

Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública

Study of cesarean section incidence according to Robson Classification in a public maternity hospital

Lais Flávia Silva¹, Carolina Piffer Soncin de Almeida¹, Damaris de Freitas Batista¹, Corintio Mariani Neto¹

Descritores

Cesárea; Obstetrícia;
Classificação de Robson

Keywords

Cesarean section; Obstetrics;
Robson classification

RESUMO

Objetivo: Analisar, na população obstétrica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), os grupos que contribuem mais substancialmente para a taxa de cesariana, utilizando a Classificação de Robson. **Métodos:** Trata-se de uma análise secundária de dados provenientes de um estudo realizado no HMLMB que objetivou identificar a proporção de partos cesáreos e vaginais no ano de 2016. Assim, propusemos uma análise desses dados apoiada em uma revisão bibliográfica, identificando as principais contribuições da Classificação de Robson nesse hospital e comparando com serviços similares. **Resultados:** Os grupos de 1 a 5 representaram 87,4% das pacientes atendidas, com predomínio dos grupos 5 (21,7%), 3 (20,9%) e 2 (19,4%). A taxa geral de cesáreas foi de 41,8% no HMLMB em 2016, com maior contribuição dos grupos 5 (41,1%) e 2 (28,7%). Destacaram-se as baixas taxas de cesáreas nos grupos 1 (4,5%) e 3 (1,3%), quando comparadas com as taxas de instituições similares. **Conclusão:** É necessário investir em estratégias mais eficientes para reduzir as taxas de cesáreas. Com os resultados observados no HMLMB, é possível sugerir uma revisão de protocolos referentes ao preparo do colo do útero e indução eletiva do parto em nulíparas, bem como investir no implemento do parto vaginal após cesárea.

ABSTRACT

Objective: To analyze within the obstetric population of the Leonor Mendes de Barros Maternity Hospital (LMBMH), the groups that contribute most substantially to the cesarean section rate using the Robson Classification. **Methods:** This is a secondary analysis of data from a study conducted at the LMBMH that aimed to identify the proportion of cesarean and vaginal deliveries in 2016. Thus, we proposed an analysis of these data supported by a literature review, identifying the main contributions of the Robson Classification in this hospital and comparing with similar services. **Results:** Groups 1 to 5 represented 87.4% of the patients treated, with emphasis on groups 5 (21.7%), 3 (20.9%) and 2 (19.4%). The overall cesarean section rate at LMBMH in 2016 was 41.8%, with the largest contribution from groups 5 (41.1%) and 2 (28.7%). We highlight the low rate of cesarean sections in groups 1 (4.5%) and 3 (1.3%), when compared with the rates of similar institutions. **Conclusion:** It is necessary to invest in more efficient strategies to reduce cesarean rates. Looking at the results in the LMBMH, it is possible to suggest a review of protocols related to cervical preparation and elective induction of labor in nulliparas, as well as investing in the implementation of vaginal delivery after cesarean section.

Submetido:
09/12/2019

Aceito:
14/02/2020

1. Faculdade de Medicina da
Universidade Cidade de São Paulo,
São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Lais Flávia Silva
laisflavia_23@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As taxas de cesariana vêm aumentando significativamente em todo o mundo nos últimos 30 anos, sendo, hoje, a intervenção obstétrica mais comum. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, recomenda que as taxas de cesáreas devam representar, no máximo, 15% dos partos totais, embora comunidades internacionais apontem para a necessidade de reavaliar essa recomendação,^(1,2) visto que as taxas mundiais ultrapassam largamente essa proposta. A proporção de cesáreas é de cerca de 17% nos países nórdicos,⁽³⁾ 25% na América do Norte, 30% na América Central, mais de 30% em países europeus e 40% em países latino-americanos,⁽⁴⁾ atingindo no Brasil um valor de 56%,⁽⁵⁾ com diferenças entre os setores público e privado.^(4,6-10) Entre 1990 e 2014, os maiores aumentos absolutos de cesáreas foram na América Latina e no Caribe (19,4%).⁽¹¹⁾

A preocupação quanto ao aumento dessas taxas ocorre devido às consequências negativas relacionadas à saúde materna e neonatal,⁽⁵⁾ além dos gastos financeiros. Makhanya *et al.*⁽¹²⁾ relataram que, se as taxas de cesarianas fossem reduzidas para 15%, haveria economia de custos globais de aproximadamente US\$ 2,32 bilhões. Sendo assim, para diminuir essas taxas, evitando as complicações operatórias e pós-operatórias, seria necessário identificar quais grupos de mulheres estão colaborando para esse aumento e investigar as razões subjacentes para essas tendências, visto que, em grande parte, são impulsionados por cesarianas sem indicação clínica.⁽¹³⁻¹⁵⁾

