



Avaliação da via obstétrica no Brasil segundo a classificação de Robson nos últimos 5 anos

Evaluation of the obstetric route in Brazil according to the Robson classification in the last 5 years

Evaluación de la ruta obstétrica en Brasil según la clasificación de Robson en los últimos 5 años

Isabela Ávila Fontes Carvalho¹, Berila Beatriz Dias de Almeida¹, Guilherme Barreto Vasconcelos¹, Maria Adrieli Cunha Lima¹, Luciana Barros Melo Pires².

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência dos tipos de parto no Brasil entre 2018 e 2022, com ênfase na distribuição de acordo com os Grupos de Robson. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico realizado através dos dados disponibilizados pelo Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico. Os resultados coletados foram armazenados e tabulados no Microsoft Office Excel®, sendo apresentados em frequência absoluta e relativa. **Resultados:** Foram avaliados 13.667.735 nascidos-vivos, sendo que 56,9% dos partos foram cesáreas. Os Grupos 9, 6 e 7 apresentaram as maiores taxas de cesáreas, contudo, os que mais contribuíram para a taxa total foram os Grupos 5 (35,43%), 2 (17,15%) e 1 (13,47%). Ressalta-se que o parto cesáreo foi o mais prevalente em 7 Grupos de Robson, excluindo apenas o 1, 3 e 4. **Conclusão:** Observou-se uma alta taxa de cesáreas no período analisado, sendo que o Grupo 5 foi o que mais contribuiu para isso, assim como os Grupos 1 e 2, sendo que esses grupos são passíveis de intervenções para redução da taxa de cesarianas, de forma que seja possível alcançar uma menor morbimortalidade materna e perinatal concomitantemente.

Palavras-chave: Parto, Parto Normal, Cesárea.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of types of delivery in Brazil between 2018 and 2022, with emphasis on distribution according to Robson Groups. **Methods:** This is an epidemiological study carried out using data provided by the Live Births Monitoring Panel according to Epidemiological Risk Classification. The collected results were stored and tabulated in Microsoft Office Excel®, being presented in absolute and relative frequency. **Results:** A total of 13,667,735 live births were evaluated, with 56.9% of deliveries being cesarean sections. Groups 9, 6 and 7 had the highest cesarean rates, however, the ones that most contributed to the total rate were Groups 5 (35.43%), 2 (17.15%) and 1 (13.47%). It is noteworthy that cesarean delivery was the most prevalent in 7 Robson Groups, excluding only 1, 3 and 4. **Conclusion:** There was a high rate of cesarean sections in the analyzed period, with Group 5 contributing the most for this, as well as in Groups 1 and 2, and these groups are subject to interventions to reduce the rate of cesarean sections so that it is possible to achieve lower maternal and perinatal morbidity and mortality concomitantly.

Keywords: Parturition, Natural Childbirth, Cesarean Section.

¹ Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju - SE.

² Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL), Aracaju - SE.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prevalencia de los tipos de parto en Brasil entre 2018 y 2022, con énfasis en la distribución según Robson Groups. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico realizado con datos proporcionados por el Panel de Seguimiento de Nacidos Vivos según Clasificación de Riesgo Epidemiológico. Los resultados recolectados fueron almacenados y tabulados en Microsoft Office Excel®, siendo presentados en frecuencia absoluta y relativa. **Resultados:** Se evaluaron un total de 13.667.735 nacidos vivos, siendo el 56,9% de los partos por cesárea. Los grupos 9, 6 y 7 presentaron las mayores tasas de cesáreas, sin embargo, los que más contribuyeron a la tasa total fueron los grupos 5 (35,43%), 2 (17,15%) y 1 (13,47%). Se destaca que la cesárea fue la más prevalentes en 7 Grupos de Robson, excluyendo solo el 1, 3 y 4. **Conclusión:** Hubo una alta tasa de cesáreas en el período analizado, siendo el Grupo 5 el que más contribuyó a ello, así como en los Grupos 1 y 2, y estos grupos están sujetos a intervenciones para reducir la tasa de cesáreas de modo que sea posible lograr una menor morbilidad materna y perinatal concomitantemente.

Palabras clave: Parto, Parto Normal, Cesárea.

