



Avaliação das taxas de cesáreas em hospitais do Distrito Federal por meio da classificação de Robson

Evaluation of cesarean rates in hospitals in the Federal District through Robson's classification

Evaluación de las tasas de cesáreas en hospitales del Distrito Federal por medio de la clasificación de Robson

Lourena Bottentuit Cardoso Penha¹, Bruno Leonardo Soares Nery¹, Gabrielle Oliveira Medeiros de Mendonça¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o índice de cesáreas nos hospitais do Distrito Federal, com base nos elementos constituintes dos grupos da classificação de Robson. **Métodos:** Trata-se de estudo ecológico, retrospectivo de caráter transversal. Realizado por meio dos dados coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referente ao Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre os anos de 2019 e 2020. Após extração dos dados, os mesmos foram tabulados e analisados pelo teste do qui-quadrado de Person, no qual foi adotado como parâmetro para nível de significância $P < 0,05$. Não foi exigido aprovação ética devido a esta pesquisa ter utilizado dados secundários. **Resultados:** Foram registrados 55.477 partos em 2019, destes 52% correspondem a partos cesáreos. Os partos cesáreos foram mais prevalentes em mães com maior nível de escolaridade. A contribuição relativa das cesarianas foi maior nos grupos 5 (34,84%), 2 (17,71%), 1 (11,55%) e 10 (10,56%) representando em conjunto 74,66% das cesáreas durante os dois anos. **Conclusão:** Conclui-se que é necessário o fortalecimento de políticas públicas para a redução de submissão de mulheres a cesariana de forma indevida, principalmente em primigestas.

Palavras-chave: Cesárea, Parto, Procedimentos Cirúrgicos Operatórios.

ABSTRACT

Objective: To analyze the cesarean index in hospitals in the Federal District, based on the constituent elements of Robson's classification groups. **Methods:** This is an ecological, retrospective cross-sectional study. Carried out through the data collected in the Department of Informatics of the Sistema Único de Saúde (Unified Health System) (DATASUS), referring to the Information System on Live Births (SINASC), between the years 2019 and 2020. After data extraction, they were tabulated and analyzed by person's chi-square test, in which it was adopted as a parameter for significance level $P < 0.05$. No ethical approval was required because this research used secondary data. **Results:** 55,477 deliveries were recorded in 2019, of which 52% correspond to cesarean deliveries. Cesarean deliveries were more prevalent in mothers with a higher level of education. The relative contribution of cesarean sections was higher in group 5 (34.84%), 2 (17.71%), 1 (11.55%) and 10 (10.56%) representing together 74.66% of cesarean sections during the two years. **Conclusion:** It is concluded that it is necessary to strengthen public policies to reduce the submission of women to cesarean section improperly, especially in primiparous.

Keywords: Cesarean Sections, Parturition, Surgical Procedures.

¹ Secretária de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília - DF.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el índice de cesáreas en los hospitales del Distrito Federal, con base en los elementos constituyentes de los grupos de clasificación de Robson. **Métodos:** Se trata del estudio ecológico, retrospectivo de carácter transversal. Realizado por medio de los datos recogidos en el Departamento de Informática del Sistema único de Salud (DATASUS), refiriéndose al Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC), entre los años de 2019 y 2020. Después de la extracción de los datos, los mismos fueron tabulados y analizados por el teste del chi-cuadrado de Pearson, en que se adoptó como parámetro para nivel significativo $P < 0,05$. No fue requerido aprobación ética debido a esta encuesta tener utilizado datos secundarios. **Resultados:** Fueron registrados 55.477 partos en 2019, de estos 52% corresponden a partos por cesárea. Los partos por cesárea fueron más predominantes en madres com mayor nivel de educación. La contribución relativa de las cesáreas fue mayor en los grupos 5 (34,84%), 2 (17,71%), 1 (11,55%) y 10 (10,56%) que juntos representan 74,66% de las cesáreas durante los dos años. **Conclusión:** Se concluye que es requerido el fortalecimiento de políticas públicas para la reducción de sumisión de mujeres a la cesárea de manera incorrecta, principalmente en primíparas.

