
Analysis of the appropriateness of using the Robson Classification in a high-risk maternity ward in Brasília, Brazil

Análise da adequação do uso da Classificação de Robson em uma maternidade de alto risco de Brasília, Brasil

Received: 20-05-2024 | Accepted: 23-06-2024 | Published: 26-06-2024

Vanessa Wolff Machado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8034-3526>
Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: machadovwm@gmail.com

Carmelia Matos Santiago Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4866-205X>
Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: reiscarmelia@gmail.com

Renata Costa Fortes

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0583-6451>
Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: fortes.rc@gmail.com

Adriano Bueno Tavares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2424-4889>
Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: adriano.b.tavares@gmail.com

Levy Aniceto Santana

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7743-4892>
Escola Superior em Ciências da Saúde, Brasil
E-mail: levysantana@gmail.com

ABSTRACT

The Robson Classification is a tool designed to monitor cesarean section rates in diverse populations and assess the impact of management changes. This study aimed to evaluate the application of the Robson Classification in a high-risk maternity ward in Brasília, Brazil. A cross-sectional observational study was conducted, analyzing 1813 deliveries between January and June 2019 at the Materno Infantil Hospital in Brasília. The overall cesarean section rate was 55.7%, and Robson Group 5 significantly contributed to the global rate at 33.3%. It was concluded that there is an association with the type of delivery, newborn weight, and fetal disease, irrespective of the type. Regarding maternal conditions, an association was observed in Robson Group 10, which exhibited a 51.4% cesarean section rate. The use of the Robson Classification within the maternity context, despite being a local reference for high-risk pregnancies, indicated the potential for reducing cesarean rates in specific cases. A protocol based on the Robson Classification is proposed as an instrument for adjusting cesarean birth rates in all public maternity hospitals in the Federal District, Brasília, Brazil.

Keywords: Delivery Rooms; Obstetric Delivery; Midwifery; Cesarean Section.

RESUMO

A Classificação de Robson é uma ferramenta para monitorar as taxas de cesarianas em diversas populações e avaliar o impacto de mudanças na gestão. Este trabalho propôs a avaliação da aplicação da Classificação de Robson em uma maternidade de alto risco em Brasília, Brasil. Foi realizado um estudo observacional transversal com análise de 1813 partos ocorridos entre janeiro e junho de 2019 no Hospital Materno e Infantil de Brasília, Brasil. A taxa global de cesarianas foi de 55,7%, e o grupo 5 de Robson contribuiu significativamente para a taxa global, com 33,3%. Concluiu-se que existe associação com o tipo de parto, peso do recém-nascido e doença fetal, independente do tipo. Em relação ao tipo de enfermidade materna, houve associação no grupo 10 de Robson, que apresentou 51,4% de cesarianas. O uso da Classificação de Robson no contexto da maternidade, mesmo sendo uma referência local para gestantes de alto risco, mostrou a possibilidade de redução de taxas de cesarianas em casos específicos. Propõe-se um protocolo fundamentado na Classificação de Robson como instrumento para ajuste das taxas de cesarianas em todas as maternidades públicas do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

Palavras-chave: Salas de Parto; Parto obstétrico; Tocologia; Cesárea.

