

Aplicação da classificação de Robson em uma maternidade de Manaus – Amazonas

Application of the Robson classification in a Maternity Hospital in Manaus – Amazonas

Aplicación de la Clasificación de Robson en una Maternidad en Manaus – Amazonas

Marcela Rebouças Gouveia¹, Carlos Henrique Esteves Freire².

RESUMO

Objetivo: Avaliar a distribuição dos partos cesarianos realizados em uma maternidade de Manaus-AM segundo o Sistema de Classificação em Dez Grupos de Robson (RTGCS) e identificar quais os grupos que mais contribuíram para a taxa global de cesariana da instituição. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo descritivo incluindo todas as gestantes assistidas na maternidade do estudo no período de janeiro a junho de 2018. **Resultados:** Após análise de 1012 prontuários, a taxa global de cesariana foi de 38%. Os grupos 1, 3 e 5 representaram 83,5% da amostra, sendo o grupo 5 o que mais contribuiu para a taxa global de cesariana (34,5%) seguido pelo grupo 1 (28,8%) e grupo 2 (18,2%). Os grupos 2 e 4, apresentaram taxa de cesariana de 94,6% e 63%, respectivamente. Os grupos 6, 7, 8 e 9 contribuíram com 9,1% na taxa global de cesariana. **Conclusão:** A taxa global de cesariana está acima do recomendado pela OMS, refletindo tendência da realização de parto cesariano nas portadoras de cicatriz uterina anterior e relutância em não oferecer o parto por via vaginal nessa população. As taxas de cesarianas dos grupos 2 e 4 indicam a falta ou ausência da prática da indução do trabalho de parto.

Palavras-chave: Cesárea, Serviços de saúde materna, Gestação.

ABSTRACT

Objective: To assess the distribution of cesarean deliveries performed at a maternity hospital in Manaus-AM according to the Robson Ten Group Classification System (RTGCS) and to identify which groups contributed most to the institution's overall cesarean rate. **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive study including all pregnant women assisted at the maternity hospital in the period from January to June 2018. **Results:** After analyzing 1012 medical records, an overall cesarean rate was 38%. Groups 1, 3 and 5 accounted for 83.5% of the sample, with group 5 being the main contributor to an overall cesarean section rate (34.5%) followed by group 1 (28.8%) and group 2 (18.2%). Groups 2 and 4 had a cesarean section rate of 94.6% and 63%, respectively. Groups 6, 7, 8 and 9 contributed 9.1% to the global cesarean section rate. **Conclusion:** The global rate of cesarean delivery is above that recommended by the WHO, reflecting a tendency to perform cesarean delivery in patients with previous uterine scarring and reluctance to not offer vaginal delivery in this population. The rates of cesarean sections in groups 2 and 4 indicate the lack or absence of the practice of inducing labor.

Keywords: Cesarean section, Maternal health services, Gestation.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la distribución de partos por cesárea realizados en una maternidad en Manaus-AM de acuerdo con el Sistema de Clasificación Robson Ten Group e identificar qué grupos contribuyeron más a la

¹ Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus - AM.

¹ Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus - AM.

tasa de cesáreas general de la institución. **Métodos:** Estudio descriptivo transversal que incluyó a todas las gestantes atendidas en la maternidad en el período de enero a junio de 2018. **Resultados:** Tras analizar 1012 historias clínicas, la tasa global de cesáreas fue de 38%. Los grupos 1, 3 y 5 representaron el 83,5% de la muestra, siendo el grupo 5 el principal contribuyente a una tasa global de cesáreas (34,5%) seguido del grupo 1 (28,8%) y el grupo 2 (18,2%). Los grupos 2 y 4 tuvieron una tasa de cesáreas de 94,6% y 63%, respectivamente. Los grupos 6, 7, 8 y 9 contribuyeron con 9,1% de la tasa global de cesáreas. **Conclusión:** La tasa global de cesáreas está por encima de la recomendada por la OMS, reflejando una tendencia a realizar cesáreas en pacientes con cicatrices uterinas previas y reticencia a no ofrecer parto vaginal en esta población.

Palabras clave: Cesárea, Servicios de salud materna, Gestación.