Palabras clave: Cesárea, Parto, Procedimientos Quirúrgicos Operativos.

INTRODUÇÃO

A cesárea é um procedimento cirúrgico, amplamente utilizado para o parto. Porém, o aumento deste procedimento tornou-se problema de saúde pública, devido sua utilização inadequada e possíveis impactos negativos na saúde materno e infantil. Diante do cenário, após estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou-se que taxas maiores de 15% de cesarianas são alarmantes ao bem-estar materno infantil pois não há benefícios comprovados a essa prática, visto que como em qualquer operação cirúrgica promove riscos de curto e longo prazo (RUDEY EL, et al., 2020; ALSULAMI SM, et al., 2020; WHO, 2015).

Entre os anos de 2011 e 2017, o Brasil obteve 55,7% dos partos realizados por cesariana, representando taxa de cesárea superior quando comparado a níveis globais juntamente como os Estados Unidos da América (EUA). No Distrito Federal (DF) este procedimento é o mais realizado desde 2007, representando 54% dos partos realizados, entre os anos de 2007 a 2017. Nota-se que diversos fatores contribuem para isso, entre eles: sociais, econômicos, culturais e profissionais (RUDEY EL, et al., 2020; PYYKONEN A, et al., 2017; CODEPLAN, 2020).

Por conseguinte, para compreender melhor os propulsores dessa tendência crescente, assim como encontrar propostas de medidas de redução das cesarianas, foi necessário a criação de um instrumento que promovesse a avaliação, monitorização e comparação de cesarianas em grupos de mulheres clinicamente específicos em diferentes hospitais. Dessa forma, ao verificar a eficiência e eficácia da escala, em 2015 a OMS recomendou a mesma como instrumento padrão em todo mundo (RUDEY EL, et al., 2020; RAMOS GGF, et al., 2022; KNOBEL R, et al., 2020; WHO, 2015).

Diante de tal contexto e considerando a relevância da temática para as políticas públicas do Distrito Federal, importante polo político e econômico para o país. Este estudo tem como objetivo analisar o índice de cesáreas no Distrito Federal, em hospitais públicos e privados, com base nos elementos constituintes dos grupos da classificação de Robson, assim como avaliar a variação das ocorrências de cesáreas de acordo com critérios sociodemográficos e maternos. Desta forma, o resultado servirá como ferramenta para orientar as ações de saúde e monitorar essa prática nos estabelecimentos de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter transversal retrospectivo, realizado a partir da base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABWIN), referentes ao Sistema de Informação sobre Nacidos vivos (SINASC), no período de 2019 e 2020.

Foram incluídos neste estudo todas as parturientes que tiveram seus partos nos hospitais públicos e privados do Distrito Federal. Declarações de nascidos vivos referentes a partos domiciliares ou em locais de atenção primária, secundária e unidade móvel de urgência e emergência foram excluídos da análise.

Utilizou-se dados maternos e sociodemográficos retirados da Declaração de nascidos vivos (DNV) dos partos realizados nos estabelecimentos de saúde públicos e privados do DF, como: monitor cesárea (grupos de Robson), tipo de parto (cesáreo ou normal), faixa etária materna, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, escolaridade materna, etnia materna e estado civil.

Estes dados foram categorizados de acordo com o sistema de classificação de Robson, como recomendado pela OMS. A classificação é dividida em cinco parâmetros bases: paridade (múltiparas ou primíparas), início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversa), número de fetos (único ou múltiplo) e idade gestacional (termo ou pré-termo utilizando 37 semanas para referencial) (WHO, 2015; WHO, 2017).

