



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON COMO
INSTRUMENTO PARA ANALISAR AS INDICAÇÕES DO PARTO CESÁREA**

NATÁLIA DE OLIVEIRA RIBEIRO

CAICÓ - RN

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**O SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON COMO
INSTRUMENTO PARA ANALISAR AS INDICAÇÕES DO PARTO CESÁREA**

NATÁLIA DE OLIVEIRA RIBEIRO

*Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde Matérno-Infantil da Escola
Multicampi de Ciências Médicas do RN, como
pré-requisito para obtenção do título de
Especialista.*

Orientadora: Profa. Dra. Aline Medeiros
Cavalcanti da Fonsêca

Coorientadora: Profa. Msc. Fernanda Alves da
Silva Ribeiro

CAICÓ - RN

2019

SUMÁRIO

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABELAS	VIII
1 INTRODUÇÃO	1
1.1. Justificativa	4
1.2. Objetivos	5
1.2.1. Geral	5
1.2.2. Específicos	5
2 METODOLOGIA	6
2.1. Desenho do estudo.....	6
2.2. Local do estudo	6
2.3. Período do estudo	6
2.4. Amostra.....	6
2.5. Critérios de elegibilidade	6
2.5.1. Critérios de inclusão	6
2.5.2. Critérios de exclusão	7
2.6. Aspectos éticos	7
2.7. Instrumentos de avaliação	7
2.7.1 Ficha de Avaliação e Identificação	7
2.7.2 Avaliação das condições clínicas e assistência obstétrica	7
2.8. Procedimentos da pesquisa	8
2.9. Variáveis associadas	8
2.10. Análise de dados	10
2.11. Desenho do estudo.....	10
3. RESULTADOS	11
4. DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
6. REFERÊNCIAS	21
Apêndices	

RESUMO

Introdução: Quando bem indicado, o parto cesárea, contribui para manutenção da saúde da mãe e bebê. No entanto, nas últimas décadas, prevaleceu o entendimento da cesárea como um procedimento inócuo, alcançando níveis injustificáveis, com repercussões maternas e neonatais negativas. Por esse motivo, fica clara a importância da utilização da Classificação dos Dez Grupos de Robson, um sistema padrão para auxiliar no monitoramento das cesáreas. **Objetivo:** Analisar as indicações de cesáreas com base na Classificação de Robson em uma maternidade de risco habitual. **Metodologia:** O estudo caracterizou-se por ser do tipo observacional, prospectivo, de abordagem quantitativa. Foram avaliadas mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde cujo parto normal ou cesárea ocorreu no Hospital do Seridó. Foram coletados os dados de identificação, sócio-demográficos e o histórico ginecológico e obstétrico, contidos no prontuário, e que foram complementados com a realização de entrevistas com as gestantes. A partir desses dados foi possível classifica-las em um dos grupos da Classificação de Robson. Para realização da análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Na análise descritiva dos dados quantitativos foram usadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e para os dados categóricos frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Participaram do estudo 150 mulheres, 71,3% delas foram submetidas a cesárea. Ao analisar a contribuição de cada grupo a partir da Classificação de Robson, o grupo que isoladamente mais contribuiu para a cesárea foi o 5 (37,4%), seguido pelo grupo 1 (28,0%) e grupo 2 (15,9%). **Conclusão:** O hospital apresenta uma alta taxa de cesariana. Por esse motivo, os resultados devem ser considerados no planejamento de estratégias para alcançar e manter uma frequência de cesárea apropriada.

Palavras chaves: Saúde Materno-Infantil, Parto obstétrico, Cesárea.

ABSTRACT

Introduction: When properly indicated, cesarean delivery contributes to maintaining the health of the mother and baby. However, in recent decades, the cesarean section has prevailed as an innocuous procedure, reaching unjustifiable levels, with both maternal and neonatal negative repercussions. For this reason, is clear the importance of using the Robson's Ten Group Rating, a standard system to assist in monitoring cesarean sections.

Objective: To analyze cesarean sections indications based on the Robson's Classification in a usual risk maternity ward. **Methodology:** The study was characterized as observational, prospective and quantitative approach. Women from the Unified Health System whose normal or cesarean delivery occurred at the Serido Hospital were evaluated. It was collected identification, socio-demographic, gynecological and obstetric history data, followed by interviews with pregnant women. With these data it was possible to classify them into one of Robson's groups. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software. In the descriptive analysis of quantitative data, measures of central tendency (mean) and dispersion (standard deviation) were used as for for the categorical data, absolute and relative frequencies. **Results:** From 150 women that participated in the study, 71.3% of them underwent cesarean section. When analyzing the contribution of each group based on the Robson's Classification, the group that most contributed to cesarean section alone was 5 (37.4%), followed by group 1 (28.0%) and group 2 (15.9%). **Conclusion:** The hospital has a high cesarean section rate. For this reason, results should be considered when planning strategies to achieve and maintain an appropriate cesarean section frequency.

Keywords: Maternal and Child Health , Delivery Obstetric, Cesarean Section.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

OMS – Organização Mundial da Saúde

HS – Hospital do Seridó

SUS – Sistema nico de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de tica em Pesquisa

FACISA – Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

LISTA DE FIGURAS

TÍTULO	PÁG.
Figura 1 - Fluxograma.	10

LISTA DE TABELAS

TÍTULO	PÁG.
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das gestantes incluídas na pesquisa	11
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica das gestantes submetidas a cesariana	12
Tabela 3 – Antecedentes obstétricos das gestantes incluídas na pesquisa	13
Tabela 4 – Antecedentes obstétricos das gestantes submetidas a cesariana	14
Tabela 5 – Distribuição das mulheres pelo Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson	15

1. INTRODUÇÃO

O parto cesárea, por definição, é uma técnica cirúrgica que permite o nascimento do conceito através de incisão na parede abdominal e uterina (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016). Tal procedimento foi introduzido na medicina como alternativa para situações em que as condições materno-fetais não favorecem o parto vaginal (BACHA et al., 2017). Mylonas e Freise (2015) descrevem como indicações absolutas da cesárea desproporção cefalopélvica, corioamnionite, deformidade pélvica materna, eclampsia e síndrome HELLP, asfixia ou acidose fetal, prolapso de cordão umbilical, placenta prévia, apresentação fetal anormal e ruptura uterina. Quanto às indicações relativas foram citadas por eles a cardiocografia patológica, trabalho de parto prolongado e cesárea prévia.