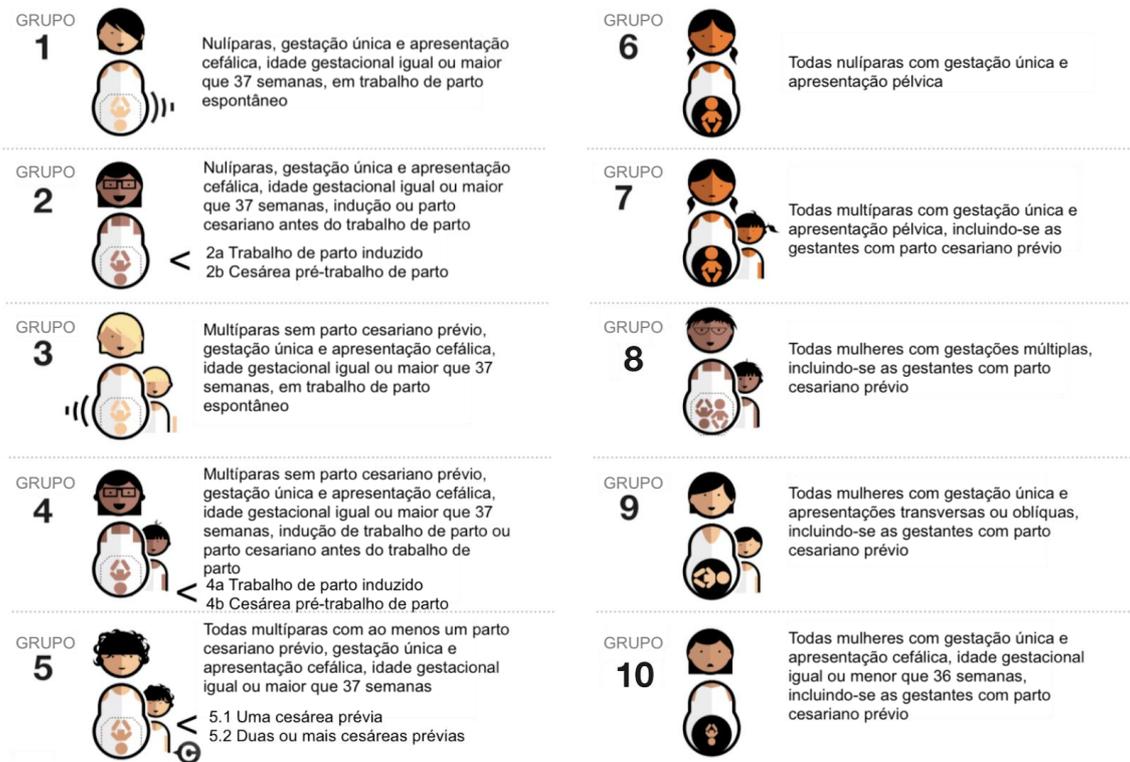
INTRODUÇÃO

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que não há justificativa para que qualquer região tenha uma taxa de cesáreas superior a 10–15% (WHO, 1985). Ainda que não exista consenso para uma taxa de cesáreas ideal em relação aos benefícios maternos-fetais (LOW, 2009), é sabido que, além da ausência de evidências científicas que mostrem algum benefício no desfecho da gravidez, a realização de cesáreas em excesso poderia se relacionar a consequências negativas em saúde materna e infantil (LUMBIGANON et al., 2010; VILLAR, et al., 2006; VILLAR, et al., 2007). Porém as taxas de cesáreas continuam a aumentar em todo o mundo, particularmente em países de renda média e alta, e se tornaram um grande e controverso problema de saúde pública (BETRÁN, et al., 2007; GIBBONS, et al., 2010).

Em 2011 Torloni et al. realizaram uma revisão sistemática e avaliação crítica das classificações disponíveis para comparação entre os tipos de partos e concluíram que a Classificação de 10 grupos de Robson seria o melhor sistema classificatório para as necessidades atuais, tanto locais quanto internacionais (ROBSON, 2001). Nesta classificação Robson propôs um sistema que aloca as mulheres em 10 grupos com base em suas características (paridade, cesariana prévia, idade gestacional, início do trabalho de parto, apresentação fetal e número de fetos) sem necessidade de identificar a causa de indicação para a cesarianas, conforme ilustrado na figura 1 (ROBSON, 2001). Os grupos

são mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos e clinicamente relevantes. A classificação é simples, robusta e reprodutível.

Figura 1 - Classificação em 10 grupos de Robson



Fonte: WHO (2017, adaptado - Tradução livre)

Desde 2001, quando a Classificação de Robson foi proposta, muitos serviços de diversos países a incorporaram na sua prática clínica como uma ferramenta para monitorar as taxas de cesáreas em sua população e avaliar o impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde (BETRÁN, et al., 2014). Outrossim, desde 2015 a OMS propõe que a Classificação de Robson seja aplicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (WHO, 2015a).

Dentre as vantagens deste sistema, está a sua autovalidação a partir do uso de alguns grupos como controles. Por exemplo, o grupo 9 (mulheres com gestação única e apresentações transversas ou oblíquas). Neste grupo é esperada uma representação de menos de 1% de todas as mulheres admitidas para parto e uma taxa de cesáreas de 100%. Valores diferentes indicam fortemente a possibilidade de problemas com a coleta de dados (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013).

A gestação é um fenômeno fisiológico, porém é uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há uma proporção de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são chamadas gestantes de alto risco. A avaliação desse grupo específico, gestantes de alto risco, poderia contribuir na análise da taxa global de cesáreas, uma vez que se sugere uma abordagem mais individualizada no que se refere ao momento oportuno para interrupção da gestação em situações de alto risco (BRASIL, 2022).

A Classificação de Robson, por ser uma ferramenta essencialmente epidemiológica, não identifica os fatores contribuintes e determinantes para a realização de cesariana nas gestantes, nem fornece explicações para as diferenças observadas. Neste contexto, este trabalho propôs a avaliação da Classificação de Robson no contexto de uma maternidade de alto risco pública do Distrito Federal, analisando as gestantes que tiveram parto no local perante a Classificação de Robson, estratificando as participantes conforme as situações de baixo ou alto risco presentes.

O serviço escolhido foi o Hospital Materno e Infantil de Brasília – Hmib, que é um centro de referência terciário na atenção à saúde materno-infantil do Distrito Federal, Brasília, Brasil, e por esta razão tem um grande número de internações para interrupção da gestação antes do trabalho de parto espontâneo por alguma situação de alto risco. Este fato repercute em um grande número de internações para indução do parto e/ou cesáreas antes do trabalho de parto.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal retrospectivo com dados secundários obtidos junto aos registros da equipe de saúde de gestantes que tiveram seu parto no Hmib. Foram incluídos todos os partos ocorridos entre 1º de janeiro de 2019 até 30 de junho de 2019 no Centro Obstétrico do Hmib. Foram acessados os prontuários eletrônicos das participantes e os livros de registros de procedimentos realizados no centro obstétrico para rastreamento e coleta de dados. Os dados foram compilados em tabelas, coletados por duas pesquisadoras com supervisão de um orientador, e foi realizada checagem de inconsistências na coleta, corrigidas após nova verificação dos dados. Na hipótese de dados ausentes, houve sinalização desta informação nas análises.

