grupo heterogêneo é o fato de aqui estarem representadas mulheres que foram admitidas para parto em diferentes situações: gestantes que entraram espontaneamente em trabalho de parto, outras que foram submetidas à indução do trabalho de parto, e mulheres que foram submetidas à cesariana antes do trabalho de parto. Atualmente, é um grupo bastante importante em termo de número absoluto, haja vista o grande aumento nas taxas mundiais de cesarianas além de ser o grupo que mais contribui para as taxas globais desse procedimento.

Os grupos 6 e 7 incluem todas as gestações com apresentação pélvica, nulíparas e múltiparas com ou sem cesariana prévias, respectivamente, pois, nesses casos, é a apresentação que afetará as decisões obstétricas, ou, pelo menos, terá forte influência na condução obstétrica (Robson et al., 2001).

O grupo 8, parturientes com gestações múltiplas, é outro grupo heterogêneo. Ele também pode se beneficiar de subdivisão conforme o curso do parto, assim como o grupo 5 (Robson et al., 2001; Farine et al., 2012).

O grupo 9, gestações com apresentação transversa ou oblíqua, é definido no momento da internação para o parto, e não em qual apresentação o feto nasceu. É um grupo importante, mas que não passou por uma auditoria cuidadosa prévia, por falta de conceitos obstétricos consistentes e aceitos (Robson et al., 2001).

O grupo 10, onde estão classificadas as parturientes com gestação pré-termo, contribui com um considerável número para as taxas globais de cesariana. Muitos centros obstétricos terciários atribuem suas altas taxas de cesariana ao fato de ser referência para esse tipo de gestação. As taxas de cesariana desse grupo podem ser utilizadas para confirmar essa informação (Robson et al., 2001).

A prática do uso de uma única classificação de cesárea simplifica a auditoria, o estudo e a comparação das taxas de cesáreas em diferentes aspectos, fornece apoio na criação e implementação de estratégias mais eficazes e voltadas para a redução das taxas de cesáreas⁴, permite monitorar de forma padronizada, para que partindo destes dados coletados, os gestores são incentivados a desenvolver estratégias para reduzi-las⁵, com essa finalidade, torna-se imprescindível capacitar os profissionais para o uso da Classificação dos 10 grupos de Robson (MOREIRA, BASILE, AGUEMI, 2019).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo baseado nos dados do estudo “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras - BRISA”, realizado nas cidades de São Luís - MA e Ribeirão Preto- SP, desenvolvido pelo programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP).

Neste trabalho foi utilizado dados da coorte de São Luís e Ribeirão Preto.

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, é o município mais populoso do Maranhão e o quarto da Região Nordeste, cuja população em 2020 era de 1.108.975 habitantes. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 17,36 para 1.000 nascidos vivos. Localiza-se na região nordeste, considerada uma das regiões mais pobres do país, cujo índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) foi de 0,768, levando-se a posição de 249 entre os municípios do Brasil. (BRASIL, 2014b, IBGE, 2020).

Ribeirão Preto é um município localizado no estado de São Paulo, sudeste do Brasil. Com população estimada em 2020 de 711.825 habitantes. Em 2017, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,19 para mil nascidos vivos. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,8 em 2010, ocupando o 6º lugar no estado e o 22º no Brasil. Sua região é rica e industrializada e sua principal atividade econômica é a agroindústria de cana-de-açúcar, além do comércio e serviços (IBGE,2020).

5.2 População e amostra

A população da coorte de nascimento BRISA, a qual este trabalho integra, foi composta por mulheres residentes na cidade de São Luís e Ribeirão Preto e que tiveram partos hospitalares no ano de 2010 incluindo nascimentos em serviços públicos e privados, cujas instituições realizavam pelo menos cem partos por ano.

Durante o período de um ano, janeiro a dezembro de 2010 todas as maternidades das cidades, exceto aquelas onde ocorreram menos de 100 partos por

ano, foram visitadas pelos pesquisadores, totalizando 10 maternidades. Todos os nascimentos vivos ou mortos foram catalogados através de uma ficha de controle de nascimentos. Em caso de dúvidas ou insuficiência de informação os dados foram completados através dos registros e prontuários ou mesmo de entrevista com os médicos e/ou equipe de enfermagem. Caso a mãe tenha recebido alta hospitalar antes da entrevista, esta foi entrevistada no domicílio.

Na cidade de São Luís, o tamanho da amostra para o ano de 2010 foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos na cidade no ano de 2007, o qual representava 98% de todos os nascimentos da cidade, possibilitando uma amostra representativa da população. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos. Com este tamanho de amostra seria possível estimar prevalências por volta de 50% (produto máximo de $p \times q$) com uma precisão de 2% e nível de confiança de 99%. Também foi possível comparar duas proporções, considerando probabilidade de erro tipo I de 5%, poder do estudo de 80%, trabalhando-se com o produto máximo de $p \times q$ (proporção do evento de 50%) e fixando-se em 4% a diferença mínima a ser detectada como significativa. Para prevalências inferiores a 50% seria possível detectar diferenças menores.

A amostra do estudo foi estratificada por maternidade com partilha proporcional ao número de partos e na maternidade ela foi sistemática. Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, 5.475 eram residentes no município há pelo menos três meses e, portanto, elegíveis. Após a exclusão de 239 nascimentos por recusa ou alta hospitalar precoce, 70 natimortos, a amostra ficou em 5.166 nascimentos.

Em São Luís as maternidades públicas que foram campo de pesquisa foram : Maternidade Marly Sarney, Materno Infantil, Benedito Leite, Santa Casa, Maria do Amparo e Nossa Senhora Da Pena. Já as particulares foram: Clínica São Marcos, Hospital Aliança, Clínica Luiza Coelho e Clínica São José.

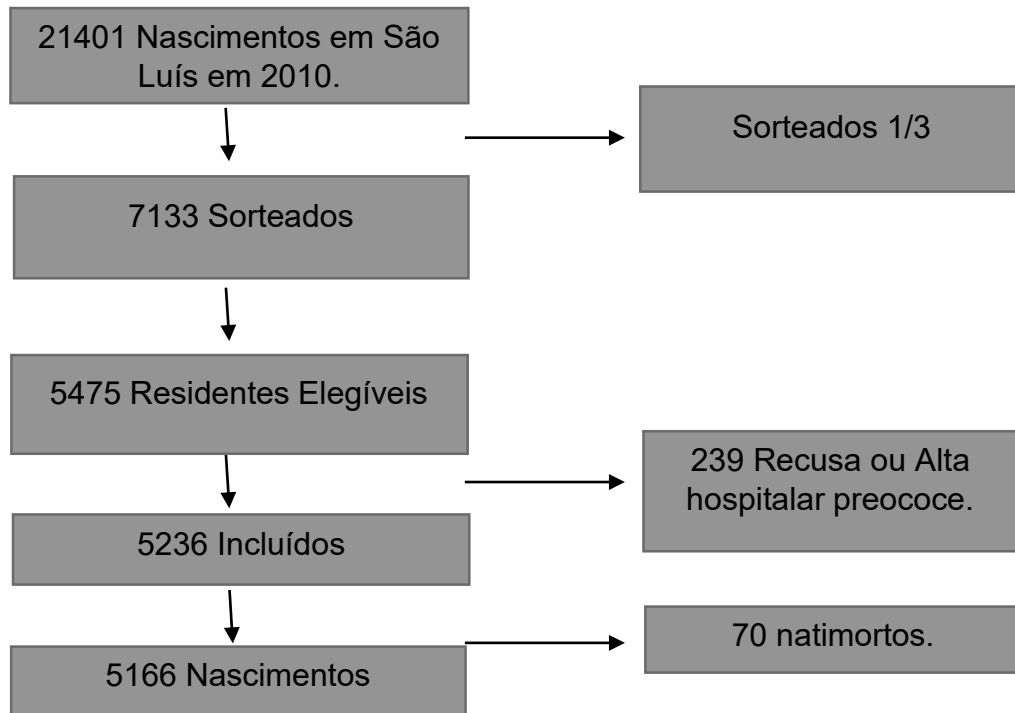


Figura 2- População do estudo de São Luís.