Logo, a identificação desses grupos, por meio de uma classificação internacional, possibilita a comparação das taxas de cesáreas em todas as populações. Isso contribui para a identificação das cesáreas em grupos específicos e facilita o monitoramento, manejo da paciente e seu cuidado clínico, permitindo a elaboração de medidas, a fim de diminuir essas taxas.⁽¹⁶⁾

Em uma revisão sistemática, Torloni *et al.*⁽¹⁷⁾ identificaram a Classificação de Robson como a mais adequada para comparar as taxas de cesarianas, uma vez que utiliza informações obstétricas que são rotineiramente registradas, além disso podem ser aplicadas prospectivamente. Em 2015, a OMS⁽¹⁾ preconizou que os países e as instituições de saúde adotassem a Classificação de Robson⁽¹⁸⁾ para avaliação, monitorização e comparação entre as instituições acerca da taxa de cesárea.⁽¹⁹⁻²³⁾

Essa classificação avalia a taxa de cesáreas entre mulheres com diferentes características obstétricas. Nela se utilizam cinco conceitos para classificar todas as gestantes em um dos 10 grupos, o que significa que é uma classificação totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva. Os cinco conceitos são: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional.

Posteriormente, houve a necessidade de adaptações propostas pelos usuários, gerando subdivisões nos grupos

2, 4 e 5 (Quadro 1). Os grupos 2 e 4 foram subdivididos em indução de parto (2a/4a) e cesárea eletiva antes do parto (2b/4b). O grupo 5 foi subdividido em uma cesárea anterior (5a) e duas ou mais cesáreas anteriores (5b).

Analisar, na população obstétrica do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), os grupos que contribuem mais substancialmente para a taxa de cesariana, utilizando a Classificação de Robson.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise secundária de dados provenientes de um estudo realizado no HMLMB que, por

Quadro 1. Classificação de Robson

Grupo	Subgrupo	Descrição
1	-	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
2	A	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido
	B	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas a 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	A	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo trabalho de parto é induzido
	B	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto
5	A	Múltiparas com 1 cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
	B	Múltiparas com 2 ou mais cesáreas anteriores, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
6	-	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica
7	-	Todas as múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
8	-	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
9	-	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
10	-	Todas as gestantes com feto único, cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2015).⁽¹⁾

meio de informações obtidas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc),⁽²⁴⁾ objetivou identificar a proporção entre os partos cesáreos e vaginais no ano de 2016. A partir dessas informações, o estudo, por meio da Classificação de Robson, identificou o número de partos cesáreos, categorizando-os nos 10 grupos; calculou a taxa relativa de cesáreas por grupo e apontou a contribuição absoluta de cada grupo para a taxa geral de cesáreas. Identificou também as taxas de cesáreas em três maternidades públicas municipais da cidade de São Paulo, a média do município de Belo Horizonte (BH), bem como a taxa na *National Maternity Hospital*, Dublin – Irlanda (Maternidade de Dublin), e as comparou com os resultados do HMLMB.

Fundamentados neste trabalho, propusemos uma análise dos dados apoiada em uma revisão bibliográfica na tentativa de identificar as principais contribuições do Sistema de Classificação de Robson no monitoramento das taxas de cesariana no âmbito internacional e comparar com os dados obtidos do HMLMB. As bases consultadas foram PubMed, Medline, Lilacs e SciELO. Os artigos selecionados foram os publicados no período de 2007 a 2017, utilizando os seguintes descritores: [(cesarean) OR (cesarean section) OR (cesarean) OR (cesarean section) AND (Robson Classification) OR (10-group classification) OR (10-class classification) AND (rate)].

Somando-se todas as publicações, foram encontrados 108 artigos. Os critérios de exclusão partiram da leitura dos títulos e resumos com o propósito de identificar os objetivos apresentados por cada trabalho e discriminá-los de acordo com o enfoque abordado. Diante disso, foram excluídos os estudos que não demonstravam as taxas de cesarianas em relação à Classificação de Robson; utilizavam a Classificação de Robson modificada; restringiam-se a avaliar as taxas de morbidade, mortalidade perinatal e materna e aqueles que não traziam um objetivo definido (Figura 1).

Além disso, alguns artigos eram iguais entre as bases de dados e outros abordavam diferentes assuntos da área da ginecologia e obstetrícia. A partir disso, 41 artigos foram incluídos e também fundamentaram a elaboração deste trabalho.

RESULTADOS

A partir da análise do tipo de parto, foi possível identificar as taxas de cesáreas e de partos vaginais realizados nas maternidades paulistas. A proporção de partos cesáreos na cidade de São Paulo, no período de 2001 a 2016, foi crescente. O ano de 2013 indicou a maior porcentagem, 58,5%, e 2001, os menores valores, 48,8% (Figura 2). Já o HMLMB teve oscilações que diferiram do padrão apresentado pelas demais maternidades da cidade, posto que a maior taxa ocorreu em 2003 e a menor, em 2011. Apesar disso, em números absolutos, as taxas de partos vaginais foram sempre maiores que as de cesarianas (Figura 2).

