

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICORDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

BRUNA VALLE CESCO NETI

JULLIA GREQUE CALABREZ

**TAXA DE CESARIANAS EM CADA GRUPO DE GESTANTES DA
ESCALA DE ROBSON EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA DE
BAIXO RISCO DE VITÓRIA**

VITÓRIA

2023

BRUNA VALLE CESCNETI

JULLIA GREQUE CALABREZ

**TAXA DE CESARIANAS EM CADA GRUPO DE GESTANTES DA
ESCALA DE ROBSON EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA DE
BAIXO RISCO DE VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM como requisito para obtenção do grau de médico.

Orientador (a): Prof. Dra. Andrea Lübe Antunes de S. Thiago Pereira

VITÓRIA

2023

BRUNA VALLE CESCNETI

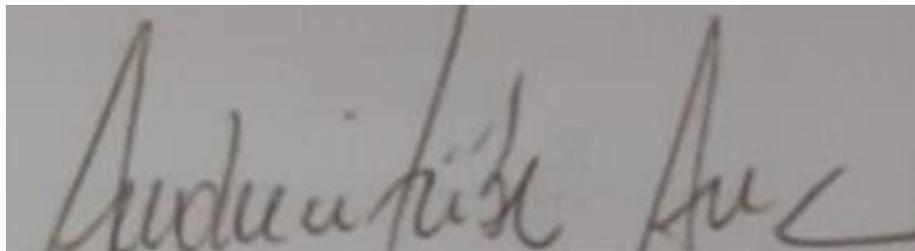
JULLIA GREQUE CALABREZ

**TAXA DE CESARIANAS EM CADA GRUPO DE GESTANTES DA ESCALA DE
ROBSON EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA DE BAIXO RISCO DE
VITÓRIA**

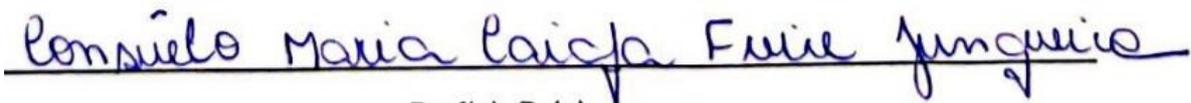
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovado em 12 de junho de 2023

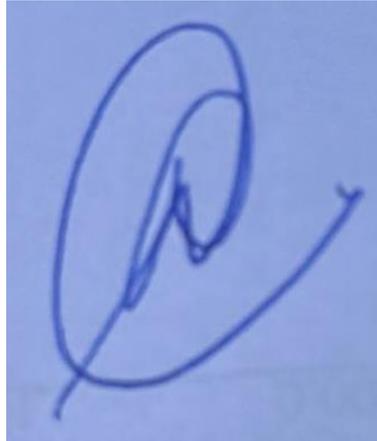
BANCA EXAMINADORA



Mestre Andrea Lübe Antunes de S. Thiago Pereira
Professora de Medicina – EMESCAM
Orientadora



Doutora Consoêlo Maria Caiafa Freire
Professora de Medicina – EMESCAM
(Banca Interna)



Doutora Luyanne Azevedo Cabral Ferreira
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV
(Banca Externa)

Agradecemos a Deus por ter nos abençoado todos os dias nessa caminhada, por nunca ter nos desamparado nos momentos de dificuldade e pela proteção constante. Agradecemos aos nossos pais pela oportunidade de cursar medicina, pelo apoio prestado, pelo amor e pelo carinho diário. Sem vocês, nada disso seria possível. Agradecemos a EMESCAM pelo conhecimento fornecido durante esses seis anos e aos nossos mestres por ter nos ensinado não apenas a teoria, mas por nos tornarem mais humanos e empáticos em cada atendimento. Em especial, a nossa orientadora Dra. Andrea Lübe Antunes de S. Thiago Pereira pelo tempo dedicado a nós e ao nosso trabalho e pela paciência para nos ensinar. Obrigada a todos!