Em Ribeirão Preto, não houve cálculo amostral, pois, foram considerados todos os nascimentos em maternidades com mais de 100 partos. As 8 maternidades que foram campo de coleta foram: Hospital e Maternidade Ribeirão; Hospital das Clínicas da Faculdade De medicina de ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Hospital São Lucas; Hospital Santa Casa; Hospital Materno Infantil Mater; Hospital Sinhá Junqueira e Hospital São Paulo.

No ano de 2010 ocorreram 7747 nascimentos hospitalares em Ribeirão Preto, de 7702 puérperas residentes no município, que foram as entrevistadas, que geraram os resultados deste estudo.

Das 7702 puérperas, 42 foram natimortos, sendo excluídos da amostra estudada. Dessa forma a população desse estudo foi de 7660.

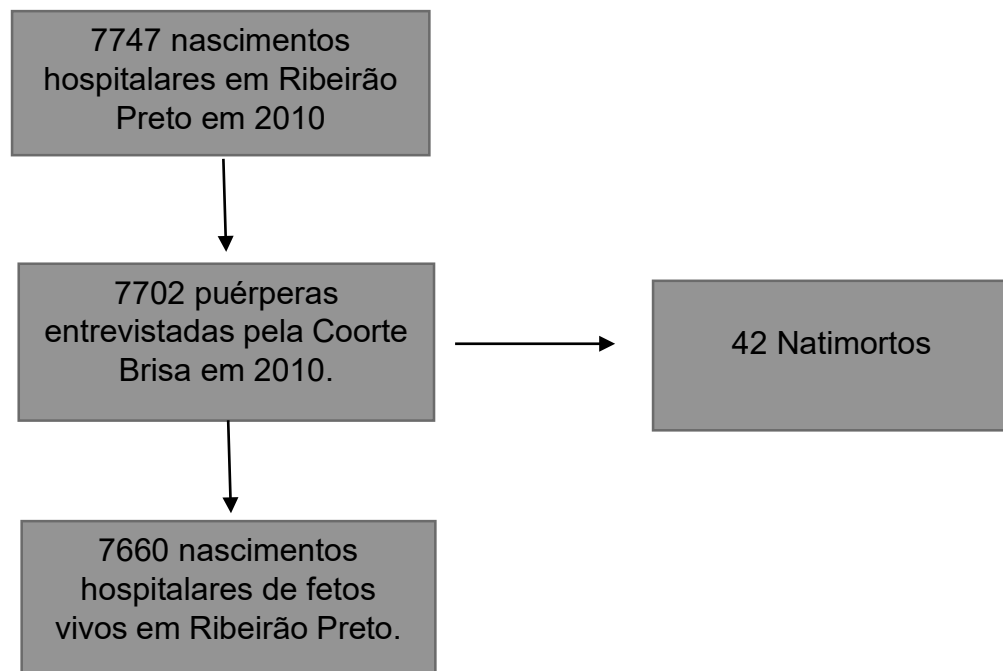


Figura 3 – População de Ribeirão Preto pertencente ao estudo.

5.3 Procedimentos de coleta de dados

O estudo utilizou dados coletados referentes aos nascimentos ocorridos no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2010. A coleta foi realizada por grupos de alunos e graduados da área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados.

Foi realizado estudo piloto com simulação de todas as etapas da pesquisa em todas as unidades hospitalares por 24 horas para checagem e ajustes técnicos. A verificação dos partos se deu por turnos, normalmente das seis da tarde às seis da manhã, para o primeiro turno e das seis da manhã às seis da tarde, para o segundo turno.

Foi estabelecida uma ficha de controle de nascimentos e entrevistas, que continha o número de ordem do nascimento, nome e endereço da mãe, se era residente ou não no município, data e hora do nascimento, número de fetos, se a entrevista foi realizada (sim ou não), recusa ou alta.

As informações sobre o número de partos ocorridos em cada unidade hospitalar eram retiradas do livro de controle de partos da sala de parto e pré-parto

pelo entrevistador ou pelo coordenador de grupo de cada unidade hospitalar. Este checava se todos os nascimentos do turno anterior haviam sido registrados e se as mães já haviam sido entrevistadas.

O cadastramento dos nascimentos era feito por ordem de ocorrência, a partir da hora do nascimento. As entrevistas foram realizadas preferencialmente nas primeiras 24 horas após o parto. Os entrevistadores utilizaram um questionário padronizado e, após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A), passavam a ler as questões para as puérperas a fim de garantir a uniformidade das perguntas. Após, as informações do recém-nascido foram obtidas por meio de entrevista com a mãe e consulta aos prontuários.

O presente estudo teve como período de coleta de dados de maio de 2020 até setembro de 2020.

5.4 Instrumentos de coleta e variáveis

Como instrumentos da coleta de dados foram aplicados dois questionários padronizados aplicados no nascimento, divididos por blocos, após o consentimento das mulheres. Questionário do Nascimento– Mãe (Anexo A) e Questionário do Nascimento- RN (Anexo B). Um com dados referentes ao recém-nascido e outro com dados referentes às mães, pais e chefes de família.

O questionário do nascimento mãe continha questões socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida, saúde sexual, reprodutiva, características da gestação atual e do pré-natal, características do parto e nascimento, além dos dados do prontuário. O questionário com dados do recém-nascido incluía dados de identificação e do prontuário.

As variáveis que serão estudadas são as seguintes:

- **Idade materna:** Registrada em anos completos nas categorias: Menor que 20 anos, 20 a 34 anos, maior ou igual à 35 anos;
- **Escolaridade Materna:** Registrada em anos completos de estudo nas categorias: 0-4 anos de estudo, 5-8 anos de estudo, 9-11 anos de estudo e maior ou igual a 12 anos de estudo;
- **Situação conjugal:** Registrada a situação conjugal como: solteira, separada, divorciada, viúva, casada e união consensual) e cor da pele (branca, parda, preta, amarela e indígena);

- **Cor da pele:** Registrada a cor auto referida segundo recomendação do IBGE: branca, preta/negra, parda/ mulata/ cabocla/morena, amarelo/oriental, indígena;

- **Classe econômica com base na Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP):** Que leva em conta a quantidade de itens que a família possui: Televisão em cores, rádio, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete/DVD geladeira, freezer e a escolaridade do chefe da família. Para cada item são atribuídos pontos que irão definir os escores que categorizam as classes: A (mais favorecida), B, C, D, E(menos favorecida).(ABEP, 2008);

- **Idade Gestacional (IG):** Calculada em semanas completas.

