

Vanessa Wolff Machado
Profa Dra Carmelia Matos Santiago Reis
Profa Dra Renata Costa Fortes

+ P R O T O C O L O +

USO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA
ADMISSÃO DE GESTANTES PARA PARTO NAS
MATERNIDADES E CASAS DE PARTO PÚBLICAS DO
DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, BRASIL

Unai - MG, 2024



Vanessa Wolff Machado
Carmelia Matos Santiago Reis
Renata Costa Fortes

**USO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA ADMISSÃO DE
GESTANTES PARA PARTO NAS MATERNIDADES E CASAS DE
PARTO PÚBLICAS DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, BRASIL**

Editora Coleta Científica
Unaí - MG, 2024



MACHADO, Vanessa Wolff; REIS, Carmelia Matos Santiago; FORTES, Renata Costa (orgs.).

Uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto públicas do Distrito Federal, Brasília, Brasil. Editores Jonas Rodrigo Gonçalves e Danilo da Costa. Capa e supervisão Danilo da Costa. Unai/MG: Editora Coleta Científica, 2024.

1ª edição

57 fls.

ISBN: 978-65-999558-7-7

DOI: 10.29327/5412471

CDU: 614



EDITORA COLETA CIENTÍFICA

Editor-chefe da editora Coleta Científica

Jonas Rodrigo Gonçalves, Centro Universitário Processus - UniProcessus, DF, Brasil.

Editores desta obra

Jonas Rodrigo Gonçalves, Centro Universitário Processus - UniProcessus, DF, Brasil.

Danilo da Costa, Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil.

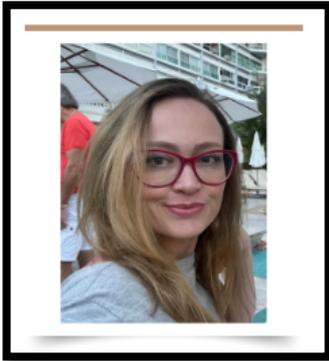
Conselho Editorial

1. Prof. Dr. [Jonas Rodrigo Gonçalves](#), Centro Universitário Processus - UniProcessus, DF, Brasil.
2. Prof. MSc. [Danilo da Costa](#), Universidade Católica de Brasília - UCB, DF, Brasil.
3. Prof. Dr. [Arthur Henrique de Pontes Regis](#), Centro Universitário Processus - UniProcessus, DF, Brasil.
4. Prof. Dr. [Alessandro Aveni](#), Universidade de Brasília - UnB, DF, Brasil.
5. Prof^ª. Dra. [Cristilene Akiko Kimura](#), Faculdade Sena Aires - Fasesa, GO, Brasil.
6. Prof^ª. MSc. [Maria Aparecida de Assunção](#), Centro Universitário Processus - UniProcessus, DF, Brasil.
7. Prof^ª. Dra. [Maria Inez Montagner](#), Universidade de Brasília - UnB, DF, Brasil.
8. Prof. MSc. [José Osvaldo Silveira dos Santos](#), Universidade Católica de Brasília - UCB, DF, Brasil.
9. Prof^ª. MSc. [Carla Chiste Tomazoli Santos](#), Faculdade Sena Aires - Fasesa, GO, Brasil.
10. Prof^ª. MSc. [Caroline Pereira da Costa](#), Universidade de São Paulo - USP, SP, Brasil.
11. Prof. MSc. [Flavio Pereira de Sousa](#), Universidade Católica de Brasília - UCB, DF, Brasil.
12. Prof^ª. Dra. [Julia Jensen Didonet](#), Universidade de Brasília - UnB, DF, Brasil.
13. Prof. Dr. [Neudson Johnson Martinho](#), Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT, MT, Brasil.
14. Prof. Dra. [Adriana Haack de Arruda Dutra](#), Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, DF, Brasil.
15. Prof. Dra. [Renata Costa Fortes](#), Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, DF, Brasil.
16. Prof. Dr. [Uilmer Rodrigues Xavier da Cruz](#), Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.

Corpo de pareceristas

Como foi realizado o processo de revisão às cegas por pares, não serão divulgados os nomes dos pareceristas *ad hoc*.

Autoras



- **Vanessa Wolff Machado**

Mestre em Ciências para a Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) da SES-DF. Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia (RQE 18756) área de atuação Reprodução Assistida (RQE 21159), Perícia Médica e Medicina Legal (RQE 15147) e Medicina do Trabalho (RQE 15148). Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília e graduação em Medicina pela Universidade de Brasília (UnB)-DF. Médica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES- DF) e oficial médica da Força Aérea Brasileira.

<https://orcid.org/0000-0002-8034-3526>

<http://lattes.cnpq.br/0562808904359065>

E-mail: machadovwm@gmail.com



- **Carmelia Matos Santiago Reis**

Doutora em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestre em Medicina pela Universidade Federal Fluminense e Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Título de especialista em Dermatologia pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD/AMB). É Médica- dermatologista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Pró-reitora de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs), Coordenadora de Cursos de Pós- Graduação Stricto Sensu (Período de 2019-2023); docente-permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs), mantida pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) e Docente-colaboradora do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da (Escs). Docente da Graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde Escs-SES/DF, no período 2001 a 2019. Coordenadora, supervisora e preceptora da Residência Médica do Hospital Regional da Asa Norte/SES/ DF, no período de 2008 a 2019. Docente-colaboradora do serviço de Dermatologia, na área de micologia Médica do Hospital Universitário da Universidade de Brasília, no período 1979 a 2024.

<https://orcid.org/0000-0002-4866-205X>

<http://lattes.cnpq.br/4923956388814961%20>

E-mail: reiscarmelia@gmail.com



- **Renata Costa Fortes**

Pós-Doutora em Psicologia pela Universidad de Flores (Uflo), Buenos Aires - Argentina. Doutora e Mestra em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília (UnB)-DF. Especialista em Nutrição Clínica, Enteral e Parenteral - Asbran, SES-DF, Ganep e Ipce. Especialista em Manuseio Nutricional na Cirurgia Bariátrica pela Unyleya. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop)-MG. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer da SES-DF. Professora Titular e Orientadora do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) da SES-DF. Coordenadora e Professora Titular do Curso de Nutrição da Universidade Paulista (Unip), campus Brasília-DF. Nutricionista do Serviço de Cirurgia Metabólica para Diabetes Tipo 2 da SES-DF.