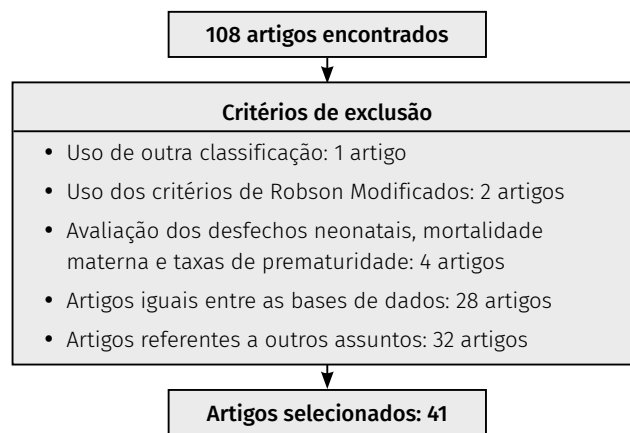
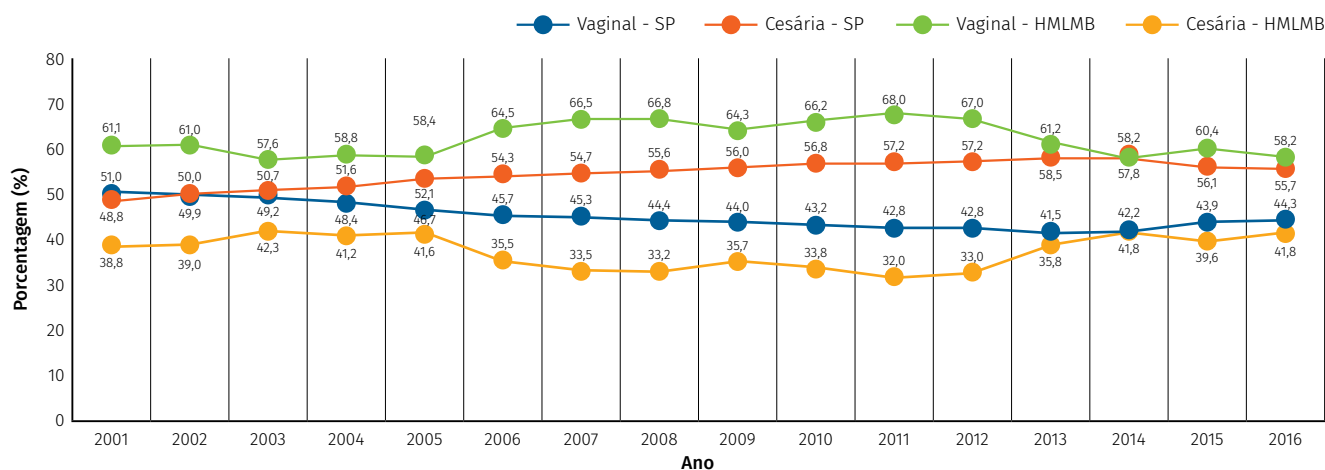


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos



HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

Fonte: Ministério da Saúde (2016).⁽²⁴⁾

Figura 2. Proporção de cesáreas e partos vaginais no HMLMB (Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros) e na cidade de São Paulo

Com os dados do HMLMB referentes ao número de partos, sejam eles do tipo vaginal ou cesáreo (4.746), e o total de cesáreas (1.985) no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2016, foi possível calcular:

- A taxa geral de cesáreas do hospital (41,8%): que é a soma da quantidade de cesáreas em relação à quantidade de partos realizados em todos os grupos;
- O tamanho de cada grupo: que é a soma da quantidade de partos realizados por grupo em relação ao número total de partos realizados nesse período;
- A taxa de cesáreas de cada grupo, que é a relação da quantidade de cesáreas de cada grupo com a quantidade de partos daquele mesmo grupo;
- A contribuição absoluta dos respectivos grupos para a taxa de cesáreas desse hospital, que corresponde à relação entre o número de cesáreas de cada grupo e o número total de partos realizados nesse período;
- A contribuição relativa dos respectivos grupos para a taxa de cesáreas desse hospital, que corresponde à relação entre o número de cesáreas de cada grupo e o número total de cesáreas realizadas nesse período.

Em relação ao tamanho de cada grupo, os dois maiores foram o 5 (uma ou mais cesáreas anteriores), com 21,7%, e o 3 (múltiparas de termo, apresentação cefálica, em trabalho de parto espontâneo), com 20,9%. Juntos, corresponderam a 42,6% do total de parturientes atendidas. Os menores grupos foram o 9 (feto único em situação transversa ou oblíqua), que representou 0,1% da

amostra, o 7 (múltiparas, feto único em apresentação pélvica) e o 6 (feto único pélvico em nulíparas), ambos com 0,7% cada.