INTRODUÇÃO

Anualmente, ocorrem cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, podendo estes ser via vaginal (normal) ou via cirúrgica (cesárea). No país, há uma prevalência de cesáreas estimada em 55% dos partos, valor muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual varia entre 10 a 15% dos partos. Taxas superiores ao preconizado têm sido observadas tanto em países subdesenvolvidos quanto nos desenvolvidos, apesar da falta de evidências diretas entre esse tipo de parto e uma melhoria nos desfechos materno e neonatal. Sendo assim, é importante que os profissionais da saúde avaliem as compensações de curto e de longo prazo entre os tipos de parto, assim como suas indicações adequadas, visando evitar a prática excessiva da cesárea, especialmente em pacientes nulíparas e com baixo risco gestacional (OMS, 2015; BERGHELLA V e CAHILL AG, 2023; COLLEGE, 2014).

A via cesariana apresenta indicação formal em casos em que há um aumento do risco materno-fetal pela via vaginal, além de poder ser realizada pelo desejo manifestado da mulher, o que corresponde ao parto cesáreo a pedido materno. Entre as circunstâncias nas quais o agendamento da cesariana é indicado, podem-se citar: feto em posição transversal ou pélvica, placenta prévia e mãe com infecção ativa passível de transmissão perinatal para o recém-nascido, como é o caso do herpes e do vírus da imunodeficiência humana. Já nos casos de cesariana anterior ou alguma cirurgia com manipulação uterina, o parto vaginal poderá ser uma possibilidade, sendo necessário, porém, considerar a preferência materna, o histórico obstétrico, o desejo de gravidez futura e a análise do risco vs benefício entre tentar realizar o parto vaginal ou a cesárea de repetição planejada (BRUNO A, et al., 2023; DODD JM, et al., 2013; SILVA AP, et al., 2019).

A maioria das pacientes nulíparas com feto a termo e cefálico, preferem o parto por via normal. No que diz respeito à cesariana por pretensão materna, os profissionais de saúde envolvidos, têm suma importância, tendo em vista que será através deles que a gestante terá acesso às informações adequadas e seguras sobre cada via, com a demonstração de riscos vs benefícios e a elucidação sobre as principais inseguranças no momento do parto. Ainda, é preciso uma análise cautelosa e singular sobre a aplicabilidade da via de parto pretendida por cada gestante, pois, até 30% dos partos vaginais resultam na necessidade de cesariana de urgência, a qual está relacionada à maior morbidade quando comparada a cesariana planejada (BERGHELLA V, 2023; BEGUM T, et al., 2021).

Diante disso, é importante que hajam estratégias de anteparto para estimular a via vaginal – uma vez bem indicada, como oficinas de treinamento para o trabalho de parto, psicoeducação e programas de educação médica, que têm o papel de otimizar a confiança materna e diminuir a ocorrência de desfechos evitáveis (CHEN I, et al., 2018; CROWTHER CA, et al., 2012).

Segundo Berghella V e Cahill AG (2023), a taxa de cesárea ótima é definida como aquela que minimiza a morbilidad materna e neonatal da população avaliada, sem dados numéricos objetivos sobre seus níveis, visto que se trata de uma métrica variável. Por isso, o uso da Classificação de Robson é orientado

pela OMS com o intuito de reduzir a prevalência de cesarianas dentro do possível e monitorar suas taxas, visto que se trata de um método simples e reprodutível com relevância clínica e prospectiva (OMS, 2017; COLLEGE, 2014; MS, 2018).

Diante disso, esse estudo visa primariamente analisar a prevalência dos tipos de parto no Brasil entre 2018 e 2022, com ênfase na distribuição de acordo com os Grupos de Robson, permitindo ainda avaliar quais grupos contribuem para o aumento da taxa de cesáreas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo quantitativo com objetivo de avaliar a prevalência dos tipos de partos no Brasil entre 2018 e 2022 em recém-nascidos vivos, além de analisar a distribuição de acordo com a Classificação de Robson e identificar a taxa de cesárea em cada Grupo de Robson.

Para isso, foi realizada coleta de dados disponibilizados pelo Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson), gerido pelo Ministério da Saúde e acessível através das informações disponibilizadas pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT), visando acesso aos dados para avaliação da situação da saúde no país (MS, 2022).

As informações sobre os Nascidos Vivos são coletadas através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), abrangendo dados variados sobre a mãe, a gestação, o parto e o recém-nascidos, os quais foram analisados neste estudo. No que diz respeito aos dados coletados, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel® para armazenamento e tabulação, de modo que fosse possível apresentá-los sob frequência absoluta e relativa. As variáveis maternas analisadas foram grupo etário e escolaridade, enquanto que as gestacionais foram tipo de gravidez e número de consultas. Foi avaliado também o tipo de parto e o Grupo de Robson, além do sexo do recém-nascido e idade gestacional.