<https://orcid.org/0000-0002-0583-6451>

<http://lattes.cnpq.br/5453042571253174>

E-mail: renata.fortes@escs.edu.br



DEDICATÓRIA



Todo meu trabalho dedico à pessoa que me presta apoio sem fim, dentro de minha confusão exitosa. Diego, companheiro de vida e pai sem limites, ao conceito da palavra.



AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Carmelia Matos Santiago Reis e Profª Drª Renata Costa Fortes, que me adotaram.

Ao Prof Dr Levy Aniceto Santana, que sempre esteve presente.

Ao Prof Dr Adriano Bueno Tavares, que estimulou e incentivou.

À Profª Drª Daphne Rattner, que acreditou e esteve sempre disponível.

À Isabel de Oliveira Arruda Reginato, colega de turma, que auxiliou em todas as dúvidas.

À Luiza Lopes Marouelli, amiga de residência, que passou noites em claro coletando dados em conjunto.

Aos demais colegas da Turma 8, que lutamos contra a inércia juntos.

Aos meus filhos, sogros, cunhados, mãe, irmãs, tios e amigos que ajudaram mesmo sem saber.

Ao meu pai que me inspira mesmo longe.

À Escs pela possibilidade e oportunidade.

Ao Hmib por toda a minha aprendizagem.

À UnB por toda bagagem que me forneceu, e ao Prof. Dr. João Barberino Santos, que segue me inspirando.

À Banca por dispor-se com tanto carinho. À SES-DF pela oportunidade de servir a sociedade e me tornar maior que eu mesma.

Ao meu marido.

À Deus, sempre.



EPÍGRAFE



"Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente. Quem sobrevive é o mais disposto à mudança."

Charles Darwin

PREFÁCIO

Daphne Rattner¹

Que honra e que alegria poder apresentar este protocolo, para que mais profissionais conheçam e saibam utilizar a Classificação de Robson! Pois, como dizem as autoras em seu texto, é uma classificação com muitas vantagens: é simples, é objetiva, robusta, tem baixo custo para sua utilização e pode ser reproduzida! E pode ser aplicada em qualquer contexto, tanto em hospitais que prestam assistência ao risco habitual, como ao alto risco, uma vez que as indicações associadas ao risco estão embutidas nas proporções de cirurgias cesarianas recomendadas.

Pois é indiscutível que em nosso país ocorrem mais nascimentos pela via cirúrgica do que seria considerado apropriado: no Brasil, a proporção de nascimentos por cesariana ultrapassou 50% em 2009 – e dados preliminares do Sistema de Informações Hospitalares sugerem que isso aconteceu no SUS em 2023! Sendo que na Saúde Suplementar têm se mantido por volta de 85% pelo menos nesses últimos vinte anos! É cirurgia demais!

O bom senso lembra que qualquer cirurgia tem seus riscos, a começar pelo acidente reacional ao anestésico, e que é necessário sopesar riscos e benefícios para fazer escolhas, mantendo-se fiel ao princípio ético da profissão médica: “*Primum non nocere*” (primeiro, não prejudicar). Se não haverá benefícios para o binômio mãe-filho, então a cirurgia apenas acarretará riscos – e creio ser possível atribuir a proporção da mortalidade materna que se mantém estabilizada também a esses procedimentos desnecessários (a desnecessária, como dizem alguns).

As altas taxas de cesárea refletem alguns problemas sérios da atenção obstétrica:

- a) A prática e o ensino de Obstetrícia na Medicina privilegiam o ensino da técnica cirúrgica – e não o acompanhamento da fisiologia, assim que muitos profissionais saem despreparados para lidar com o processo natural de parturição;
- b) Como referiu Marsden Wagner, ex-coordenador de assistência materna e infantil da Organização Mundial de Saúde para a Europa, em seu livro “Pursuing the Birth Machine”, há uma visão mecânica da gestação e do parto. No Brasil, esta se traduziu na simplificação do processo de parturição para “motor-objeto-trajeto”, constante em livros de Obstetrícia, sendo o motor = útero, o objeto = feto e o trajeto = vagina. E agora temos que explicar que o útero não é um motor, faz parte de uma pessoa, assim como a vagina, o feto não é um objeto, é um ser humano vindo a nascer – e o profissional não é o mecânico que irá consertar o motor caso este esteja avariado;
- c) Para muitos profissionais, alto risco é sinônimo de cesárea, sendo que é possível estabilizar uma hipertensão arterial, ou um diabetes, ou uma descompensação cardiológica e facultar que o nascimento seja pela via vaginal. Aliás, realizar uma cirurgia numa situação não compensada agrava o risco. Mas, também, o cuidado ao alto risco nem sempre é adequado....

¹ Daphne Rattner, médica epidemiologista, é professora da Universidade de Brasília, presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e integra a diretoria da International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO). Organizadora de algumas publicações, incluindo “Humanizando nascimento e partos”, com Belkis Trench, pela Editora Senac.



APRESENTAÇÃO

No cenário global da saúde materno e infantil, a elevada incidência de cesarianas em desacordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) representa um desafio persistente na saúde materna e infantil. Para abordar essa questão, a Classificação de Robson surge como uma ferramenta essencial padronizada proposta desde 2001, permitindo monitorar e comparar as taxas de cesarianas. Apesar das várias vantagens oferecidas por essa classificação, é importante ressaltar que ela não abrange outros elementos relevantes, como condições de risco elevado na gestação e particularidades no desenvolvimento fetal, que exercem influência significativa nas taxas de cesarianas.

Este *e-book* tem como propósito central apresentar um protocolo de uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto, especialmente adaptado à realidade das maternidades públicas do Distrito Federal em Brasília, Brasil.

O protocolo resulta de uma pesquisa realizada no âmbito do Programa de Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde (Mpcs) da Escola Superior em Ciências da Saúde (Escs), vinculado à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Espera-se que o uso sistematizado da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto da SES-DF em todos os cenários de parto, seja alto ou baixo risco, sirva como ferramenta para monitorar as taxas de cesarianas na população da região, permita a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos, a partir da avaliação do impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde no Distrito Federal.

