



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Perfil das mulheres submetidas à cesariana segundo Classificação de Robson: pesquisa de campo

Elaine Gomes de Oliveira¹, Larissa Maria Ferreira², Julianne de Lima Sales², Marcilene Andrade Ribeiro Marins³, Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp¹, Jane Baptista Quitete¹

1 Hospital Municipal da Mulher

2 Universidade Federal Fluminense

3 Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA)

RESUMO

Objetivo: Caracterizar o perfil das mulheres submetidas à cesariana segundo a classificação da Escala Robson em um Hospital público da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro.

Método: Pesquisa de campo, descritiva, de natureza quantitativa, utilizando a técnica documental retrospectiva, realizada em 2016. **Resultados:** Foram analisados 267 prontuários de mulheres submetidas a cesariana, representando 53,4% do total de nascimentos, com maior incidência nas mulheres pertencentes ao Grupo 02 (31,46%); Grupo 01 (9,36%); e Grupo 05 (29,96%) da Escala de Robson. **Conclusão:** A Escala de Robson pode ser uma ferramenta útil na identificação dos grupos que efetivamente necessitam de intervenção com vistas à redução das taxas de cesáreas desnecessárias. O estudo aponta para necessidade imediata de medidas que possam qualificar a atenção ao parto na instituição pesquisada.

Palavras-chave: Parto; Cesárea; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

Este estudo é um recorte da pesquisa intitulada "Parir e Nascer em Rio das Ostras/RJ", a qual demonstrou que a instituição pesquisada não atendia as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais preconizam a realização de no máximo 15% de cesáreas do total de nascimentos em um determinado período, contudo, a média de parto cirúrgico desta unidade de saúde nos primeiros 9 anos de funcionamento (2005 a 2013) foi de 53,5%, ultrapassando cerca 35% do número de procedimentos preconizados⁽¹⁾. Diante de tamanha discrepância, identificou-se a necessidade da realização de um estudo que proporcionasse uma avaliação criteriosa das características das gestantes submetidas ao procedimento cirúrgico, visando identificar e analisar as características dos diferentes grupos.

A assistência prestada à mulher e ao bebê tem como principal objetivo manter a integridade e segurança de ambos com utilização mínima de intervenções médicas, sendo recomendado apenas quando a trabalho de parto expuser a mulher e/ou bebê ao risco de morte ou morbidade⁽²⁾. Contudo, a cesárea vem sendo utilizada com bastante frequência devido aos fatores sociais, culturais, econômicos e de acordo com a preferência médica. Em 2011 a OMS fez uma análise ordenada visando identificar e avaliar os sistemas de classificação existentes e constatou que a Classificação de Robson é a mais adequada para suprir as necessidades universais na avaliação das características das gestantes, com intuito de permitir que ocorra a comparação das taxas de realização do procedimento em diferentes hospitais e recomenda que

ela seja utilizada como base para o desenvolvimento de um sistema de classificação empregado internacionalmente⁽³⁾.

A Escala de Robson classifica as gestantes em 10 grupos, sendo eles inclusivos e exclusivos para indicação da cesárea. Os grupos são formados por cinco características obstétricas, sendo elas: paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior), início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto), idade gestacional (pré-termo ou termo), apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo)⁽³⁾.

Tendo como base as considerações acima, o objeto deste estudo foi caracterizar as mulheres submetidas à cesariana em um Hospital público da baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, segundo a classificação da Escala Robson.

O presente estudo visa contribuir na melhoria da utilização da intervenção cirúrgica no nascimento, propiciando indicadores importantes através de dados epidemiológicos coletados, para elaboração de medidas que auxiliem na diminuição da elevada ocorrência de cesáreas nesta unidade. Assim como, ser um instrumento que após tornar-se público, colaborará para mudanças da compreensão das mulheres sobre o índice elevado de cesárea em grupos de parturientes que não apresentam determinadas características que justifiquem a realização deste procedimento cirúrgico. Igualmente, tem como escopo oferecer subsídios estatísticos que fomentem no Hospital, cenário do estudo, o interesse de elaborar protocolos acerca das indicações de cesarianas, baseadas em evidência científica, assim como desenvolver estratégias que objeti-

vem a capacitação continuada das equipes que atuam diretamente no processo parir e conseqüentemente, minimizar os obstáculos que favorecem a realização do procedimento cirúrgico na unidade, para que a partir desta perspectiva seja possível colaborar na construção da rede de cuidados, baseados na atenção humanizada, a fim de melhorar a experiência da mulher e da família no processo de gestação, parto e pós-parto.