As maiores taxas de cesáreas foram observadas nos grupos 9 (100%), 8 (todos os gemelares), com 88,8%, 5 (79,1%) e 6 (74,2%). Neste estudo, demos destaque para os grupos de 1 a 5, que representaram quase 90% da população atendida. Os grupos de 6 a 10 constituíram minoria dos casos em termos absolutos e representaram por si só indicação quase absoluta de cesárea, motivos pelos quais não foram incluídos na comparação com os resultados de outras instituições similares.

As menores taxas de cesáreas foram encontradas nos grupos 3 (1,3%) e 1 (nulíparas de termo, apresentação cefálica, em trabalho de parto espontâneo), com 4,5%. Em relação à contribuição absoluta para as taxas de cesárea, foi observado que os grupos 2 e 5 são os que mais contribuíram, com 12,0% e 17,2%, respectivamente.

A contribuição relativa de cada grupo de Robson para a taxa de cesáreas no hospital foi obtida pela relação entre o número de cesáreas de cada grupo com o número total de cesáreas realizadas no hospital (%). Na prática, os grupos 5 e 2 foram os que mais contribuíram para a taxa de cesárea da instituição. Juntos, representaram quase 70% das cesáreas realizadas no período (Tabela 1).

A partir dos dados de três hospitais públicos municipais com características semelhantes às do HMLMB, foi possível estabelecer uma comparação entre as instituições no período de estudo. O HMLMB foi o que apresentou a maior taxa geral de cesáreas (41,8%). Nos demais, a taxa variou entre, aproximadamente, 20% e 30%.

Mesmo com a maior taxa global de cesáreas, o HMLMB apresentou o menor índice para o grupo 1 (nulíparas de

Tabela 1. Relatório de Robson do HMLMB*

Grupo	Relação cesáreas/ partos (n)	Tamanho do grupo (%)	Cesáreas no grupo (%)	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesáreas (%)
1	32/717	15,1	4,5	0,7	1,6
2	570/920	19,4	62,0	12,0	28,7
3	13/990	20,9	1,3	0,3	0,7
4	180/487	10,3	37,0	3,8	9,1
5	816/1.032	21,7	79,1	17,2	41,1
6	23/31	0,7	74,2	0,5	1,2
7	23/35	0,7	65,7	0,5	1,2
8	151/170	3,6	88,8	3,2	7,6
9	4/4	0,1	100,0	0,1	0,2
10	173/360	7,6	48,1	3,6	8,7
Total	1.985/4.746	100,0	41,8	41,8	100,0

* HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

termo, feto único cefálico em trabalho de parto espontâneo): 4,5%, como já descrito. Nos outros hospitais, essa taxa foi três a quatro vezes maior. Como se observa na tabela 2, a taxa do HMLMB também foi menos que a metade da taxa global observada no município de Belo Horizonte (BH) e bastante inferior à da Maternidade de Dublin (serviço do professor Robson, criador da classificação).

No grupo 2 (nulíparas de termo, feto único cefálico, submetidas a indução do parto ou cesárea antes do trabalho de parto), a taxa de cesáreas do HMLMB (62,0%) superou a de todas as outras maternidades avaliadas, chegando a ser quase o dobro da de Dublin (34,7%). No subgrupo 2a, o HMLMB apresentou a menor taxa, 18,8%, inferior à dos outros hospitais paulistanos citados acima, nos quais chegou a 41%.

Para o grupo 3 (múltiplas de termo, feto único cefálico em trabalho de parto espontâneo), a taxa de cesáreas do HMLMB (1,3%) foi muito semelhante à do serviço do professor Robson e, aproximadamente, de metade a um quarto das observadas nas outras instituições públicas de São Paulo e a média de BH. No grupo 5 (múltiplas com uma ou mais cesáreas anteriores), a taxa global do HMLMB (79,1%) superou todas as demais, que estiveram abaixo de 50%. Mesmo levando-se em conta apenas o subgrupo 5a (múltiplas com uma cesárea anterior), a taxa do HMLMB foi de quase 70%, muito acima das demais, todas abaixo de 50% (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Tendo em vista que a maioria das parturientes do HMLMB se enquadra nos grupos de 1 a 5, sendo o maior grupo o 5, seguido pelo grupo 3, e que nos grupos 6 a 10 não são possíveis grandes intervenções para mudanças importantes devido às suas características e a maior associação aos desfechos desfavoráveis,⁽²⁵⁾ nossa análise enquadra-se naqueles cinco primeiros grupos.