RESUMO

Introdução: As altas taxas de cesarianas presentes nas instituições hospitalares brasileiras é fato definido, e a realização desse procedimento cirúrgico cresce desnecessariamente. Um sistema padronizado se faz necessário para monitorar as indicações de cesarianas. A escala de Robson, foi desenvolvida com o intuito de monitorar a frequência de parto cesariana, utilizando uma classificação das gestantes em grupos específicos, e que permite, dentre diversas avaliações, o cálculo da taxa de cesarianas ideal em cada subgrupo de grávidas. **Objetivo:** Descrever a escala de Robson e sua aplicabilidade nos serviços de atendimento a mulheres grávidas, no momento da internação, como uma ferramenta de avaliação da taxa de cesarianas em cada grupo de gestantes. **Metodologia:** Este é um estudo analítico, agregado, observacional, retrospectivo, realizado com gestantes de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória – ES. **Discussão:** A escala de Robson é mundialmente aceita e aplicada em diversas maternidades desde sua criação. É uma ferramenta que auxilia na identificação dos grupos de gestantes que mais impactam na taxa de cesariana, permitindo a criação de planos educativos que promovam redução nesta taxa. **Conclusão:** A aplicação da escala de Robson nas maternidades é imprescindível para conscientização dos profissionais de saúde quanto as suas indicações da melhor e mais segura via de parto para a gestante e seu filho. Dessa forma, o presente estudo incentiva a implementação de um recurso que permite a avaliação das práticas institucionais, visando a redução do número de partos cesarianas excessivos.

Palavras-chave: Cesárea. Parto. Pesquisa sobre serviços de saúde. Escala. Robson.

SUMMARY

Introduction: The high rates of cesarean sections present in Brazilian hospital institutions are a definite fact, and the performance of this hospital procedure grows unnecessarily. An expressive system is needed to monitor cesarean section indications. Robson's scale was developed with the aim of monitoring the frequency of cesarean deliveries, using a classification of pregnant women into specific groups, which allows, among several estimates, the study of the ideal cesarean section rate in each subgroup of pregnant women. **Objective:** To describe the Robson scale and its applicability in care services for pregnant women, at the time of hospitalization, as a tool for evaluating the cesarean section rate in each group of pregnant women. **Methodology:** This is an analytical, aggregated, observational, retrospective study, carried out with pregnant women at a low-risk philanthropic maternity hospital in Vitória - ES. **Discussion:** The Robson scale is accepted worldwide and applied in several maternity hospitals since its creation. It is a tool that helps to identify the groups of pregnant women that most impact the cesarean rate, allowing the creation of educational plans that promote the reduction in this rate. **Conclusion** The application of the Robson scale in maternity hospitals is necessary to make health professionals aware of their indications of the best and safest mode of delivery for the pregnant woman and her child. Thus, the present study encourages the implementation of a resource that allows the evaluation of institutional practices, aiming at reducing the number of excessive cesarean sections.

Keywords: Cesarean section. Part. Research on health services. Scale. Robson.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Categoria da gestação	13
Tabela 2 - Registro obstétrico prévio	13
Tabela 3 - Curso do trabalho de parto e desfecho da gestação	13
Tabela 4 - Idade gestacional	13
Tabela 5 - Conceitos obstétricos e seus parâmetros.....	14
Tabela 6 - Dez grupos de mulheres prospectivamente determinadas, mutualmente exclusivas, inclusivas e clinicamente relevantes	15
Tabela 7 - Gestantes em cada grupo da escala de Robson.....	22
Tabela 8 - Desfecho da via de parto em cada grupo da escala de Robson.....	23
Tabela 9 - Taxas de cesariana pré e pós implementação da Escala de Robson em diferentes países.....	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Escala de Robson.....	17
----------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CS Cesarianas

OMS Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos específicos.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
2 METODOLOGIA	20
2.1 TIPO DE ESTUDOS.....	20
2.2 TAMANHO DA AMOSTRA, PERÍODO E LOCAL DE INVESTIGAÇÃO.....	20
2.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	20
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E ESCALA DE ROBSON.....	20
2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
3 RESULTADOS.....	22
3.1 ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO DE GESTANTES EM CADA GRUPO DA ESCALA DE ROBSON.....	22
3.2 VIAS DE PARTO RECOMENDADA SEGUNDO GRUPOS DE ROBSON.....	22
3.3 GRUPOS DE ROBSON QUE MAIS CONTRIBUÍRAM PARA TAXA DE CESARIANA GERAL.....	23
3.4 INTERVENÇÕES PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS.....	23
4 DISCUSSÃO	26
5 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Uma grande preocupação no meio médico são as altas taxas de incidência de cesarianas, sendo motivo de pauta em diversos veículos de mídia pelas possíveis repercussões do procedimento cirúrgico em gestantes e recém-nascidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a assistência ao parto tem como principal objetivo assegurar a segurança e saúde das gestantes e recém-nascidos durante o parto, com o mínimo de intervenções médicas possíveis. O parto cesariano foi originalmente criado para reduzir os riscos para as mães e fetos durante o trabalho de parto, de forma cirúrgica. No entanto, intervenções cirúrgicas não são isentas de riscos.¹