Esta produção acadêmica está inserida na linha de pesquisa intitulada: "Direitos sexuais e reprodutivos na atenção ao parto e nascimento", do Grupo de pesquisa denominado Laboratório de Estudos sobre Mulheres e Enfermagem/LEME/REN/Campus Rio das Ostras.

MÉTODO

Este estudo constituiu-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo e de natureza quantitativa, na qual se utilizou a técnica documental retrospectiva. A pesquisa de campo busca o aprofundamento de uma determinada realidade, desenvolvida por meio de observação direta das atividades dos grupos estudados e/ou por entrevistas com informantes objetivando colher explicações e interpretações referentes à realidade vivenciada.

Este manuscrito é um recorte da pesquisa "Parir e Nascer em Rio das Ostras/RJ", com financiamento CNPQ/PIBIC, que teve como cenário um Hospital público da baixada litorânea, localizado no estado do Rio de Janeiro⁽¹⁾. A coleta de dados foi realizada no ano de 2016, tendo como fonte primária de dados, os prontuários das parturientes submetidas a parto cirúrgico na referida instituição. Foi

utilizado como instrumento de coleta de dados, uma planilha do tipo *checklist*, preenchida pela pesquisadora, contendo inúmeras variáveis. Contudo, este estudo considerou somente as variáveis: paridade (nulípara ou múltipara com e sem cesárea anterior), início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto), idade gestacional (pré-termo ou termo), apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo). A pesquisa constituiu na determinação de uma amostra relacionada ao total de nascimentos ocorridos na maternidade por via abdominal (cesariana), nos meses de janeiro a abril, novembro e dezembro do ano de 2015. Foram considerados fatores de exclusão deste grupo amostral as parturientes portadoras de patologias associadas à gestação no momento da admissão hospitalar.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) tendo parecer favorável CAAE nº 52649615.2.0000.5243. As pesquisadoras seguiram todos os princípios e normas pré-estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos. Antes da aprovação desta pesquisa pelo CEP, foi apresentada a carta de anuência à Direção da instituição de Saúde, tendo sido autorizado a coleta de dados.

RESULTADOS

Foram avaliados os dados dos prontuários de 267 mulheres que foram submetidas à cesariana no período de janeiro a abril, novembro e dezembro de 2015. A média da taxa de cesárea no ano de 2015 foi de 53,4%.

Observou-se que esta taxa se encontra muito acima do preconizado pela OMS segundo a qual deveria alcançar no máximo 15% dos nascimentos⁽⁴⁾.

Segundo a Escala de Robson^(3,5), encontramos maior incidência de cesariana nas mulheres pertencentes ao Grupo 02 (31,46%) – (Todas as nulíparas com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto), ao Grupo 01 (9,36%) – (Todas as nulíparas com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo); ao; e ao Grupo 05 (29,96%) – (Todas múltíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas).

Ao compararmos os grupos 02 e 05 com as múltíparas sem cicatriz uterina prévia ou cesariana prévia, no caso as que se enquadraram no Grupo 03 (2,99%) (Múltíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo) e Grupo 04 (10,48%) (Múltíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto), ficou evidente que a incidência de cesárea nestes dois últimos grupos foi menor. Circunstância que pode ser justificada pelo fato de que o histórico de cesárea anterior eleva a indicação de parto operatório em gestações futuras e, que a experiência do parto vaginal anterior diminui as chances de parto por cesárea em gestações subsequentes.

No que refere aos dados do Grupo 06 (1,49%) (Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica), Grupo 07 (2,24%) (Todas

múltíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)) e, Grupo 09 (1,12%) (Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)), foi possível evidenciar que as gestações de fetos com apresentações não cefálica não são consideradas pelos médicos obstetras da unidade, como indicação absoluta para realização do procedimento cirúrgico, tendo menos representatividade na incidência total de cesárea.