Foram incluídas todas gestantes que tiveram partos no Centro Obstétrico do Hmib. O limite considerado para definição de parto foi a idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou peso maior ou igual a 500 gramas (ZUGAIB; BITTAR; MIYADAHIRA, 2008). Foram excluídas as candidatas cujos partos não ocorreram no Centro Obstétrico do Hmib.

Foram analisados dados sobre paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea prévia), início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto), idade gestacional (pré-termo ou a termo), apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo). As mulheres foram agrupadas em um dentre os 10 grupos da Classificação de Robson, estratificando-se os dados conforme as características obstétricas e neonatais, incluindo situações de baixo ou alto risco presentes, tipo de parto, e resultados neonatais precoces de Apgar no 5o minuto (APGAR, 2015) e peso ao nascer; se apresentava doença fetal e qual o tipo de doença, e, dentre as portadoras de comorbidades maternas, quais comorbidades apresentadas.

A análise estatística foi realizada por meio do *software* IBM SPSS *Statistics* v.22. As conclusões dos testes foram produzidas com p-valores usando a faixa de corte tradicional de 5%. A probabilidade de significância utilizada em todos os testes de hipótese foi 0,05 e as comparações das variáveis categóricas foram realizadas pelos testes qui-quadrado de Pearson.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/Fepecs), sob o Parecer no 3.755.964. Foram mantidos o sigilo e a confidencialidade dos indivíduos participantes e dos dados coletados.

RESULTADOS

Foram analisados 1813 prontuários de gestantes assistidas a parto no intervalo de janeiro a junho de 2019 no Hmib. As características obstétricas das participantes do estudo estão descritas na tabela 1 e a distribuição da população do estudo nos 10 grupos da Classificação de Robson é apresentada na Tabela 2.

Tabela 1 – Características obstétricas das gestantes assistidas à parto segundo a Classificação de Robson no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019.
Brasília/DF - Brasil

Variáveis	n	%
Paridade		
Nulípara	671	37,1
Múltipara sem cesárea anterior	631	34,9
Múltipara com cesárea anterior	508	28
Total	1810*	100
Início do trabalho de parto		
Espontâneo	1212	66,8
Induzido	188	10,4
Cesárea antes do início do trabalho de parto	413	22,8
Total	1813	100
Idade gestacional		
< 37 semanas	253	13,9
37 semanas a 40 semanas e 6 dias	1426	78,7
≥ 41 semanas	134	7,4
Total	1813	100
Apresentação fetal		
Cefálica	1676	95
Pélvica	85	4,8
Transversa	4	0,2
Total	1756**	100
Número de fetos		
Único	1765	97,4
Múltiplo	48	2,6
Total	1813	100

*3 registros sem informação **Retirados da contagem os nascimentos múltiplos

Tabela 2 – Distribuição dos partos segundo a Classificação de Robson no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

Grupo	Cesáreas no grupo	Partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesárea do grupo (%)	Contribuição absoluta para taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesárea (%)
1	116	361	19,9	32,1	6,4	11,5
2	144	179	9,9	80,4	7,9	14,3
2a	38	73	4,0	52,1	2,1	3,8
2b	106	106	5,8	100,0	5,8	10,5
3	63	354	19,5	17,8	3,5	6,2
4	89	134	7,4	66,4	4,9	8,8
4a	33	77	4,2	42,9	1,8	3,3
4b	56	56	3,1	100,0	3,1	5,6
5	336	395	21,8	85,1	18,5	33,3
5.1	233	291	16,1	80,1	12,9	23,1
5.2	103	104	5,7	99,0	5,7	10,2
6	24	25	1,4	96,0	1,3	2,4
7	59	60	3,3	98,3	3,3	5,8
8	44	48	2,6	91,7	2,4	4,4
9	4	4	0,2	100,0	0,2	0,4
10	130	253	14,0	51,4	7,2	12,9
Total	1.009	1.813	100	55,7*	55,7*	100

* Taxa global de cesárea

Na Tabela 3 consta o cruzamento entre as variáveis e o tipo de parto e o resultado do teste de Qui-quadrado (r explica.qui) no grupo de Robson 1. Houve associação com o tipo de parto, o peso do recém nascido - RN e a presença de doença fetal, independente do tipo. RNs de peso acima de 4000g e a presença de doença fetal determinaram a escolha da cesariana.

Tabela 3 – Caracterização das gestantes do grupo 1 da Classificação de Robson, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea	%	Vaginal	%	Total	%	P valor
Apgar 5º minuto							
< 8	65	18.06	124	34.44	189	52.5	0.35
≥ 8	50	13.89	121	33.61	171	47.5	
Total	115**	31.94	245	68.06	360**	100	
Peso ao nascer							
< 2500g	4	1.11	11	3.06	15	4.17	0.002*
2500 a 4000g	103	28.61	231	64.17	334	92.78	
> 4000g	9	2.5	2	0.56	11	3.06	