Com base nestes aspectos obstétricos tem-se as 10 categorias da classificação de Robson. Expressas por grupos constituídos com os parâmetros bases, citados anteriormente: No grupo 1 e 2 enquadram-se as mulheres primigestas, que apresentam feto único que se encontre em posição cefálica; e estejam no mínimo no nono mês de gestação (≥ 37 semanas). Destaca-se que o início do trabalho de parto diverge nestes dois grupos, quando ocorre o parto espontâneo as gestantes são classificadas no grupo 1 e quando há indução ou cesárea antes do trabalho de parto estas são reconhecidas no grupo 2 (WHO, 2015; WHO, 2017).

O grupo 3 e 4 abrange as múltiparas, divergindo em relação ao trabalho de parto, assim como os grupos 1 e 2, respectivamente. Vale ressaltar que as múltiparas com histórico de cesárea anterior, são agrupadas no grupo 5; já as nulíparas com feto único, em apresentação pélvica são classificadas no grupo 6; o grupo 7 da classificação inclui as múltiparas que apresentam feto único, incluindo as que possuem histórico de cesáreas anteriores, achando-se o feto em apresentação pélvica (WHO, 2015; WHO, 2017).

Em relação as mulheres com gestação múltipla, abrangendo aquelas com cesáreas anteriores, tornam-se pertencentes ao grupo 8; enquanto as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, contendo aquelas com cesáreas anteriores, estão no grupo 9. O grupo 10 enquadra as gestantes com feto único e cefálico, com idade gestacional menor que 37 semanas, englobando aquelas com cesárea prévia (WHO, 2015; WHO, 2017). Nota-se que a abrangência da categorização torna o sistema mutuamente exclusivo e absolutamente inclusivo, visto que toda gestante entrará em uma classificação sem repetições de categoria e nenhuma será excluída (GIAXI P, et al., 2022; WHO, 2015; SILVA LF, et al., 2020).

A partir dessas informações os dados coletados foram tabulados no Excel no qual foram conduzidos a análises estatísticas. Em Primeiro lugar foi apresentado as características materna e sociodemográficas das parturientes submetidas a cesariana por ano, seguido da apresentação dos dados de parto cesáreo de acordo com o Sistema de Classificação de Robson em hospitais públicos e privados de acordo com o ano; foram calculados tanto em quantidade absoluta como porcentagem. Após análise descritiva, os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado de Person, com o intuito de avaliar a associação existente entre as variáveis. Foi adotado como parâmetro para nível de significância $P < 0,05$.

Conforme recomendado pela OMS, foi calculado o número de cesárea por grupo, número de partos no grupo, tamanho do grupo em porcentagem (número de partos do grupo dividido pelo número total de partos), percentual de cesáreas em cada grupo, taxa global de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos $\times 100$) e a contribuição relativa na taxa global de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas $\times 100$) (WHO, 2017).

Não foi exigido aprovação ética, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, devido a esta pesquisa ter utilizado dados secundários de domínio público.

RESULTADOS

As características sociodemográficas dos 107.969 partos ocorridos no DF registrados no SINASC, entre os anos de 2019 a 2020 estão apresentados na tabela-1. Dentre os 55.477 partos que transcorreram no ano de 2019, 52% correspondem a partos cesáreos. Apesar de ocorrer uma queda de nascimentos em 2020, quando comparado a 2019, houve um aumento na proporção da taxa de cesarianas.

A porcentagem de cesárea foi maior na faixa etária de 35 a 39 anos, correspondendo a 66,31%-66,43% da amostra para os anos de 2019 e 2020 respectivamente. Os partos cesáreos apresentaram maior incidência nas mães com idade igual ou superior a 45 anos e nas com maiores níveis de escolaridades. Nota-se que a maioria das mães cujo parto foi por via cesárea eram, divorciadas, brancas e possuíam idade gestacional inferior a 37 semanas. Em relação ao número de consultas de pré-natal houve um aumento percentual de parto cesáreo nas mulheres que realizaram 7 ou mais consultas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos nascidos vivos de 2019 e 2020 por tipo de parto.