INTRODUÇÃO

Atualmente, um dos mais graves problemas relacionados a assistência obstétrica é o aumento contínuo e progressivo das taxas de partos cesarianos em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública em vários países, independentemente do nível de desenvolvimento desses, acarretando inúmeras preocupações devido aos riscos potenciais maternos e perinatais (TORLONI MR, et al., 2011).

O parto cesariano é uma intervenção efetiva quando indicado por critérios bem estabelecidos reduzindo a morbidade materna e perinatal e permitindo salvar a vida da mulher e/ou de seu feto, porém, quando realizada indiscriminadamente, sem critérios médicos, pode trazer consequências graves para o binômio materno-fetal que podem se estender por toda a vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em uma reunião de especialistas em 1985, na cidade de Fortaleza, Brasil, concluiu que a “taxa ideal” de cesariana seria entre 10% e 15% pois, valores acima desses, não são acompanhados pela diminuição da mortalidade materna, neonatal ou infantil, porém, acarreta preocupações pela possibilidade de aumento da morbimortalidade materna e perinatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Desde a publicação, essa “taxa ideal de cesariana” vem sofrendo críticas, tornando-se necessária à sua revisão, tendo em vista as mudanças significativas na assistência obstétrica (BETRÁN AP, et al., 2014). Segundo Dias MA, et al. (2008) não devemos classificar as taxas de cesarianas como altas ou baixas, mas como necessárias ou desnecessárias.

Conhecer apenas a taxa global de cesariana de uma dada população não é suficiente para respaldar a proposição de práticas assistenciais que objetivem a diminuição da realização desse procedimento. Faz-se necessário conhecer o perfil obstétricos dessas gestantes, classificando-as em grupos similares para uma análise comparativa. Robson MS (2001), já afirmava que as taxas de cesarianas vêm aumentando, principalmente em nulíparas, com feto único e apresentação cefálica, cujo o trabalho de parto iniciou-se espontaneamente.

Muitas justificativas vêm sendo empregadas para justificar o aumento mundial das taxas de cesarianas e, entre elas, estão as cesarianas a pedido, obesidade, idade materna avançada, porém, as razões específicas ainda permanecem desconhecidas na maioria dos países (TORLONI MR, et al., 2011).

Segundo dados do Departamento do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2018, o Brasil apresentou taxa de cesariana de 56%, com cerca de 1.647.505 cirurgias/ano. A região norte apresentou taxa de cesariana de 47% e o Amazonas essa taxa foi de 39% com a realização de 30.211 cesarianas (BRASIL, 2018). A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aponta que, em 2018, a taxa global de cesarianas nos estabelecimentos privados foi de 83,2% estimando que cerca de um milhão de mulheres serão submetidas anualmente a partos cesarianos e, via de regra, sem indicações de ordem médica (ANS, 2018).

As diferenças entre as taxas globais de cesarianas nos diversos países, entre estados de um mesmo país e entre instituições de saúde de um mesmo estado, denotam uma necessidade de identificarmos uma forma eficaz de classificar esses partos cesarianos, afim de que possamos comparar grupos específicos e semelhantes possibilitando uma visão real desse quadro (SILVA CHM e LARANJEIRA CLS, 2018).

Em 2001, Michael Robson apresentou uma proposta de classificação, denominada “Sistema de Classificação em Dez Grupos de Robson” (RTGCS) com o objetivo de agrupar as gestantes em grupos de notória relevância, de acordo com as características de seu passado obstétrico, identificando grupos prospectivos e clinicamente relevantes de mulheres submetidas a parto cesariano. Essa classificação é subdivida em dez grupos mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos, obedecendo cinco características obstétricas: paridade, início do trabalho de parto, idade gestacional, apresentação/situação fetal e o número de fetos que permite a comparação das taxas de cesarianas nos diversos grupos, ao invés de considerar apenas a indicação clínica do tipo de parto (ROBSON MS, 2001).