No que tange ao Grupo de Robson, é válido mencionar que a classificação abrange 10 grupos e para realizá-la são avaliados a história obstétrica (nulípara ou múltipara, cesariana anterior ou não), o número de fetos (gestação única ou múltipla), a apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversa), o início de trabalho de parto (espontâneo ou induzido) e a idade gestacional no momento do parto. Abaixo, a Classificação de Robson orientada pela OMS (2015).

Quadro 1 - Classificação de Robson conforme as características obstétricas.

Grupo	Descrição
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	Múltiparas sem cesárea prévia, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
Grupo 4	Múltiparas sem cesariana prévia, 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 múltipara com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas.
Grupo 6	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica
Grupo 7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
Grupo 8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).
Grupo 9	Todas gestantes com feto em situação transversa, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).
Grupo 10	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).

Fonte: Carvalho IAF, et al., 2023; dados extraídos de OMS (2015).

A prevalência de cada Grupo de Robson foi avaliada entre “número de nascimentos no grupo”/“número total de nascimentos”, o que corresponde ao tamanho proporcional. Ademais, foi calculada a taxa relativa de cada grupo, a qual corresponde ao “número de nascimentos no grupo”/“número total de nascimentos x 100”.

Outrossim, foi avaliada a taxa de cesariana de acordo com a Classificação de Robson pelo cálculo “número de cesáreas do grupo”/“número total de partos”, obtendo-se desta forma o perfil dos partos no Brasil durante o período avaliado, além do cálculo da contribuição relativa dos grupos na taxa de cesariana (“número de cesarianas no grupo”/“número total de cesarianas x 100”).

RESULTADOS

No total, foram constatados 13.667.735 nascidos-vivos no período analisado, sendo que houve uma maior prevalência do parto cesariano, correspondendo a 56,9% (n= 7.775.323) dos partos, enquanto aproximadamente 43% (n= 5.882.247) foram vaginais (**Tabela 1**).

Tabela 1- Tipos dos partos entre 2018 e 2022 no Brasil.

Ano	Parto Vaginal (%)	Parto Cesáreo (%)	Ignorado/Branco (%)	Total (%)
2018	1.295.541 (43,9)	1.647.505 (55,9)	1.886 (0,06)	2.944.932 (21,6)
2019	1.243.104 (43,6)	1.604.189 (56,3)	1.853 (0,06)	2.849.146 (20,8)
2020	1.165.641 (42,7)	1.562.282 (57,2)	2.222 (0,08)	2.730.145 (19,9)
2021	1.145.970 (42,9)	1.524.013 (57)	2.063 (0,07)	2.672.046 (19,6)
2022	1.031.991 (41,7)	1.437.334 (58)	2.194 (0,08)	2.471.519 (18,1)
Total	5.882.247 (43,03)	7.775.323 (56,9)	10.218 (0,07)	13.667.788

Fonte: Carvalho IAF, et al., 2023; dados extraídos de MS, 2022.

Na **Tabela 2**, é possível avaliar as características maternas dos nascidos vivos entre 2018 e 2022 concluindo que houve uma maior prevalência de partos em mães na faixa etária de 20 a 30 anos, correspondendo a 82,3% (n= 11.251.011) dos casos.

Além disso, adolescentes entre 15 e 19 anos foram a segunda faixa etária com maior número de nascidos vivos, com 13,4% (n= 1.835.815) dos partos. É válido mencionar que à medida que a faixa etária aumentou ocorreu uma redução no número de partos vaginais.

Referente à escolaridade, observa-se que a menor taxa de partos vaginais foi entre as mães com escolaridade maior que 12 anos, em que de 2.964.866 partos, apenas 24,4% (n= 722.374) foram vaginais, enquanto 75,6% (n= 2.240.441) foram cesáreos. Já a maior taxa de partos vaginais foi nas mães sem nenhuma escolaridade, em um total de 50.217, registrou-se 69,6% (n= 34.953) partos vaginais e 30,2% (n= 15.165) cesáreas (**Tabela 2**).

Ressalta-se que foi constatado um maior número de cesáreas nos casos em que foram realizados mais do que 7 consultas de pré-natal, correspondendo a 61,1% (n= 6.044.590) dos partos da amostra, enquanto apenas 38,8% (n= 3.842.252) vaginais (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Características da mãe e da gestação dos Nascidos Vivos entre 2018 e 2022 no Brasil.