Variáveis	2019			2020		
	Nº de nascimento	Nº de cesariana	% de cesariana	Nº de nascimento	Nº de cesariana	% de cesariana
Faixa etária						
< 20 anos	6621	1936	29,24%	5858	1836	31,34%
20-24	12277	4882	39,77%	11596	4774	41,17%
25-29	12538	6403	51,07%	12126	6323	52,14%
30-34	12523	7579	60,52%	11727	7093	60,48%
35-39	8846	5866	66,31%	8578	5698	66,43%
40-44	2492	1778	71,35%	2421	1700	70,22%
≥ 45 anos	175	136	77,71%	185	144	77,84%
*Não preenchido	5	2	40,00%	1	1	100,00%
Escolaridade/ano						
Analfabeta	58	25	43,10%	51	28	54,90%
1-3 anos	545	237	43,49%	383	184	48,04%
4-7 anos	7469	2712	36,31%	6195	2460	39,71%
8-11 anos	28294	12367	43,71%	27701	12585	45,43%
12 ou mais	18658	13007	69,71%	17787	12137	68,24%
*Não preenchido	453	234	51,66%	375	175	46,67%
Etnia materna						
Preto	3142	1491	47,45%	3584	1715	47,85%
Pardo	28898	13975	48,36%	28839	14246	49,40%
Branca	12176	7848	64,45%	12010	7472	62,21%
Amarelo/indígena	605	366	60,50%	588	331	56,29%
*Não preenchido	10656	4902	46,00%	7471	3805	50,93%
Estado civil						
Solteira	26231	10934	41,68%	25740	11224	43,61%
Casada/união estável	27556	16757	60,81%	25098	15427	61,47%
Viúva	72	33	45,83%	71	36	50,70%
Divorciada	819	520	63,49%	833	528	63,39%
*Não preenchido	799	338	42,30%	750	354	47,20%
Consulta pré-natal						
Nenhuma	777	264	33,98%	681	215	31,57%
01-3 c	3548	1197	33,74%	3759	1369	36,42%
04-6c	11189	4934	44,10%	11050	5139	46,51%
7 ou mais	39466	22004	55,75%	36468	20681	56,71%
*Não preenchido	497	183	36,82%	534	165	30,90%
Idade gestacional						
< 37 semanas	6881	4143	60,21%	6469	4115	63,61%
≥ 37 semanas	48144	24261	50,39%	45876	23403	51,01%
*Não preenchido	452	178	39,38%	147	51	34,69%
Total	55477	28582	51,52%	52492	27569	52,52%

*Dado não informado ou ignorado na Declaração de Nascidos Vivos (DNV) / SISNASC.

Fonte: Penha LBC e Nery BLS, 2023. Baseado em dados extraídos do SISNASC.

A **Tabela 2** apresenta a divisão dos partos cesáreos ocorridos em hospitais públicos e privados de acordo com os dez grupos da Classificação de Robson nos anos de 2019 e 2020. O total absoluto de cesáreas em 2019 foi de 25.312 enquanto em 2020 foi de 26.648 resultando em um aumento percentual de 5,28% deste tipo de parto no ano.

Em relação ao parto cesáreo por tipo de estabelecimento consta que 54% das cesáreas são realizadas no estabelecimento público de saúde e 46% em estabelecimentos privados, porém, houve um aumento de 1,11% no setor público, de cirurgias cesarianas por ano, em comparação aos hospitais privados, este aumento foi de 10,29%.

Nota-se que as taxas de cesárea nos grupos de nulíparas, com feto único cefálico ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do trabalho de parto, é o maior no hospital privado, representando o dobro quando comparado as taxas no público. Em ambas instituições a maior taxa de cesárea concentra-se no grupo 5, e a menor concentra-se no grupo 9. Não há discrepância significativas de quantidade de classificação por grupo durante os anos, apenas o grupo 1 apresentou $p > 0,05$.