Em uma revisão sistemática realizada por Betrán AP, et al. (2014), que incluiu publicações relativas ao uso da classificação de Robson a fim de identificar as vantagens e desvantagens do método, os pesquisadores identificaram 73 artigos científicos que relatavam as experiências dos usuários sobre as vantagens e desvantagens da adoção, implementação e interpretação dos resultados da classificação dos dez grupos de Robson, os autores concluíram que, apesar de algumas limitações, a classificação de Robson é de fácil implementação e interpretação, reiterando a sua importância no estudo das indicações do parto cesariano.

Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática cujo objetivo era identificar, dentre as diversas formas de classificação de indicação de cesarianas existentes, a que melhor cumpria os critérios estabelecidos por um painel internacional de especialistas e concluiu que a melhor forma de classificação era a proposta por Robson, ou seja, a classificação dos dez grupos de Robson (TORLONI MR, et al., 2011). Em 2015, a OMS publicou o documento “Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas”, no qual propõe a utilização mundial da Classificação de Robson como instrumento padronizado de avaliação, comparação e monitoramento das taxas de cesáreas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Considerando a elevada taxa de cesariana no estado do Amazonas, bem como o desconhecimento do perfil obstétrico das gestantes atendidas em maternidades de pequeno porte, a falta de estudos capazes de identificar quais os grupos que mais impactam na taxa global de cesariana da instituição do estudo, o objetivo deste trabalho foi avaliar a distribuição das gestantes atendidas na maternidade patrocinadora segundo o Sistema de Classificação em Dez Grupos de Robson, conhecer o perfil obstétrico das gestantes assistidas na maternidade e identificar os grupos que mais impactam na taxa de cesarianas daquela instituição.

MÉTODOS

Estudo transversal retrospectivo descritivo onde foram analisados os prontuários de todas as gestantes assistidas em uma Maternidade Estadual de pequeno porte, localizada em Manaus, Amazonas, no período de janeiro a junho de 2018. A maternidade tende a pacientes de livre demanda, oriundas da capital Manaus e do interior do Amazonas.

Foram elegíveis todas as mulheres que deram à luz naquela unidade hospitalar, independentemente do tipo de parto, no período do estudo e excluídas aquelas que em seu prontuário não apresentavam dados suficientes para a alocação da gestante em um dos dez grupos de Robson ou as que pariram fora da unidade hospitalar.

A análise dos dados compreendeu as seguintes etapas: Identificação primeiramente, através de uma ficha de coleta de dados das variáveis necessárias para separar as gestante de acordo com Sistema de Classificação em Dez Grupos de Robson, sendo: paridade (nulíparas, múltiparas, com ou sem cesárea anterior), número de fetos na gestação atual (único ou múltiplo), apresentação fetal (cefálico ou pélvico), situação fetal (longitudinal, transverso ou oblíquo), forma do início do trabalho de parto (espontâneo, induzido ou cesariana anteparto) e idade gestacional (pré- termo, considerando aqueles com menos de 37 semanas ou termo).

Em seguida, esses dados foram lançados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2016®, onde foram processados e cada gestante foi alocada em seu grupo específico de acordo com a Classificação de Robson (**Gráfico 1**).

Segundo a classificação de Robson, as seguintes características foram consideradas de acordo com os dez grupos. Para o grupo 1, nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; grupo 2, nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; grupo 3, multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; grupo 4, multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; grupo 5, todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas; grupo 6, todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica; grupo 7, todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); grupo 8, todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); grupo 9, todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); grupo 10, todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); e grupo 10, todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) (ROBSON MS, 2001).

Assim que cada gestante estava distribuída em seu devido grupo, foi feita a análise de acordo com a via de parto (parto normal ou cesariano) que essa gestante foi submetida, para assim determinar a taxa de cesariana de cada grupo individualmente. Esses dados foram analisados estatisticamente por meio de frequências e organizados em tabelas e gráficos para serem então interpretados.

No total foram analisados 1023 prontuários de todos os partos que ocorreram no período estudado. Foram excluídos 11 prontuários conforme os critérios de exclusão adotados pelos pesquisadores, totalizando 1012 incluídos na pesquisa. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da Universidade do Estado do Amazonas, tendo recebido o registro do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 05778019.4.0000.5016, Parecer nº: 3.129.748, sendo os dados coletados somente após a aprovação do mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manual da OMS recomenda que, na utilização do sistema de dez grupos de Robson, sejam interpretados os dados em três patamares a saber: qualidade dos dados, características da população estudada e taxas de cesariana (WHO, 2017).