- **Tipo de parto:** Registrado como normal ou cesárea, forceps, vácuo e categorizada como parto normal e cirúrgico, sendo os casos de fórceps e vácuo extração incorporados na via de parto vaginal;

- **Paridade:** Registrada em quantidade de partos, incluindo o atual nas categorias 1 parto ou mais de 1 parto;

- **Partos Cesáreos:** Registrada a quantidade de partos cesáreas, incluindo o atual caso tenha tido cesárea, nas categorias 0 (nenhum), 1 parto cesáreo, 2 para dois ou mais partos cesáreos;

- **Número de fetos:** Gestação única ou múltipla;

- **Internação em trabalho de parto:** Registrada se sim ou não. Essa informação era obtida a partir da informação da mulher se havia sido internada antes ou depois de começar a sentir as contrações uterinas do trabalho de parto;

- **Apresentação do polo fetal:** Registrada como cefálico, pélvico e transverso.

- **Indução do trabalho de parto:** Sim ou Não. Essa informação é obtida a partir da informação da mulher se havia recebido soro ou medicação para estimular ou acelerar o início do trabalho de parto;

- **Categoria de assistência ao parto:** Registrada na categoria SUS, plano de saúde, particular e categorizado em: público ou privado.

As variáveis: paridade, quantidade de cesáreas anteriores, situação e apresentação fetal, início do parto, idade gestacional e número de fetos foram

analisadas para agrupar gestantes conforme características obstétricas, segundo os critérios de Robson. De acordo com a OMS (2015), os grupos serão subdivididos em:

- Grupo 1 - nulíparas com feto único,cefálico, ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
- Grupo 2 - nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas a cesariana antes do início do trabalho de parto.
- Grupo 3 - multíparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
- Grupo 4 - multíparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho de parto.
- Grupo 5 - todas as multíparas com pelo menos uma cesariana anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas.
- Grupo 6 - todas nulíparas, com feto único, em apresentação pélvica.
- Grupo 7 - todas multíparas, com feto único, em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).
- Grupo 8 - todas mulheres com gestação múltiplas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior(es).
- Grupo 9 - todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas anteriores.
- Grupo 10 - todas gestantes com feto único e cefálico, menor que 37 semanas incluindo aquela com cesáreas anteriores.

Os dez grupos são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, ou seja, todas as mulheres podem ser classificadas, porém cada mulher enquadra-se somente em um desses grupos. Esses dados serão apresentados em uma tabela que é o modelo padrão para apresentação dos dados da classificação de Robson segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

De acordo com a FIOCRUZ, nessa tabela os grupos são divididos de 1 a 10 e cada grupo apresenta os seguintes dados: Número de cesáreas no grupo, número de partos no grupo, tamanho do grupo, taxa de cesárea do grupo, contribuição absoluta para taxa de cesárea, contribuição relativa para a taxa de cesárea.

O tamanho proporcional de cada grupo foi calculado a partir do número de partos do grupo dividido pelo número total de partos, a contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea será o 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 será o número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100. Dessa forma todas as puérperas do estudo foram agrupadas segundo os critérios de Robson e de acordo com as recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

5.5 Análise Estatística

As análises dos dados coletados para o presente estudo serão efetuadas no software STATA/SE 14.0. Foram feitas análises descritivas apresentadas em forma de frequências absolutas e relativas.

5.6 Aspectos Éticos

O projeto atende aos critérios da Resolução número 466/2012 do Conselho nacional de saúde e suas complementares. Os entrevistados foram convidados a participarem da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

Na cidade de São Luís, o projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário sob o parecer consubstanciado Nº 223/2009, protocolo: 4771/2008-30. (ANEXO C).

Na cidade de Ribeirão Preto, o projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto sob o protocolo: 4116/2008.

6 RESULTADOS

Na população estudada da cidade de São Luís de 5166 mulheres, 73,65% tinham idade entre 20 a 34 anos, 67,15% cor da pele preta 58,44% escolaridade entre 9 a 11 anos, 59,10% viviam em união consensual, 40,22% pertenciam a família com renda mensal média de 1 a 3 salários-mínimos, 53,60% eram pertencentes a classe econômica C (Tabela 1).

Na população de Ribeirão Preto de 7658 mulheres, 74,55% tinham idade entre 20 a 34 anos, 58,74% cor da pele branca, 47,02% eram casadas, 56,96% pertenciam a família com renda mensal média superior a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas, econômicas e maternas da coorte de nascimento BRISA. São Luís - MA e Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variáveis	São Luís		Ribeirão Preto	
	n	%	N	%
Idade Materna (anos)				
<19	954	18,47	983	12,84
20-34	3.805	73,65	5709	74,55
>35	407	7,88	966	12,61
Cor da Pele*				
Branca	958	18,54	4332	58,74
Parda	661	12,80	2284	30,94
Preta	3,469	67,15	701	9,51
Escolaridade (anos)				
0-8	1390	26,91	1993	26,40
9-11	2997	58,44	3803	50,37
>= 12	779	15,08	1764	23,23

Situação Conjugal				
Casada	1125	21,78	3596	47,02
União Consensual	3053	59,10	3011	39,37
Sem companheiro	988	19,3	1041	13,61
Renda Familiar *				
<=1	767	14,85	202	3,18
1-3	2078	40,22	2536	39,87
>3	1396	27,02	3623	56,96
CEB*				
A-B	933	19,21	3325	46,49
C	2603	53,60	3113	43,53
D-E	1320	27,18	714	9,98
Total	5166	100%	7658	100%

***Excluídos os ignorados.**

A maioria das mulheres da cidade de São Luís, frequentou o serviço de saúde público (84,12%), 50,93% dos recém nascidos foram do sexo masculino e 52,48% nasceram por parto normal (tabela 2).

Na população estudada de Ribeirão Preto, a maioria das mulheres frequentou o serviço público (55,60%), 50,51% dos recém nascidos foram do sexo masculino e 59,82% nasceram por parto cesariano (tabela 2).

Tabela 2: Características do recém-nascido da coorte nascimento BRISA. São Luís - Ma e Ribeirão Preto, SP, 2010.

Variáveis	São Luís		Ribeiro Preto	
	n	%	N	%
Maternidade*				
Público	4.345	84,12	4251	55,60
Privado	820	15,88	3394	44,40

Sexo do Rn				
Feminino	2535	49,07	3868	50,51
Masculino	2631	50,93	3789	49,48
Tipo de Parto				
Normal	2711	52,48	3020	40,18
Cesárea	2455	47,52	4497	59,82
Total	5166	100%	7660	100%

Em relação as características das mulheres segundo os critérios de Robson, 52,71% eram multíparas, 46% tiveram início do trabalho de parto espontâneo. Considerando a idade gestacional a maioria dos partos foram termo, 94,87% com apresentação cefálica, em 98,08% o feto era único e 65,67% não apresentavam cesárea anterior (tabela 3).