Tabela 2 - Distribuição de cesáreas em estabelecimentos públicos e privados pelo Sistema de Classificação de Robson em 2019 e 2020.

Grupo do SCR	Parto cesáreo 2019					Parto cesáreo 2020				
	Est. Público		Est. Privado		p-valor	Est. Público		Est. privado		p-valor
	n	%	n	%		n	%	n	%	
1	1698	12,27%	1434	12,50%	0,60	1795	12,82%	1560	12,33%	0,26
2	1554	11,23%	3221	28,08%	0,00	1566	11,19%	3605	28,50%	0,00
3	676	4,88%	200	1,74%	0,00	625	4,47%	231	1,83%	0,00
4	668	4,83%	477	4,16%	0,01	665	4,75%	524	4,14%	0,02
5	5695	41,14%	3906	34,05%	0,00	5638	40,28%	4324	34,18%	0,00
6	433	3,13%	405	3,53%	0,08	503	3,59%	393	3,11%	0,03
7	553	4,00%	235	2,05	0,00	623	4,45%	264	2,09%	0,00
8	763	5,51%	430	3,75%	0,00	762	5,44%	478	3,78%	0,00
9	54	0,39%	7	0,06%	0,00	58	0,41%	7	0,06%	0,00
10	1748	12,63%	1155	10,07%	0,00	1762	12,59%	1265	10,00%	0,00
Total	13842	100,00%	11470	100,0%		13997	100%	1261	100,0%	

Fonte: Penha LBC e Nery BLS, 2023. Baseado em dados extraídos do SISNASC.

As contribuições de acordo com a classificação de Robson para a taxa geral de cesárea, são apresentados na **Tabela 3**. As maiores taxas de cesárea foram observadas no grupo 9 (101,61%), 8 (95,52%), 6 (93%) e 7 com (91%). As menores taxas, foram encontradas nos grupos 3 aproximadamente (13%) e no grupo 1 com (41,32%). Em relação a contribuição relativa na taxa global de cesárea por grupo de Robson, tem-se que os grupos 5, 2, 1 e 10 foram os que mais contribuíram para a taxa de cesárea das instituições públicas e privadas. Representando em conjunto 74,66% das cesáreas realizadas durante os dois anos. Vale destacar que há um grupo X composto por 16553 de mulheres não foram classificadas de acordo com as categorias de Robson por falta de preenchimento ou dados incompletos.

Tabela 3 - Contribuição por grupo de Robson para taxa geral de cesárea.

Grupo	N° de cesárea	N° de partos	Tamanho (%)	Taxa de cesárea (%)	Contribuição absoluta (%)	Contribuição relativa (%)
1	6487	15701	15,13%	41,32%	6,25%	11,55%
2	9946	13183	12,70%	75,45%	9,59%	17,71%
3	1732	13780	13,28%	12,57%	1,67%	3,08%
4	2334	5224	5,03%	44,68%	2,25%	4,16%
5	19563	22596	21,78%	86,58%	18,85%	34,84%
6	1734	1867	1,80%	92,88%	1,67%	3,09%
7	1675	1838	1,77%	91,13%	1,61%	2,98%
8	2433	2547	2,45%	95,52%	2,34%	4,33%
9	126	124	0,12%	101,61%	0,12%	0,22%
10	5930	10353	9,98%	57,28%	5,71%	10,56%
x	4191	16553	15,95%	25,32%	4,04%	7,46%
	56151	103766	100,00%	725	54,11	100,00%

Fonte: Penha LBC e Nery BLS, 2023. Baseado em dados extraídos do SISNASC.