Mesmo com essa discussão aberta entre médicos, sociedade, entidades privadas e públicas, o parto por via operatória ainda é método de escolha em muitas ocasiões. Com isso em mente ao longo dos anos houve um interesse de se buscar, estudar e definir a taxa ideal de cesarianas, sendo criado um sistema de classificação que estabeleça uma taxa ideal de cesarianas a serem realizadas.

Para OMS a taxa ideal de partos que o desfecho seja a cesariana seria 10-15%. Uma redução da mortalidade materna e neonatal se associa fortemente com o valor ideal da taxa de cesariana. Pode-se observar em países desenvolvidos e subdesenvolvidos o aumento da realização de cesarianas apesar de ser recomendado pela OMS um maior rigor para a indicação dessa via de parto. A taxa de cesariana no Brasil está acima do ideal estipulado, garantindo ao Brasil um destaque mundial no que diz respeito as más praticas no atendimento obstétrico.¹ No Brasil em 2008 48,4% dos nascimentos, foram por resolução da gestação por via operatória. As regiões que mais contribuíram para altas taxas de cesariana em instituições hospitalares foram a Sul e Sudeste², gerando uma maior morbidade e mortalidade para recém-nascido e gestante. Tendo em vista esses dados, há uma necessidade de sistematizar e organizar a melhor via de parto para cada gestante, sendo avaliado posteriormente dados do seu desfecho clínico para monitoramento e educação e pesquisa de cada instituição.

Sistemas de classificação são criados para organizar doenças e populações em grupos e subgrupos que tenham as mesmas características, recolhendo, assim, dados brutos. Deve-se organizá-los e os transformar em conhecimento que pode ser usado na prática na tomada de decisões em cada subgrupo.

Simplicidade, relevância clínica, responsabilidade total, replicabilidade e capacidade de verificação são os princípios desses sistemas de classificação.³

Quando da classificação de doenças ou indivíduos, os mesmos devem ser organizados em apenas um grupo, ficando claro ao qual grupo que a condição ou o sujeito pertencem, para que os profissionais de saúde consigam de forma objetiva classificá-los. Para que os sistemas de classificação tenham continuidade e manutenção das informações recolhidas, eles devem ser simples e de fácil utilização, entendimento e implementação.

Assim, em 2001 a escala de Robson foi criada por Michael Robson⁴, um obstetra irlandês, com o propósito de padronizar as indicações de cesariana, melhorando e qualificando o atendimento obstétrico. As gestantes são organizadas em 10 grupos, esses são divididos de acordo com antecedente obstétrico de paridade e número de fetos, apresentação e situação fetal, idade gestacional e modo de início do trabalho de parto. Assim, com as gestantes divididas em subgrupos pode-se, em tese, definir a taxa ideal de cesarianas para cada grupo. A escala de Robson é indicada pela OMS para ser utilizada como instrumento padrão em todo o mundo³, favorecendo assim, a redução da taxa de cesariana, conseqüente ao melhor manejo e planejamento do parto de cada grupo de Robson.

Os grupos foram formados, na escala de Robson⁴, a partir da categorização de características da gestação:

- Categoria da gestação: gravidez cefálica única, gravidez pélvica única, gravidez transversa ou oblíqua única, gestação múltipla (Tabela 1);
- Registro obstétrico prévio: nulípara, multípara sem cesárea prévia, multípara com cesárea prévia (Tabela 2);

- Curso do trabalho de parto e desfecho da gestação: trabalho de parto espontâneo, trabalho de parto induzido, cesariana antes do trabalho de parto (Tabela 3);
- Idade gestacional: maior ou igual a 37 semanas ou menor que 37 semanas (Tabela 4).