No entanto, nas últimas décadas, o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, a redução dos riscos de complicações pós-operatórias imediatas e o aprimoramento da assistência médica pré e pós-parto, favoreceram o entendimento da cesárea como um procedimento inócuo, alcançando níveis injustificáveis, com repercussões maternas e neonatais negativas (SAKAE; FREITAS; DORSI, 2009; SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012).

Em conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, um grupo de especialistas em saúde reprodutiva declarou que não existiria justificativa para qualquer região do mundo apresentar taxas de parto cesárea maiores do que 10-15%. Corroborando com esses percentuais, um estudo realizado em 2014 que envolveu 19 países, incluindo Japão, Nova Zelândia, Austrália, América do Norte, norte e oeste Europeu, observou que quando as taxas de cesariana ultrapassavam os valores de 10-15%, não foram acompanhados pela redução da mortalidade materna, neonatal ou infantil, evidenciando, portanto, que esses números continuam condizentes com a realidade atual (YE *et al.*, 2014).

No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nascer no Brasil, publicada em 2014, essa proporção chega a 52% de parto cesárea, sendo 46% referente ao setor público, e 88% ao setor privado. De acordo com esse estudo, estima-se que cerca de um milhão de mulheres são submetidas, todos os anos, a cesarianas sem indicações obstétricas (LANSKY *et al.*, 2014). O Nordeste ocupa o 4º lugar no ranque dos estados com maior taxa de parto

cesárea, com 51%, e o Rio Grande do Norte é o estado com a maior taxa desta região, com 60% (UNICEF, 2017).

As pesquisas, entretanto, não apresentam evidências de que realizar cesáreas em mulheres ou bebês que não apresentem indicações traga benefícios. O parto cesárea, como qualquer procedimento cirúrgico, pode acarretar riscos para a saúde materna e infantil (BETRAN *et al.*, 2015). Em relação às parturientes, os estudos mostram que esse procedimento pode contribuir para o aumento das taxas de infecções puerperais, laceração de órgãos pélvicos, hemorragias, embolia pulmonar e mortalidade materna (LUMBIGANON *et al.*, 2010; KILSZTAJN *et al.*, 2007). Quanto aos recém-nascidos, há maiores probabilidades de haver problemas respiratórios, icterícia, prematuridade, anóxia e mortalidade neonatal (MACDORMAN *et al.*, 2008; MORAES, 2017).

Não menos relevantes que as consequências físicas, são os aspectos relacionados às repercussões no bem-estar emocional, na gestão de experiência do parto e no estabelecimento precoce de vínculo afetivo entre a mãe e o seu filho (LAGES, 2012). Outro fator importante a ser considerado seria o aumento de gastos para os sistemas nacionais de saúde, uma vez que as cesáreas são procedimentos que geram custos acrescidos em relação aos partos vaginais (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Frente a esse cenário, faz-se necessário a implementação de medidas eficazes para promover a diminuição das taxas de cesarianas nos serviços obstétricos. Para esse propósito, ressalta-se a importância da adoção de um sistema de classificação padrão para auxiliar no monitoramento das cesáreas e ajudar a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para a implementação de estratégias que visem a redução dessa via de parto.

Uma revisão sistemática desenvolvida em 2011, envolvendo os diversos sistemas de classificações para cesáreas, concluiu que a Classificação de Robson é o instrumento mais apropriado para atender às necessidades locais e internacionais (TORLONI *et al.*, 2011). Também denominado de classificação dos dez grupos, esse sistema foi desenvolvido em 2001 por Michael Robson. Os grupos que o compõem foram instituídos a partir de cinco características obstétricas, registradas nos prontuários das maternidades, sendo elas: histórico obstétrico, estabelecimento do trabalho de parto, apresentação fetal, número de fetos e idade gestacional (VOGEL *et al.*, 2015).

Trata-se de um sistema simples, fácil de interpretar e compreender, reprodutível, relevante do ponto de vista clínico e padronizado. Os grupos encontram-se definidos, são prospectivamente categorizados, mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos (VERISSIMO *et al.*, 2013). A OMS propôs, em 2015, que a Classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em uma mesma unidade, e entre diferentes hospitais.

1.1. Justificativa

Tendo como referência essa tendência crescente da prevalência de cesáreas no mundo, e o seu impacto na morbimortalidade infantil e materna, é que se propõe esse estudo, com o intuito de fornecer informações capazes de melhorar a assistência obstétrica no Hospital do Seridó (HS), uma maternidade de risco habitual. O HS é referência para assistência materno-infantil em Caicó e demais municípios da região do Seridó. A instituição dispõe de 15 leitos obstétricos públicos, além de 3 leitos destinados ao momento do pré-parto.

A partir da análise dos resultados, a Classificação de Robson permitirá conhecer os resultados da assistência obstétrica relacionada a cesáreas nesta maternidade, identificar quem são as mulheres submetidas a essa via parto e qual grupo mais contribui para o aumento das taxas de cesáreas, além de analisar sua indicação com base em uma ferramenta única. Esses resultados auxiliarão os profissionais desta maternidade na formulação e execução de planos de ação, com o propósito de melhorar a qualidade e a segurança do cuidado, com atendimento centrado nas necessidades do binômio mãe-bebê.

O fisioterapeuta, como profissional membro da equipe multidisciplinar que atua no ciclo gravídico puerperal, intervém com o intuito de contribuir com a prevenção de complicações obstétricas, diminuição dos riscos materno-fetais e redução da indicação do parto cesárea. Dessa forma, colabora preponderantemente na melhoria da qualidade da assistência direcionada à mulher, com incentivo da participação ativa na gestação, parto e puerpério, alinhando sempre aos princípios de humanização do parto.

1.2.Objetivos

1.2.1. Geral

- Analisar as indicações de cesáreas com base no Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson no Hospital do Seridó, uma maternidade de risco habitual.

1.2.2. Específicos

- Traçar o perfil sócio-econômico-demográfico, clínico e obstétrico da amostra estudada.
- Classificar as gestantes através do Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson.
- Apresentar os indicadores relativos a assistência obstétrica da maternidade.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo

A pesquisa caracteriza-se por ser do tipo observacional, transversal, de abordagem quantitativa. De acordo com Fontelles et al. (2009) nos estudos observacionais o pesquisador atua como expectador de fenômenos ou fatos, sem, no entanto, realizar intervenções que possam interferir no desfecho dos objetos de pesquisa, embora possa realizar medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados. Para Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa quantitativa se centra na objetividade, esta recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, entre outros. Nesta pesquisa, é realizada a análise de dados brutos coletados com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

2.2. Local do estudo

Tal pesquisa foi realizada no Hospital do Seridó, maternidade de risco habitual, localizada na cidade de Caicó-RN.