Total	116	32.22	244**	67.78	360**	100	
Alto risco							
Sim	15	4.16	18	4.99	33	9.14	128
Não	101	27.98	227	62.88	328	90.86	
Total	116	32.13	245	67.87	361	100	
Doença							
Sim	15	4.16	2	0.55	17	4.71	
Não	101	27.98	243	67.31	344	95.29	0*
Total	116	32.13	245	67.87	361	100	
Doença fetal:							
Macrossomia	3	17.65	0	0	3	17.65	904
Malformação fetal	4	23.53	1	5.88	5	29.41	
Alteração de dopplerfluxometria	1	5.88	0	0	1	5.88	
Alteração de líquido amniótico	6	35.29	1	5.88	7	41.18	
Cardiopatia	1	5.88	0	0	1	5.88	
Total	15	88.24	2	11.76	17	100	

*p < 0,05 ** 1 registro sem informação

No grupo de Robson 2 e subgrupo 2a não houve associação entre o tipo de parto e as variáveis analisadas. No subgrupo 2b só existem dados de cesarianas.

Na tabela 4 se apresenta o cruzamento entre as variáveis e o tipo de parto e o resultado do teste de Qui-quadrado no grupo de Robson 3. Pode-se concluir que existe associação com o tipo de parto, se a gestante é considerada de alto risco e se há doença fetal, independente do tipo de doença. O fato da gestante não ter acompanhamento de alto risco e não haver doença fetal foi determinante na condução do parto vaginal.

Tabela 4 – Caracterização das gestantes do grupo 3 da Classificação de Robson, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea	%	Vaginal	%	Total	%	P valor
Apgar 5º minuto							
< 8	37	10.51	136	38.64	173	49.15	124
≥ 8	26	7.39	153	43.47	179	50.85	
Total	63	17.9	289	82.1	352	100	
Peso ao nascer							
< 2500g	4	1.14	15	4.27	19	5.41	332
2500 a 4000g	54	15.38	262	74.64	316	90.03	
>4000g	5	1.42	11	3.13	16	4.56	
Total	63	17.95	288	82.05	351	100	
Alto risco							
Sim	15	4.24	38	10.73	53	14.97	0.048*
Não	48	13.56	253	71.47	301	85.03	

Total	63	17.8	291	82.2	354	100	
Doença							
Sim	7	1.98	5	1.42	12	3.4	
Não	55	15.58	286	81.02	341	96.6	0.001*
Total	62	17.56	291	82.44	353	100	
Doença fetal:							
Macrossomia	2	15.38	4	30.77	6	46.15	208
Malformação fetal	2	15.38	1	7.69	3	23.08	
Alteração de líquido amniótico	3	23.08	0	0	3	23.08	
Ciur	1	7.69	0	0	1	7.69	
Total	8	61.54	5	38.46	13	100	

*p < 0,05

Na tabela 5, consta o cruzamento entre as variáveis e o tipo de parto e o resultado do teste de Qui-quadrado no subgrupo de Robson 4a. Pode-se concluir que existe associação com o tipo de parto, somente se há doença fetal, independente do tipo, sendo a ocorrência de doença fetal determinante para escolha de cesariana. O mesmo resultado é obtido ao se analisar o grupo 4 (P=0). No subgrupo 4b só existem dados de cesarianas.

Tabela 5 – Caracterização das gestantes do subgrupo 4a da Classificação de Robson, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea	%	Vaginal	%	Total	%	P valor
Apgar 5º minuto							
< 8	17	22.08	24	31.17	41	53.25	974
≥ 8	16	20.78	20	25.97	36	46.75	
Total	33	42.86	44	57.14	77	100	
Peso ao nascer							
< 2500g	0	0	4	5.26	4	5.26	167
2500 a 4000g	28	36.84	37	48.68	65	85.53	
> 4000g	4	5.26	3	3.95	7	9.21	
Total	32	42.11	44	57.89	76	100	
Alto risco							
Sim	12	15.79	11	14.47	23	30.26	358
Não	20	26.32	33	43.42	53	69.74	
Total	32	42.11	44	57.89	76	100	
Doença							
Sim	7	9.09	1	1.3	8	10.39	
Não	26	33.77	43	55.84	69	89.61	0.02*
Total	33	42.86	44	57.14	77	100	
Doença fetal:							
Macrossomia	2	25	0	0	2	25	592
Alteração de líquido amniótico	2	25	0	0	2	25	

Cardiopatia	1	12.5	0	0	1	12.5
Ciur	2	25	1	12.5	3	37.5
Total	7	87.5	1	12.5	8	100

*p < 0,05

Na tabela 6, se registra o cruzamento entre as variáveis e o tipo de parto e o resultado do teste de Qui-quadrado no subgrupo de Robson 5.1. Foi demonstrado que existe associação com o tipo de parto somente se há doença, sendo a presença de doença fetal determinante para escolha de cesariana. Como há somente cesáreas entre aqueles com doença, não foi possível especificar o teste para o tipo de doença fetal. O mesmo resultado é obtido ao se analisar o grupo 5 (P=0.008). No subgrupo 5.2 não houve associação com o tipo de parto.

Nos grupos de Robson 6, 7 e 8 não houve associação com o tipo de parto, e no grupo 9 todos os partos foram cesarianos.