Tabela 1 – Categoria da gestação

Categoria da gestação
Gravidez cefálica única
Gravidez pélvica única
Gravidez transversa ou oblíqua única
Gestação múltipla

Fonte: Robson, M S. 2001.⁴

Tabela 2 – Registro obstétrico prévio

Registro obstétrico prévio
Nulípara
Múltipara sem cesárea prévia
Múltipara com cesárea prévia

Fonte: Robson, M S. 2001.⁴

Tabela 3 - Curso do trabalho de parto e desfecho da gestação

Curso do trabalho de parto e desfecho da gestação
Trabalho de parto espontâneo
Trabalho de parto induzido
Cesariana antes do trabalho de parto

Fonte: Robson, M S. 2001.⁴

Tabela 4 - Idade gestacional

Idade gestacional
Maior ou igual a 37 semanas
Menor que 37 semanas

Fonte: Robson, M S. 2001.

Após ser feito a categorização das características da gestação, essas foram mescladas (Tabela 5)³ sendo formado 10 grupos de mulheres prospectivamente determinados, totalmente inclusivos, mutuamente

exclusivos e clinicamente relevante (Tabela 6 e figura 1)

- 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, em trabalho de parto induzido ou submetidas a cesárea antes do trabalho de parto;
- Grupo 3: multíparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo;
- Grupo 4: multíparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou submetidas a cesárea antes do trabalho de parto;
- Grupo 5: multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas;
- Grupo 6: nulíparas com feto único em apresentação pélvica;
- Grupo 7: multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesáreas anteriores;
- Grupo 8: gestação múltipla;
- Grupo 9: feto em situação transversa ou oblíqua;
- Grupo 10: feto único, cefálico, menor que 37 semanas.³

Tabela 5 – Conceitos obstétricos e seus parâmetros

Conceito obstétrico	Parâmetros
Categoria da gestação	Gravidez cefálica única, gravidez pélvica única, gravidez transversa ou oblíqua única, gestação múltipla
Registro obstétrico prévio	Multípara com cesárea anterior, multípara sem cesárea anterior, nulípara
Curso do trabalho de parto e desfecho	Trabalho de parto espontâneo, trabalho de parto induzido, cesárea antes do trabalho de parto

Idade gestacional	Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, idade gestacional menor que 37 semanas
-------------------	--

Fonte: Robson, M; Hartigan, L; Murphy, M. 2013.³

Tabela 6 - Dez grupos de mulheres prospectivamente determinadas, mutualmente exclusivas, inclusivas e clinicamente relevantes

Dez grupos de mulheres prospectivamente determinadas, mutualmente exclusivas, inclusivas e clinicamente relevantes
1. Nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2. Nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou submetidas a cesárea antes do trabalho de parto
3. Multíparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
4. Multíparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou submetidas a cesárea antes do trabalho de parto
5. Multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas
6. Nulíparas com feto único em apresentação pélvica
7. Multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesáreas anteriores
8. Gestação múltipla
9. Feto em situação transversa ou oblíqua
10. Feto único, cefálico, menor que 37 semanas

Fonte: Robson, M S. 2001.⁴

Desde 2001, a escala de Robson é aplicada e aceita mundialmente em maternidades, o estudo Classification of Caesarean Sections, escrito por Michael Robson, publicado na revista Fetal and Maternal Review (12:23-

39), foi que permitiu uma análise e comparação da taxa de cesarianas em cada categoria de gestação em maternidades do mundo todo de diferentes complexidades.⁴

A Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Unidade Pró-Matre, instituição de ensino de medicina, enfermagem, serviço social e fisioterapia, referência para o município de Vitória para gestação de risco habitual, possui taxa de cesariana acima do recomendado pela OMS. Diante dessa condição, se fez necessário realizar um estudo analítico, agregado, observacional, retrospectivo sobre a escala de Robson, afim de se conhecer as indicações de parto cesariana nos vários grupos da escala, permitindo propostas de redução das taxas baseados no perfil das gestantes do serviço em questão.