Foi possível observar ainda, que o grupo 08 (2,62%) (Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)) obteve baixo índice representativo no quantitativo de partos por via abdominal realizados na unidade, alcançando apenas um total 2,62 % do total de cesáreas, este resultado pode ser justificado pelo baixo índice de ocorrência de gestações gemelares. Já o Grupo 10 (8,23%) (Todas gestantes com feto único e cefálico, $<$ 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)), aparece nos resultados como o 5º grupo de maior incidência, contribuindo significativamente para elevação da taxa geral de cesárea da instituição de saúde estudada, podendo também ser justificado pelo fato de que o histórico de cesárea anterior influi diretamente na escolha do parto operatório em gestações futuras.

DISCUSSÃO

A Classificação de Robson é um instrumento que auxilia na identificação e na análise das características das parturientes assistidas em uma determinada unidade, sendo utilizada em vários países do mundo com

objetivo de fomentar uma análise comparativa dos partos por grupos e das taxas de cesárea entre diferentes serviços de saúde dentro de uma instituição com decorrer do tempo^(5,6).

Grupo 01: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Segundo a Resolução CFM Nº 2.144/2016⁽⁷⁾, a gestante tem direito de optar pela cesárea eletiva, desde que tenha recebido todas as orientações detalhadamente sobre os riscos e benefícios, acerca do parto normal e da cesariana. Sua decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado em linguagem de fácil entendimento. Entretanto, para que haja a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, só poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação.

A cesariana realizada de forma eletiva resulta em prematuridade iatrogênica, que consequentemente irá prolongar a internação hospitalar e prejudicar a amamentação. As mulheres submetidas a este procedimento são expostas a riscos cirúrgicos e a anestésicos que podem suscitar consequências tardias nas gestações subsequentes, como doença de grande potencial hemorrágico (baixa inserção da placenta e acretismo placentário) cujas complicações, muitas vezes, ocasionam o óbito da mulher⁽⁸⁾.

Segundo o Relatório de Recomendações e Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana/MS⁽⁸⁾, realizada entre 37 – 42 semanas proporciona maior risco de alterações respiratórias para o recém-nascido, o

risco varia de acordo com a idade gestacional, sendo menor com aumento da mesma. Recém-nascidos de cesariana programada sem que a gestante tenha iniciado o trabalho de parto, tendem apresentar desconforto respiratório neonatal, taquipneia transitória do recém-nascido, tendo por consequência a necessidade da admissão em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal.

Grupo 02: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres a partir da 22ª semana de gravidez⁽⁹⁾.

As indicações para indução do trabalho de parto abrangem desde indicações eletivas, como gestantes na 41ª semana de gravidez sem doença obstétrica, até quando a interrupção da gravidez é necessária devido a doenças maternas ou fetais que proporcionam risco de vida aos mesmos, caso a gestação seja prolongada. Sendo fortemente indicada em casos de gestações pós-termo e ruptura prematura das membranas a termo⁽¹⁰⁾.

A indução do parto é indicada quando a continuidade da gravidez gera risco para a mãe e/ou para o feto. O preparo cervical prévio interfere diretamente nas chances de sucesso da intervenção, pois na maioria das situações o colo do útero não apresenta nenhuma dilatação e esvaecimento, fatores que dificultam o processo de indução^(6,10).

Grupo 03: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

A cesariana influi diretamente no aparecimento de predisposição materna a intercorrências como hemorragias, infecções e possibilidade de laceração acidental de alguns órgãos internos, resultando em risco elevado de morbimortalidade materna, além de repercussões negativas sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Causando também em médio a longo prazo alterações para o RN, tais como desmame precoce, quadros atópicos e desvios do crescimento infantil⁽¹¹⁾. Um estudo Dinamarquês, realizado em 2015, analisou dois milhões de nascimentos e constatou que o nascimento por via abdominal é um fator de risco isolado para doenças crônicas, quando comparados ao nascimento por via vaginal, apresentando chances maiores de desenvolver asma (risco 20% maior), artrite juvenil (risco 10% maior), deficiências imunológicas (risco 40% maior), leucemia (risco 17% maior), além de doenças sistêmicas do tecido conjuntivo e doença inflamatória intestinal. Este estudo observou que as justificativas causais para o aumento do risco desses acometimentos relacionado ao sistema imunológico estão associadas ao microbioma, ou seja, a composição de bactérias e outros microrganismos que compõem a flora humana, aos marcadores imunológicos e aos níveis hormonais, principalmente o do cortisol, que está relacionado à maturação do sistema imunológico e que apresentou diferenças em RN de cesáreas e de parto vaginal. Além disso, a administração de antibióticos profiláticos durante a cesárea pode alterar também o microbioma do bebê⁽¹⁴⁾.