Tabela 6 – Caracterização das gestantes do subgrupo 5.1 da Classificação de Robson, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea		Vagina		Total	%	P valor
		%	1	%			
Apgar 5º minuto							
< 8	118	40.83	34	11.76	152	52.6	297
≥ 8	114	39.45	23	7.96	137	47.4	
Total	232	80.28	57	19.72	289	100	
Peso ao nascer							
< 2500g	19	6.55	1	0.34	20	6.9	121
2500 a 4000g	197	67.93	55	18.97	252	86.9	
> 4000g	16	5.52	2	0.69	18	6.21	
Total	232	80	58	20	290	100	
Alto risco							
Sim	82	28.18	19	6.53	101	34.71	846
Não	151	51.89	39	13.4	190	65.29	
Total	233	80.07	58	19.93	291	100	
Doença							
Sim	30	10.31	0	0	30	10.31	0.008*
Não	203	69.76	58	19.93	261	89.69	
Total	233	80.07	58	19.93	291	100	

*p < 0,05

Na Tabela 7, se apresenta o cruzamento entre as variáveis e o tipo de parto e o resultado do teste de Qui-quadrado no grupo de Robson 10. Neste grupo houve as maiores associações, presentes com o tipo de parto, se a gestante é considerada de alto risco, se há doença fetal, e o tipo de doença, além do resultado de Apgar e peso do recém nato. Foram submetidas a maiores taxas de cesarianas: Gestantes de alto risco, presença de doença fetal e, dentre as doenças fetais, as que apresentaram alteração de dopplerfluxometria e de líquido amniótico e Ciur.

Tabela 7 – Caracterização das gestantes do grupo 10 da Classificação de Robson, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea	%	Vaginal	%	Total	%	P valor
Apgar 5º minuto							
< 8	100	40.16	81	32.53	181	72.69	0.041*
≥ 8	27	10.84	41	16.47	68	27.31	
Total	127	51	122	49	249	100	
Peso ao nascer							
< 2500g	88	35.2	67	26.8	155	62	0.05*
2500 a 4000g	41	16.4	54	21.6	95	38	
Total	129	51.6	121	48.4	250	100	
Alto risco							
Sim	73	28.85	33	13.04	106	41.9	0*
Não	57	22.53	90	35.57	147	58.1	
Total	130	51.38	123	48.62	253	100	
Doença							
Não	73	28.97	112	44.44	185	73.41	0*
Sim	57	22.62	10	3.97	67	26.59	
Total	130	51.59	122	48.41	252	100	
Doença fetal:							
Malformação fetal	3	3.49	5	5.81	8	9.3	0*
Alteração de dopplerfluxometria	20	23.26	0	0	20	23.26	
Alteração de líquido amniótico	15	17.44	3	3.49	18	20.93	
Cardiopatia	4	4.65	0	0	4	4.65	
Ciur	31	36.05	1	1.16	32	37.21	
Óbito Fetal	1	1.16	3	3.49	4	4.65	
Total	74	86.05	12	13.95	86	100	

*p < 0,05

Em relação ao tipo de comorbidade materna, houve associação apenas no grupo de Robson 10, e os resultados estão na Tabela 8. Presença de infecção materna, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão, seja gestacional ou crônica, foram associados a maiores taxas de cesarianas nos partos prematuros, grupo 10 de Robson.

Tabela 8 – Tipo de comorbidade materna pelo grupo de Robson 10, em função do tipo de parto ocorrido no Hospital Materno e Infantil de Brasília. 1º de janeiro a 30 de junho de 2019. Brasília/DF - Brasil

	Cesárea		Vagina		Total	%	P valor
		%	l	%			
Infecção	13	8.39	4	2.58	17	10.97	0.016*
Cardiopatía	5	3.23	1	0.65	6	3.87	
Psiquiátrica	4	2.58	1	0.65	5	3.23	
Pré eclâmpsia	33	21.29	4	2.58	37	23.87	
Hepatopatía	2	1.29	3	1.94	5	3.23	
Hematológica	5	3.23	0	0	5	3.23	
Diabetes gestacional	13	8.39	2	1.29	15	9.68	
Diabetes prévio	4	2.58	2	1.29	6	3.87	
Neuropatia	2	1.29	0	0	2	1.29	
Hipertensão gestacional	9	5.81	2	1.29	11	7.1	
Hipertensão crônica	18	11.61	1	0.65	19	12.26	
Tireoidopatía	2	1.29	0	0	2	1.29	
Outros	13	8.39	12	7.74	25	16.13	
Total	123	79.35	32	20.65	155	100	

*p < 0,05

DISCUSSÃO

A interpretação dos dados obtidos com a Classificação de Robson pode ser realizada a partir da verificação da qualidade dos dados, do tipo de população estudada e das taxas de cesáreas (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013; WHO, 2017).

Conforme dados obtidos junto ao Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número total de partos no Hmib no período do estudo foi 1974 (BRASIL, 2023). Comparativamente ao trabalho de Moresi *et al.* (2022) realizado no Hmib no período de janeiro a dezembro de 2019, os dados desta pesquisa estão mais aproximados ao do Painel; em relação aos dados proporcionais, encontramos resultados fidedignos ao estudo citado, realizado no ano de 2019 no Hmib. O grupo 9 desta pesquisa foi 0,2%, e a taxa de cesárea neste grupo foi 100%, podemos concluir que os dados coletados são de boa qualidade.