Ademais, desejamos a todos uma leitura proveitosa e esperamos que este protocolo, **PROTOCOLO DE USO CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA ADMISSÃO DE GESTANTES PARA PARTO NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DO DISTRITO FEDERAL, BRASÍLIA, BRASIL**, contribua efetivamente para a prática clínica obstétrica na SES-DF.



Sumário

RESUMO	15
ABSTRACT	16
RESUMEN	17
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVO	22
3. MÉTODO	23
4. JUSTIFICATIVA	24
5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL	25
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
7. CONDUTA	27
8. FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	28
9. BENEFÍCIOS ESPERADOS	29
10. MONITORIZAÇÃO	30
11. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR	31
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
APÊNDICE A. PROTOCOLO SES-DF	36
ANEXO A. INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	46



RESUMO

A elevada taxa de cesáreas, em desacordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, persiste como um desafio global em saúde materna e infantil. A Classificação de Robson, proposta em 2001 e amplamente adotada, emerge como uma ferramenta padronizada para monitorar e comparar taxas de cesáreas em diferentes contextos, possibilitando avaliar o impacto de ajustes na gestão. A despeito das diversas vantagens desta classificação, ela não leva em conta outros fatores maternos ou fetais que influenciam significativamente as taxas de cesarianas, como gestações de alto risco e alterações fetais. Como trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde, foi realizado um estudo observacional transversal com dados secundários obtidos junto aos registros médicos de gestantes assistidas a parto no contexto de uma maternidade de alto risco do Distrito Federal. O objetivo foi avaliar a Classificação de Robson no contexto de uma maternidade pública de alto risco do Distrito Federal em Brasília, Brasil, analisando as gestantes que tiveram seu parto no local perante a Classificação de Robson, estratificando as mulheres conforme as situações de baixo ou alto risco presentes. Diante dos resultados do estudo, se apresenta o Protocolo de uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto públicas do Distrito Federal em Brasília, Brasil. Como estratégias de busca para a elaboração deste protocolo, foi utilizado consulta em base de dados a partir da busca de artigos científicos em revistas científicas indexadas em bases de dados, como a *Pubmed*, *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, legislações e outros protocolos, que tratam sobre o acompanhamento da mulher durante o parto. Espera-se que o uso sistematizado da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto da SES-DF sirva como ferramenta para monitorar as taxas de cesarianas na população da região, permita a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos, a partir da avaliação do impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde no Distrito Federal.