Grupo 04: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto em gestantes com alta paridade pode estar associada ao aumento da incidência de trabalho de parto precipitado, anormalidade da contratilidade uterina, ruptura uterina, infecção intracavitária, prolapso de cordão umbilical, prematuridade iatrogênica, sofrimento ou morte fetal, falha da indução e hemorragia pós-parto⁽⁹⁾. Em caso do aparecimento de anormalidade da contratilidade uterina, apresentando ou não alterações na frequência cardíaca fetal, o diagnóstico e tratamento precoce podem evitar danos ao feto decorrente da hipóxia. É recomendando a remoção de parte da prostaglandina introduzida no canal vaginal que não foi absorvida com intuito de reduzir os tônus e o número de contrações.

Grupo 05: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas

A cesariana prévia costuma ser frequentemente utilizada como indicação da realização de um novo procedimento cirúrgico, pois parte dos médicos obstetras temem que ocorra a ruptura da cicatriz uterina referente ao procedimento anterior. Contudo, diversos estudos descrevem a segurança do parto vaginal após cesárea prévia⁽⁸⁾.

A revisão sistemática que analisou estudos observacionais entre 2000 e 2007 descreve uma taxa global de ruptura uterina de 1,3%, sendo consideravelmente menor nas gestantes que pariram por via vaginal sem

intercorrências, em relação as que tiveram falha de prova de trabalho de parto⁽¹¹⁾.

O aumento do risco de ruptura uterina é contrabalanceado pela redução da morbidade materna, lesões uterinas e histerectomia quando parto vaginal ocorre de maneira satisfatória, as diretrizes de sociedades recomendam oferecer a prova de trabalho de parto as mulheres com cesárea anterior após esclarecimentos sobre os riscos e benefícios do procedimento. A taxa de partos vaginais satisfatórios após cesárea oscila entre 60 a 80%, sobretudo ocorre uma redução quando estes partos são realizados a partir da indução, neste caso a taxa é de 50% de chances de se ter um parto sem intercorrências^(8,11). No Brasil, a incidência de parto vaginal após cesariana anterior ainda é baixa quando comparada à de outros países. Em estudo realizado em Campinas, São Paulo, a taxa de parto vaginal foi de 57%. Em outro estudo realizado em Recife, Pernambuco, observou-se que um dos principais fatores associados ao sucesso do parto vaginal após cesárea foi a história de parto vaginal anterior. Nesse estudo que incluiu apenas gestantes com cesariana anterior, o parto vaginal ocorreu em 68,4%, sendo as principais indicações de cesariana a distocia, complicações da gravidez e a desproporção cefalopélvica⁽⁸⁾.

Grupo 06: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

Não se tem uma via de parto preestabelecida para gestações com feto em apresentação pélvica, em alguns países, a realização da cesariana por apresentação pélvica gira em torno de 80%, esse percentual elevado é justificado pela associação do parto pélvico

com aumento da morbimortalidade neonatal. A decisão sobre a escolha da via de parto nessa situação deverá ser baseada no desejo da parturiente e a experiência do obstetra, muitos obstetras na atualidade não possuem treinamento e habilidade adequada para conduzir um parto pélvico, escolhendo assim a cesariana como via mais segura no seu julgamento, visando reduzir os riscos neonatais⁽¹²⁾.

O Relatório de Recomendações e Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana/MS⁽⁸⁾, afirma que em situações que o feto esteja em apresentação pélvica, é recomendando a realização da versão cefálica externa (manobra realizada sobre o abdome materno para mudar a posição fetal) com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas. Este procedimento não é indicado para gestantes com feto a termo.