A soma dos grupos 1 e 2 representou 29,8% das participantes, o que reflete que a população analisada tem um número maior de múltiparas. A soma dos grupos 3 e 4 representa 26,9% das gestantes, e do grupo 5, 21,8%, o que significa que a taxa de cesárea foi elevada no passado desta população. Essa é uma consequência direta das altas taxas de cesarianas em nulíparas (grupos 1 e 2), em anos anteriores e, com os números crescentes de cesarianas no Brasil e no mundo, a população de mulheres classificadas nesse grupo tende a aumentar nos próximos anos (LEAL, 2012; CHONG; SU; BISWAS, 2012).

O grupo 5 representou um importante número de gestantes, característica que se aplica a todo o Brasil, expondo a grande quantidade de gestantes com história de cesariana prévia (GIBBONS, et al., 2010; WHO, 2011; FERREIRA, et al., 2015). Considerando-se que o número de mulheres no grupo 5 também aumenta ao se elevar a taxa de cesarianas nos demais grupos, o grupo 5 se torna um alvo nas buscas por redução nos índices de cesarianas, principalmente em ações para se promover, de forma segura, o parto vaginal após uma cesariana prévia.

A soma dos grupos 6 e 7 foi 4,7%, concordante com uma taxa elevada do grupo 10 (14%). Justamente por ser um hospital terciário referência em gestação e parto de alto risco, é esperado que o Hmib apresente uma taxa elevada no grupo 10. A taxa de cesárea neste grupo, 51,4%, reflete os partos prematuros indicados pela equipe médica do local. Esse dado pode significar um maior número de internações para cesariana antes do trabalho de parto, provavelmente por uma indicação médica de antecipação do parto, como, por exemplo, em casos de pré-eclâmpsia ou de Ciur. Estudos que busquem avaliar esse grupo específico também poderiam contribuir na análise da taxa global de cesarianas, pois a literatura atual sugere uma abordagem mais individualizada no que se refere ao momento oportuno para interrupção da gestação em diversas situações de alto risco. Essa preocupação objetiva a redução nas taxas de prematuridade, principalmente a prematuridade tardia, que há até pouco tempo não merecia tanta atenção em relação aos riscos para o recém-nascido (SPONG, et al., 2011).

A razão dos tamanhos entre os grupos 1 e 2 foi 2, o que pode indicar alta proporção de indução ou cesárea eletiva em nulíparas, coincidente com uma população de alto risco. A razão dos tamanhos entre os grupos 3 e 4 foi 2,6, o que corrobora para a qualidade dos dados obtidos. A razão dos tamanhos entre os grupos 6 e 7 foi 0,22, o que pode significar uma razão de nulíparas e múltiparas incomum ou coleta de dados inapropriada.

Considerando que a população tem um número maior de multíparas, os dados podem estar adequados.

Em relação à avaliação das taxas de cesáreas, o grupo 1 apresentou uma taxa de 32,1% e a taxa do grupo 2 foi 80,4%, sendo o tamanho do subgrupo 2a, 4%, com uma taxa de cesárea de 52,1%, e tamanho do subgrupo 2b, 5,8%. A taxa do grupo 3 foi 17,8%, alta. A taxa de cesárea do grupo 4, 7,4%, com o tamanho do subgrupo 4a, 4,2%, com uma taxa 42,9%, e tamanho do subgrupo 4b, 3,1%. Estas taxas são expressivamente maiores que as taxas indicadas pela OMS e interpretadas por Robson, sendo até 10% no grupo 1, entre 20-30% no grupo 2, até 3% no grupo 3 e menor que 15% no grupo 4 (WHO, 2017). Uma possibilidade para explicação das taxas elevadas nos grupos 1, 2, 3 e 4 é justamente o cenário de uma maternidade de alto risco, uma vez que não é parte da realidade do Hmib uma rotina de cesáreas realizadas por desejo materno ou para realização de laqueadura tubária (RIBEIRO; COELHO; DALLA COSTA, 2021).

A taxa do grupo 5 foi 85,1%, sendo o tamanho do subgrupo 5.1, 16,1% e taxa de 80,1%, e o tamanho do subgrupo 5.2, 5,7% com uma taxa de 99%. A taxa do grupo 8 foi 91,7%. Pela OMS e pela interpretação de Robson, taxas apropriadas para o grupo 5 situam-se em 50-60% e para o grupo 8 cerca de 60%. Estes dados podem refletir uma prática local de priorizar cesarianas em mulheres com cesáreas prévias ou gestações múltiplas, além do cenário de alto risco local. No grupo 10 a taxa de cesáreas foi 51,4%, acima de 30%, dado concordante com o esperado numa maternidade de alto risco (WHO, 2017).

A contribuição relativa dos grupos 1, 2 e 5 para a taxa global de cesáreas foi 59,1%, estando abaixo da contribuição usual de 66% indicada por Robson. Uma possibilidade para justificar este dado seja a alta taxa de cesarianas que foi encontrada no grupo 10 (gestações pré-termo, com feto único em apresentação cefálica), como já explicado anteriormente. A contribuição relativa do grupo 5 foi 33,3%, o que reflete as taxas de cesáreas em anos anteriores nos grupos 1 e 2.