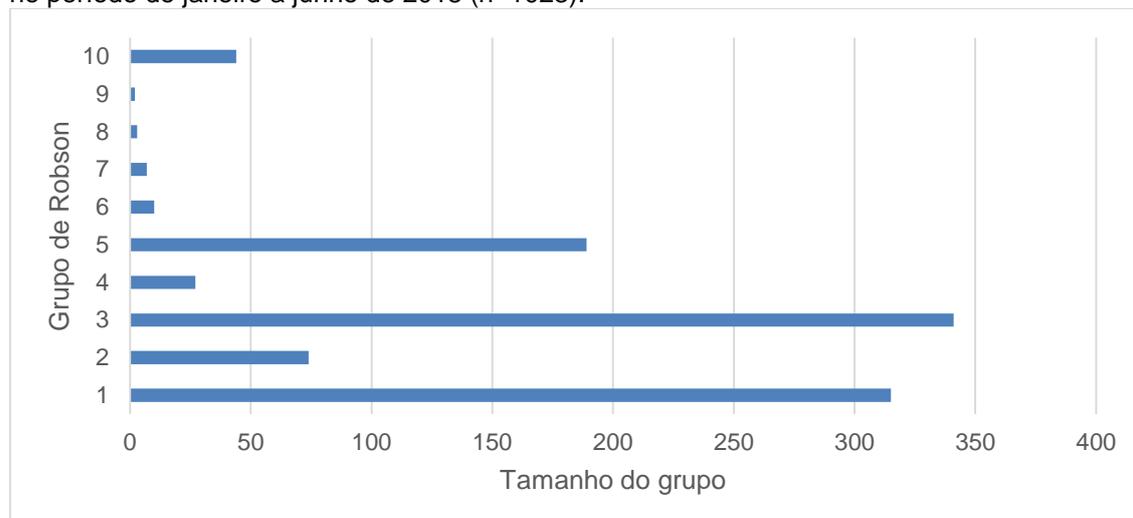
No campo da qualidade dos dados, as informações foram retiradas dos prontuários arquivados na unidade que refletem a realidade dos procedimentos realizados. Na caracterização da população estudada o manual estabelece que as somas dos grupos 1 e 2 represente cerca de 32 a 42% da população estudada e a soma dos grupos 3 e 4 seja de 30% da amostra.

Os nossos resultados evidenciam que a soma dos grupos 1 e 2 representou 38,4% da amostra estando dentro dos parâmetros estabelecidos pelo manual e a soma dos grupos 3 e 4 resultou em 36,4% da população estudada estando acima do estabelecido pela publicação. Os grupos 6 e 7 somados representaram 1,7% da amostra, o grupo 8 representou 0,3% e o grupo 10 contribuiu com 4,3% do total de gestantes evidenciando as características de unidade assistencial a gestantes de risco habitual.

No presente estudo, a taxa global de cesariana no período considerado foi de 38%, abaixo do encontrado na rede pública do estudo "Nascer no Brasil", onde foram avaliadas amostras de 266 hospitais brasileiros (NAKAMURA-PEREIRA M, et al., 2016), porém, bem acima quando comparamos com estudos no Canadá (28,5%), França (20,5%) e Países Baixos (15,7%) (LE RAY C, et al., 2015; ROBERGE S, et al., 2017; ZHANG J, et al., 2015).

Conforme demonstrado no **Gráfico 1**, o grupo 1, composto por nulíparas, feto único, apresentação cefálica em trabalho de parto espontâneo, foi o segundo maior grupo do estudo, representando 31,1% da amostra, estando de acordo com os estudos de Robson, que afirma que esse grupo é um dos mais importantes por ser um dos mais estudados e controversos e, quase sempre, é o segundo maior grupo na maioria das populações estudadas (ROBSON M, et al., 2013).

Gráfico 1 - Distribuição das gestantes nos dez grupos de Robson atendidas na Maternidade no período de janeiro a junho de 2018 (n=1023).