Ao analisar especificamente as taxas de cesáreas de cada grupo da Classificação de Robson, observa-se que

no grupo 1 o HMLMB apresentou a menor taxa. Desse modo, o HMLMB se mostra capaz de evitar cesáreas, com uma taxa abaixo das dos outros três hospitais comparados, inclusive, menor do que a taxa da Maternidade de Dublin. Isto é, a gestante nulípara em trabalho de parto espontâneo muito provavelmente concluirá o parto via vaginal. Ferreira *et al.*⁽⁴⁾ e Brennan *et al.*⁽²⁶⁾ descreveram que uma possível justificativa para tal percentual é que o grupo 1 é potencialmente mais suscetível à correção intraparto de distocias, incluindo para isso o uso de ocitocina.

Em relação ao grupo 2, as taxas de cesárea foram altas em todas as instituições, sendo maior no HMLMB. Estudos internacionais, confirmam que o percentual desse grupo é universalmente alto.^(27,28) Entretanto, ao comparar o subgrupo 2a com os outros hospitais, percebe-se que o HMLMB possui a menor porcentagem, o que evidencia que as tentativas de indução de parto realizadas são efetivas e que a maior contribuição do grupo 2 é causada pelo subgrupo 2b, ou seja, de cesáreas eletivas. Nesse subgrupo estão incluídas as nulíparas que foram submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto. O alto número de cesáreas eletivas pode ser explicado devido ao fato de o HMLMB ser referência para gestações de alto risco, fato que pode ser relacionado à taxa geral de cesáreas, que é maior do que a dos demais hospitais. Nota-se que a taxa de cesáreas no subgrupo 2a tem uma variação de 23% entre as várias instituições, pois é reflexo da seleção de gestantes e do método utilizado para indução de parto.

Segundo Vogel *et al.*,⁽²²⁾ as altas taxas de cesáreas nesse grupo refletem no aumento das taxas do grupo 5, uma vez que se sabe que o maior uso da primeira cesárea pode aumentar a necessidade de repetição do procedimento em gestações subsequentes, o que poderia ter sido evitado.

O grupo 3 de Robson também mostrou uma baixa porcentagem de cesáreas, menor que a dos outros hospitais e muito semelhante à taxa da Maternidade de Dublin,

Tabela 2. Comparação das taxas de cesárea no HMLMB* com outros 3 hospitais municipais, Belo Horizonte e Maternidade de Dublin

Taxa de cesárea	HMLMB (%)	Hospital 1 (%)	Hospital 2 (%)	Hospital 3 (%)	Belo Horizonte (%)	Maternidade de Dublin (%)
Geral	41,8	23,2	27,2	32,5	30,0	21,4
Grupo 1	4,5	12,2	12,3	18,6	11,0	7,5
Grupo 2	62,0	49,0	36,4	41,9	40,0	34,7
Subgrupo 2a	18,8	41,2	24,7	28,9	-	-
Grupo 3	1,3	4,1	2,3	4,5	4,0	1,1
Grupo 5	79,1	49,3	61,0	59,9	73,0	61,0
Subgrupo 5a	97,9	92,6	95,1	97,3	-	-
Subgrupo 5b	67,9	34,7	45,8	47,9	-	-

* HMLMB: Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros.

para a qual contribuiu o fato de que as parturientes desse grupo possuem parto vaginal anterior. Esse dado mostra-se muito positivo para o HMLMB, em razão de ser o segundo grupo de maior tamanho atendido no hospital, revelando que o acompanhamento dessas parturientes, na grande maioria das vezes, visa ao parto via vaginal.

Uma grande preocupação é em relação ao grupo 5, já que o HMLMB possui também a maior taxa de cesáreas em comparação aos outros hospitais de São Paulo, assim como a Belo Horizonte e à Maternidade de Dublin, o que mostra uma grande tendência à realização de cesárea em pacientes que possuem uma ou mais cesáreas anteriores. Uma justificativa possível para esse resultado foi descrita por Tan *et al.*⁽²⁹⁾ a partir de um estudo prospectivo realizado no Hospital Geral de Singapura, que concluiu que o atual clima médico-legal e as preocupações em relação ao risco de ruptura uterina na tentativa de parto vaginal após cesárea (PVPC) contribuem para o aumento global das taxas de cesárea no grupo 5. Assim, os autores acreditam que encorajar o parto via vaginal no pré-natal, após uma cesárea é uma ação efetiva para a diminuição das taxas de cesáreas nesse grupo. Ainda, tendo como justificativa o clima médico-legal e as preocupações acerca dos desfechos desfavoráveis, Maso *et al.*⁽³⁰⁾ relatam que muitas instituições alegam que uma tentativa fracassada de partos vaginais após cesarianas está associada a mais complicações do que a repetição eletiva.

No entanto, o acesso aprimorado ao PVPC tem sido recomendado com base nos achados atuais sobre sua segurança, quando comparado à repetição da cesárea. Kelly *et al.*,⁽³¹⁾ em um estudo retrospectivo em uma maternidade do Canadá, indicaram que 60% a 80% das mulheres são capazes de passar por um PVPC seguro. Para isso, é importante selecionar adequadamente o momento do amadurecimento do colo do útero e da indução do parto, o que guiará a melhor conduta. Como exemplo, Guida *et al.*,⁽³²⁾ em um estudo transversal retrospectivo em um centro terciário no Brasil, utilizaram com sucesso a sonda de Foley, seguida de ocitocina, para mulheres com a pontuação de Bishop acima de 6.