2.3. Período do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no período de junho de 2019 a dezembro de 2019.

2.4. Amostra

Levando em consideração a recomendação da OMS, em que os hospitais devem adotar a Classificação de Robson para todas as gestantes internadas para dar à luz (OMS, 2015), a amostra do presente estudo foi por conveniência, composta por usuárias do sistema único de saúde (SUS) cujo parto normal ou cesárea ocorreu no HS, e que, após o convite, aceitaram participar do estudo. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

2.5. Critérios de elegibilidade

2.5.1. Critérios de inclusão

Para composição da amostra, foram adotados como critérios de inclusão: 1- mulher com idade a partir de 18 anos; 2- em qualquer idade gestacional; 3- com parto normal ou cesárea realizado no HS; 4- Que aceitou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.5.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas as mulheres que: 1 - Durante a entrevista não conseguiram compreender as perguntas realizadas; 2 - Se recusaram a responder o questionário de avaliação.

2.6. Aspectos éticos

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), e aprovado com o número de protocolo CAAE: 10649019.0.0000.5568, antes de ser executado. Foi respeitada a autonomia e a garantia do anonimato das participantes, assegurando a privacidade quanto à confidencialidade dos dados, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki para pesquisas com seres humanos. Todas as voluntárias foram esclarecidas a respeito dos procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A) antes de serem admitidas na pesquisa.

2.7. Instrumentos de avaliação

2.7.1 Ficha de Avaliação e Identificação

Esta ficha inclui dados de identificação, sócio-econômico-demográficos e histórico obstétrico. Na identificação foram colhidos: nome completo, data de nascimento, idade, renda familiar mensal, escolaridade, etnia e situação conjugal e ocupação. Em seguida, no histórico obstétrico, foi perguntado: número de gestações, tipos de parto, idade gestacional, número de consultas no pré-natal, número de filhos e idade da primeira gestação (KINDRA, 2017; MOURA; FEITOSA, 2017) (Apêndice B).

2.7.2 Avaliação das condições clínicas e assistência obstétrica

Para essa avaliação foi utilizado o Sistema de Classificação dos dez Grupos de Robson, desenvolvido em 2001 pelo médico Michael Robson, com o intuito de monitorar e classificar as cesarianas. Esse sistema classifica todas as gestantes em um dentre os dez grupos de acordo com cinco características obstétricas: 1- paridade (nulípara ou múltípara), 2- Idade gestacional (termo ou pré-termo), 3- número de fetos (gestação única ou múltipla), 4- Apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica) e 5- início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea eletiva, no caso sem trabalho de parto) (ROBSON, 2001; VOGEL *et al.*, 2015).

Entre os dez grupos desenvolvidos por Robson são: Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo. Grupo 2: Nulíparas com

feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto. Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo. Grupo 4: Multíparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto. Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único cefálico, ≥ 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 as mulheres com gestações múltiplas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es). Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas anteriores. Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) (ROBSON, 2001) (Apêndice B).

2.8. Procedimentos da pesquisa

Inicialmente, para o desenvolvimento do projeto, foi realizado um levantamento bibliográfico e feita seleção de obras relevantes. A partir de então, foi elaborado um projeto que foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí. Após aprovação foi iniciada a coleta de dados a partir da aplicação do questionário de avaliação.

Na avaliação, que foi realizada no HS, as mulheres foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, e posteriormente foi apresentado e lido o termo de consentimento livre e esclarecido, para que pudessem conhecer os objetivos e a justificativa do estudo, além de possibilitar esclarecer possíveis dúvidas. A partir de então foram coletados os dados de identificação, sócio-demográficos e o histórico ginecológico e obstétrico, contidos no prontuário, e que foram complementados com a realização de entrevistas com as gestantes (Questionário de Avaliação - Apêndice B).

Só então, os dados coletados foram tabulados e posteriormente submetidos a análise estatística.

2.9. Variáveis associadas

As variáveis necessárias para a utilização da Classificação de Robson são: paridade (nulíparas ou multíparas); cesárea anterior (sim, não); início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do trabalho de parto); idade gestacional no

momento do nascimento (termo, pré-termo); apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); número de fetos (único ou múltiplos).

Foi estabelecido como gestante em trabalho de parto aquelas que atingissem no mínimo 3 centímetros de dilatação cervical. Já a indução do parto foi estabelecida como o uso de qualquer método farmacológico (ocitocina ou prostaglandina) em mulheres com menos de 3 centímetros de dilatação.

Para melhor apresentação dos resultados as variáveis associadas foram categorizadas como demonstrado a seguir:

- A idade foi dividida em duas faixas etárias, entre 18 a 25 anos e entre 26 anos ou mais.
- A renda foi dicotomizada em até um salário mínimo e maior que um salário mínimo.
- A ocupação foi caracterizada de acordo com a Classificação Brasileira De Ocupações (2002) em exercia atividade laboral remunerada, aposentada e não exercia atividade laboral.
- A escolaridade foi dicotomizada em ensino médio incompleto, para mulheres que têm até 11 anos de estudo, e ensino médio completo para mulheres com 12 anos de estudo ou mais.
- A raça foi dividida em branca e não branca.
- O estado civil foi separado em com cônjuge e sem cônjuge.
- O número de gestações foi dividido em uma gestação, duas gestações e três gestações ou mais.
- O número de partos anteriores a admissão foi dicotomizado em nenhum parto e um ou mais partos.
- O parto normal foi dividido em nenhum parto e um ou mais partos normais.
- O parto cesárea foi dicotomizado em nenhum parto e um ou mais partos cesáreas.
- O aborto foi dicotomizado em nenhum aborto e um ou mais abortos.
- O número de filhos vivos foi dividido em nenhum filho e um ou mais filhos.
- A idade da primeira gestação foi dicotomizada em menor do que 18 anos, e maior ou igual a 18 anos.
- O tipo de parto da gestação atual foi dividido em parto normal e parto cesárea.

- A idade gestacional: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), termo (entre 37 a 41 semanas e 6 dias), e pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação) (BRASIL, 2005).
- O número de consultas no pré-natal foi dicotomizado em menor do que 6 consultas, e 6 consultas ou mais, já que o Ministério da Saúde preconiza no mínimo 6 consultas no pré-natal, para uma gestação a termo (BRASIL, 2000).