DISCUSSÃO

Apesar de não haver associação entre taxas de cesáreas maiores que 15% com a redução na mortalidade materna e neonatal, os índices de cesáreas no DF permanecem altos, representando respectivamente 55% de todos os partos, ao longo dos dois anos (WHO, 2015; PAIXÃO ES, et al., 2021). Este dado demonstra que embora existam ações realizadas com o propósito de proporcionar a redução da mesma, por meio do estímulo ao parto normal, ainda há presença de discrepância elevada do que é preconizado para o que é realizado (BRASIL, 2017; BARROS FC, et al., 2018).

Observa-se que, enquanto ocorreu um aumento de 1,11% no setor público, do número absoluto de cirurgias cesarianas por ano, esse aumento foi de 10,29%, em sistemas privados de saúde. Estes dados corroboram com estudos internacionais que avaliaram estas taxas em hospitais privados de forma temporal (BHANDARI AKC, et al., 2020; ORTIZ-PRADO E, et al., 2017).

Nossos resultados expressam discrepâncias entre as proporções de cesariana por grupos de acordo com características sociodemográficas. Observa-se que houve maior prevalência de cesarianas em mulheres que apresentam 12 ou mais anos de escolaridade, sendo esta de quase 70% da amostra, achados semelhantes foram descritos em outros estudos (BARROS FC, et al., 2018; BOERMA T, et al., 2018; GUIMARÃES RM, et al., 2017).

Dentre as explicações para este fato, tem-se que mulheres com maior poder aquisitivo, assim como maior escolaridade, submetem-se mais a cirurgias cesarianas, quando comparadas a mulheres sem instruções, possuindo como objetivo definir a data ideal para o parto, assim como evitar a dor relacionada ao parto normal, o que contribui para que a taxa de cesárea aumente de forma inadequada, sendo a baixa escolaridade fator protetor para a cesariana (SILVA TPR, et al., 2019; GUIMARÃES RM, et al., 2017; ANTUNES MB, et al., 2020).

Paixão ES (2021), separa os grupos de Robson em aqueles cujo a cesariana pode/deve ser indicada (grupos 6 ao 10) e aqueles que há indicação é favorável ao parto vaginal, possuindo pouca recomendação a cesárea (grupos 1 a 4). A realização da prática cesariana de forma eletiva sem indicações está associada a diversas complicações e riscos entre eles: presença de hemorragia pós-parto, necessidade de histerectomia e transfusão sanguínea, presença de infecção operatória no sítio cirúrgico assim como maior chance de óbito (MASCARELLO KC, et al., 2017; RUDEY EL, et al., 2020).

No entanto, mesmo com os riscos observou-se que a maioria das taxas de cesariana por categoria de Robson são superiores ao recomendado, corroborando com outros estudos (PAIXÃO ES, et al., 2021; KNOBEL R, et al., 2020). Em relação a distribuição obstétrica das mulheres do DF por categoria de Robson tem-se que as mulheres nulíparas com única gravidez e apresentação cefálica, (grupo 1 e 2) compõe aproximadamente 30% da população obstétrica, achados semelhantes foram encontrados em estudo nacional (PAIXÃO ES, et al., 2021) e internacionais (VOGEL JP, et al., 2015).

Destaca-se também a contribuição relativa de 29,26% na taxa global de cesárea, deste grupo, taxa significativamente alarmante; apesar da classificação de Robson não trazer de forma detalhada sobre as indicações de cesariana, depreende-se que este valor expresse a realização de cesárea sem indicações clínica assim como a realização de cesariana eletiva (PAIXÃO ES, et al., 2021; VOGEL JP, et al., 2015; BOLOGNANI CV, et al., 2018).