Características	N (%)	Parto Vaginal N (%)	Parto Cesáreo N (%)
Idade			
< 14 anos	89.273 (0,6)	56.141 (63)	33.046 (37)
15 a 19 anos	1.835.815 (13,4)	1.106.344 (60,3)	728.196 (39,7)
20 a 39 anos	11.251.011 (82,3)	4.579.796 (40,7)	6.663.071 (59,2)
> 40 anos	491.376 (3,6)	139.784 (28,4)	350.998 (71,4)12 (4,6)
Ignorado/Branco	260 (0,002)	182 (70)	7.775.323 (57)
Total	13.667.735	5.882.247 (43)	
Escolaridade			
1 a 3 anos	206.343 (1,5)	123.298 (59,7)	82.755 (40,1)
4 a 7 anos	1.812.352 (13,3)	1.029.761 (56,8)	777.880 (42,9)
8 a 11 anos	8.467.855 (62,1)	3.894.049 (46)	4.568.495 (54)
> 12 anos	2.964.866 (21,7)	722.812 (24,4)	2.240.441 (75,6)
Ignorado/Branco	166.155 (1,1)	77.374 (46,6)	87.587 (52,7)
Nenhuma	50.217 (0,3)	34.953 (69,6)	15.165 (30,2)
Total	13.617.571	5.847.294 (43)	7.757.158 (57)
N de consultas PN			
Nenhuma	226.755 (1,7)	135.979 (59,9)	87.457 (38,5)
1 a 3	749.279 (5,5)	471.824 (62,9)	276.987 (36,9)
4 a 6	2.783.605 (20,2)	1.396.069 (50,1)	1.333.031 (47,8)
> 7	9.891.630 (72,1)	3.842.252 (38,8)	6.044.590 (61,1)
Ignorado/Branco	69.551 (0,5)	36.123 (51,9)	33.258 (47,8)

Legenda: N – Número; PN – Pré-Natal. **Fonte:** Carvalho IAF, et al., 2023; dados extraídos de MS, 2022.

A partir da **Tabela 3**, observa-se que as classificações de Robson mais prevalentes foram o Grupo 5 (23,57%, n= 3.221.782), que corresponde às múltiparas com feto único em apresentação cefálica e ≥ 37 semanas submetidas a pelo menos uma cesariana anterior, o Grupo 3 (19,47%, n= 2.661.114), que inclui as múltiparas sem cesárea prévia com feto único cefálico e ≥ 37 semanas que chegaram em trabalho de parto espontâneo, e, por fim, o Grupo 1 (17,34%, n= 2.371.094), que se refere às nulíparas com ≥ 37 semanas, feto único em apresentação cefálica e em trabalho de parto espontâneo.

O grupo 3 apresentou o maior número de partos vaginais, correspondendo a aproximadamente 81% (n = 2.154.608) das gestantes classificadas nesse grupo, enquanto no Grupo 9, fetos em posição transversa, houve maior prevalência de cesarianas. Neste último grupo, 97,14% (n = 25.662) foi o percentual das gestantes do grupo que tiveram cesariana, seguido pelo Grupos 6 (91,73%, n= 164.278) e 7 (88,54%, n= 231.426), em que a apresentação fetal é pélvica.

Ao avaliar a relação dos Grupos 1:2, observa-se um valor de 1,28, enquanto dos Grupos 3:4 de 2,21. Esses resultados permitem concluir que há uma boa qualidade nos dados coletados e uma menor proporção de cesáreas e de indução de parto em nulíparas e múltiparas.