Tabela 3: Características das mulheres segundo a classificação de Robson. São Luís - MA e Ribeirão Preto - SP, 2010.

Variáveis	São Luís		Ribeiro Preto	
	n	%	N	%
Paridade				
Nulípara	2443	47,29	3826	50,12
Multípara	2723	52,71	3807	49,88
Início do trabalho de parto*				
Induzido	1578	30,86	2072	27,39
Espontâneo	2352	46,00	2438	32,23
Cesárea Eletiva	1183	23,14	3055	40,38
Idade Gestacional				
Termo	4500	87,11	6527	85,24
Pré-termo	666	12,89	1130	14,76

Apresentação*				
Cefálica	4676	94,87	7147	95,82
Pélvica	181	3,67	292	3,91
Transversa	72	1,46	20	0,27
Número de Fetos				
Único	5067	98,08	7565	98,79
Mútiplos	99	1,92	93	1,21
Cesárea Anterior				
Sim	1013	34,33	1805	23,64
Não	1938	65,67	5829	76,36
Total	5166	100%	7658	100%

*Os ignorados não foram considerados.

De acordo com a Tabela 4, considerando a distribuição no sistema de classificação de Robson, o grupo 1 incluiu 766 mulheres (26,98%), grupo 2 incluiu 612 (12, 60%), grupo 3 incluiu 856 (17,46%), grupo 4 incluiu 1139 (23,23%), grupo 5 incluiu 665 mulheres (13,46%), grupo 6 incluiu 73 (1,49%), grupo 7 incluiu 77 (1,57%), grupo 8 composto por 87 mulheres (1, 77), grupo 9 incluiu apenas 63(1,28%) e o grupo 10 incluiu 559 (11,40%) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das mulheres segundo a classificação de Robson. São Luís - MA. 2010. Ribeirão Preto - SP.2010

Variáveis	São Luís		Ribeiro Preto	
	n	%	N	%
1	766	26,98	763	10,23
2	612	12,60	900	12,10
3	856	17,46	718	9,65
4	1139	23,23	2369	31,85
5	665	13,46	1395	18,76
6	73	1,49	158	2,12

7	77	1,57	114	1,53
8	87	1,77	88	1,18
9	63	1,28	19	0,26
10	559	11,40	913	12,28
Total	5166	100	7437	100

***Os ignorados não foram considerados.**

Em relação a classificação de Robson em Ribeirão Preto têm-se no grupo 1 que de 763 partos, 420 foram cesarianas e a taxa de cesárea do grupo foi igual a 55,04% já o grupo 2 de Robson teve 902 partos e destes 224 foram cesarianas sendo a taxa de cesárea do grupo igual a 24,3%. No grupo 3 tiveram 718 nascimentos sendo 81 partos cesáreos e a taxa do grupo 11,28%. (Quadro 1)

O grupo 4 composto por 2369 nascimentos e 1578 cesarianas sendo 66,61% a taxa de cesárea nesse grupo. O grupo 5 foi composto por 1395 partos sendo 1195 cesarias. O grupo 6 teve 158 nascimentos sendo 151 nascidos por via alta e ataxa do grupo foi de 95,56%. O grupo 7 foi composto por 114 nascimentos e 107 desses foram cesáreas, sendo a taxa do grupo igual a 93,85%. Já o 8 apresentou 88 nascimentos sendo 70 por via alta e a taxa do grupo 79,54%. O grupo 9 foi composto por 19 nascimentos sendo todos partos cesarianos. E o grupo 10 apresentou 914 nascimentos sendo 556 por via alta e uma taxa de cesárea igual a 60,83% nesse grupo (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação de Robson. Ribeirão Preto - SP. 2010

Grupo	Número de cesárea no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesárea do grupo (%)
1	420	763	10,2	55,04
2	224	902	12,12	24,83
3	81	718	9,60	11,28
4	1578	2369	31,8	66,61
5	1195	1395	18,75	85,66
6	151	158	2,12	95,56
7	107	114	1,53	93,85
8	70	88	1,18	79,54
9	19	19	0,25	100,00
10	556	914	12,28	60,83
Total	4401	7440	100,00	59,15

Em relação a classificação de Robson na cidade de São Luís têm-se no grupo 1 que de 766 partos, 257 foram cesarianas e a taxa de cesárea do grupo foi igual a 33,55%.

O grupo 2 de Robson teve 618 partos e destes 184 foram cesarianas sendo a taxa de cesárea do grupo igual a 29,77%. No grupo 3 tiveram 856 nascimentos sendo 72 partos cesáreos e a taxa do grupo 8,41 %. Já o grupo 4 composto por 1139 nascimentos e 709 cesarianas sendo 62,25% a taxa de cesárea nesse grupo. O grupo 5 foi composto por 666 partos sendo 576 cesarianas. O grupo 6 teve 73 nascimentos sendo 71 nascidos por via alta e a taxa do grupo foi de 97,26%. O grupo 7 foi composto por 77 nascimentos e 62 desses foram cesáreas, sendo a taxa do grupo igual a 80,52%. Já o 8 apresentou 87 nascimentos sendo 73 por via alta e a taxa do grupo 83,91%. O grupo 9 foi composto por 93 nascimentos sendo 90 t partos cesarianos e a taxa igual a 95,24% E o grupo 10 apresentou 559 nascimentos sendo 219 por via alta e uma taxa de cesárea igual a 39,18% nesse grupo.

Quadro 2. Classificação de Robson. São Luís - MA. 2010.

Grupo	Número de cesárea no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo(%)	Taxa de cesárea do grupo (%)
1	257	766	15,62	33,55
2	184	618	12,60	29,77
3	72	856	17,46	8,41
4	709	1139	23,23	62,25
5	576	666	13,58	86,49
6	71	73	1,49	97,26
7	62	77	1,57	80,52
8	73	87	1,77	83,91
9	60	63	1,28	95,24
10	219	559	11,40	39,18
Total	2283	4904	100,00	46,55

7 DISCUSSÃO

Foram 5166 nascimentos na cidade de São Luís e 7658 na cidade de Ribeirão Preto no período estudado. Em São Luís, 47,52% dos partos foram cesarianos e em Ribeirão Preto 59,82%. A partir das características obstétricas, ao distribuir as gestantes dentro dos 10 grupos da Classificação de Robson, nota-se que a maior ocorrência de partos nas duas cidades foram do grupo 4 (múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho de parto) e de cesárea foi encontrada também no grupo 4 seguida do grupo 5 (todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas).