No DF, assim como pesquisas realizadas na América Latina e demais multicêntricas (VOGEL JP, et al., 2015; BOLOGNANI CV, et al., 2018; PAIXÃO ES, et al., 2021), percebe-se uma contribuição significativamente alta do grupo 5 para as taxas globais de cesárea, correspondente a 34,84%, de mulheres que foram submetidas ao procedimento cirúrgico novamente. Este dado alerta para o que estudos trazem como efeito dominó, no qual o parto cesáreo prévio vira fator preditivo para recorrência de cesarianas e consequentemente aumento da mesma ao longo do tempo. (VOGEL JP, et al., 2015). Nota-se que assim como em outros estudos nacionais (GOUVEIA MR e FREIRE CHE, 2022; SILVA LF, et al., 2020) a taxa alarmante de cesáreas no grupo 5 veio precedida de altas taxas relativas de partos cesarianos no grupo 1 e 2, estando estes três grupos intimamente ligados.

Estes achados sugerem que contribuições altas nestes dois conjuntos impacte negativamente no quinto grupo. Possíveis justificativas a influência do grupo 1 e 2 no grupo 5 está na predisposição destes grupos a correção de distorcias e realização de cesáreas antes do início do trabalho de parto (GOUVEIA MR e FREIRE CHE, 2022; SILVA LF, et al., 2020).

Destaca-se que as literaturas divergem sobre a via de parto mais indicada após cesariana prévia. Um estudo conduzido na China observou que apesar de haver menor incidência de evento adverso materno em grupos cujo o parto vaginal ocorreu após cesariana, comparado ao grupo exposto a cesarianas recorrentes, houveram maiores desfechos negativos perinatais nesta população (MU Y, et al., 2018).

mbora exista há necessidade de reduzir as cesáreas subsequentes e promover o encorajamento ao parto vaginal, é necessário análises documentais mais criteriosas como forma de verificar e definir a elegibilidade da gestante a este evento, devido a possíveis complicações, como a ruptura uterina, advindas de cesáreas prévias (VOGEL JP, et al., 2015; MU Y, et al., 2018).

Nota-se que este estudo aponta uma contribuição significativa, presente no grupo 10, para a taxa global de cesárea, representando 10,56%, achados semelhantes a estudos realizados em outras regiões brasileiras (RAMOS GGF, et al., 2022; FREITAS PF, et al., 2020); usualmente esta taxa representa alta proporção de trabalho de parto pré-termo, visto que este grupo compreende os fetos prematuros. Sabe-se que o nascimento prematuro está intimamente relacionado a causas de morbidade e mortalidade neonatal infantil (TITA AT, et al., 2017; RAMOS GGF, et al., 2022).

Apesar de doenças hipertensivas, diabetes gestacional, placenta prévia e infecções intraamniótica serem pontuadas como causa de realização de cesariana frente a prematuridade, a cesárea recorrente também é considerada um fator preditor a ela. Um estudo randomizado concluiu que desfechos negativos como necessidade de transfusão sanguínea e internação prolongada foram maiores em mulheres submetidas a cesariana em partos prematuros, indicando riscos altos a esta população, nem sempre sendo a melhor alternativa em trabalho de parto prematura, devendo ocorrer avaliação minuciosa e crítica de sua indicação (TITA AT, et al., 2017; RAMOS GGF, et al., 2022; BOLOGNANI C, et al., 2018). Entre as limitações deste estudo tem-se que por utilizar base secundária para coleta de dados, estas são passíveis de erros de preenchimento e de falta de informações de variáveis estudadas, porém mesmo com estas limitações este estudo permitiu identificar a importância do conhecimento da classificação de Robson, assim como a

necessidade de adotar maior criticidade nas condutas de enfermagem, de forma especial na identificação dos grupos que necessitam de maior atenção, devido suas altas contribuições para a taxa de cesárea, por parte das equipes de saúde, não só dos centros obstétricos (CO), como também dos centros cirúrgicos (CC) visto que grande parte das cesáreas do DF são abordadas dentro dos blocos cirúrgicos como forma de aperfeiçoar as práticas do cuidado à saúde materno-infantil e também contribuir de forma positiva na proteção deste binômio adotando protocolos de segurança mais rígidos.