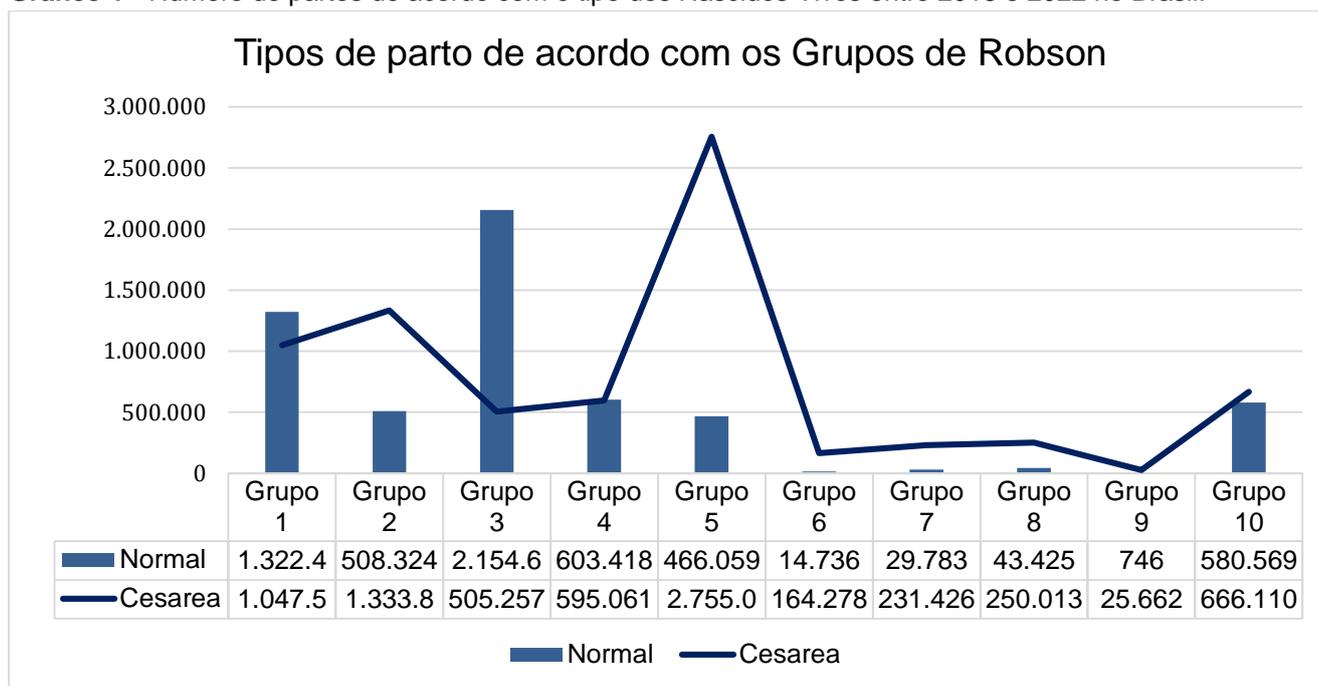
Tabela 3 - Classificação de Robson e via de parto entre 2018 e 2022 no Brasil.

Grupos de Robson	N	TR do grupo %	Parto Vaginal (%)	Parto Cesáreo (%)	CR taxa de cesárea (%)
Grupo 1	2.371.094	17,34	1.322.469 (55,77)	1.047.531 (44,17)	13,47
Grupo 2	1.842.442	13,48	508.324 (27,58)	1.333.801 (72,39)	17,15
Grupo 3	2.661.114	19,47	2.154.608 (80,96)	505.257 (18,98)	6,49
Grupo 4	1.198.771	8,77	603.418 (50,33)	595.061 (49,63)	7,65
Grupo 5	3.221.782	23,57	466.059 (14,46)	2.755.002 (85,5)	35,43
Grupo 6	179.074	1,31	14.736 (8,22)	164.278 (91,73)	2,11
Grupo 7	261.358	1,91	29.783 (11,39)	231.426 (88,54)	2,97
Grupo 8	293.543	2,14	43.425 (14,79)	250.013 (85,17)	3,21
Grupo 9	26.417	0,19	746 (2,82)	25.662 (97,14)	0,33
Grupo 10	1.247.075	0,12	580.569 (46,55)	666.110 (53,41)	8,56
Br/Ign	365.118	2,67	158.110 (43,30)	201.182 (55,10)	2,58

Legenda: N – Número; PN – Pré-Natal; TR – Tamanho relativo; CR – Contribuição Relativa; Br/Ign – Branco/Ignorado. **Fonte:** Carvalho IAF, et al., 2023; dados extraídos de MS, 2022.

No que diz respeito a contribuição relativa de cada grupo para a taxa de cesárea, foi observado que o Grupo 5 foi o que mais contribuiu, com um valor de 35,43% (n= 2.755.002), seguido pelo Grupo 2, com 17,15% (n= 1.333.801). O grupo 9, apesar de ser o que teve maior índice absoluto de cesáreas, foi o que menos contribuiu relativamente, com 0,33% (**Tabela 3**).

Gráfico 1 - Número de partos de acordo com o tipo dos Nascidos Vivos entre 2018 e 2022 no Brasil.



Fonte: Carvalho IAF, et al., 2023; dados extraídos de MS, 2022.

Como mostrado no **Gráfico 1**, o tipo de parto cesáreo foi mais prevalente em 7 grupos de Robson. As gestantes classificadas nos Grupos 1 a 4 de Robson corresponderam a aproximadamente 59% (8.073.421) da amostra total e 44,8% (3.481.650) das cesáreas.