Ao se analisar a situação dos grupos de Robson em função do tipo de parto, cesariano ou vaginal, e características obstétricas e o resultado neonatal precoce, nos grupos 2 e 2a, 6, 7 e 8 não houve associação com o tipo de parto. No grupo 1, RNs acima de 4000g foram submetidos a cesárea, concordante com protocolo da unidade (RIBEIRO; COELHO; DALLA COSTA, 2021). No grupo 3 as gestantes de baixo risco e sem doenças fetais tiveram em sua maioria partos vaginais, conforme preconizado pela OMS.

Neste estudo, a presença de doença fetal determinou a escolha da cesariana nos grupos de Robson 1, 4 e 4a, 5 e 5.1, e 10. A decisão de realizar uma cesariana baseia-se principalmente na questão do que é melhor ou pode resguardar o binômio mãe-bebê, e também pode variar de acordo com a região e a etnia da população analisada (GAO et al., 2013; MYLONAS; FRIESE, 2015). As indicações para cesariana podem ser divididas em indicações absolutas e relativas, e tais indicações são constantemente revisadas conforme novas condutas médicas protocolares são adotadas. Mormente, espera-se que as taxas globais de cesarianas em hospitais terciários sejam superiores aos hospitais de menor escalonamento, pela própria natureza do serviço (LIU, et al., 2014).

Porém, nos grupos de Robson 1, 4 e 4a, e 5 e 5.1, foi notável a associação entre a presença de doença fetal e cesariana, sem discriminação do tipo de doença. A presença de doença fetal pura e simplesmente, não se enquadra em indicações absolutas de cesarianas. Inclusive, o uso excessivo de tecnologia desnecessária em mulheres sem indicação não está associado a melhorias significativas em termos de resultados maternos e neonatais e contribui para o crescente número de procedimentos cirúrgicos (TOGNON, et al., 2019). A partir deste dado pressupõe-se que o Hmib pode beneficiar-se de programas educacionais para sua equipe de saúde que incentivem o aumento dos partos vaginais nestes grupos, até mesmo com o acompanhamento e análise persistente dos grupos de Robson.

No grupo 10, a cesárea relacionou-se, além da presença de doença fetal, mais especificamente a alteração de dopplerfluxometria e de líquido amniótico e o Ciur, além do alto risco materno e presença de comorbidade materna (presença de infecção materna, pré eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão, seja gestacional ou crônica).

No estudo realizado por Santos, Campos e Duarte em 2013 numa maternidade-escola de Maceió, no Brasil, o trabalho de parto prematuro foi a doença mais frequentemente envolvida na gestação de alto risco, achado que é corroborado pela literatura. Há ampla literatura que reforça a relação entre nascimentos pré-termo e infecções do trato genital, alterações de dopplerfluxometria, alterações do volume do líquido amniótico e Ciur, diabetes, hipertensão na gestação (SILVA, et al., 2009; WHO, 2015b). Entretanto, não há evidências suficientes para avaliar os danos e benefícios da cesárea versus parto vaginal planejado para bebês prematuros. Ademais, existem consequências indesejáveis conhecidas associadas à cesárea para a mãe, independentemente da idade gestacional ao nascer.

A cesárea deve ser realizada apenas para indicações obstétricas, não havendo evidências suficientes para apoiar o parto rotineiro de prematuros por cesárea em vez de parto vaginal, independentemente da apresentação fetal (WHO, 2015b). Uma política de cesáreas sem indicações obstétricas estabelecidas, em detrimento ao parto vaginal para os prematuros, aumenta significativamente os custos com assistência médica, não apenas para realizar a intervenção, mas também para gerenciar possíveis morbidades maternas. Ademais, contribui ainda mais para o aumento das taxas globais de cesáreas (WHO, 2015 b).

As crianças nascidas pré-termo têm um risco elevado de adoecer e morrer em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal e maior suscetibilidade às infecções, mais frequentes pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais (GOLDENBERG, et al., 2008; SILVA, et al., 2009; WHO, 2015b). Portanto, é imprescindível atuar na prevenção dos fatores associados ao parto prematuro, sejam de âmbito socioeconômico e médico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se por este estudo que o Hmib apresenta uma alta taxa de cesáreas, o que poderia ser explicado por se tratar de uma maternidade referência para gestantes de alto risco. Porém ainda assim, percebe-se que as taxas de cesarianas ainda podem ser potencialmente diminuídas em mulheres com cesáreas prévias, apresentações pélvicas a termo e gestações múltiplas a termo, exceto em casos com primeira apresentação pélvica. Uma abordagem sugerida é permitir que o trabalho de parto continue por um período mais longo antes de 6 cm de dilatação cervical e aumentar a taxa de tentativa de parto vaginal após cesariana (ZHANG, et al., 2018).

Ressalta-se também a importância do uso da Classificação de Robson como instrumento para conhecimento do perfil das usuárias por meio das características obstétricas, além de colaborar para o acompanhamento, planejamento e tomada de decisões da equipe. A principal vantagem desta classificação é a possibilidade do seu uso prospectivo, proporcionando dados para um entendimento das possíveis causas das variações das taxas de cesáreas nos grupos e para ação imediata na diminuição das taxas. A classificação tem sua utilidade até mesmo em um cenário de uma maternidade de alto risco, proporcionando dados que direcionam os focos de atenção na rotina de manter a

vigilância visando uma taxa adequada de cesáreas. Assim, para possibilitar esse feito, propõe-se a partir deste trabalho a adoção de um protocolo de uso da classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto públicas do Distrito Federal, em Brasília, Brasil.