O parto vaginal com feto em apresentação pélvica possui dificuldades crescentes, pois se faz necessário a presença de um médico obstetra experiente, anestesista e neonatologista e que a haja uma seleção criteriosa das parturientes que serão submetidas a este processo, deve se considerar a paridade (a nuliparidade não é um fator que contraindique mas a multiparidade é um fator facilitador), a bacia óssea materna (que não deve oferecer resistência, ou seja, não deve ter estreitamentos), a atividade uterina (que deve ser adequada, preferencialmente espontânea), a prensa abdominal (adequada), a avaliação do feto (quanto à idade gestacional, peso, grau de flexão e rotação da cabeça e variedade de apresentação), estado das membranas

ovulares, presença ou não de cicatriz uterina e presença de circulares de cordão^(8, 12).

Grupo 07: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

As mulheres em trabalho de parto com o feto em apresentação pélvica estão propensas ao maior risco de ocorrência de óbito fetal anteparto, prolapso de cordão umbilical, traumas, baixos índices de APGAR ao nascimento e maior a incidência de morte neonatal quando por via vaginal, estas alterações resultam da anóxia fetal intraparto por compressão de cordão, demora acentuada do período expulsivo, traumas obstétricos e malformações fetais. Portanto, estes fatores estão relacionados a incidência de indicação de cesárea como melhor via de nascimento em casos de gestações com o feto em apresentação pélvica, embora não haja conclusões definitivas sobre a melhor via de parto para esta situação⁽¹³⁾.

Grupo 08: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

A cesariana programada não é recomendada em situações de gestação gemelar não complicada na qual o primeiro feto encontra-se em apresentação cefálica, sendo indicada em casos de gestação gemelar onde primeiro feto encontra-se em outra apresentação que não seja a cefálica⁽¹¹⁾.

A via de parto nas gestações gemelares varia de acordo com a corionicidade da gravidez, do número de fetos, de complicações maternas e fetais e da apresentação dos fetos. Em gestações gemelares de termo não complica-

das com o primeiro gêmeo em apresentação cefálica, o parto vaginal deve ser indicado^(6,8). Considerando que a morbidade e mortalidade perinatal do segundo gemelar encontram-se elevadas, a realização da cesariana eletiva não minimiza essas complicações, sendo assim não deve ser indicada rotineiramente. Quando o primeiro gemelar não estiver em apresentação cefálica, o efeito da cesariana neste caso ainda não é considerado positivo, mas este procedimento é comumente indicado, entretanto, não deve ser realizado antes da 38ª semana de gestação, exceto em gestantes que já tiverem iniciado o trabalho de parto espontâneo devido risco elevado de desconforto respiratório que podem acometer os recém-nascidos⁽¹²⁾.

Grupo 09: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fetos a termo em situação transversa persistente, em ocasiões nas quais os profissionais envolvidos no processo parir não tenham domínio da técnica de versão externa, as gestantes devem ser submetidas à cesariana fora do trabalho de parto, pois altos índices de morbidade fetal são evidenciados quando a gestação de um feto transversa evolui ao trabalho de parto^(8,13).

Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

A prematuridade por si só não é uma indicação absoluta de parto abdominal, essa indicação ocorre quando a prematuridade está associada a outras situações nas quais ocasionaram risco de comprometimento para

mãe e para o bebê. O parto vaginal é favorável ao nascimento do prematuro, pois a passagem pelo canal vaginal e o processo de trabalho de parto melhoram o desempenho neonatal. Porém, pode ser indicado quando o parto prematuro resulta de uma decisão por interrupção da gravidez pré-termo justificada por uma condição de comprometimento fetal^(12,14,15).

A prematuridade iatrogênica e o nascimento eletivo de bebês antes de 39 semanas causam aumento de internações em UTI neonatal, número de óbitos, conceptos prematuros e de baixo peso⁽¹⁶⁾.

A realização de cesáreas eletivas como rotina em gestações com fetos pré-termos está diretamente associada ao aumento de morbidade materna e ao nascimento precoce evitável, ou seja, nascimentos precoces que poderiam ser inibidos através de algumas intervenções durante o trabalho de parto. Esse procedimento utilizado em situações que realmente indiquem sua realização pode estar associado a efeitos benéficos para o recém-nascido, porém esses benefícios ainda não estão bem definidos diante ao aumento dos riscos maternos⁽¹³⁾.