DISCUSSÃO

A taxa de parto cesárea neste estudo foi de 56,9% entre 2018 e 2022, o que corresponde a cerca de 4 a 5 vezes a taxa ideal de acordo com a OMS, qual seja, 10 a 15% dos partos. Ressalta-se que o Brasil, em 2016, ocupava mundialmente a segunda posição entre os países com as maiores taxas de cesáreas, com aproximadamente 55% dos partos. Foi observado um aumento progressivo da taxa com o decorrer dos anos, sendo que em 2022, 58% dos partos foram cesarianos, ultrapassando a República Dominicana, país com maior taxa (56%) de cesáreas em 2016.

Esse aumento nas taxas de cesarianas é observado em diversos países do mundo, sendo que há uma preocupação crescente sobre as consequências negativas desta prática na saúde materno-infantil, principalmente em mulheres com pouco acesso a cuidados obstétricos. Apesar disso, ressalta-se que quando realizada por indicação médica, ou seja, quando é o mais vantajoso para mãe e/ou feto do que o parto vaginal, como nos casos de apresentação pélvica, o parto cesárea reduz a morbimortalidade materna e perinatal (OMS, 2015; BERGHELLA V e CAHILL AG, 2023; FEBRASGO, 2018).

Foi observado que 13,4% da amostra era de adolescentes entre 15 e 19 anos, similar ao notado no estudo de Ramos GGF, et al. (2022), em que 10,8% da amostra total (n= 9.630) apresentava menos de 18 anos. Além disso, neste estudo, foram observadas maiores taxas de partos cesarianos com a progressão da idade, com o aumento da escolaridade e com o número de consultas pré-natais maior que 7, salientando-se que, esses dois fatores foram associados previamente em outros estudos.

Em Carniel EF, et al. (2007) as gestantes com menos de 7 consultas apresentaram proteção para o parto cesáreo, esse artigo avaliou 14.339 partos realizados em uma cidade de São Paulo, sendo constatado uma taxa de cesariana, similar a encontrada neste estudo, de 54,9%. Além disso, foi observado como fatores associados ao parto cesáreo, gestantes com melhor nível socioeconômico e pré-natal adequado, elevando o risco para as maiores de 35 anos em 3,7 vezes e para as com ensino superior em 2,5 vezes.

Referente ao desejo das gestantes pelo parto cesáreo, as principais justificativas relatadas por elas são segurança do tipo e o medo da dor do parto vaginal (REBELO F, et al., 2010; DOMINGUES RMSM, et al., 2014; MAZZONI A, et al., 2016).

De forma semelhante, o estudo de Vieira GO, et al. (2015) realizado no Nordeste avaliou 1.019 partos, sendo constatado como fatores de risco para cesárea no Hospital Público idade materna ≥ 20 anos, primiparidade, gemelaridade, pré-natal realizado em rede privada, parto em hospitais de alta complexidade e pré-natal com ≥ 6 consultas. O estudo transversal de Shinejil U, et al. (2022), avaliou 21.225 partos realizados em uma maternidade da Mongólia entre 2008 e 2018, concluindo também que idade materna e o ensino superior foram associados às taxas de cesáreas.

De acordo com a OMS, a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para avaliar as gestantes internadas para parto, permitindo observar a taxa de cesárea em cada grupo e evitando assim uma taxa de cesárea para população geral sem levar em consideração fatores que interferem na escolha dessa via. De mais a mais, essa classificação possibilita analisar a qualidade dos dados coletados, assim como da assistência e dos cuidados clínicos para com cada grupo, de modo que intervenções direcionadas possam ser criadas (OMS, 2015; BERGHELLA V e CAHILL AG, 2023).

O estudo de Kacerauskiene J, et al. (2017), avaliou o impacto da implementação da Classificação de Robson na Lituânia, sendo constatada uma redução da taxa de cesárea após seu uso de 26,9% em 2012 para 22,7% em 2014. Apesar dos hospitais não conseguirem atingir a taxa adequada para cada grupo, houve uma queda em todos os grupos, com exceção do Grupo 9, sendo que o aumento da taxa de cesáreas nesse grupo foi uma consequência da melhor coleta de dados e classificação realizada. Importante ressaltar que,

apesar da queda das taxas de cesáreas, não ocorreu alteração estatisticamente significativa na mortalidade perinatal. Uma forma de avaliar a qualidade coleta de dados na Classificação de Robson é verificar o tamanho do Grupo 9, o qual deve ser menor que 1%, como neste estudo que foi de 0,19%, pois, caso fosse maior, indicaria que, provavelmente, houve classificações errôneas sobre a apresentação.