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

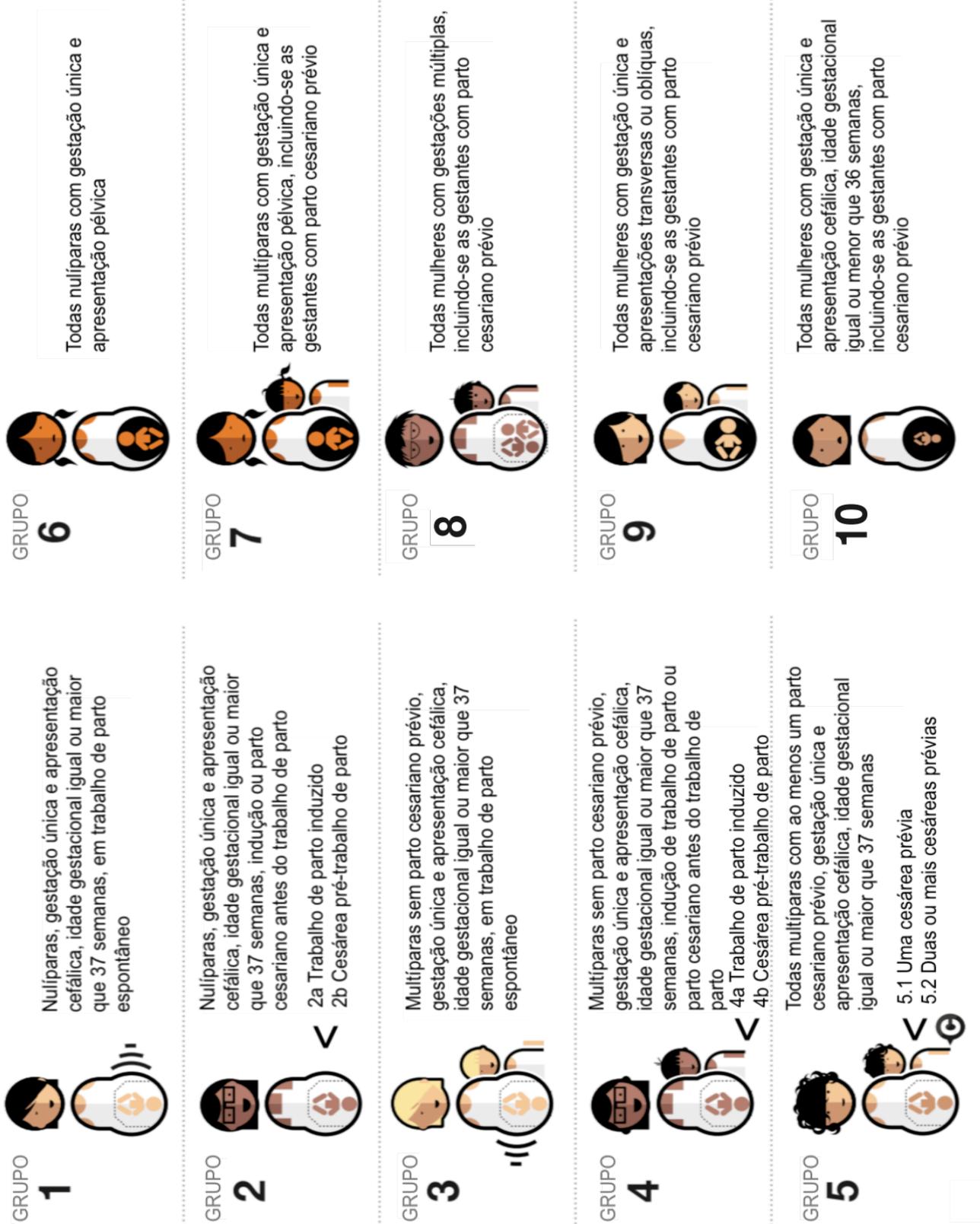


ABSTRACT

The high rate of cesarean section, in opposition to the World Health Organization recommendations, remains a global challenge in maternal and child health. The Robson Classification, proposed in 2001 and widely adopted, emerges as a standardized tool to monitor and compare cesarean section rates in different contexts, allowing the assessment of the impact of management adjustments. Despite the various advantages of this classification, it does not take into account other maternal or fetal factors that significantly influence cesarean section rates, such as high-risk pregnancies and fetal alterations. As a conclusion presented to the Stricto Sensu Graduate Program in Health Sciences at the School of Health Sciences, as a partial requirement for obtaining the Master's Degree in Health Sciences, a cross-sectional observational study was conducted with secondary data obtained from medical records of pregnant women undergoing delivery in the context of a high-risk maternity hospital in the Federal District. The objective was to evaluate the Robson Classification in the context of a high-risk public maternity hospital in the Federal District in Brasília, Brazil, analyzing pregnant women who gave birth at the facility according to the Robson Classification, stratifying women according to low or high-risk situations. Based on the study results, the Protocol for the use of the Robson Classification in the admission of pregnant women for delivery in public maternity hospitals and birthing centers of the Federal District in Brasília, Brazil, is presented. Search strategies for the development of this protocol included database searches for scientific articles in journals indexed in databases such as PubMed, Lilacs, Medline, Scielo, legislation, and other protocols that address the monitoring of women during childbirth. It is expected that the systematic use of the Robson Classification in the maternity hospitals and birthing centers of SES-DF will serve as a tool to monitor cesarean section rates in the region's population, allowing for the evaluation and improvement of the quality of obstetric care, based on the assessment of the impact of management changes that may contribute to good health practices in the Federal District.

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

Figura 1 - Classificação em 10 grupos de Robson





As vantagens do sistema classificatório referido são diversas, como permitir a sua autovalidação a partir do uso de alguns grupos como controles, por exemplo, o grupo 9 (mulheres com gestação única e apresentações transversas ou oblíquas). Neste grupo é esperada uma representação menor que 1% de todas as mulheres admitidas para parto e uma taxa de cesariana de 100%. Valores diferentes indicam fortemente a possibilidade de problemas com a coleta de dados (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2013). Outras vantagens a serem citadas: simplicidade, objetividade, robustez, reprodutibilidade, flexibilidade e baixo custo da classificação (ROBSON, 2001; CABEZA VENGOECHEA et al., 2010; SCARELLA et al., 2011; HOMER et al., 2010; HOWELL; JOHNSTON; MACLEOD, 2009).

Atualmente a Classificação de Robson, em sua forma mais simplificada, é disponibilizada pelo Ministério da Saúde no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson), dados que são obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que tem o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. Esses dados são obtidos a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) (BRASIL, 2022a e 2023).

A gestação é um fenômeno fisiológico, porém é uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há uma proporção de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2022b). As gestantes desse grupo necessitam de um acompanhamento de pré-natal diferenciado, e são encaminhadas para centros de referência. Nesses locais, cuja parte considerável do público gestante é acompanhado em pré natal de alto risco por condições maternas ou fetais, o maior número de internações para cesariana antes do trabalho de parto, provavelmente ocorre por uma indicação médica de antecipação do parto, como, por exemplo, em casos de pré-eclâmpsia ou de crescimento intrauterino restrito (Ciur). A avaliação desse grupo específico de mulheres, gestantes de alto risco, poderia contribuir na análise da taxa global de cesariana, uma vez que se sugere uma abordagem mais individualizada no que se refere ao momento oportuno para interrupção da gestação em situações de alto risco (BRASIL, 2022b).

A Classificação de Robson possui muitas vantagens, porém por ser uma ferramenta essencialmente epidemiológica, não identifica os fatores contribuintes e determinantes para a realização de cesariana nas gestantes, nem fornece explicações para as diferenças observadas. A classificação tampouco leva em conta outros fatores maternos ou fetais que influenciam significativamente as taxas de cesarianas, como gestações de alto risco e alterações fetais. Assim, métodos estatísticos adicionais, como ajustes estratificados e a inclusão das taxas de parto vaginal operatório, lesões obstétricas do esfíncter anal, hemorragia pós-parto e baixo escore de Apgar (APGAR, 2015), são necessários para dar conta desses fatores (BETRÁN et al., 2014, SAVCHENKO et al., 2022).

A Classificação de Robson deve ser considerada como um ponto de partida comum para um sistema de classificação perinatal que pode ser mais desenvolvido (WHO, 2017). A interpretação paralela de vários resultados permitirá a otimização de uma auditoria sistemática e multidimensional, útil para famílias e profissionais de saúde, e poderá ser usada para comparações, avaliação de tendências e subpopulações (SAVCHENKO et al., 2022).

Neste contexto, como trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (Escs), para requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde,



2. OBJETIVO

Apresentar o protocolo de uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto públicas do Distrito Federal em Brasília, Brasil.



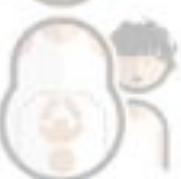
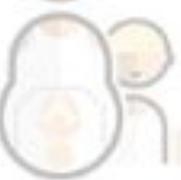


3. MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional transversal com dados secundários obtidos junto aos registros médicos de gestantes assistidas a parto no Hmib, uma maternidade referência em gestação de alto risco do Distrito Federal. O objetivo do estudo foi avaliar a Classificação de Robson no contexto de uma maternidade pública de alto risco do Distrito Federal em Brasília, Brasil, analisando as gestantes que tiveram seu parto no local perante a Classificação de Robson, estratificando as mulheres conforme as situações de baixo ou alto risco presentes (MACHADO, 2024).

Diante dos resultados do estudo, destaca-se a importância do uso da Classificação de Robson como instrumento para conhecimento do perfil das usuárias por meio das características obstétricas, e se reconhece a sua utilidade até mesmo em um cenário de uma maternidade de alto risco.

Propõe-se a utilização do protocolo de uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto da SES-DF. Como estratégias de busca para a elaboração deste protocolo, foi utilizado consulta em base de dados a partir da busca de artigos científicos em revistas científicas indexadas em bases de dados, como a *Pubmed*, *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, legislações e outros protocolos, que tratam sobre o acompanhamento da mulher durante o parto.