Fonte: Gouveia MRG e Freire CHE, 2022.

Robson MS, et al. (2013) afirmam que o tamanho do grupo 5, representado por múltiparas com feto único em apresentação cefálica, com mais de 37 semanas e pelo menos um parto cesariano anterior, tem relação intrínseca com a taxa global de cesariana do grupo estudado pois, quando esse grupo for menor que 10%, reflete um passado de baixas taxas de partos cesarianos, porém, quando acima, reflete passado de altas taxas de cesarianas, principalmente nos grupos 1 e 2. No presente estudo, o grupo 5 representou 18,7% da amostra e, considerando-se as taxas de cesarianas dos grupos 1 e 2, compostas por nulíparas, pressupõe uma concordância com o estudo de Robson MS, et al. (2013). A distribuição das gestantes nos diversos grupos de Robson, as taxas de cesarianas e sua contribuição na taxa geral de cesarianas estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Distribuição das Gestantes submetidas a parto cesariano por grupo de Robson, taxas de cesárea de cada grupo e a contribuição na taxa global de cesariana atendidas na Maternidade no período de janeiro a junho de 2018 (n=1023).

GRUPOS	Número de Cesáreas por grupo	Taxa de Cesárea no Grupo	Contribuição Absoluta na Taxa Global de cesárea	Contribuição Relativa na Taxa Global de cesárea
1	111	35,2%	11,0%	28,8%
2	70	94,6%	6,9%	18,2%
3	19	5,6%	1,9%	4,9%
4	17	63,0%	1,7%	4,4%
5	133	70,4%	13,1%	34,5%
6	10	100,0%	1,0%	2,6%
7	7	100,0%	0,7%	1,8%
8	3	100,0%	0,3%	0,8%
9	2	100,0%	0,2%	0,5%
10	13	29,5%	1,3%	3,4%
TOTAL	385		38%	100,0%

Fonte: Gouveia MRG e Freire CHE, 2022.

Em nosso estudo, com exceção do grupo 3 composto por múltiparas sem parto cesariano anterior com feto único em apresentação cefálica e mais de 37 semanas de gestação, todos os demais grupos de Robson apresentaram altas taxas de parto cesariano. Os grupos 1 e 2, compostos por nulíparas, foram responsáveis por 47% dos partos operatórios, alertando para uma alta taxa de cesarianas realizadas nesses grupos. A taxa de cesarianas no grupo 1 foi cerca de sete vezes maior que a taxa encontrada no grupo das múltiparas com características obstétricas semelhantes às daquele grupo.

Nakamura-Pereira M, et al. (2016), em um estudo envolvendo mais de 23.000 partos realizados em ambas as redes, pública e privada, encontrou, na rede pública, taxa global de cesariana de 42,9%, e taxas de 17,7% e 75,4% nos grupos 1 e 2 respectivamente. Moura VDA e Feitosa FEL (2017), Roberge S, et al. (2017) e Almeida D, et al. (2014) apresentaram em seus estudos, taxas de cesarianas no grupo 1 de 15%, 5,31% e 3,5%, respectivamente, bem abaixo das encontradas por nosso estudo.

Conforme apresentado na tabela 1, a quase totalidade (94,6%) do grupo 2, composto por nulíparas com feto único em apresentação cefálica com mais de 37 semanas de gestação e fora do trabalho de parto, foi submetida ao parto cesariano, contrariando Robson MS, et al. (2013) que defendem um máximo de 35% de cesarianas nesse grupo, corroborado com os achados de Moura VDA e Feitosa FEL (2017) em Fortaleza e Roberge S, et al. (2017) em Quebec, que apresentaram taxas de 18,6% e 28% respectivamente no mesmo grupo.

O grupo 4, composto por múltiparas sem cesárea anterior, com feto único em apresentação cefálica, com mais de 37 semanas de gestação, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto, apresentou uma taxa de cesariana de 63% contrariando os ensinamentos de Robson que defende taxas de cesarianas inferiores a 15% nesse grupo (ROBSON M, et al., 2013). Freire CHE e Souza RAT (2018), em estudo semelhante a esse na cidade de Manaus, encontrou taxa de cesariana de 80,4% nesse mesmo grupo.