Observa-se que, no Brasil, há uma maior proporção de mulheres múltíparas, visto que o tamanho dos grupos 1 e 2 foi < 35%, ao passo que o Grupo 5 foi o mais prevalente no estudo, correspondendo a aproximadamente 23,6% da amostra. Como seu tamanho está relacionado a taxa global de cesárea, é possível inferir que a taxa de cesárea no Brasil é alta (NAKAMURA-PEREIRA M, et al., 2016; MS, 2018; PENHA LBC, et al., 2023).

Referente à taxa de cesárea esperada de acordo com cada Grupo de Robson, foi observado neste estudo que todos os valores foram acima do estipulado. Os que mais contribuíram para as cesarianas foram o Grupo 5 (35,43%), 2 (17,15%) e 1 (13,47%). O mesmo foi observado no estudo de Ramos et al. (2022), que obteve valores similares nos Grupos 5 (39%), 2 (18%) e 1 (12,5%). O estudo multicêntrico de Lafitte AS, et al. (2018), realizado na França, avaliou 15.413 partos, sendo constatado que as contribuições para as taxas de parto cesáreo foram maiores nos grupos 5, 2 e 1, com taxas de 32,1%, 16,7% e 14,3%, respectivamente, dados semelhantes aos encontrados neste estudo.

Sabe-se que o tamanho do Grupo 5, em geral, está associado com a taxa global de partos cesáreos, sendo que nos locais com uma alta taxa seu tamanho é maior que 15%, como observado no estudo em que foi de 23,57%, além disso seu tamanho está relacionado com uma taxa de cesárea elevada anteriormente nos Grupos 1 e 2 (MS, 2018).

O alto número de cesáreas no Grupo 5, indica a necessidade de que os profissionais de saúde aconselhem gestantes que tenham realizado cesárea prévia no pré-natal sobre os benefícios do parto vaginal, quando bem indicado, além de ratificar que o risco da tentativa de trabalho de parto após cesariana e de cesáreas subsequentes são similares. Do mesmo modo, uma restrição nas taxas de cesáreas em primíparas representadas nos grupos 1 e 2, uma vez que, números elevados nestas categorias, superestimam o diagnóstico de gestação de alto risco a exemplo da realização de cesarianas por sofrimento fetal, deslocamento prematuro de placenta e placenta prévia. Diante disso, um melhor manejo do trabalho de parto e um fortalecimento da segurança sobre o parto vaginal após a cesariana, são estratégias necessárias para a queda na taxa de partos cesáreas (SHINEJIL U, et al., 2022; BERGHELLA V, 2023; GEZE S, et al., 2021).

No que diz respeito ao Grupo 9, espera-se que o seu tamanho relativo represente menos de 1% das gestantes avaliadas, como observado neste estudo, e que a taxa de cesárea seja próxima a 100%, sendo que houve um percentual de 97,14%, então, por isso, apesar de ser o Grupo com maior número de cesáreas, ele não apresenta a maior contribuição para a taxa.

A alta taxa de parto cesáreo esperada no Grupo 9, se dá em decorrência dos fetos estarem em posição transversa, sendo esta uma das indicações de parto cesáreo tendo em vista os altos índices de morbimortalidade fetal (ROBSON M, et al., 2013; MARTINS-COSTA SH, et al., 2002). A menor parcela de contribuição para a taxa de cesariana foi a do Grupo 9, com 0,33%, assim como observado no estudo de Algarves TR e Lira Filho R (2019), que avaliou 319 cesarianas no estado do Maranhão, e encontrou uma contribuição de 0,31%.

CONCLUSÃO

O uso da Classificação de Robson é uma estratégia indicada para tentar trabalhar a redução dos índices de cesáreas, de forma que seja possível alcançar a menor morbimortalidade materna e perinatal para cada grupo, visto que o Brasil apresenta uma alta taxa de partos cesarianos. O Grupo de Robson que mais contribuiu para essa taxa foi o 5, sendo este passível de intervenções, assim como os Grupos 1 e 2 que obtiveram um percentual alto de cesárea. Em contrapartida, outros Grupos, como o 9, em que o tipo de parto mais indicado é o cesáreo, não há contribuição para a elevação da taxa total.