Recém-nascidos que nasceram por via abdominal tem maior probabilidade de apresentar problemas respiratórios como taquipneia, síndrome de insuficiência respiratória, hipertensão pulmonar persistente; necessidade de oxigênio e ventilação mecânica foi observada quando comparados com os neonatos nascidos de parto vaginal^(11,16). Infecções e aumento do número de internações em UTI Neonatal também foram verificados. Além do impacto na morbimortalidade materna e neonatal, a cesárea pode afetar outros aspectos como a

formação do vínculo materno-infantil, o setor econômico, devido aos gastos hospitalares e o futuro reprodutivo da mulher⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que a Classificação de Robson é uma ferramenta muito útil na identificação dos grupos prioritários que necessitam de intervenções, com vistas a diminuir as taxas de cesáreas desnecessárias e aponta para a necessidade imediata da elaboração de medidas que quando implementadas possa modificar o cenário atual da unidade pesquisada, visto que, o índice de cesárea está acima do preconizado pela OMS, fato este que influi diretamente na qualidade no nascimento e recuperação materna.

Foi possível identificar através dos dados coletados que as parturientes desta unidade em sua grande maioria foram enquadradas em dois grupos nos quais indicam que a maioria das cesarianas realizadas ocorrem em mulheres com condições prévias para evolução de um parto normal, levando a concluir-se que boa parte dos partos que foram realizados por via abdominal foram por motivos não reconhecidos como indicação absoluta para tal procedimento.

Deste modo o presente trabalho visou fomentar dados que sensibilize todos os profissionais envolvidos no processo do nascimento para que eles possam atuar de forma mais eficiente e consciente frente a realidade da unidade favorecendo a implementação de uma assistência eficaz e adequada a realidade das gestantes e seus respectivos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes DNC, Quitete JB, Monteiro JAMB, Maia SG, Silva TPN, Oliveira DM. Perfil de atenção ao parto em um hospital público: Contribuições da enfermagem. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 15];10(2):407-12. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10970/12301>
2. World Health Organization (WHO). Recommendations for Augmentation of Labour. Global Recommendations. WHO [internet]. 2014 [cited 2019 Apr 14]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1
3. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson tem group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 14]; 129(3):236-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>
4. Betran AP. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. Zeeb H, editor. *PLOS One* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14];11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929/pdf/pone.0148343.pdf>
5. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLOS One* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 14]; 9(6): e97769. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>
6. Almeida D, Cardoso AS, Rodrigues RM, Cunha A. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Nascer e Crescer – Birth Growth Med J* [Internet]. 2014 Set [citado 2019 Apr 14]; 23(3): 134-139. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542014000500003&lng=pt
7. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.144, de 17 de março de 2016. [Internet]. 2016. [cited 2016 Dec 12]. Available from: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2016 Dec 15]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf
9. Scapin SQ, Gregório VRP, Collaço VS, Knobel R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Apr 14]; 27(1):e0710016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=en
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Apr 14]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2014.
12. Pascucci C. Huge Study: Cesarean Birth Major Risk Factors for Chronic Disorders in Children. [Internet]. 2015. [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://www.improvingbirth.org/.2015/01/huge-study-cesarean-birth-is-major-risk-factor-for-chronic-disorders-in-children/>
13. Ferrari AP, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol* [Internet].

- 2016 Mar [cited 2019 Apr]; 19(1): 75-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000100075&lng=en
14. esser C, Knobel R, Andrezza H, Diniz S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015 Jun 24; [cited 2019 Apr 14]; 10(35): 1-12. Available from: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
15. Humanização do Parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco [Internet]. Recife: Procuradoria Geral de Justiça; 2015.[cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://repositorio.asc.es.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2318/1/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>
16. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 371, de 07 de maio de 2014.
- Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Apr 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html
18. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 14];50 (5):733-740. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>

Recebido: 17/05/2019

Revisado: 04/06/2020

Aprovado: 04/06/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.