CONCLUSÃO

Nossos resultados expressam que é necessário o fortalecimento de políticas públicas e intervenções específicas para reduzir as taxas de cesarianas principalmente nos grupos G5, G1, G2 e G10 em hospitais públicos e privados do Distrito Federal, como forma de melhoria da assistência materna-neonatal, em nível local, regional e nacional, visto que ao evitar que a mulher seja submetida a uma cesariana indevida, principalmente em seu primeiro parto, é possível minimizar e até evitar prováveis cesáreas subseqüentes e os eventos adversos atrelados a este procedimento.

REFERÊNCIAS

1. ALSULAMI SM, et al. The Rates of Cesarean Section Deliveries According to Robson Classification System During the Year of 2018 Among Patients in King Abdul-Aziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus*, 2020; 12:11.
2. ANTUNES MB, et al. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2020; 54:e03526.
3. BARROS FC, et al. Cesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open*, 2018; 8: e021538
4. BHANDARI AKC, et al. Trends and correlates of cesarean section rates over two decades in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020; 20: 763.
5. BOERMA T, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The lancet*, 2018; 392: 1341-1348.
6. BOLOGNANI CV, et al. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. *PloS one*, 2018; 13: e0192997.
7. BRASIL. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN. Diretoria de estudos e políticas sociais. Diretora Gerência de Estudos e Análises de Proteção Social. Nota Técnica, Perfil das mães no Distrito Federal. Brasília (DF); 2020. Disponível em: <https://www.ipe.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/NT-Perfil-das-M%C3%A3es-no-Distrito-Federal.pdf>. Acessado em: 15 de novembro de 2022
8. BRASIL. Ministério Da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 15 de novembro de 2022.
9. FREITAS PF, et al. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. *J. Health Biol Sci*, 2019; 8: 1-9.
10. GIAXI P. Which classification system could empower the understanding of caesarean section rates in Greece? A review of systematic reviews. *Eur J Midwifery*, 2022; 16: 39.
11. GOUVEIA MR e FREIRE CHE. Aplicação da classificação de Robson em uma maternidade de Manaus- Amazonas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15:1-8.
12. GUIMARÃES RM, et al. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2017; 17: 571-580.
13. KNOBEL R, et al. Cesare - an-section rates in Brazil from 2014 to 2016: cross-sectional analysis using the Robson classification. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2020; 42: 522-528.
14. MASCARELLO KC, et al. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de saúde publica*, 2017; 51: 105.

15. MU Y, et al. Prior caesarean section and likelihood of vaginal birth, 2012-2016, China. *Bull World Health Organ*, 2018; 96: 548-557.
16. ORTIZ-PRADO E, et al. Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. *Rev Panam Salud Publica*, 2017; 8: e15.
17. PAIXÃO ES, et al. Using the Robson classification to assess caesarean section rates in Brazil: an observational study of more than 24 million births from 2011 to 2017. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021; 21: 589.
18. PYYKONEN A, et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2017; 96: 607-616.
19. RAMOS GGF, et al. Cesarean rates according to the Robson classification: analysis in a municipal maternity in São Paulo. *Einstein*, 2022; 13: 20.
20. RUDEY EL, et al. Cesarean section rates in Brazil. *Medicine (Baltimore)*, 2020; 99: 17.
21. SILVA LF, et al. Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a classificação de Robson em uma maternidade pública. *Femina*, 2020; 48: 16-21.
22. SILVA TPR, et al. Fatores associados ao parto normal em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 73: e20180995.
23. TITA AT, Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Indicated Compared with Spontaneous Preterm Birth in Healthy Nulliparas: A Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Am J Perinatol*, 2018; 35: 624-631.
24. World Health Organization Human Reproduction Programme. Statement on caesarean section rates. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. Acessado em: 15 de novembro de 2022
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Robson Classification: Implementation, Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>. Acessado em: 15 de novembro de 2022.
26. VOGEL JP. 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*, 2015; 3: e260-e270.