Para tentar explicar as diferenças percentuais entre os hospitais analisados, indagamos a respeito da possibilidade da existência de protocolos para indicação de cesárea que variem entre as instituições. Apesar da existência de diretrizes específicas para manejo de alterações dos padrões de frequência cardíaca fetal, de mulheres com cesárea prévia e outras situações, sabe-se que existem variações interinstitucionais na avaliação clínica dessas condições e seu respectivo protocolo. Maso *et al.*⁽³⁰⁾ afirmam que diferentes instituições podem possuir diferentes limites para diagnosticar parada de dilatação e descida fetal, ou ainda diferentes limiares para realização de cesárea após a indução de parto, além de diferentes motivos para a indicação de cesárea eletiva. Portanto, como recomendado por Colais *et al.*,⁽³³⁾ a ausência do conhecimento de tais protocolos, somada

ao fato de que a Classificação de Robson não abrange os fatores que levaram à escolha do parto cesáreo, pode representar um viés para a simples comparação entre os hospitais.

Diante disso, identifica-se que os grupos 2 e 5 tiveram maiores contribuições absolutas para a taxa de cesáreas dentro do HMLMB, e ambos se destacam também em relação à contribuição relativa. Sendo assim, é importante manter a situação atual dos grupos 1 e 3, para os quais o HMLMB possui o melhor exemplo, e investir em intervenções nos grupos 2 e 5a, na tentativa de estimular os partos vaginais. Nesse caso, sabendo que os resultados no grupo 5 são semelhantes aos resultados de estudos feitos em outras partes do mundo^(4,29,31,34-39) e que tal grupo é o maior preditor de cesáreas, pode-se depreender que é provavelmente a melhor população-alvo para intervenções específicas. Assim, é importante que gestantes e obstetras reconquistem a confiança em realizar PVPC, pois sabe-se que esse procedimento é seguro para a maioria das mulheres, além de reforçar as crescentes evidências de complicações relacionadas à repetição de cesarianas eletivas, como proposto por Chong *et al.*,⁽³⁸⁾ a fim de desestimular sua prática rotineira.

É importante lembrar que, devido ao fato de o HMLMB ser referência em gestação de alto risco, naturalmente suas taxas nesses grupos serão mais altas, porém ainda assim é importante propor estratégias para a diminuição de cesáreas. Ciriello *et al.*⁽⁴⁰⁾ relataram que apenas uma abordagem multiprofissional poderia manter as taxas de cesárea dentro do proposto pela OMS.⁽¹⁾ Eles afirmam que sua instituição, o Hospital San Gerardo, na Itália, de 1982 a 1996, utilizou estratégias que culminaram com a diminuição das taxas de 26% para 12% e as mantiveram estáveis por alguns anos. Essas estratégias incluíram: treinamento-padrão para todos os membros da equipe, implementação de protocolos padronizados para as principais indicações de cesárea (distocia, cesárea anterior, sofrimento fetal), além de discussão de casos complexos. Entretanto, foram incapazes de conter as taxas por longas décadas, já que existiram variáveis que estavam fora do controle obstétrico e estariam diretamente relacionadas com o aumento das taxas de cesáreas, como idade materna em pacientes nulíparas e IMC (índice de massa corpórea) em múltiparas, o que foi corroborado por Triunfo *et al.*⁽⁹⁾

Chaillet *et al.*⁽⁴¹⁾ relatam ainda intervenções ativas e valorização do parto por via vaginal, por meio de um estudo randomizado realizado em Quebec com mais de 100.000 nascimentos, no qual criaram uma chamada estratégia quádrupla: treinamento dos profissionais acerca da prática obstétrica baseada em evidências, auditorias clínicas trimestrais em todas cesarianas, *feedback*, ajustes clínicos com base nos resultados da auditoria e designação de um líder que coordene tudo isso na maternidade. Relatam que a partir desses feitos, diminuíram significativamente as taxas de cesá-

reas realizadas, sem desfechos negativos para a mãe e o neonato. Ryding *et al.*,⁽⁴²⁾ em um estudo realizado em seis países europeus, com baixas taxas de cesáreas, revelam um risco aumentado de cesarianas em mulheres que têm medo de conceber. Assim, para diminuir o risco de cesárea, a mulher precisa ter confiança em si mesma e na equipe que a atende. Posto isso, Yee *et al.*⁽⁴³⁾ exprimem exatamente a ideia da importância da filosofia, competência, educação continuada e até mesmo traços de caráter dos médicos responsáveis, produzindo efeito decisivo sobre o tipo de conduta a ser estabelecida.