REFERÊNCIAS

1. ALGARVES TR e LIRA FILHO R. Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. *Enfermagem em foco*, 2019; 10(5): 148-154.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (COLLEGE); Society for Maternal-Fetal Medicine; CAUGHEY AB, et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.*, 2014; 210(3): 179-93.
3. BEGUM T, et al. Global incidence of caesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression. *BJOG*, 2021; 128(5): 798-806.
4. BERGHELLA V. Patient education: C-section (cesarean delivery) (Beyond the Basics). UpToDate, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/c-section-cesarean-delivery-beyond-the-basics?search=parto%20cesareo&source=search_result&selectedTitle=14~150&usage_type=default&display_rank=13#H8. Acessado em: 16 de abril de 2023.
5. BERGHELLA V e CAHILL AG. Optimal cesarean birth rate. UpToDate, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/optimal-cesarean-birth-rate?search=parto%20cesareo&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=9. Acessado em: 16 de abril de 2023.
6. BRUNO A, et al. Tendências em tentativa e sucesso de trabalho de parto após cesariana nos Estados Unidos de 2010 a 2020. *Obstet Gynecol.*, 2023; 141: 173.
7. CARNIEL EF, et al. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2007; 29(1).
8. CHEN I, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2018; 9(9): CD005528.
9. CROWTHER CA, et al. Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med.*, 2012; 9(3): e1001192.
10. DODD JM, et al. Cesariana eletiva planejada de repetição versus parto vaginal planejado para mulheres com cesariana anterior. *Cochrane Database Syst Ver.*, 2013; CD004224.
11. DOMINGUES RMSM, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica*, 2014; 30(suppl 1): S101-16.
12. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Organização Mundial Da Saúde (OMS) Lança 56 Recomendações Para Tentar Diminuir Cesáreas. FEBRASGO.ORG, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-omslanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acessado em: 16 de abril de 2023.
13. GEZE S, et al. Can the Robson 10 Group Classification System help identify which groups of women are driving the high caesarean section rate in major private hospitals in eastern Ethiopia? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 2021; 11(8): e047206.
14. KACERAUSKIENE J, et al. Implementation of the Robson classification in clinical practice: Lithuania's experience. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017; 17: 432.
15. LAFITTE AS, et al. Rate of caesarean sections according to the Robson classification: Analysis in a French perinatal network - Interest and limitations of the French medico-administrative data (PMSI). *J Gynecol Obstet Hum Reprod.*, 2018; 47(2): 39-44.
16. MARTINS-COSTA SH, et al. Cesariana- Indicações. FEBRASGO, 2002. Disponível em: https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf. Acessado em: 16 de abril de 2023.
17. MAZZONI A, et al. Women's preferences and mode of delivery in public and private hospitals: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2016; 16: 34.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Fundação Oswaldo Cruz. Classificação de Robson. [Arca.fiocruz.br](http://arca.fiocruz.br), 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29751/CLASSIFICA%C7%C3O%20DE%20ROBSON.pdf;jsessionid=D1343C7982619BF37AD4CF717338C242?sequence=2/>. Acessado em: 16 de abril de 2023.

19. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). Plataforma IVISQ, 2022. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/grupos-de-robson/>. Acessado em: 16 de abril de 2023.
20. 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(Suppl 3): 128.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Programa de Reprodução Humana (PRH). Declaração da OMS sobre as taxas de cesariana. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. Acessado em: 16 de abril de 2023.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Robson: manual de implementação. Genebra (Suíça): 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-ita.pdf>. Acessado em: 16 de abril de 2023.
23. PENHA LBC, et al. Avaliação das taxas de cesáreas em hospitais do Distrito Federal por meio da classificação de Robson. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 2023; 23(1): e11752.
24. RAMOS GGF, et al. Cesarean rates according to the Robson classification: analysis in a municipal maternity in São Paulo. *Einstein (Sao Paulo)*, 2022; 20: eAO0075.
25. REBELO F, et al. Alta prevalência de cesariana em um estudo nacional de base populacional no Brasil: o papel da clínica privada. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 2010; 89: 903-8.
26. ROBSON M, et al. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*, 2013; 27(2): 297-308.
27. SILVA AP, et al. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 24: e624.
28. SHINEJIL U, et al. Association between Robson classification groups and cesarean delivery: a longitudinal analysis in Mongolia. *AJOG Glob Rep.*, 2022; 2(3): 100071.
29. VIEIRA GO, et al. Factors associated with cesarean delivery in public and private hospitals in a city of northeastern Brazil: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015; 15: 132.