2.10. Análise de dados

Para realização da análise estatística foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 para Windows.

Para verificar a distribuição dos dados foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, que apresentaram distribuição normal. Na análise descritiva dos dados quantitativos foram usadas medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) e para os dados categóricos frequências absolutas e relativas.

2.11. Desenho do estudo

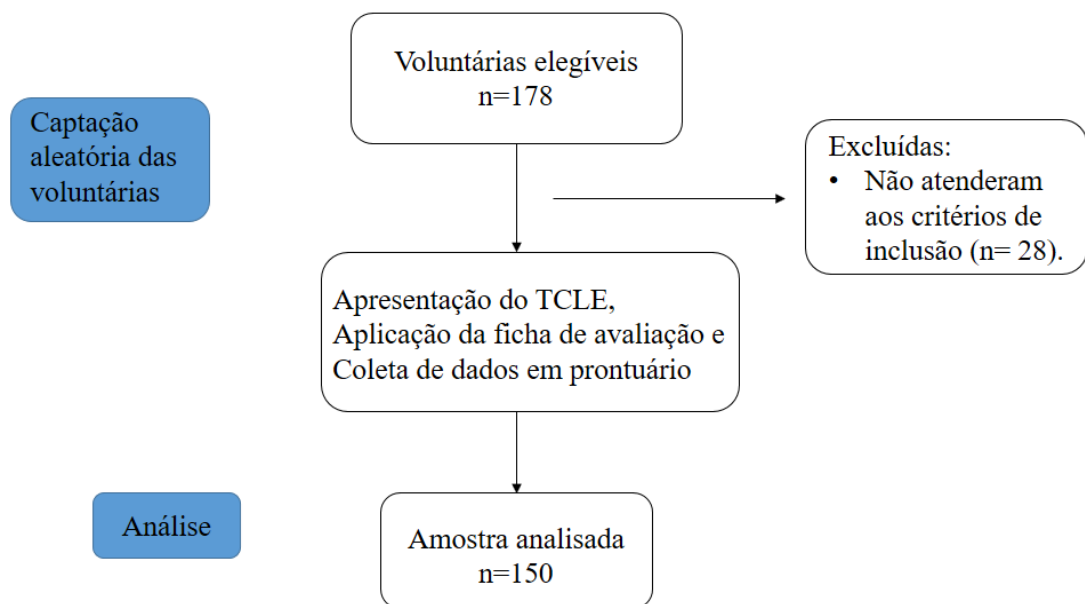


Figura 1: Fluxograma

3. RESULTADOS

Para a realização desse estudo foram coletados dados em prontuário e entrevistadas 150 parturientes, no período de junho a setembro de 2019, as quais estão caracterizadas nas seguintes tabelas.

TABELA 1 - Caracterização sociodemográfica das gestantes incluídas na pesquisa, JUN/2019 a SET/2019, CAICÓ-RN (n=150)

Variáveis	%
Faixa etária	
18 a 25 anos	
26 anos ou mais	
Renda familiar	
Até um salário mínimo	63,4%
Maior que um salário mínimo	36,6%
Ocupação	
Em exercia atividade laboral remunerada	40,7%
Não exercia atividade laboral remunerada	59,3%
Aposentada	0%
Escolaridade	
Até o Ensino médio incompleto	47,4%
Ensino médio completo ou mais	52,6%
Cor/etnia	
Não branco	51,3%
Branco	48,7%
Situação conjugal	
Sem cônjuge	24,7%
Com cônjuge	75,3%

FONTE: A autora (2019)

TABELA 2 - Caracterização sociodemográfica das gestantes submetidas a cesariana, JUN/2019 a SET/2019, CAICÓ-RN (n=107)

Variáveis	%
Faixa etária	
18 a 25 anos	48,6
26 anos ou mais	51,4
Renda familiar	
Até um salário mínimo	58,9
Maior que um salário mínimo	41,1
Ocupação	
Exercia atividade laboral remunerada	42,1
Não exercia atividade laboral remunerada	57,9
Aposentada	0
Escolaridade	
Até o Ensino médio incompleto	45,8
Ensino médio completo ou mais	54,2
Cor/etnia	
Não branco	48,6
Branco	51,4
Situação conjugal	
Sem cônjuge	26,2
Com cônjuge	73,8

FONTE: A autora (2019)

Tabela 3 - Antecedentes obstétricos das gestantes incluídas na pesquisa, JUN/2019 a SET/2019, CAICÓ-RN (n=150)

Variáveis	%
Gestações	
Uma	42,7
Duas	28
Três ou mais	29,3
Partos anteriores	
Nenhum	43,3
Um ou mais	56,7
Parto normal	
Nenhum	70
Um ou mais	30
Parto cesárea	
Nenhum	70
Um ou mais	30
Aborto	
Nenhum	84,7
Um ou mais	15,3
Filhos vivos	
Nenhum	44
Um ou mais	56
Idade da primeira gestação	
Menor que 18 anos	20
Maior ou igual a 18 anos	80
Tipo de parto da gestação atual	
Parto normal	28,7
Parto cesárea	71,3
Idade gestacional	
Pré-termo	2,7
Termo	96,7
Pós-termo	0,7
Número de consultas no pré-natal	
< 6	10,1
≥ 6	89,9

FONTE: A autora (2019)

Tabela 4 - Antecedentes obstétricos das gestantes submetidas a cesariana, JUN/2019 a SET/2019, CAICÓ-RN (n=107)

Variáveis	%
Gestações	
Uma	44,8
Duas	29
Três ou mais	26,2
Partos anteriores	
Nenhum	45,8
Um ou mais	54,2
Parto normal	
Nenhum	82,2
Um ou mais	17,8
Parto cesárea	
Nenhum	58,9
Um ou mais	41,1
Aborto	
Nenhum	86
Um ou mais	14
Filhos vivos	
Nenhum	46,7
Um ou mais	53,3
Idade da primeira gestação	
Menor que 18 anos	18,7
Maior ou igual a 18 anos	81,3
Idade gestacional	
Pré-termo	0,9
Termo	98,1
Pós-termo	0,9
Número de consultas no pré-natal	
< 6	8,4
≥ 6	91,6

FONTE: A autora (2019).