As limitações do presente estudo estão relacionadas à escassez de material publicado sobre a Classificação de Robson direcionada às maternidades de alto risco, e, por se tratar de um estudo observacional, as associações relatadas em nossa análise podem não ser necessariamente causais.

Destacam-se a relevância do tema e a necessidade de outras pesquisas para esclarecer os distintos fatores que influenciam a escolha da via de parto em partos no cenário de alto risco, como a análise da proporção de mulheres internadas para cesárea antes do trabalho de parto, as indicações das cesáreas e a idade gestacional à admissão, no sentido de reduzir as taxas de cesarianas e promover uma assistência de qualidade, com o mínimo de intervenções possíveis no binômio mãe-bebê.

Não há conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. **Anesthesia and analgesia**, v. 120, n. 5, p. 1056–1059, 2015. 10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c

BETRÁN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 98–113, 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>

BETRÁN, A. P. et al. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. **PloS one**, v. 9, n. 6, p. e97769, 2014. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>

BRASIL. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Ministério da Saúde [Internet]; 2022. 694p. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson)**. 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/>

CHONG, C.; SU, L. L.; BISWAS, A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. **Acta obstetricia et**

gynecologica Scandinavica, v. 91, n. 12, p. 1422–1427, 2012. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01529.x>

FERREIRA, E. C. et al. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. **International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 129, n. 3, p. 236–239, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.026>
GAO, Y. et al. An analysis of the indications for cesarean section in a teaching hospital in China. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 170, n. 2, p. 414–418, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.08.009>

GIBBONS, L. et al. **The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage**. Health Systems Financing. World Health Report 2010, 30. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/whr-2010-background-paper-30.pdf?sfvrsn=6f722c7a_3&download=true

GOLDENBERG, R. L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, v. 371, n. 9606, p. 75–84, 2008. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60074-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60074-4)

LEAL, M. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive health**, v. 9, n. 1, 2012. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>

LIU, Y. et al. A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, 2014. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-014-0410-2>

LOW, J. Caesarean section—past and present. **Journal d’obstetrique et gynecologie du Canada [Journal of obstetrics and gynaecology Canada]**, v. 31, n. 12, p. 1131–1136, 2009. [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34373-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34373-0)

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

MORESI, E. H. C. et al. Robson Classification for cesarean section in a Public Hospital in Distrito Federal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 4, p. 1035–1042, 2022. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040017>

MYLONAS, I.; FRIESE, K. Indications for and risks of elective cesarean section. **Deutsches Arzteblatt international**, 2015. <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>

RIBEIRO, Larissa M; COELHO, Leonardo A; DALLA COSTA, Ellen T. **Manual de Condutas Obstétricas do Hospital Materno Infantil de Brasília**. 1ª edição. Brasília, Distrito Federal: Luan Comunicação, 2021. ISBN 978-65-995783-0-4

ROBSON, M. S. Classification of caesarean sections. **Fetal and maternal medicine review**, v. 12, n. 1, p. 23–39, 2001. <http://dx.doi.org/10.1017/s0965539501000122>

ROBSON, M.; HARTIGAN, L.; MURPHY, M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. Best practice & research. **Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 27, n. 2, p. 297–308, 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>

SANTOS, D. T. A.; CAMPOS, C. S. M.; DUARTE, M. L. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 13–22, 2013. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687)

SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 10, p. 2125–2138, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009001000004>

SPONG, C. Y. et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. **Obstetrics and gynecology**, v. 118, n. 2, p. 323–333, 2011. <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0b013e3182255999>

TOGNON, F. et al. Analysis of caesareansection and neonatal outcome using the Robson classification in a rural district hospital in Tanzania: an observational retrospective study. **BMJ open**, v. 9, n. 12, p. e033348, 2019. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033348>

TORLONI, M. R. et al. Classifications for cesarean section: A systematic review. **PloS one**, v. 6, n. 1, p. e14566, 2011. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1819–1829, 2006. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68704-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68704-7)

VILLAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **BMJ**, v. 335, n. 7628, p. 1025, 2007. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate technology for birth**. *Lancet*, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)92750-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(85)92750-3).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. World Health Organization. Montevideu, 2011. <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO statement on cesarean section rates**. World Health Organization (2015, a). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes**. (2015, b).

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Robson classification: implementation manual.** World Health Organization (2017). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259512>.

ZHANG, J.-W. et al. In which groups of pregnant women can the caesarean delivery rate likely be reduced safely in the USA? A multicentre cross-sectional study. **BMJ open**, v. 8, n. 8, p. e021670, 2018. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021670>.

ZUGAIB, Marcelo; BITTAR, Roberto Eduardo; MIYADAHIRA, Seizo. **Estatísticas Vitais e suas Definições.** In: Zugaib M (Ed.). Zugaib Obstetrícia. Barueri-SP: Manole, 2008. cap. 1, p.58-69.