Já Blomberg⁽²¹⁾ sugere que mudanças organizacionais e estruturais podem diminuir significativamente as taxas de cesáreas. Em seu trabalho, propôs que as ações se direcionassem ao grupo 1, uma vez que uma primeira cesariana influenciará os partos subsequentes. Recomendou o monitoramento dos resultados obstétricos pela avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, classificou as mulheres em grupos de risco e incentivou o trabalho em equipe e a discussão de casos clínicos entre médicos, residentes e acadêmicos. Além disso, incrementou o treinamento de habilidades de monitoramento fetal e obstétricas, por meio de cursos de análise de cardiocotografia e promoção pública da educação em saúde, na qual as gestantes e seus parceiros receberam orientações quanto aos tipos de partos. Com isso, observou-se que a taxa de cesáreas em nulíparas de termo com início de trabalho espontâneo diminuiu de 10% em 2006 para 3% em 2015; durante o mesmo período, a taxa global de cesáreas caiu de 20% para 11%. Além das ações terem trazido impacto direto e relevante na taxa de cesáreas, 95,2% das mulheres que deram à luz nesse serviço disseram estar satisfeitas com a experiência. Assim sendo, essa atividade multidisciplinar específica e persistente em seu serviço, com foco no grupo 1, ao reduzir as taxas desse grupo, refletiu em uma queda da taxa de cesáreas na população geral para dentro do proposto pela OMS de até 15%, sem aumento do risco de complicações neonatais. Logo, ações estratégicas em um grupo específico podem ser eficazes na diminuição da taxa global de cesarianas.

CONCLUSÃO

Apesar de não fornecer uma visão sobre as razões ou explicação para as diferenças observadas entre os grupos, a Classificação de Robson mostrou ser uma ferramenta adequada para identificar em quais grupos de gestantes ocorreu maior prevalência de cesáreas no HMLMB, permitindo, assim, investir em estratégias mais eficientes para reduzir essas taxas, como, por exemplo, revisão de protocolos referentes ao preparo do colo do útero e indução eletiva do parto em nulíparas, bem como investir na implementação do parto vaginal após uma cesárea, uma vez que se sabe que esse procedimento é seguro e possível para a maioria das gestantes.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Geneva: OMS; 2015 [citado em 2019 Jul 9]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15_02_por.pdf?sequence=3
2. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG*. 2016;123(5):667-70. doi: 10.1111/1471-0528.13526
3. Pyykönen A, Gissler M, Løkkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smáráson A, et al. Caesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(5):607-16. doi: 10.1111/aogs.13108
4. Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. 2015;129(3):236-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.026
5. Litorp H, Kidanto HL, Nystrom L, Darj E, Essén B. Increasing caesarean section rates among low-risk groups: a panel study classifying deliveries according to Robson at a university hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:107. doi: 10.1186/1471-2393-13-107
6. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, et al. Use of Robson classification to assess caesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
7. Paleari L, Gibbons L, Chacón S, Ramil V, Belizán JM. Tasa de cesáreas en dos hospitales privados con normativas diferentes: abierto y cerrado. *Ginecol Obstet Mex*. 2012;80(4):263-9.
8. Lembrouck C, Mottet N, Bourtembourg A, Ramanah R, Riethmuller D. Peut-on diminuer le taux de césarienne dans un CHU de niveau III ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2016;45(6):641-51. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.08.002
9. Triunfo S, Ferrazzani S, Lanzone A, Scambia G. Identification of obstetric targets for reducing caesarean section rate using the Robson Ten Group Classification in a tertiary level hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;189:91-5. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.03.030
10. Howell S, Johnston T, MacLeod SL. Trends and determinants of caesarean sections births in Queensland, 1997-2006. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009;49(6):606-11. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01100.x
11. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. doi: 10.1371/journal.pone.0148343
12. Makhanya V, Govender L, Moodley J. Utility of the Robson ten group classification system to determine appropriateness of caesarean section at a rural regional hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr Med J*. 2015;105(4):292-5. doi: 10.7196/samj.9405
13. Vogel JP, Betrán AP, Gülmezoglu AM. Use of the Robson classification has improved understanding of caesarean section rates in France. *BJOG*. 2015;122(5):700. doi: 10.1111/1471-0528.13266
14. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. A new way of looking at caesarean section births. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007;47(4):316-20. doi: 10.1111/j.1479-828X.2007.00753.x
15. Stavrou EP, Ford JB, Shand AW, Morris JM, Roberts CL. Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11(1):8. doi: 10.1186/1471-2393-11-8
16. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001;15(1):179-94. doi: 10.1053/beog.2000.0156
17. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6(1):e14566. doi: 10.1371/journal.pone.0014566
18. Robson M. The Ten Group Classification System (TGCS) – a common starting point for more detailed analysis. *BJOG*. 2015;122(5):701. doi: 10.1111/1471-0528.13267