A partir das características obstétricas, ao distribuir as gestantes dentro dos 10 grupos da Classificação de Robson, é possível construir a seguinte tabela.

Tabela 5 - Distribuição das mulheres pelo Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson, JUN/2019 a SET/2019, CAICÓ-RN (n=150)

GRUPO	NÚMERO DE CESÁREAS NO GRUPO	NÚMERO DE PARTOS NO GRUPO	TAMANHO DO GRUPO (%)	TAXA DE CESÁREA DO GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
1	30	45	30,0%	66,7%	20,0%	28,0%
2	17	17	11,3%	100,0%	11,3%	15,9%
3	5	28	18,7%	17,9%	3,3%	4,7%
4	8	8	5,3%	100,0%	5,3%	7,5%
5	40	41	27,3%	97,6%	26,7%	37,4%
6	2	2	1,3%	100%	1,3%	1,9%
7	3	4	2,7%	75%	2%	2,8%
8	0	0	0%	0%	0%	0%
9	1	1	0,7%	100%	0,7%	0,9%
10	1	4	2,7%	25%	0,7%	0,9%
TOTAL	107	150	100%	71,3	71,3%	100%

FONTE: A autora (2019)

4. DISCUSSÃO

Dados do Ministério da Saúde, apontam para uma epidemia de operações cesarianas no Brasil, com aproximadamente 1,6 milhão desse tipo de intervenção realizada a cada ano. Esse dado tem um reflexo direto na taxa nacional de operações cesarianas que tem apresentado, nas últimas décadas, um incremento progressivo tornando-se o modo mais freqüente de nascimento no País (BRASIL, 2015).

A pesquisa Nascer no Brasil, maior estudo realizado sobre parto e nascimento no país, em que foram entrevistadas 23.940 mulheres, evidenciou que 52% dos nascimentos aconteceram através do parto cesárea. Porém, ao considerar somente aquelas de risco obstétrico habitual a taxa de cesárea decresceu para 45,5% (TORRES et al., 2014). Estabelecendo um paralelo com os dados encontrados na amostra ora estudada, esses valores são ainda mais altos, com 71,3% das gestantes submetidas ao parto cesárea.

Frente a este contexto de predomínio da cesárea, fatores que contribuem para o seu aumento precisam ser investigados e levados em consideração, com o intuito de aprimorar as estratégias de saúde pública vigentes. Nesse sentido, estudos apontam diversos fatores capazes de elevar as taxas de cesáreas - como a renda familiar mais alta, o maior nível de escolaridade da mulher, a presença de companheiro, a idade da primeira gestação, a realização de cesárea prévia, a presença de fator de risco gestacional (depressão, hipertensão arterial, diabetes, sobrepeso e obesidade), o acesso aos serviços de saúde, entre outros (ARAÚJO *et al.*, 2016; EUFRÁSIO, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; SAKAE; FREITAS; DORSI, 2009).

De fato, ao observarmos os valores obtidos neste estudo quanto a situação conjugal, a maioria das participantes, 73,8%, apresentavam companheiro. Quanto ao nível de escolaridade, os resultados obtidos nessa pesquisa apontam que a maioria das mulheres, 54,2%, apresentavam pelo menos o ensino médio completo. Estudo realizado na Paraíba, revelou que a escolaridade materna está diretamente associada ao parto cesárea, com maior proporção entre mães que possuíam escolaridade mais elevada (55,7%) (PEDRAZA, 2016).

No entanto, ao analisarmos a renda familiar da amostra estudada, é possível observar que a maioria, 58,9%, tinha renda de até um salário mínimo, demonstrando pouca relação entre poder aquisitivo e o parto operatório. Corroborando com esse achado, Araujo *et al.* (2016), em seu estudo que traçou o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres

submetidas a cesárea, observou que 77,9% da amostra apresentava renda familiar menor ou igual a um salário mínimo.

O mesmo pode ser observado nos valores referentes a atividade laboral, em que 57,9% não exerciam atividade laboral remunerada. A esse respeito, Behague (2002) sugere que independente do nível socioeconômico, a procura por cesariana parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está associada à tecnologia empregada nessa via de parto. Desse modo a operação evitaria o que as participantes desse estudo consideram como atendimento de baixa qualidade e negligência médica resultante do preconceito social.

Em relação aos antecedentes obstétricos das mulheres que foram submetidas a cesárea, na amostra do presente estudo, 91,6% delas compareceram a 6 consultas ou mais, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde para uma gestação a termo (BRASIL, 2000). Gama e col. (2014) indicam que o maior número de consultas no pré-natal pode tornar as gestantes mais propensas ao parto cesárea por influência do profissional que realizou as suas consultas.

No que se refere a idade da primeira gestação, 81,3% tiveram a primeira gestação com 18 anos ou mais, corroborando com os achados de Eufrásio (2017), o qual observou que mulheres com idade maior que 20 anos na primeira gravidez apresentavam duas vezes mais chance de ter parto cesárea.

Ao analisar as cesarianas do presente estudo a partir da classificação de Robson, observou-se predomínio de mulheres nos grupos 1 a 5 (93,5%) referentes a gravidez a termo com gestações unifetais e feto em posição cefálica.

Destes, o grupo que isoladamente mais contribuiu para o parto cesárea, foi o de múltiparas, a termo, com cesárea anterior, grupo 5, com 37,4% (40 mulheres). Quanto a isso, uma revisão sistemática com metanálise composta por 203 estudos demonstrou que o parto vaginal após cesariana, quando comparado à cesariana de rotina, apresenta resultados favoráveis, uma vez que a mortalidade materna aumentou significativamente com cesarianas de repetição, quando os dados são comparados com os resultados dos partos vaginais após cesariana. Somado a isso, as cesáreas de repetição aumentam a chance de placenta acreta e placenta prévia, o que pode resultar em aumento do risco em gestações subsequentes (GUISE *et al.*, 2010).

O segundo grupo que mais contribuiu foi o 1, composto por nulíparas com feto único, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo, com 28%

das cesáreas (n= 30). Seguido pelo grupo 2 (15,9%, n=17), representado pelas nulíparas com feto único, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.