Figura 1 – Escala de Robson



Fonte: OMS⁴, 2014.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Estabelecer a taxa de cesarianas em cada grupo de gestantes da Escala de Robson de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória – ES, e analisar a aplicabilidade da escala de Robson na maternidade supracitada

1.1.2 Objetivos específicos

- Quantificar gestantes de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória – ES no período do estudo;
- Quantificar gestantes de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória – ES em cada grupo da escala de Robson;
- Quantificar a taxa de cesariana geral de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória – ES;
- Conhecer a taxa de cesarianas em estudos já realizados;
- Conhecer o impacto na taxa de cesarianas após aplicação da escala de Robson;
- Avaliar intervenções eficazes, previamente propostas, que podem reduzir com segurança as taxas de cesarianas em instituições com uso excessivo da via de parto operatório.

1. 2 JUSTIFICATIVA

A cesariana, quando prescrita sem necessidade, pode implicar em desfechos negativos para gestante e recém-nascido. Além disso, gera gastos excessivos para o serviço e ocupação de leitos por tempo prolongado. Dessa forma, o estudo objetiva ser um incentivo para implementação e registro da escala de Robson na maternidade da nossa faculdade, possibilitando contínuo conhecimento das características das gestantes internadas na instituição e assim conhecer as indicações do parto cesarianas nos vários grupos da escala. Após a classificação, será possível discutir formas de redução das taxas de cesariana, baseados no perfil das gestantes do nosso serviço, caso se faça necessário.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo analítico, agregado, observacional, retrospectivo.

2.2 TAMANHO DA AMOSTRA, PERÍODO E LOCAL DE INVESTIGAÇÃO

O estudo foi realizado com aproximadamente 500 gestantes de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória - ES atendidas no ano de 2020.

2.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados a partir dos prontuários informatizados e impressos das pacientes atendidas na maternidade no período supracitado e foram organizados em uma planilha de *Excel*. Posteriormente, realizou-se a análise estatística para gerar as taxas de cesariana de cada grupo da Escala de Robson.

2.4 TÉCNICA DA COLETA DE DADOS E ESCALA DE ROBSON

Os elementos extraídos foram dados demográficos da gestante e recém-nascido incluindo: mês de internação, paridade, gestação única ou múltipla, situação/variedade de posição fetal, trabalho de parto induzido ou espontâneo, desfecho (normal ou cesárea), idade gestacional, grupo de Robson.

As características em comum para a formação dos grupos foram: categoria da gestação (gravidez cefálica única, gravidez pélvica única, gravidez transversa ou oblíqua única, gestação múltipla), registro obstétrico prévio (nulípara, múltipara sem cesárea prévia, múltipara com cesárea prévia), curso do trabalho de parto e desfecho da gestação (trabalho de parto espontâneo, trabalho de parto induzido, cesariana antes do trabalho de parto) e idade gestacional (maior ou igual a 37 semanas ou menor que 37 semanas).

Ao mesclar as características obstétricas foram formados dez grupos de mulheres prospectivamente determinados, mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos e clinicamente relevantes (Nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; nulíparas com feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou

submetidas a cesárea antes do trabalho de parto; múltiparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; múltiparas sem cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas, em trabalho de parto induzido ou submetidas a cesárea antes do trabalho de parto; múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, cefálico, maior ou igual a 37 semanas; nulíparas com feto único em apresentação pélvica; múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesáreas anteriores; gestação múltipla; feto em situação transversa ou oblíqua; feto único, cefálico, menor que 37 semanas).

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão são gestantes de uma maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória atendidas no período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2020 que evoluíram com desfecho da gravidez na maternidade. Serão excluídas as pacientes atendidas na maternidade que não evoluíram com desfecho da gravidez e pacientes atendidas na maternidade que evoluíram com aborto (interrupção antes das 22 semanas de gestação).

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da EMESCAM, sendo aprovado no dia 28 de junho de 2021. Parecer número 4.812.897.

3 RESULTADOS

3.1 ANÁLISE E CLASSIFICAÇÃO DE GESTANTES EM CADA GRUPO DA ESCALA DE ROBSON

Foram analisadas 500 gestantes, sendo que 164 gestantes evoluíram com desfecho de parto cesáreo e 336 gestantes evoluíram por via vaginal.