Em relação a idade, observou-se que similar a pesquisa nascer no Brasil (DOMINGUES et al., 2012) o maior índice de gestante nas cidades de São Luís e Ribeirão Preto encontra-se na idade entre 20 a 34 anos. Os dados desta análise permitiram verificar que a maioria das gestantes não pertenciam a uma idade desfavorável para uma gravidez de alto risco o que poderia contribuir para a indicação de cesarianas. A idade materna é considerada como um fator gerador de risco para a gestação. Para o Ministério da Saúde, gestantes com idade igual ou superior a 35 anos são consideradas tardias ou em idade avançada, sendo mais suscetíveis a desenvolverem complicações durante a gravidez, o que torna a gestação de alto risco e indicativas de cesarianas. De acordo com o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, as características individuais desfavoráveis seriam a idade menor que 15 e maior que 35 anos (BRASIL, 2012a).

Observa-se ainda, que a maioria das mulheres estudadas na cidade de São Luís tem uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Já na cidade de Ribeirão Preto, a maioria da população estudada tem renda mensal superior a 3 salários mínimos sendo nítido que Ribeirão Preto e São Luís são cidades brasileiras com condições socioeconômicas contrastantes. Tal contraste se observou na diferença do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ribeirão Preto, que foi de 0,800, em 2010, ocupando a 40ª posição no Brasil, e o de São Luís, no mesmo ano, de 0,768, ocupando a 249ª posição no país. Sabe-se que as mulheres pertencentes a classe econômica mais favorecidas, são as que mais se submetem à cirurgia cesariana (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016). O que se confirma no presente estudo que observa-se que as mulheres que mais se submetem a cesariana são as participantes

da cidade de Ribeirão Preto necessitando de intervenções específicas para redução desses taxas.

Tal escolha pode estar relacionada ao fato de esse perfil de mulheres acreditar que a cesariana é mais segura, mais conveniente e menos dolorosa do que o parto vaginal e que a melhor qualidade da assistência ao parto estaria associada ao maior uso de tecnologias. Além disso, mulheres com melhores condições socioeconômicas teriam, de uma forma geral, maior conhecimento e poder para solicitar um parto operatório, quando comparadas com mulheres com menor escolaridade (RUFINO; SANTOS, 2017).

No Brasil, as taxas de cesariana são mais altas entre as mulheres com melhores condições socioeconômicas, ou seja, entre as mulheres potencialmente de menor risco obstétrico. Observa-se então, que este estudo traz à tona o fenômeno da equidade inversa no uso da cesariana, onde há taxas mais altas na população de menor risco obstétrico sendo este um fator preocupante e que necessita de intervenções.

Em relação a cor da pele nota-se distinção entre as duas cidades brasileiras. Enquanto em Ribeirão Preto 58% se autodeclaram brancas em São Luís 67% consideram-se de cor preta. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo brasileiro, que observou que a cirurgia cesariana esteve mais fortemente associada a melhores condições socioeconômicas e cor de pele (branca) da puérpera, indicando que, quanto mais clara a cor da pele e melhor o nível socioeconômico, maior a proporção de procedimento cirúrgico (XIE, GAUDET, KREWSKI, GRAHAM, WALKER, MEN, 2015).

Em relação às características dos recém-nascidos, em São Luís a maioria nasceu no serviço de saúde público (84,12%) e em Ribeirão Preto 55,6%. O presente estudo registrou ainda, que na cidade de São Luís uma taxa de 47,52% de partos cesarianos e em Ribeirão Preto 59,82%, notando-se relevante diferença entre a forma de nascer nas duas cidades estudadas.

Ernandes Gonçalves Dias, et al. 2018 relatam que a população pertencente a cidades que possuem melhores condições socioeconômicas têm maiores possibilidades de ter acesso a serviços diferenciados bem como optar pela via de parto desejado escolhendo na maioria das vezes pelo parto cesariano.

No Brasil existe uma diversidade regional e socioeconômica que pode ser observada a partir das taxas apresentadas neste estudo que mostra que a cidade economicamente mais rica apresenta as taxas mais elevadas de cesarianas.

Ao longo do tempo, a cesárea deixou de ser um método para melhorar os resultados perinatais e tornou-se um produto de consumo, de tal maneira que as taxas são menores nas cidades mais pobres e aumentam na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população (PARIS, OLIVEIRA, LATORRE, PELOSO, MATHIS, 2014).

Pode-se inferir que condições socioeconômicas das mulheres interferem no tipo de parto a que são submetidas havendo estreita relação entre maior poder socioeconômico e possibilidade de escolher o tipo de parto (FERRARI, 2015).

É importante que se reverta o paradigma social que tem influenciado fortemente a “cultura das cesáreas” entre as brasileiras. Buscar a conscientização destas e dos profissionais que prestam assistência ao parto acerca dos possíveis impactos negativos da intervenção cirúrgica é a melhor forma de diminuir as taxas do parto cesárea. Uma vez que se conhecem que os fatores e socioeconômicos influenciam no tipo de parto, cabe aos profissionais de saúde e gestores realizarem estratégias para diminuir essas taxas.

Quase metade das mulheres do estudo eram nulíparas. Dessa forma, as evidências atuais as consideram menos predispostas a realização de cesarianas. No entanto, observa-se altas taxas de cesarianas em primíparas o que representa um dado particularmente preocupantes porque implicam alta probabilidade de futuras cesarianas.

Outra importante observação é o percentual de cesáreas programadas que na cidade de Ribeirão Preto corresponde a 43% e na cidade de São Luís 23,14 %. O dado encontrado sugere excessiva utilização de cesarianas sem indicação clínica, principalmente na cidade de Ribeirão Preto, tendo em vista que cesarianas eletivas deveriam estar relacionadas a uma pequena parcela de gestantes, principalmente em casos de indicações absolutas de cesariana e emergências que contraindicariam o parto vaginal.

Desta forma, a ocorrência de cesariana eletiva pode estar associada a um maior poder aquisitivo que, muitas vezes, facilita o pagamento por este serviço, visto que, em muitos casos, deixou de ser um método para melhorar os resultados perinatais de tal maneira que suas taxas são menores entre as mulheres mais pobres,

aumentando na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população (ROSSETTO, et al,2020).

Em relação a apresentação fetal, em Ribeirão Preto 95,82% foram cefálicas e na cidade de São Luís 94,87% ocorreu apresentação cefálica, o que colaboraria para que o parto vaginal se tornasse possível e não houvesse a utilização exagerada de cesarianas. Entretanto, sabe-se que podem ocorrer variações da apresentação cefálica que podem ser indicativas de cesarianas quando, por exemplo, houver falha nas manobras de correção de distócias, sinais de parto obstruído ou de hipoxemia fetal e nesses casos têm-se a indicação de cesarianas (ABREU, FILHO E SANTANA, 2019). Neste estudo, não foram registrados os motivos pelos quais a equipe obstétrica optou pelo parto por via alta, porém, é inegável uma incidência exagerada de partos cesáreos, o que leva a uma reflexão sobre a real necessidade deste procedimento.

Em relação ao número de fetos, embora a maioria das gestações submetidas à cesariana tenham sido de feto único, estudos recentes apontam que, no caso de gestações múltiplas, os resultados perinatais não são melhorados pelos partos por cesariana, quando o primeiro gêmeo se apresenta em posição cefálica. Assim, mulheres que tenham gêmeos, em apresentação cefálica/cefálica ou cefálica/não cefálica, deverão ser aconselhadas a tentar o parto vaginal (OBSTETRIC CARE CONSENSUS, 2016).