Quando somados, os grupos 1 e 2 representam 43,9% das cesáreas, semelhante ao encontrada no estudo de Kindra (2017), realizado no Brasil, com 40%, assim como em estudos internacionais, 38,2% na França (RAY *et al.*, 2014), 39,7% no Canadá (KELLY *et al.*, 2013), 39,9% nos Países Baixos (ZHANG *et al.*, 2015) e 36,4% na América Latina (BETRÁN *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que altas taxas de cesarianas em primíparas são particularmente preocupantes, porque implicam alta probabilidade de futuras cesarianas, pois, na prática, uma cesariana anterior constitui indicação quase absoluta para nova cesariana (ABREU; LIRA FILHO; SANTANA, 2019). Por esse motivo, a redução da taxa de cesarianas é fundamental nos grupos 1 e 2.

Como estratégias para reduzir esses índices, Robson, Hartigan e Murphy (2013) sugerem que para o grupo 1 é importante reduzir a incidência de distócia após o diagnóstico de trabalho de parto ativo, para o grupo 2, diminuir a incidência de indução e cesárea antes que a paciente entre em trabalho de parto, e, no grupo 5, encorajar as mulheres com cicatriz uterina prévia a aguardar o trabalho de parto espontâneo.

Destaca-se também como fator fundamental para a redução das taxas de cesáreas a qualificação da assistência no trabalho de parto e parto por via vaginal, com o intuito de garantir à mulher um parto seguro e satisfatório. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde desenvolveu a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, com o objetivo de promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar a assistência ao parto normal, reduzir as condutas desnecessárias no processo do nascimento, e difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado (BRASIL, 2016).

Dentre os 5 primeiros grupos, o que tem menor taxa de contribuição para o parto cesárea é o 3, com 4,7% das cesáreas. Este valor é vantajoso, já que é esperado que múltiparas, sem cicatriz uterina prévia em trabalho de parto espontâneo devem evoluir naturalmente para o parto vaginal. Lee e col. (2013) em seu estudo também obtiveram valores baixos de cesárea neste grupo - 2,38%, e a partir dos seus achados os autores inferiram que ter tido parto vaginal anterior diminui as chances de parto por cesárea em gestações subsequentes.

Por fim, os grupos de apresentação não-cefálica (grupos de 6, 7 e 9), e o grupo de gestações pré-termo (grupo 10) contribuíram com apenas 6,5% das cesarianas, já o de gravidez gemelar (grupo 8) não apresentou nenhuma mulher incluída na pesquisa.

O baixo número de mulheres classificadas entre os grupos 6 a 10, se deve ao fato destes incluir mulheres que, em princípio, necessitam de acompanhamento de referência de alto risco, e que não deveriam ser atendidas em maternidades de risco habitual, como é o caso do hospital onde a pesquisa foi realizada. Como esperado, no estudo de Moreira e col. (2016), também realizado em maternidade de baixo risco obstétrico, foi encontrada uma baixa contribuição desses grupos, representando 7,32% das cesarianas.

A ideia de propiciar maior autonomia à mulher para decidir quanto à via de parto tem se ampliado progressivamente. Cabe destacar que essa decisão precisa estar fundamentada em informações que garantam a escolha que melhor se adequa a cada situação. A cesárea a pedido parece ser o motivo de indicação mais frequente das cesáreas (BRASIL, 2011). No estudo de Leguizamon Junior, Steffani e Bonamigo (2013), foi observado que os obstetras ao serem questionados sobre a via de parto de sua preferência a maioria apontou a cesárea, em casos que houvessem justificativa. Contudo, se a gestante solicitasse essa via de parto, seria atendida, mesmo sem justificativa.

Isto pode justificar a razão das mulheres serem internadas nas maternidades antes do início do trabalho de parto (grupos 2 e 4) ou ainda, aquelas que entram espontaneamente em trabalho de parto (grupos 1 e 3) venham a ter como desfecho a cesárea. Outra explicação seria a cesárea feita para realizar a laqueadura tubária, comum em locais onde o planejamento familiar não é facilmente disponível (BRASIL, 2018).

Deste modo, evidencia-se o papel fundamental da equipe multiprofissional de informar sobre os riscos da cesárea à mãe e ao feto, para garantir que as mulheres possam fazer a escolha mais segura para elas e seus bebês. A partir deste conhecimento, a primeira cesárea poderá ser evitada, como também, as posteriores (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os resultados apresentados, é possível inferir que o hospital apresenta uma alta taxa de cesariana, ainda que se trate de um estudo realizado em uma maternidade de referência para gestantes de baixo risco obstétrico. As maiores contribuições para essa taxa concentraram-se nos grupos referentes a gravidez a termo com gestações unifetais e feto em posição cefálica.

Por esse motivo, torna-se indispensável a apresentação dos resultados obtidos nesta pesquisa aos gestores da instituição bem como aos profissionais e residentes do hospital, com o intuito de sensibiliza-los a respeito da importância da implantação da Classificação de Robson no serviço. Uma vez que ela indicará os grupos-alvo que irão se beneficiar das intervenções, bem como orientará políticas públicas e investimentos para reduzir as taxas de cesáreas.

Nesse sentido, os próximos passos consistem em traçar estratégias para alcançar e manter uma taxa de cesariana apropriada, que de acordo com o estudo, devem se concentrar principalmente nos grupos 1, 2 e 5, já que corresponderam aos grupos com maiores contribuições ao parto cesárea.

Somado a isso, destaca-se a importância da qualificação da assistência, com atenção integral e humanizada, a partir de práticas baseadas em evidências. O profissional fisioterapeuta, como membro da equipe obstétrica, através de recursos não farmacológicos, poderá proporcionar confiança, conforto e alívio da dor à parturiente durante o trabalho de parto, e dessa forma, contribuir para a redução das taxas de cesáreas, e incentivo ao parto vaginal.

As limitações encontradas durante a pesquisa estão relacionadas à escassez de material publicado sobre o tema, principalmente no que se refere ao estado do Rio Grande do Norte, com pouca utilização do sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson. Deste modo, recomenda-se que outras maternidades do estado adotem esse sistema para que seja possível comparar as taxas de cesáreas em cada grupo, em diferentes períodos, na própria instituição, ou com taxas de cesáreas de outras instituições.

6. 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.1-8, 28 mar. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37858>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/37858>. Acesso em: 07. Out. 2019.

ARAÚJO, Kleiton Richard da Silva et al. Estudo sociodemográfico e obstétrico do parto cesariano em uma maternidade pública. **Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 1, p.949-962, jul. 2016. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e07d/dd64488c3c21de24029e7e8a0a78f554fb08.pdf>. Acesso em: 01. Out. 2019.