4. JUSTIFICATIVA

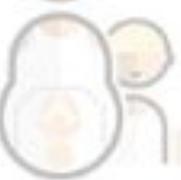
Conforme exposto, a Classificação de Robson é uma ferramenta simples, robusta, validada e de baixo-custo, que ajuda os estabelecimentos de saúde a:

- Identificar e analisar os grupos de mulheres que contribuem mais ou menos para as taxas gerais de cesarianas;
- Comparar as rotinas entre os serviços que têm resultados mais desejáveis nos mesmos grupos e considerar mudanças na prática;
- Avaliar a eficácia de estratégias ou intervenções voltadas para otimizar o uso da cesariana;
- Avaliar a qualidade dos cuidados e das práticas de gestão clínica analisando os resultados por grupos de mulheres; e
- Avaliar a qualidade dos dados coletados e conscientizar a equipe sobre a importância desses dados, interpretação e uso.

A interpretação dos dados decorrentes do uso da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto no âmbito do Distrito Federal pode levar a informações úteis sobre a qualidade dos dados coletados, o tipo de população atendida por cada unidade, as taxas de partos cesarianos de cada grupo e como cada uma das gestantes dos 10 grupos contribuem para a taxa geral de cesariana em seu cenário, além da filosofia geral de atendimento nos diversos serviços regionais (WHO, 2017).

Ainda, a sistematização da inclusão do grupo da Classificação de Robson ao qual pertence a parturiente nos dados de registro de dados de parto da unidade de saúde possibilita um ponto de partida para um sistema de classificação perinatal que pode ser mais desenvolvido especificamente para a realidade do Distrito Federal.

Os dados obtidos a partir da adoção do protocolo serão de importância para compor o plano de ação regional da nova Rede Cegonha, que tem como finalidades definir as ações para a Rede Cegonha em um determinado período, e realizar o monitoramento e avaliação das ações previstas, definindo inclusive o repasse dos recursos financeiros e a avaliação da rede (BRASIL, 2023).



5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

Toda mulher que tenha parto nas unidades de saúde públicas do Distrito Federal deve ser classificada em um dos 10 grupos expostos na figura 1.

O limite considerado para definição de parto é idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou peso maior ou igual a 500 gramas (ZUGAIB; BITTAR; MIYADAHIRA, 2008).



6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Toda mulher admitida para parto ou que tenha parto nas unidades de saúde públicas do Distrito Federal.

Não deve haver exclusão de candidatas.





7. CONDUTA

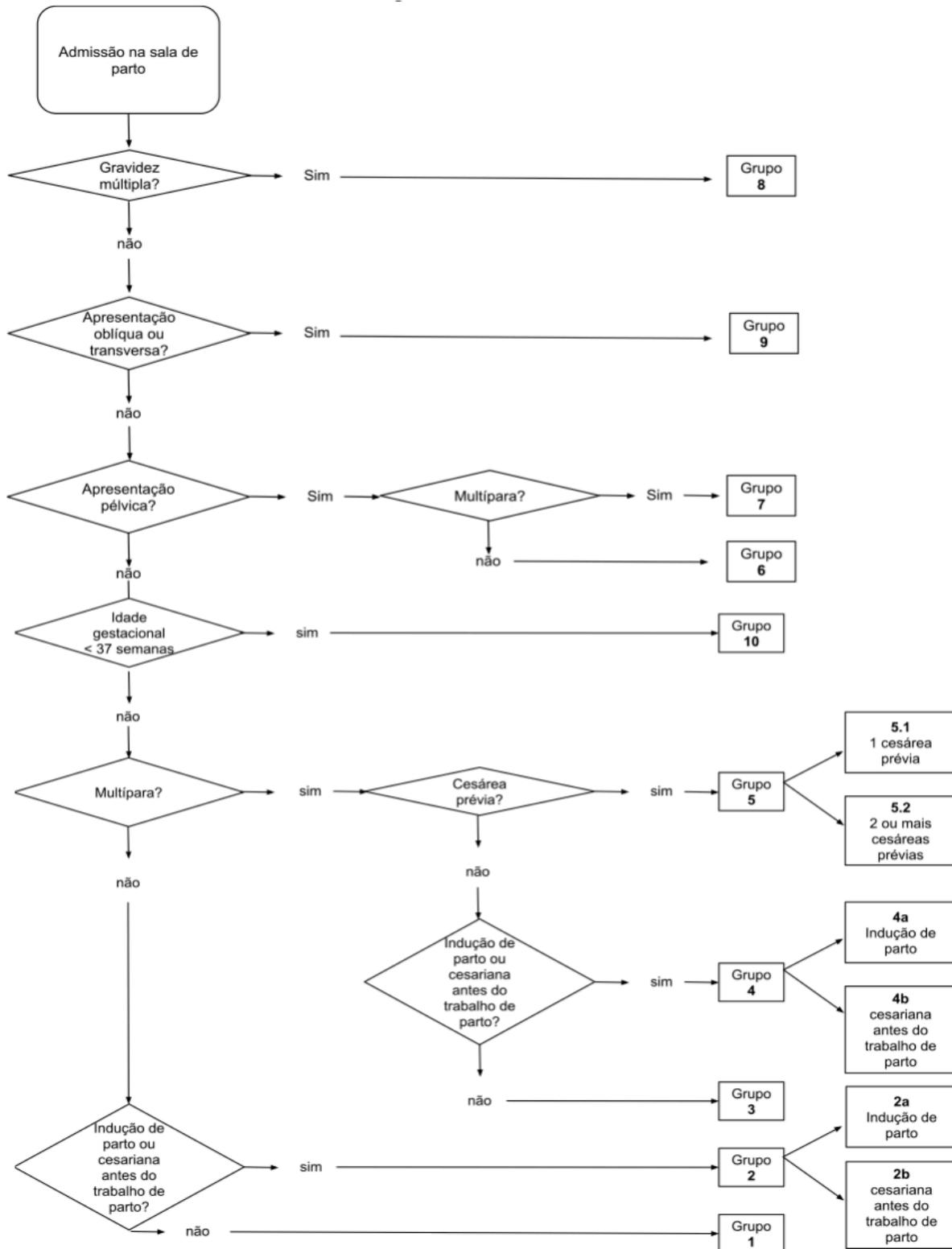
Na admissão das gestantes e no registro de dados de parto da unidade de saúde deve constar o grupo da Classificação de Robson ao qual pertence a parturiente, conforme Fluxograma para Classificação de Robson.