Além disso, cada gestante também foi classificada em um determinado grupo da escala de Robson, conforme tabela abaixo:

Tabela 7 – Gestantes em cada grupo da escala de Robson

Grupos da Escala de Robson	Frequência	Porcentagem
1	75	15
2	112	22,4
3	123	24,6
4	62	12,4
5	106	21,2
6	6	1,2
7	0	0
8	5	1
9	0	0
10	11	2,2
Total	500	100

Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

3.2 VIA DE PARTO RECOMENDADA SEGUNDO GRUPOS DE ROBSON

Segundo Robson, os grupos classificados de 1 a 4, possuem maior chance de parto vaginal, o grupo 5 possui alguma chance parto vaginal e os grupos 6 a 10 apresentam menor chance de parto vaginal.

3.3 GRUPOS DE ROBSON QUE MAIS CONTRIBUÍRAM PARA TAXA DE CESARIANA GERAL

No estudo pode ser visualizado, que os grupos que mais contribuíram para o aumento da taxa de cesariana na maternidade filantrópica de baixo risco de Vitória - ES são os grupos 2 e 5, o que corrobora com os estudos feitos anteriormente, que declaram que os grupos que mais causam aumento da taxa de cesárea, são os grupos 1, 2 e 5.^{6, 3, 16}

Tabela 8 – Desfecho da via de parto em cada grupo da escala de Robson

Grupos da Escala de Robson	% em Desfecho de Parto Vaginal	% em Desfecho de Parto Cesáres	Total
1	22,0%	0,6%	15%
2	17%	33,5%	22,4%
3	35,4%	2,4%	24,6%
4	14,6%	7,9%	12,4%
5	8,6%	47%	21,2%
6	0,3%	3%	1,2%
8	0,3%	2,4%	1%
10	1,8%	3%	2,2%

Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

3.4 INTERVENÇÕES PROPOSTAS PARA REDUÇÃO DA TAXA DE CESARIANAS

Há um crescente movimento na literatura que declara que a alta taxa de indicações e de realizações de cesárias levam ao aumento de morbidade

e mortalidade materna e neonatal. Para redução da indicação, desnecessária, do parto com desfecho operatório se faz necessário identificar que esse procedimento é muitas vezes indicado de forma precipitada.

O fato de implementar a escala de Robson em maternidade, significa para alguns autores, um gatilho para diminuir a taxa de cesarianas¹³, pelo simples fato de que a observação de um grupo pode mudar o seu comportamento. Isso implicaria em uma indicação mais responsável de cesarianas.⁶

Tabela 9 – Taxas de cesariana pré e pós implementação da Escala de Robson em diferentes países

Países	Taxa de cesariana pré- implementação da Escala de Robson	Taxa de cesariana pós- implementação da Escala de Robson
Lituânia ⁶	26,9%	22,7%
Espanha ⁷	23,9%	20,9%
Malásia ¹²	44,7%	42%
Chile ¹⁴	36,8%	26,5%
Brasil, Itália e Suécia ¹⁷	20 - 36,8%	3,1 - 21,2%

Fonte: elaborado pelos autores com base em Kacerauskiene⁶, 2017; Palacios-Marques⁷, 2020; Mohd Faizal¹², 2019; Scarella¹⁴, 2011; Boatin¹⁷, 2018; Almeida¹, 2018.

A orientação dos profissionais da saúde, seria outra intervenção possível, para aconselhar de forma mais adequada a escolha da via de parto.³

Treinar a equipe de saúde para conhecer e entender as condições maternas e fetais que necessitam da indicação de cesariana como desfecho correto de parto, é o mais eficaz. O ideal seria que houvesse uma padronização nas indicações de cesariana, porém nos deparamos com a possibilidade de livre escolha da via de parto pelo médico ou desejo materno.³

Deve se expor a gestante os riscos e benefícios dos tipos diferentes de vias de parto, e cabe ela optar pela realização de cesariana ou parto via

vaginal, em situações eletivas. Devendo ser registrado um termo de consentimento livre e esclarecido. Em gestante de risco habitual, visando a segurança do feto, o parto cesariano somente poderá ocorrer a partir da 39 semana de gestação.¹⁸

4 DISCUSSÃO

O estudo analisou 500 gestantes de uma maternidade de baixo risco, mostrando que 164 gestantes evoluíram com parto cesariano. Estando em desacordo com o que é preconizado pela OMS. No entanto podem ocorrer variações nas taxas de cesarianas entre hospitais. Sugere-se, assim, a introdução da escala de Robson no momento da admissão das parturientes, com a finalidade de cada serviço ter o seu próprio banco de dados, a fim de conseguir comparar suas taxas de cesariana ao longo dos anos e reduzi-las, se preciso.