BACHA, A. M.; et al. Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. **Revista de Administração em Saúde**, [s.l.], v. 17, n. 66, p.1-19, 1 jan. 2017. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde - ABRAMPAS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.66.9>. Acesso em: 01. Nov. 2018.

BEHAGUE, D. P. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **Bmj**, [s.l.], v. 324, n. 7343, p.942-942, 20 abr. 2002. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964338>. Acesso em: 08. Out. 2019.

BETRAN, A.; et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 123, n. 5, p.667-670, 22 jul. 2015. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13526>. Acesso em: 19. Ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf Acesso em: 22. Out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf Acesso em: 22. Dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf) Acesso em: 18. Out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília: Ms, 2005. 160 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf Acesso em: 22. Out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf> Acesso em: 18. Out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000**. Brasília. DF. 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html Acesso em: 22. Out. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações**. Brasília, 2002. Disponível em: <https://empregabrasil.mte.gov.br/76/cbo/> Acesso em: 22. Out. 2019.

EUFRÁSIO, Laiane Santos. **Prevalência e fatores associados ao parto cesárea no contexto regional brasileiro em mulheres de idade reprodutiva**. 2017. 91 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/23660/1/LaianeSantosEufrazio_TESE.pdf Acesso em: 01. Out. 2019.

FONTELLES, M. J.; et al. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 29, n. 2, p.1-8, set. 2009. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf. Acesso em: 27. Set. 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Quem espera, espera**. Nova Iorque: UNICEF, 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf. Acesso em: 18. Dez. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da Ufrgs, 2009. Disponível em:

<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 27. Set. 2018.

GUISE, Jeanne-marie et al. Vaginal Birth After Cesarean. **Obstetrics & Gynecology**, [s.l.], v. 115, n. 6, p.1267-1278, jun. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e3181df925f>. Disponível em: <https://insights.ovid.com/article/00006250-201006000-00025>. Acesso em: 02.Out. 2019.

KELLY, Sherrie et al. Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Robson Classification System. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.206-214, mar. 2013. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30992-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30992-0). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470108>. Acesso em: 05. Out. 2019.

KILSZTAJN, S.; et al. Caesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [s.l.], v. 132, n. 1, p.64-69, maio 2007. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.06.005>. Acesso em: 20. Ago. 2018.

KINDRA, Tereza. **Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez Grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual**. 2017. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53168/R%20-%20D%20-%20TEREZA%20KINDRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02. Nov. 2019.

LAGES, A. M. S. **Parto por cesariana: consequências a curto e longo-prazo**. 2012. 46 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, 2012. Disponível em: https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=29303. Acesso em: 5. Set. 2018.

LANSKY, S.; et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.192-207, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00133213>. Acesso em: 5. Set. 2018.

LEE, Yuen Yi (cathy) et al. Unexplained variation in hospital caesarean section rates. **Medical Journal Of Australia**, [s.l.], v. 199, n. 5, p.348-353, set. 2013. AMPCo. <http://dx.doi.org/10.5694/mja13.10279>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/mja13.10279?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: Jan. 19. 2019.

LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.509-517, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-80422013000300015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a15n21v3.pdf>. Acesso em: Out. 18. 2019.

LISBÔA, Eliana Santana et al. LMS em Contexto Escolar: estudo sobre o uso da Moodle pelos docentes de duas escolas do Norte de Portugal. **Educação, Formação & Tecnologias**, Lisboa, v. 1, n. 2, p.44-57, maio 2009. Disponível em: <http://www.eft.educom.pt/index.php/ef/article/view/74/52>. Acesso em: Jan. 19. 2019.

LUMBIGANON, P.; et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–08. **The Lancet**, [s.l.], v. 375, n. 9713, p.490-499, fev. 2010. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61870-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61870-5). Acesso em: 5. Set. 2018.

MACDORMAN, M. F.; et al. Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an. **Birth**, [s.l.], v. 35, n. 1, p.3-8, mar. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536x.2007.00205.x>. Acesso em: 20. Ago. 2018.

MORAES, E. T. **Morbidade neonatal em um hospital com alta prevalência de cesarianas eletivas**. 2017. 32 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Escola de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/7500>. Acesso em: 28. Set. 2018.

MOREIRA, Bruna Rodrigues et al. Determinants related to cesarean section in a public maternity hospital in the metropolitan region of Belo Horizonte-MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s.l.], v. 26, p.1-8, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20160099>. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/e1799%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/e1799%20(7).pdf). Acesso em: 05. Nov. 2019.

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, 25 abr. 2017. Revista de Medicina da UFC. <http://dx.doi.org/10.20513/2447-6595.2017v57n1p25-29>. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22782/1/2017_art_vamoura.pdf. Acesso em: 29. Nov. 2019.

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. **Deutsches Aerzteblatt Online**, [s.l.], p.489-495, 20 jul. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>. Acesso em: 6. Set. 2018.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.155-172, mar. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702016000100010>. Acesso em: 5. Set. 2018.

OLIVEIRA, Rosana Rosseto de et al. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.733-740, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000600004>. Acesso em: 7. Set. 2018.

Ministério da Saúde - UNA-SUS. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-decesareas>. Acesso em: 20 fev. 2019.

OLIVEIRA, Rosana Rosseto de et al. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 5, p.733-740, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en&tlng=en. Acesso em: 02. Out. 2019.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.460-467, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040092>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n4/1414-462X-cadsc-24-4-460.pdf>. Acesso em: 02. Out. 2019.

RAY, C Le et al. Stabilising the caesarean rate: which target population?. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 122, n. 5, p.690-699, 21 nov. 2014. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13199>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412695>. Acesso em: 05. Out. 2019.

ROBSON, M. Classification of caesarean sections. **Fetal And Maternal Medicine Review**, [s.l.], v. 12, n. 01, p.23-39, 17 jan. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0965539501000122>. Acesso em: 20. Ago. 2018.

ROBSON, Michael; HARTIGAN, Lucia; MURPHY, Martina. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 27, n. 2, p.297-308, abr. 2013. Elsevier

BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23127896>. Acesso em: 13. Out. 2019.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 43, n. 3, p.472-480, jun. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009000300011>. Acesso em: 5. Set. 2018.

SANCHES, N. C.; MAMEDE, F. V.; VIVANCOS, R. B. Z. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.418-426, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000200021>. Acesso em: 12. Set. 2018.

TORLONI, M. R.; et al. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. **Plos One**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.45-66, 20 jan. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>. Acesso em: 9. Ago. 2018.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.220-231, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129813>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>. Acesso em: 09. Out. 2019.