Em caso de dúvidas na classificação, pode-se consultar o manual de implementação da Classificação de Robson da OMS (WHO, 2017).



8. FLUXOGRAMA

Figura 2 - Fluxograma para uso da Classificação de Robson



Fonte: NASSAR et al., 2006 (Adaptado, tradução livre).



9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se que o uso sistematizado da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto da SES-DF sirva como ferramenta para monitorar as taxas de cesarianas na população da região, permita a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos, a partir da avaliação do impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde no Distrito Federal.

Por um aspecto macro, que essa prática contribua com a Rede Cegonha, ao assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2023).



10. MONITORIZAÇÃO

A monitorização ocorrerá dentro dos prazos já previstos para lançamento de dados no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022a; BRASIL, 2023).





11. REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A interpretação dos dados decorrentes do uso da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto no âmbito do Distrito Federal serão utilizadas pelo Gestor da Área para avaliar a realidade de cada unidade, contribuindo para a otimização dos serviços.

Caso ocorra dúvidas em relação aos dados e à interpretação dos obtidos na monitorização, pode-se verificar a qualidade dos dados, o tipo de população e as taxas de cesarianas, conforme os quadros disponíveis no anexo A (FIOCRUZ, 2018).

A cada 2 anos há a previsão de revisão do protocolo, e nesse momento serão avaliados todos os resultados obtidos. Destarte, a Classificação de Robson poderá ser revisada para estratificação, com a inclusão de novos dados.



12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo observacional transversal realizado no Hmib, serviço de referência em cuidados maternos-fetais de alto risco no Distrito Federal, como situação específica, pôde-se apontar elevadas taxas de partos prematuros. Foi encontrado um grupo 10 de Robson de tamanho elevado dentro da população estudada, com uma elevada taxa de cesariana. A presença de doença fetal também determinou a escolha da cesariana em diversos grupos de Robson na população estudada (1, 4 e 4a, 5 e 5.1 e 10). Entre os partos prematuros, também foi determinante na cesariana a classificação da gestante em alto risco, doenças fetais de alteração de dopplerfluxometria e de líquido amniótico e Ciur e comorbidades maternas como presença de infecção, pré-eclampsia, diabetes gestacional e hipertensão, seja gestacional ou crônica.

Concluiu-se por meio deste estudo que o Hmib apresenta uma alta taxa de cesariana, o que poderia ser explicado por se tratar de uma maternidade referência para gestantes de alto risco. Porém ainda assim, percebe-se que as taxas de cesarianas ainda podem ser potencialmente diminuídas em mulheres com cesariana prévia, apresentações pélvicas a termo e gestações múltiplas a termo, exceto em casos com primeira apresentação pélvica.

Analisando-se os dados obtidos, destaca-se a importância do uso da Classificação de Robson como instrumento para acompanhamento, planejamento e tomada de decisões da equipe em relação às taxas de cesarianas, porém reconhece-se a sua limitação no cenário de uma maternidade de alto risco.

Assim, com intuito de possibilitar o gerenciamento dos serviços de parto na SES-DF, o presente estudo propôs a adoção de um protocolo de uso da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto da SES-DF.

A sistematização da inclusão do grupo da Classificação de Robson ao qual pertence a parturiente nos dados de registro de dados de parto da unidade de saúde possibilita um ponto de partida para um sistema de classificação perinatal que pode ser mais desenvolvido especificamente para a realidade do Distrito Federal. Esses dados também serão de importância para compor o plano de ação regional da Rede Cegonha, que é um documento orientador para a execução das fases do programa e para o repasse dos recursos financeiros, monitoramento e a avaliação da rede.

A interpretação dos dados decorrentes do uso da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto no âmbito do Distrito Federal poderão ser utilizadas pelo gestor da área para avaliar a realidade de cada unidade, contribuindo para a otimização dos serviços. Como há a previsão de revisão do protocolo a cada 2 anos, a Classificação de Robson poderá ser revisada para estratificação, com a inclusão de novos dados, que permitirá uma atuação direta no sentido de reduzir as taxas de cesarianas e promover uma assistência de qualidade, com o mínimo de intervenções possíveis no binômio mãe-bebê.



REFERÊNCIAS

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

<http://10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c>

BETRÁN, A. P. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 98–113, 2007.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>

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

BRASIL. **Apresentação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)**.

Ministério da Saúde [Internet]; 2022a. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Disponível em:

<https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/Sinasc/apresentacao/> Acesso em: 06 dez. 2022.

BRASIL. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Ministério da Saúde [Internet]; 2022b.

694p. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson)**. 2023. Disponível em:

<https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/> Acesso em: 20 dez. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. **Revoga Portarias que especifica e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html. Acesso em: 17 abr. 2024.

CABEZA VENGOECHEA, P. J. et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. **Progresos de obstetricia y ginecología (Internet)**, v. 53, n. 10, p. 385–390, 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2010.05.003>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Classificação de Robson. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>. Acesso em: 06 dez. 2022.

GIBBONS, L. et al. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. HEALTH SYSTEMS FINANCING. **World Health Report** 2010. 30.



HOMER, C. S. E. et al. A novel use of a classification system to audit severe maternal morbidity. **Midwifery**, v. 26, n. 5, p. 532–536, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.010>



HOWELL, S.; JOHNSTON, T.; MACLEOD, S.-L. Trends and determinants of caesarean sections births in Queensland, 1997–2006. **The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology**, v. 49, n. 6, p. 606–611, 2009. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828x.2009.01100.x>



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



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



MACHADO, Vanessa Wolff. **Desenvolvimento de protocolo e manual para implantação da Classificação de Robson na admissão de gestantes para parto nas maternidades e casas de parto públicas do Distrito Federal, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciências para a Saúde. Linha de Pesquisa: Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher) – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde. Brasília-DF, p. 120. 2024. (no prelo)

NASSAR, N. et al. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 20, n. 2, p. 163–171, 2006. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2006.00702.x>



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

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



SAVCHENKO, J. et al. A step towards better audit: The Robson Ten Group classification system for outcomes other than cesarean section. **Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica**, v. 101, n. 7, p. 827–835, 2022. <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14350>



SCARELLA, A. et al. Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. **European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology**, v. 154, n. 2, p. 136–140, 2011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.09.005>



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



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



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



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



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2015). **WHO statement on caesarean section rates**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442> Acesso em: 17 abr. 2024.



WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2017). **Robson classification: implementation manual**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259512>. Acesso em: 06 dez. 2022.



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





Protocolo de Atenção à Saúde

**PROTOCOLO DE USO DA CLASSIFICAÇÃO DE
ROBSON NA ADMISSÃO DE GESTANTES PARA PARTO
NAS MATERNIDADES E CASAS DE PARTO DA SES-DF**

Área(s): Áreas Técnicas de Saúde da Mulher

1. Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A consulta em base de dados consolidou-se a partir da busca de artigos científicos em revistas científicas indexadas em bases de dados como a *Pubmed*, *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, legislações e protocolos, que tratam sobre o acompanhamento da mulher durante o parto.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Salas de Parto; Parto obstétrico; Tocologia; Cesárea.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

A busca nas bases de dados consultadas ocorreu de setembro de 2019 até maio de 2024, e foram incluídas 25 publicações de interesse independente do tempo de publicação até o término do período de pesquisa.

2. Introdução

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que não há justificativa para que qualquer região tenha uma taxa de cesariana superior a 10–15%¹. Nada obstante não exista consenso para uma taxa de cesarianas ideal em relação aos benefícios maternos e fetais², sabe-se que, além da ausência de evidências científicas que mostrem algum benefício no desfecho da gravidez, as taxas elevadas de cesariana poderiam estar ligadas a consequências negativas em saúde materna e infantil³⁻⁵. Ainda assim, as taxas de cesariana continuam a aumentar em todo o mundo, particularmente em países de renda média e alta, e se tornaram um grande e controverso problema de saúde pública^{6; 7}.

Para que possam ser realizados estudos e comparações em relação aos tipos de parto necessita-se de um sistema de classificação padronizado e internacionalmente aceito, e em 2011 Torloni *et al.*⁸ desenvolveram uma revisão sistemática e avaliação crítica das classificações disponíveis para comparação entre os tipos de partos e concluíram que a classificação de 10 grupos de Robson⁹ seria o melhor sistema classificatório para as necessidades atuais, tanto locais quanto internacionais. Nesta classificação Robson propôs um sistema que classifica as mulheres em 10 grupos com base em suas características (paridade, cesariana prévia, idade gestacional, início do trabalho de parto, apresentação fetal e número de fetos) sem necessidade da causa de indicação para a cesariana⁹. A figura 1 mostra as definições de cada grupo da classificação de Robson, que são mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos e clinicamente relevantes. Ademais, a classificação é simples, robusta e reprodutível.

Desde 2001, quando a classificação de Robson foi proposta, muitos serviços de diversos países incorporaram-na em sua prática clínica rotineira como uma ferramenta para monitorar as taxas de cesáreas em sua população e avaliar o impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde¹⁰. Outrossim, desde 2015 a OMS propõe que a Classificação de Robson seja aplicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais¹¹.

As vantagens deste sistema classificatório são diversas, como permitir a sua autovalidação a partir do uso de alguns grupos como controles, por exemplo, o grupo 9 (mulheres com gestação única e apresentações transversas ou oblíquas). Neste grupo é esperado uma representação de menos de 1% de todas as mulheres admitidas parto e uma taxa de cesariana de 100%. Valores diferentes indicam fortemente a possibilidade de problemas com a coleta de dados¹². Outras vantagens a serem citadas: simplicidade, objetividade, robustez, reprodutibilidade, flexibilidade e baixo custo da classificação^{9; 13-16}.



Protocolo de Atenção à Saúde

**PROTOCOLO DE USO DA CLASSIFICAÇÃO DE
ROBSON NA ADMISSÃO DE GESTANTES PARA PARTO
NAS MATERNIDADES E CASAS DE PARTO DA SES-DF**

Área(s): Áreas Técnicas de Saúde da Mulher

3. Metodologia de Busca da Literatura

3.1 Bases de dados consultadas

A consulta em base de dados consolidou-se a partir da busca de artigos científicos em revistas científicas indexadas em bases de dados como a *Pubmed*, *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, legislações e protocolos, que tratam sobre o acompanhamento da mulher durante o parto.

3.2 Palavra(s) chaves(s)

Salas de Parto; Parto obstétrico; Tocologia; Cesárea.

3.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

A busca nas bases de dados consultadas ocorreu de setembro de 2019 até maio de 2024, e foram incluídas 25 publicações de interesse independente do tempo de publicação até o término do período de pesquisa.