As altas taxas de partos cesarianos nos grupos 2 e 4 sugerem que a utilização da indução do trabalho de parto não é uma prática corriqueira no serviço e/ou apresenta um alto índice de falha do método impactando diretamente nos altos números de partos abdominais tornando-se evidente quando comparadas as taxas de Chong C, et al. (2012) de 37,9% e Kelly S, et al. (2013) de 11,4%. Evitar a realização da primeira cesariana é de fundamental importância para alcançarmos a diminuição das taxas de cesarianas a longo prazo.

O grupo 5 (múltiparas, com feto único em apresentação cefálica e com pelo menos um parto cesariano anterior) foi o que mais contribuiu na taxa global de cesariana indicando que poucas gestantes tiveram a oportunidade de parto vaginal após um parto cesariano anterior. Achados semelhantes ao de Paulo MC, et al. (2021), Roberge S, et al. (2017), Moura VDA e Feitosa FEL (2017), Betrán AP, et al. (2009) com taxas de contribuição de 40,5%, 35%, 25,2% e 9,4%, respectivamente. Da mesma forma, Abdo AA, et al. (2020) em estudo realizado na Etiópia com 4004 mulheres em um período de 12 meses, identificou o grupo 5 como o que mais contribuiu (21,4%) para a taxa global de cesariana daquele estudo.

Segundo Robson M, et al. (2013), esses achados podem ser reflexos das altas taxas de cesarianas realizadas em nulíparas em gestações anteriores. Isso torna-se particularmente evidente em nosso estudo quando consideramos as taxas de partos cesarianos encontradas nos grupos 1 e 2 (35,2% e 94,6%). Essa preocupação já fora externada anteriormente por Chong C, et al. (2012) quando analisou as mudanças das taxas de cesariana em um período de 11 anos (2000-2010) em Singapura usando o RTGCS, nesse estudo os autores identificaram um aumento da taxa global de cesariana de 19,9% para 29,6%, sendo as múltiparas do grupo 5 as que mais contribuíram (27%) para a referida taxa.

Betrán AP, et al. (2009) afirma que o grupo 5 é o maior preditor do parto cesariano tendo em vista que a presença de cicatriz uterina prévia se transformou em um importante fator de risco para a realização de uma nova cesariana. A taxa de parto vaginal após cesariana anterior diminuiu em muitos países há quase duas décadas e permanece baixa desde então. No entanto, fortes evidências sugerem que, quando as candidatas são selecionadas com critérios bem estabelecidos, a realização do parto vaginal é uma escolha viável e segura (ZHANG J, et al., 2016).

Os grupos 6, 7 e 9 são os que englobam as gestações com apresentações não cefálicas que juntos representaram 1,8% do total estudado e apesar de apresentarem taxas de cesariana de 100%, a contribuição na taxa global de cesariana foi de apenas 1,9%, provavelmente devido ao pequeno número de indivíduos nesses grupos.

O Grupo 10, constituído de gestações com idade gestacional menor que 37 semanas, apresentou taxa de cesariana de 29,5%, diferentes dos achados por Nakamura-Pereira M, et al. (2016) e Betrán AP, et al. (2009) com 50,1% e 43%, respectiva xs mente, porém, semelhantes ao encontrado por Chong C, et al. (2012). Freire CHE e Souza RAT (2018), em um estudo similar em uma maternidade de Manaus, encontrou taxa de cesariana do grupo 10 de 52,8% sendo o terceiro grupo que mais contribuiu para a taxa global de cesariana daquele estudo.

Dentre os pontos fortes de nosso trabalho está o de ser um dos primeiros a ser realizado em Manaus e que utilizou o sistema de classificação dos dez grupos de Robson em 99% dos partos realizados na instituição no período estudado reduzindo o viés de seleção. Entre os pontos fracos devemos ressaltar as características da maternidade do estudo por ser um hospital de pequeno porte com assistência predominantemente de gestantes de risco habitual ou baixo risco, bem como a dificuldade na coleta de dados devido aos prontuários na sua totalidade serem manuscritos.