A aplicação da escala de Robson, ocorre mundialmente e implica em resultados positivos na redução das taxas de cesarianas, por conseguir classificar corretamente as gestantes e orientar a melhor e mais segura via de desfecho do parto.

Deve-se lembrar que, as taxas de cesarianas variam entre instituições de uma mesma região e entre estados e países, quando se leva em consideração as taxas propostas pela OMS.

Deve-se concluir que, medidas educativas devem ser implementadas para melhor orientação das gestantes quanto a via de parto mais segura, padronização das indicações de cesariana de acordo com recomendações de órgãos governamentais e sociedades de especialidades, reuniões de serviço para informar as taxas de cesarianas por grupo de gestantes em cada maternidade, tentando, assim, reduzir as taxas de cesarianas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da escala de Robson nas maternidades é imprescindível para conscientização do serviço sobre suas práticas e seu perfil epidemiológico. Dessa forma, o presente estudo propõe a implementação de um sistema de coleta de dados e classificação de Robson na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Unidade Pró-Matre, e aplicação em cada gestante que o desfecho do parto ocorra no serviço, visando a redução de cesarianas excessivas e morbimortalidade materno-fetal.

REFERÊNCIAS

1. PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 185-194, Feb. 2011 .
2. ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, 27(2), p. 297–308. 2013.
3. ROBSON, M. Classification of Cesarean Sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**. 12. 23 - 39. 10.1017. 2001.
4. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Who.int/en/. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=4ED61A54AF9F327A636588B5756108B4?sequence=3>. Acesso em: 3 abril. 2020.
5. KACERAUSKIENE, J., et al. Implementation of the Robson classification in clinical practice: Lithuania's experience. **BMC Pregnancy Childbirth**;17(1):432. 2017.
6. PALACIOS-MARQUES, A.M., et al. Rationalisation of the caesarean section rate in a tertiary referral hospital using the Robson classification. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. Mar 16:1-7. 2020.
7. VILA-CANDEL, R.; et al. Analysis of Caesarean Section Rates Using the Robson Classification System at a University Hospital in Spain. **Int J Environ Res Public Health**. 29;17(5). 2020.
8. POUDEL, R.; et al. Assessment of Caesarean Section Rates at Kathmandu Model Hospital Using the Robson's Ten Group Classification System. **J Nepal Health Res Council**. 17(4):491-494. 2020.

9. KHAN, M.A.Z., et al. Validation of a statistical toolkit based on the ten-group Robson Classification of cesarean delivery. **Int J Gynaecol Obstet.** 149(1):71-75. 2020.
10. GU, J.; et al. Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Modified Robson Classification. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada** , Volume 0, Issue 0. 2019.
11. MOHD FAIZAL, A.; et al. The modified Ten-Group Robson Classification: a single center's way to improve cesarean section rate. **Minerva Ginecol.** 71(5):387-390. 2019.
12. TOPÇU, H.O.; ÖZEL Ş.; ÜSTÜN Y. Identifying strategies to reduce cesarean section rates by using Robson ten-group classification. **J Matern Fetal Neonatal Med.** 6:1-7. 2019.
13. SCARELLA, A.; CHAMY, V.; SEPÚLVEDA, M.; BELIZÁN, J.M. Medical audit using the ten Group classification system and its impact on the cesarean section rate. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** 154(2):136–140. 2011.
14. TORLONI, MR, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. **PLoS One.** 6(1):e14566. 2011.
15. NUNO, C. The ten group classification system (Robson Classification). Just a cesarean classification? **Acta Obstet Ginecol Port** vol.11 no.2 Coimbra. 2017.
16. BOATIN AA, et al. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. **BJOG.** 125(1); 36-42. 2018.
17. **CFM.** Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 2.144, de 17 de março de 2016. Diário Oficial da União, n.118, seção 1, p.138. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=22/06/2016>>. Acesso em: 5 abril. 2020.