Quanto a cesariana anterior, em São Luís 34,33% das mulheres já haviam realizado o procedimento cirúrgico anteriormente e na cidade de Ribeirão Preto 23,64%. A primeira cesariana contribui com grande número de procedimentos na taxa global. O parto por via alta indicado por iteratividade, ou seja, pela presença de uma cicatriz uterina prévia ajuda, de forma muito expressiva, no aumento das taxas globais de cesarianas. Nos Estados Unidos, um terço de todas as cesarianas é realizado em pacientes com cesariana prévia (MARSHALL, GUISE, 2011). Cesarianas prévias têm sido apontadas como fator de manutenção das altas taxas dessa cirurgia. Reforçando tal questão, em estudo realizado, mulheres com parto vaginal prévio têm chance menor (em torno de 25 vezes) de optarem por cesariana. O parto vaginal após cesariana, quando comparado à cesariana de rotina indicada por iteratividade, apresenta resultados favoráveis. Revisão sistemática com metanálise de 203 estudos demonstrou que a mortalidade materna aumentou significativamente com cesarianas de repetição, comparando-se esses dados com os resultados dos partos vaginais após cesariana (ABREU, FILHO E SANTANA, 2019).

O sistema de classificação das gestantes em dez grupos permite uma imediata comparação entre as taxas de cesariana de cada grupo e estimula discussões a respeito desses achados. Por meio dessa classificação, pode-se, por exemplo, identificar mudanças ao longo do tempo no perfil de cada grupo. Pode-se, também, definir e avaliar o perfil entre risco e benefício das cesarianas dentro dos grupos. Logo, a classificação de Robson permite melhorar a organização e o acesso às informações, o que pode levar a mudanças na prática clínica nos centros de assistência ao parto a fim de se garantir uma melhor assistência obstétrica (ROBSON et al., 2001; FARINE et al., 2012; ROBSON et al., 2013; BETRAN et al., 2014).

No presente estudo, em relação a classificação de Robson em 10 grupos, a maior parcela das mulheres avaliadas em São Luís pertenceu aos grupos 4 (múltiparas sem cesárea anterior, gestação única, cefálico, a termo e em trabalho de parto espontâneo) e 3 (múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo) sendo que a cesárea foi mais frequente nos grupos 4 e 5 (múltiparas com cesárea anterior, cefálico, gestação única, a termo).

Na cidade de Ribeirão Preto a maior parcela das mulheres avaliadas pertenceu aos grupos 4 e 5. E a cesárea foi mais frequente também nesses grupos.

A taxa de cesarianas no grupo 1 foi de 33,55%, na cidade de São Luís, e na cidade de Ribeirão Preto foi de 55,04 % em ambas superior àquela esperada, de até 10% segundo a literatura (Robson et al., 2013). Esses dados mostram as significativas taxas de parto cesáreo no país mesmo em grupos considerados de baixo risco já que esse grupo é composto por mulheres nulíparas com gestação com feto único, a termo, feto em apresentação cefálica e trabalho de parto espontâneo.

Observa-se ainda, uma maior taxa em Ribeirão Preto, cidade com melhores condições socioeconômicas. O que pode ser explicado pela relação entre a quantidade de mulheres do grupo 1 para a quantidade de mulheres do grupo 2. De acordo com (ROBSON et al., 2013), essa relação quando menor que 2,00 (2:1), representa uma quantidade importante de internações para induções do trabalho de parto e para cesarianas antes do trabalho de parto. Essa relação foi de 0,83 em Ribeirão Preto e 1,24 em São Luís. Observa-se um valor menor em Ribeirão Preto podendo inferir que nesta cidade ocorrem mais interrupções da gestação antes do trabalho de parto que na cidade de São Luís e conseqüentemente essa característica impacta na taxa de cesarianas provavelmente por ser uma cidade com melhores

condições socioeconômicas e autores apontam que quanto maiores as condições socioeconômicas maiores são as chances de cesariana entre as mulheres de melhor nível socioeconômico (FREITAS; DRACHLER; LEITE; MARSHALL, 2009; FREITAS; SAVI, 2011).

Na pesquisa realizada, a taxa de cesariana no grupo 2 (nulíparas, com gestação simples, a termo, feto em apresentação cefálica e sem trabalho de parto) na cidade de São Luís corresponde a 29,77% enquanto neste mesmo grupo na cidade de Ribeirão Preto essa taxa é igual a 24,83%. Segundo Robson (2013), taxas ideais para esse grupo estão entre 20 a 35%. Observa-se então que os valores encontrados no estudo corroboram com a literatura o que sugere taxas de induções para induções do trabalho de parto e para cesarianas antes do trabalho de parto dentro do esperado.

Em geral, o número de pacientes dos grupos 3 e 4 (múltiparas, com gestação simples, a termo, feto em apresentação cefálica e sem cesarianas anteriores) em conjunto contribuem em aproximadamente 30-40% de todas as mulheres (ROBSON et al., 2013). Neste estudo, a quantidade foi bem próxima do esperado, e representou 40,69% das mulheres na cidade de São Luís e 41% em Ribeirão Preto.

Para o grupo 3, a taxa de cesarianas não deveria ultrapassar 3%, segundo a literatura (ROBSON et al., 2013). Neste estudo, a taxa no grupo 3 foi de 11,28% em Ribeirão Preto e 8,41% em São Luís. Observa-se dessa maneira taxas maiores na cidade localizada na região sudeste do país. Robson et al. levanta a possibilidade para taxas de cesarianas mais elevadas neste grupo por inconsistências no banco de dados. Porém, a probabilidade desse evento ter ocorrido no presente estudo é baixa devido à extensa e minuciosa verificação de consistência de dados realizada. Esse resultado poderia ser reflexo de um modelo mais intervencionista de atenção ao parto, com a assistência obstétrica centrado no médico, em que há, entre outras práticas, o uso excessivo de ocitocina bem como o desejo da mulher pela cirurgia. As cesáreas a pedido podem impactar esse grupo sendo a abordagem desses casos complexa por envolver questões culturais

As cidades de São Luís e Ribeirão Preto apresentaram taxas de cesarianas do grupo 4 superiores a indicada. Segundo Robson (2013), a taxa ideal para esse grupo seria inferior a 15%, no entanto em São Luís a taxa de cesariana foi de 62,25% e em Ribeirão Preto de 66,61% observando o significativo número de

cesáreas induzidas ou cirurgias antes do início do trabalho de parto tornando a auditoria de extrema importância para que seja realizada avaliação criteriosa das indicações de tais procedimentos.

Segundo Robson (2013), altas taxas de cesárea no grupo 4 podem refletir alto desejo materno, seja por parto anterior traumático ou por desejo de laqueadura tubária por baixo acesso à contracepção. Esse fato merece atenção e poderia ser mais bem avaliado em estudos posteriores, pois há relativamente poucas indicações médicas absolutas para cesariana neste grupo.