CONCLUSÃO

A taxa global de cesarianas da maternidade foi maior que o recomendado pela OMS (10-15%). A taxa de cesariana encontrada no grupo 5 reflete a tendência da realização de nova cesariana nas portadoras de cesária anterior e, conseqüentemente, uma relutância em oferecer a possibilidade de parto por via vaginal nessa população. É preocupante o fato de os grupos 1 e 2 apresentarem altas taxas de cesarianas, pois, a médio e longo prazo poderá impactar no crescimento do grupo 5 e assim, contribuir cada vez mais para o aumento da taxa global de cesariana. As taxas de cesarianas dos grupos 2 e 4 sugerem a falta da prática da indução do trabalho de parto. Os grupos 6, 7, 8 e 9, foram 100% submetidas ao parto cesariano, mas, não impactaram na taxa global de cesarianas, devido ao pequeno número de gestantes nesses grupos. O grupo 10 apresentou uma taxa de cesariana baixa quando comparado a outros estudos.

AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecimento em especial a Maternidade que possibilitou a realização da pesquisa, bem como, a equipe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da maternidade do estudo que cedeu o espaço e tratou com cordialidade as pessoas envolvidas na coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. ABDO AA, et al. Caesarean section rates analysed using Robson's 10-Group Classification System: a cross-sectional study at a tertiary hospital in Ethiopia. *BMJ Open*, 2020; 10(10): e039098.
2. ALMEIDA D, et al. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n3/v23n3a03.pdf>>. 2014.
3. ANS. 2019. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acessado em: 25 de outubro de 2020.
4. BETRÁN AP, et al. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: What works, doesn't work and how to improve it. *PLoS ONE*, 2014; 9(6): 1–10.
5. BÉTRAN AP, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.*, 2007; 21(2): 98-113.
6. BETRÁN AP, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: Classifying caesarean sections. *Reproductive Health*, 2009; 6(1): 4–11.

7. BRASIL. DATASUS, SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NATALIDADE. Estatística de partos por Unidade da Federação. 2018. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 18 out 2020.
8. CHONG C, et al. Changing trends of cesarean section births by the Robson Ten Group Classification in a tertiary teaching hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2012; 91(12): 1422–1427.
9. DIAS MA, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesareo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2008;13(5):1521-34.
10. FREIRE CHE e SOUZA RAT. Use of Robson ten group system as a tool for evaluating delivery assistance in a maternity in amazon. *Oral/Free Communication Session Abstracts*, 2018; 143: 297.
11. KELLY S, et al. Examining Caesarean Section Rates in Canada Using the Robson Classification System. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2013; 35(3): 206–214.
12. LE RAY C, et al. Classification de Robson: Unoutil d'évaluationdes pratiques de césarienne en France. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*, 2015; 44(7): 605–613.
13. MOURA VDA e FEITOSA FEL. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Revista de Medicina da UFC*, 2017; 57(1): 25.
14. NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: The role of source of payment for childbirth. *Reproductive Health*, 2016; 13: 128.
15. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2015. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, p. 1–8, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3#:~:text=Baseados%20na%20revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica%20da,valores%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20mortalidade. Acessado em: 25 de outubro de 2020.
16. PAULO MC, et al. Aplicabilidade da Classificação de Robson na avaliação das cesarianas na maternidade escola de Valença -RJ. *Rev. Saber Digital*, 2021; 14(2): 56-68.
17. ROBERGE S, et al. Reporting Caesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2017; 39(3): 152–156.
18. ROBSON M, et al. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2013; 27(2): 297–308.
19. ROBSON MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001;15(01):179–194.
20. ROBSON MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*, 2001; 12(1): 23–39.
21. SILVA CHM e LARANJEIRA CLS. Use of the Robson Classification System for the Improvement and Adequacy of the Ways of Delivery in Maternities and Hospitals. An Opportunity to Reduce Unnecessary Cesarean Rates. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2018; 40:377–378.
22. TORLONI MR, et al. Classifications for cesarean section: A systematic review. *PLoS ONE*, 2011; 6(1):e14566.
23. WHO. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
24. ZHANG J, et al. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2016; 123(5): 754–761.