19. Robson M, Murphy M, Byrne F. Quality assurance: the 10-Group Classification System (Robson classification), induction of labor, and cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131 Suppl 1:S23-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.026
20. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;135(2):232-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.08.001
21. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section—results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016;95(5):580-6. doi: 10.1111/aogs.12872
22. Vogel JP, Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess cesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health.* 2015;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X
23. Betrán AP, Vindeoghel N, Souza JP, Gülmezoglu AM, Torloni MR. A systematic review of the Robson classification for cesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One.* 2014;9(6):e97769. doi: 10.1371/journal.pone.0097769
24. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde (Tabnet) – Estatísticas vitais [Internet]. Sistema de Informações sobre nascidos vivos (Sinasc): 2001-2016. 2016 [citado em 2019 Nov 6]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>
25. Ferreira EC, Costa ML, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Robson MS. Robson ten group classification system applied to women with severe maternal morbidity for the Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Study Group. *Birth.* 2015;42(1):38-47. doi: 10.1111/birt.12155
26. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):308.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.021
27. Cabeza Vengoechea PJ, Calvo Pérez A, Betrán AP, Mas Morey MM, Febles Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53(10):385-90. doi: 10.1016/j.pog.2010.05.003
28. Brennan DJ, Murphy M, Robson MS, O'Herlihy C. The singleton, cephalic, nulliparous woman after 36 weeks of gestation: contribution to overall cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):273-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e318204521a
29. Tan JKH, Tan EL, Kanagalingan D, Tan LK. Rational dissection of a high institutional cesarean section rate: an analysis using the Robson Ten Group Classification System. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41(4):534-9. doi: 10.1111/jog.12608
30. Maso G, Piccoli M, Montico M, Monasta L, Ronfani L, Parolin S, et al. Interinstitutional variation of cesarean delivery rates according to indications in selected obstetric populations: a prospective multicenter study. *Biomed Res Int.* 2013;2013:786563. doi: 10.1155/2013/786563
31. Kelly S, Sprague A, Fell DB, Murphy P, Aelicks N, Guo Y, et al. Examining caesarean section rates in Canada using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013;35(3):206-14. doi: 10.1016/S1701-2163(15)30992-0
32. Guida JPS, Pacagnella RC, Costa ML, Ferreira EC, Cecatti JG. Evaluating vaginal-delivery rates after previous cesarean delivery using the Robson 10-group classification system at a tertiary center in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;136(3):354-5. doi: 10.1002/ijgo.12082
33. Colais P, Fantini MP, Fusco D, Carretta E, Stivanello E, Lenzi J, et al. Risk adjustment models for interhospital comparison of CS rates using Robson's ten group classification system and other socio-demographic and clinical variables. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:54. doi: 10.1186/1471-2393-12-54
34. Barčaitė E, Kemekliene G, Railaitė DR, Bartusevičius A, Maleckiene L, Nadišauskiene R. Cesarean section rates in Lithuania using Robson Ten Group Classification System. *Medicina (Kaunas).* 2015;51(5):280-5. doi: 10.1016/j.medic.2015.09.001
35. Lamy C, Alexander S. L'Organisation mondiale de la santé recommande un enregistrement des données sur les césariennes adapté pour utiliser la classification de Robson en routine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(7):587-90. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.06.019
36. Josipović LB, Stojkanović JD, Brković I. Analysis of cesarean section delivery at Nova Bila Hospital according to the Robson classification. *Coll Antropol.* 2015;39(1):145-50.
37. Minsart AF, De Spiegelaere M, Englert Y, Buekens P. Classification of cesarean sections among immigrants in Belgium. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(2):204-9. doi: 10.1111/aogs.12003
38. Chong C, Su LL, Biswas A. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(12):1422-7. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01529.x
39. Roberge S, Dubé E, Blouin S, Chaillet N. Reporting caesarean delivery in Quebec using the Robson classification system. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(3):152-6. doi: 10.1016/j.jogc.2016.10.010
40. Ciriello E, Locatelli A, Incerti M, Ghidini A, Andreani M, Plevani C, et al. Comparative analysis of cesarean delivery rates over a 10-year period in a single institution using 10-class classification. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25(12):2717-20. doi: 10.3109/14767058.2012.712567
41. Chaillet N, Dumont A, Abrahamowicz M, Pasquier JC, Audibert F, Monnier P, et al. A cluster-randomized trial to reduce cesarean delivery rates in Quebec. *N Engl J Med.* 2015;372(18):1710-21. doi: 10.1056/NEJMoa1407120
42. Ryding EL, Lukasse M, Van Parys AS, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth.* 2015;42(1):48-55. doi: 10.1111/birt.12147
43. Yee LM, Liu LY, Grobman WA. Relationship between obstetricians' cognitive and affective traits and delivery outcomes among women with a prior cesarean. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(3):413.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.05.023