Segundo a avaliação proposta por Robson et al. em 2013, a quantidade de gestantes classificadas no grupo 5 não deveria estar acima de 10,0%. No caso das mulheres deste estudo, 85,66% delas foram classificadas nesse grupo na cidade de Ribeirão Preto e 86,49% em São Luís. O grupo 5 é composto por múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, o que reforça que a cesárea prévia eleva a indicação de parto operatório em gestações futuras.

Os dados encontrados no estudo podem refletir uma consequência direta das altas taxas de cesarianas em nulíparas (grupos 1 e 2), em anos anteriores. Além disso, é importante mencionar que, com os números crescentes de cesarianas no Brasil (DO CARMO LEAL et al, 2012) e no mundo, a população de mulheres classificadas nesse grupo tende a aumentar nos próximos anos (CHONG et al., 2012).

O grupo 5 foi um grande contribuinte para taxa de cesáreas no presente estudo, corroborando com o estudo realizado na cidade de Caxias -MA onde a maioria das mulheres estudadas faziam parte deste grupo. Esse achado foi semelhante a estudos anteriores realizados no Brasil e também em outros países (BOLOGNANI; REIS CALDERON, 2018; DIAS et al, 2018; MOURA; FEITOSA, 2017).

Recentemente, uma análise da OMS constatou que as taxas de cesárea e a contribuição absoluta do grupo 5 têm aumentado nos últimos anos. Estes dados mostram o efeito dominó do uso da cesariana: aumento das taxas de cesárea, especialmente em mulheres nulíparas, aumento do número de mulheres com cesárea anterior, que são mais susceptíveis a uma cesárea de repetição (VOGEL, et al, 2016).

Mulheres nulíparas dos grupos 1 e 2 são a chave para diminuir a tendência de aumento das cesarianas. Prevenir uma primeira cicatriz uterina é também prevenir o aumento da proporção de mulheres do grupo 5, o que consequentemente otimiza as taxas de cesariana.

O crescimento do grupo 5 uma das explicações principais para o aumento das taxas de cesariana, considerando que muitas das vezes a realização de cirurgias dá-se somente devido a cesariana prévia (VOGEL, et al, 2016).

São vários os desafios para diminuir o uso excessivo de cesariana em mulheres do Grupo 5 e seria relevante a elaboração de uma diretriz de parto baseada em evidências científicas para esse grupo de gestantes, incluindo ao menos as mulheres com apenas uma cesárea previa. É pertinente destacar que o incentivo a essas mulheres, para que conheçam os benefícios do trabalho de parto espontâneo e as possíveis consequências, imediatas e a longo prazo, da realização de mais uma cesariana (MOURA; FEITOSA, 2017).

Esse fato reforça a importância da análise das cesarianas de forma diferente, e não apenas global. Mas realizando uma abordagem diferenciada, com sistemas padronizados, focada na segurança materno e infantil e baseada na análise dos grupos de Robson. Essas medidas poderiam ser mais eficazes no alcance de metas e na melhora da assistência obstétrica.

Os grupos 6 e 7 (nulíparas e multíparas com feto em apresentação pélvica, incluindo-se aquelas com cesarianas anteriores) em conjunto corresponderam a 3,65 % da população de mulheres na cidade de Ribeirão Preto e 3,06% na cidade de São Luís. Segundo dados da literatura, quando esse número é maior que 4,0%, pode suspeitar-se de uma alta taxa de nascimentos prematuros. Como a maioria dos partos foram termos temos valores dentro do esperado.

Em relação ao tamanho do grupo 8 (gestações múltiplas, incluindo-se aquelas com cesarianas anteriores), percebe-se que, neste estudo, ele representou 1,18% da população na cidade de São Luís e 1,77 em São Luís. Como o valor está próximo do esperado de 1% a 2,0%, esse dado, segundo a literatura, reflete características das maternidades, que também são centros de referência para pacientes com gestações múltiplas.

Na cidade de Ribeirão Preto a taxa de cesárea no grupo 8 foi de 79,54% e São Luís foi de 83, 91%. Segundo Robson 2013, a taxa ideal para esse grupo é 60%.

O grupo 9 (todas as apresentações anômalas) contribuiu com 0,25 % da população estudada de Ribeirão Preto e 1,28% em São Luís. Observa-se que Ribeirão Preto está em concordância com o número que seria geralmente encontrado, em torno de 0,2 - 0,6%, de acordo com a literatura (ROBSON et al., 2013). A taxa de cesarianas

esperada neste grupo seria de 100%, e, neste estudo, foi de 100% em Ribeirão e 95, 24%, em São Luís com apenas três casos que evoluíram para parto vaginal.

O grupo 10 (todas as gestações pré-termo, com feto único em apresentação cefálica), apresentou taxas de cesáreas distintas entre as duas cidades. Em São Luís representou 39,18% e em Ribeirão Preto 60,83%. Esse dado pode significar um maior número de indicações para cesariana antes do trabalho de parto, provavelmente por uma indicação médica de antecipação do parto, na cidade localizada na região sudeste do Brasil onde a porcentagem de partos prematuros foi superior à São Luís.

As evidências pela análise do Grupo 10 de Robson reforçaram o pressuposto de que os altos índices de nascimentos prematuros, estão relacionados com as cesarianas desnecessárias, provavelmente devido à decisão da via de nascimento antes de iniciar o trabalho de parto e antes de completar a 39 semana de gestação.

O grupo 10 abrange uma população bastante heterogênea de mulheres, englobando tanto o parto prematuro espontâneo quanto o induzido e também a cesariana antes de iniciado o trabalho de parto e esse grupo merece estudos específicos que busquem avaliar esse grupo pois a literatura atual sugere uma abordagem mais individualizada no que se refere ao momento oportuno para interrupção da gestação em diversas situações de alto risco. Essa preocupação objetiva a redução nas taxas de prematuridade, principalmente a prematuridade tardia, que há até pouco tempo não merecia tanta atenção em relação aos riscos para o recém-nascido (SPONG et al., 2011).

Dessa forma, para reduzir as cesáreas deve-se investir primeiramente na redução da prevalência de cesáreas entre mulheres com cesáreas anteriores, já que ela constitui o mais importante determinante para o aumento das taxas de cesáreas no mundo. Este desafio também foi verificado na pesquisa Nascer no Brasil (TORRES, et al., 2014), em estudo realizado no Peru (TAPIA et al., 2016) e em 21 países (VOGEL et al., 2015).

Dessa forma, a proposta de intervenção deve começar visando diminuir o parto cesáreo no grupo de primigestas e de pacientes sem cesárea anterior. É importante que sejam feitas campanhas periódicas com enfoque direcionado aos grupos específicos, bem como, conscientização dos benefícios do parto normal, tanto

para mãe quanto para o recém-nascido nas unidades de saúde visando tanto evitar a primeira cesárea quanto incentivar o parto vaginal.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo investigou a ocorrência de parto cesáreo segundo os critérios de Robson em duas cidades brasileiras, São Luís e Ribeirão Preto, com condições socioeconômicas distintas.

Os resultados revelam que as condições socioeconômicas interferem no tipo de parto, sendo que as mulheres pertencentes a classe econômica mais favorecidas são as que mais se submetem à partos cesáreos e à cesarianas eletivas.