VERISSIMO, C. A.; et al. Implementação do 10-group Classification System: compreender o parto por cesariana. **Acta Obstet Ginecol Port**, Lisboa, v. 1, n. 7, p.3-7, 2013. Acesso em: http://www.fsog.com/fotos/editor2/2013-1estudo_original.pdf. Disponível em: 17. Set. 2018.

VOGEL, J. 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**, [s.l.], v. 3, n. 5, p.260-270, maio 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(15\)70094-x](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(15)70094-x). Acesso em: 9. Ago. 2018.

YE, J.; et al. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. **Birth**, [s.l.], v. 41, n. 3, p.237-244, 11 abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12104>. Acesso em: 28. Set. 2018.

ZHANG, J et al. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [s.l.], v. 123, n. 5, p.754-761, 22 jul. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13520>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216434>. Acesso em: 05. Out. 2019.

6 Apêndices

6.1. Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar de um estudo denominado O Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson como Instrumento para Analisar as Indicações do Parto Cesárea, que tem como pesquisador responsável Natália de Oliveira Ribeiro, cujos objetivos e justificativas são: Analisar as indicações do parto cesárea a partir de informações colhidas com as mulheres assistidas pelo Hospital do Seridó (HS) através de entrevistas, assim como informações contidas em seus prontuários. Esse estudo pretende analisar as indicações desse tipo de parto levando em consideração o perfil das mulheres assistidas nesta maternidade de risco habitual.

Sua participação no referido estudo será no sentido de autorizar a coleta de dados em seu prontuário, sobre dados pessoais, pré-gestacionais e parto; assim como a aplicação de um questionário, que contém perguntas sobre os seus dados pessoais e de saúde, que deve demorar 5 minutos, não sendo necessário gravação de voz e/ou imagem. Todas as informações serão coletadas em ambiente adequado e reservado para garantir a sua privacidade.

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Natália de Oliveira Ribeiro – Avenida Coronel Martiniano, 1008 Centro, Caicó/RN – 59300-000 Telefone: (84) 988095123 Email: natalia.oliveira@hotmail.com
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP Rua Vila Trairi, S/N, Bloco B, 1º andar Centro, Santa Cruz-RN – 59 200-000 Telefone: (84) 9 9224 0009 cep@facisa.ufrn.br cepfacisa@gmail.com

Você foi avisado de que, da pesquisa a se realizar, pode esperar alguns benefícios, a longo prazo, tais como: a formulação e execução de planos de ação, com o propósito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica prestada pelo Hospital do Seridó.

Por outro lado, você recebeu os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, ao responder este questionário, o único risco que a participante poderá ser submetida é o desconforto de responder alguma pergunta nele contida, e com o intuito de minimizar esse constrangimento as entrevistas ocorrerão a beira do leito, durante o período de internação da puérpera, em seu respectivo quarto nas dependências da maternidade.

Em caso de algum problema que você venha ter, relacionado com a pesquisa, você terá o direito a assistência gratuita que será prestada de modo integral, por qualquer dano, direto ou indireto, imediato ou tardio, pelo tempo que for necessário, sendo assegurado pela pesquisadora responsável por essa pesquisa, Natália de Oliveira Ribeiro.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Natália de Oliveira Ribeiro através do número (84) 988095123.

Você tem o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação para terceiros e de nenhum dado que possa lhe identificar.

Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você, no entanto já se deixa claro a ausência de gastos por sua parte.

_____(Rubrica do Participante) _____(Rubrica do Pesquisador)
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Natália de Oliveira Ribeiro – Avenida Coronel Martiniano, 1008 Centro, Caicó/RN – 59300-000 Telefone: (84) 988095123 Email: natalia.oliveira@hotmail.com
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP Rua Vila Trairi, S/N, Bloco B, 1º andar Centro, Santa Cruz-RN – 59 200-000 Telefone: (84) 9 9224 0009 cep@facisa.ufrn.br cepfacisa@gmail.com

Se você sofrer algum dano decorrente desta pesquisa, você tem direito a solicitar indenização.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), telefone (84) 9 9224 0009 ou mandar e-mail para cepfacisa@gmail.com ou cep@facisa.ufrn.br. O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI - FACISA é um órgão Colegiado interdisciplinar e independente, constituído nos termos da Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, e criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável, Natália de Oliveira Ribeiro, e as duas vias do TCLE devem ser rubricadas em todas as suas páginas.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa (O Sistema de Classificação dos Dez Grupos de Robson como Instrumento para Analisar as Indicações do Parto Cesárea), e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Caicó, (2019).

Assinatura do participante da pesquisa


Assinatura do pesquisador responsável.



Impressão
datiloscópica
do participante

_____ (Rubrica do Participante) _____ (Rubrica do Pesquisador)
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Natália de Oliveira Ribeiro – Avenida Coronel Martiniano, 1008 Centro, Caicó/RN – 59300-000 Telefone: (84) 988095123 Email: natalia.oliveira@hotmail.com
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP Rua Vila Trairi, S/N, Bloco B, 1º andar Centro, Santa Cruz-RN – 59 200-000 Telefone: (84) 9 9224 0009 cep@facisa.ufrn.br cepfacisa@gmail.com

6.2. Apêndice B

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO				
				Data: / /
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE			
	ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE			
	RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL MATERNO-INFANTIL			
1- IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE (Nº)				
Nome:				
Data de Nasc.: / /		Idade:		
Ocupação:		Renda familiar mensal:		
Escolaridade:		Anos de estudo ()		Cor/Etnia (informado pela própria)
Situação conjugal: () Casada		() Tem companheiro (União estável, namorado)		() Não tem companheiro (solteira, viúva, divorciada)
2-HISTÓRICO GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO				
Número de gestações:		Idade gestacional:		Número de consultas no pré-natal:
Partos - Normal:		Cesárea:		Fórceps: Vácuo: Aborto:
Número de filhos:		Idade da primeira gestação:		Tipo de parto da gestação atual:
3- CLASSIFICAÇÃO DOS DEZ GRUPOS DE ROBSON				
(1)	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.			()
(2)	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.			()
(3)	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.			()
(4)	Múltiparas, sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.			()
(5)	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único cefálico, ≥ 37 semanas.			()
(6)	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.			()
(7)	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).			()
(8)	Todas as mulheres com gestações múltiplas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).			()
(9)	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesáreas anteriores.			()
(10)	Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)			()