Após avaliação dos grupos de Robson, notou-se que a maior ocorrência de partos nas duas cidades foram do grupo 4 (múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho de parto) e de cesárea foi encontrada também no grupo 4 seguida do grupo 5 (todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas).

Sendo assim, reforça-se a percepção de que a primeira cesariana, a falta de planejamento familiar e, conseqüentemente, a dificuldade ao acesso à contracepção são determinante para o futuro obstétrico da mulher visto que este grupo é composto exclusivamente por múltiparas.

Portanto é de grande importância o melhor preparo da gestante para indução do parto afim de reduzir a possibilidade cesárea e como consequência de se evitar a realização da primeira cesárea haveria o benefício de diminuir o número de gestantes com evolução para novas gestações com cesárea prévia.

Apesar da classificação de Robson não fornecer uma visão sobre as razões ou explicação para as diferenças observadas entre os grupos, ele é considerada uma ferramenta adequada para identificar em quais grupos de gestantes ocorreu maior prevalência de cesáreas, permitindo, assim, investir em estratégias mais eficientes para reduzir essas taxas, como, por exemplo, revisão de protocolos referentes ao preparo do colo do útero e indução eletiva do parto em nulíparas, bem como investir na implementação do parto vaginal após uma cesárea, uma vez que se sabe que esse procedimento é seguro e possível para a maioria das gestantes.

Dessa forma, a implementação da Classificação de Robson é o primeiro passo para a avaliação crítica da prática obstétrica e os seus resultados podem guiar

a criação de estratégias específicas para cada grupo que necessite otimizar as taxas de cesariana. Com isso, seria possível uma padronização para analisar e comparar gestantes em diferentes hospitais e criar estratégias para reduzir a ocorrência de cesáreas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ABREU, Liendne Penha; LIRA FILHO, Rivaldo; SANTANA, Roseane Lustosa de. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 27, p. e37858, mar. 2019. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/37858>>. Acesso em: 10 dez. 2020. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.37858>.

ALONSO, Bruna Dias. **Fatores associados à cesariana segundo fonte de financiamento da região sudeste**: estudo transversal a partir dos dados de pesquisa “nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”. 2015. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 5: Severe Maternal Morbidity: Screening and Review. **Obstet Gynecol**. 2016 Sep;128(3):e54-60. doi: 10.1097/AOG.0000000000001642. PMID: 27548555.

BOLOGNANI, Cláudia Vicari et al. “**Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil.**” PloS one vol. 13,2 e0192997. 20 Feb. 2018, doi:10.1371/journal.pone.0192997

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde** - Estatísticas Vitais, Mortalidade - 1996 a 2016, pela CID-10. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/evita10br.def>. Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**: Proporção de partos cesáreos. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>. Acesso:10 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2020 mar 29]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz de atenção a gestante**: operação cesariana. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**: estatísticas vitais: tipos de parto. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria número 306**, 28 de marco de 2016. Aprova as diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2016/PortariaSAS_306_2016.pdf Acesso em 15 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de atenção à gestante**: operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. **Relatório de atenção à gestante**: a operação cesariana. 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf. Acesso em: 13 mai. 2019.

Brasília, 2016.

DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. Use of Robson Classification to Assess Cesarean Section Rate in Brazil: The Role of Source of Payment for Childbirth. **Reproductive Health**, v. 13, Suppl 3, p. 128, 2016.

ERNANDES, Gonçalves Dias, et al. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. vol.12, n.10, 2018

FERRARI, Anna Paula; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 75–88, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19805497201600010007>. Acesso: 10 mai. 2019.

FERREIRA, Elton C et al. “**The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil.**” International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics vol. 129,3 (2015): 236-9. doi:10.1016/j.ijgo.2014.11.026

FREITAS PF, DRACHLER MDE L, LEITE JC, MARSHALL T. Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil. **Int J Gynaecol Obstet**. 2009 Dec;107(3):198-201. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.08.017. Epub 2009 Sep 26. PMID: 19782979.

LEAL, Maria do Carmo et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica**. 2017;51:12.

MARSHALL NE, FU R, GUISE JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. **Am J Obstet Gynecol**. 2011 Sep;205(3):262.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2011.06.035. Epub 2011 Jun 15. PMID: 22071057.

MASCARELLO, KC; HORTA, BL; SILVEIRA, MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.51, n. 105, 2017. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.11606/s15188787.2017051000389>. Acesso em: 13 mai. 2019.

Ministério da Saúde (BR). Diretriz de atenção à gestante: operação cesariana.

MOREIRA ANC, Basile ALO, Aguemi AK. Capacitação de Diferentes Profissionais na Aplicação da Classificação de Robson. **Rev Paul Enferm** [Internet]. 2019;30.

MOURA, Victor de Alencar; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. **Revista de Medicina da UFC**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 25-29, abr. 2017. ISSN 2447-6595. Disponível em:

<<http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/157>>. Acesso em: 15 Dez. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29>.

Nakamura-Pereira M, Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Torres JÁ, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [s. l.], p. 1–8, 2015. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=665AC76969A69E4C29A022ED4EB8AF56?sequence=3. Acesso em: 13 mai. 2019

PARIS, Gisele Ferreira et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 548-554, Dec. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001200548&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PRANDINI, Naiane Ribeiro; MACIEL, Karine Fontana; VICENSI, Maria do Carmo. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, **Unoesc & Ciência** - ACBS Joaçaba, v. 7, n. 1, p. 105-110, jan./jun. 2016.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking do HDI dos municípios do Brasil em 2010**. <http://www.pnud.orh.br/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010>.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. A decisão pela via de parto no brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e3570014, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ROBSON, MS. Can we reduced the caesarean section rate? **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, [s.l.], v.15, n.1. p. 179-94. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359322>. Acesso em: 13 mai. 2019.

ROSSETTO, Maíara et al. Fatores associados à cesariana eletiva em mulheres atendidas em um hospital referência do oeste catarinense. 2020. **Revista de Enfermagem da UFSM**, 10, e54. doi:<https://doi.org/10.5902/2179769239398>

SARAIVA, Juliana Manera; GOUVEIA, Helga Geremias; GONCALVES, Annelise de Carvalho. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, e69141, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300412&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2019. Epub Apr 05, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.69141>.

SILVA, Aline Palermo da et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.Sup.24 |2019.

SOUSA, Ludmilla Monfort Oliveira; ARAUJO, Edna Maria de; MIRANDA, José Garcia Vivas. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2017, vol.33, n.12, e00101616. Epub Dec 18, 2017. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101616>.

TORLONI, Maria Regina et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. **Plos one**, [s.l.],v.6, n.1, 2011. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0014566>. Acesso em: 13 mai. 2019.

TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl., p. S220-S231, 2014.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl., p. S49-S58231, 2014.

VOGEL, Joshua P et al. "Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys." **The Lancet. Global health** vol. 3,5 (2015): e260-70. doi:10.1016/S2214-109X(15)70094-X.

XIE, Ri-Hua et al. "Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries." *Birth* (Berkeley, Calif.) vol. 42,1 (2015): 62-9. doi:10.1111/birt.12153.

ANEXOS