4. Introdução

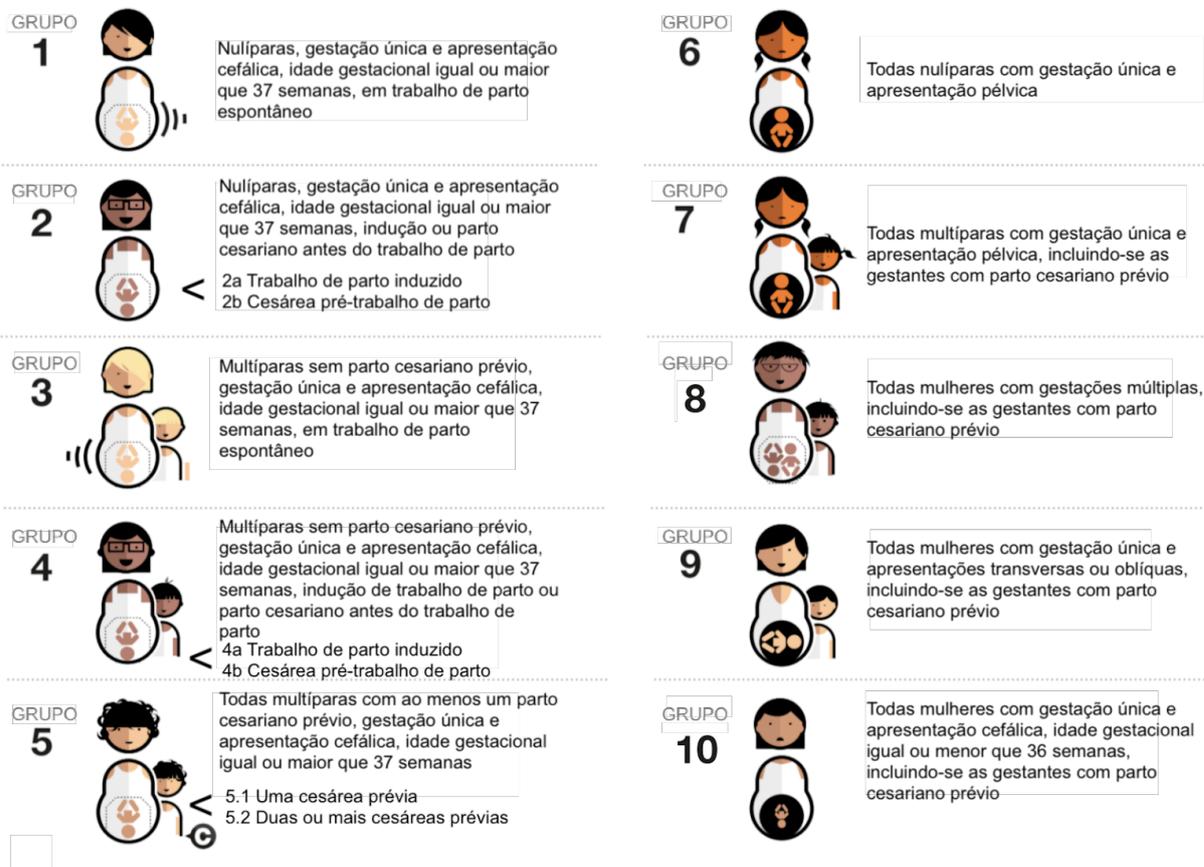
Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que não há justificativa para que qualquer região tenha uma taxa de cesariana superior a 10–15%¹. Nada obstante não exista consenso para uma taxa de cesarianas ideal em relação aos benefícios maternos e fetais², sabe-se que, além da ausência de evidências científicas que mostrem algum benefício no desfecho da gravidez, as taxas elevadas de cesariana poderiam estar ligadas a consequências negativas em saúde materna e infantil³⁻⁵. Ainda assim, as taxas de cesariana continuam a aumentar em todo o mundo, particularmente em países de renda média e alta, e se tornaram um grande e controverso problema de saúde pública^{6; 7}.

Para que possam ser realizados estudos e comparações em relação aos tipos de parto necessita-se de um sistema de classificação padronizado e internacionalmente aceito, e em 2011 Torloni *et al.*⁸ desenvolveram uma revisão sistemática e avaliação crítica das classificações disponíveis para comparação entre os tipos de partos e concluíram que a classificação de 10 grupos de Robson⁹ seria o melhor sistema classificatório para as necessidades atuais, tanto locais quanto internacionais. Nesta classificação Robson propôs um sistema que classifica as mulheres em 10 grupos com base em suas características (paridade, cesariana prévia, idade gestacional, início do trabalho de parto, apresentação fetal e número de fetos) sem necessidade da causa de indicação para a cesariana⁹. A figura 1 mostra as definições de cada grupo da classificação de Robson, que são mutuamente exclusivos, totalmente inclusivos e clinicamente relevantes. Ademais, a classificação é simples, robusta e reprodutível.

Desde 2001, quando a classificação de Robson foi proposta, muitos serviços de diversos países incorporaram-na em sua prática clínica rotineira como uma ferramenta para monitorar as taxas de cesáreas em sua população e avaliar o impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde¹⁰. Outrossim, desde 2015 a OMS propõe que a Classificação de Robson seja aplicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais¹¹.

As vantagens deste sistema classificatório são diversas, como permitir a sua autovalidação a partir do uso de alguns grupos como controles, por exemplo, o grupo 9 (mulheres com gestação única e apresentações transversas ou oblíquas). Neste grupo é esperado uma representação de menos de 1% de todas as mulheres admitidas parto e uma taxa de cesariana de 100%. Valores diferentes indicam fortemente a possibilidade de problemas com a coleta de dados¹². Outras vantagens a serem citadas: simplicidade, objetividade, robustez, reprodutibilidade, flexibilidade e baixo custo da classificação^{9; 13-16}.

Figura 1 - Classificação em 10 grupos de Robson



Fonte: WHO (2017, adaptado - tradução livre)

A Classificação de Robson possui muitas vantagens, porém por ser uma ferramenta essencialmente epidemiológica, não identifica os fatores contribuintes e determinantes para a realização de cesárea nas gestantes, nem fornece explicações para as diferenças observadas. A classificação tampouco leva em conta outros fatores maternos ou fetais que influenciam significativamente as taxas de cesáreas, como gestações de alto risco e alterações fetais. Assim, métodos estatísticos adicionais, como ajustes estratificados e a inclusão das taxas de parto vaginal operatório, lesões obstétricas do esfíncter anal, hemorragia pós-parto e baixo escore de Apgar¹⁷, são necessários para dar conta desses fatores^{10; 18}.

A Classificação de Robson deve ser considerada como um ponto de partida comum para um sistema de classificação perinatal que pode ser mais desenvolvido¹⁹. A interpretação paralela de vários resultados permitirá a otimização de uma auditoria sistemática e multidimensional, útil para famílias e profissionais de saúde, e poderá ser usada para comparações, avaliação de tendências e subpopulações¹⁸.

Atualmente a Classificação de Robson, em sua forma mais simplificada, é disponibilizada pelo Ministério da Saúde no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico, dados que são obtidos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), que tem o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade



para todos os níveis do Sistema de Saúde. Esses dados são obtidos a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DNV)^{20; 21}.

5. Justificativa

Conforme exposto, a Classificação de Robson é uma ferramenta simples, robusta, validada e de baixo-custo, que pode ajudar os estabelecimentos de saúde a:

- Identificar e analisar os grupos de mulheres que contribuem mais ou menos para as taxas gerais de cesáreas;
- Comparar as rotinas entre os serviços que têm resultados mais desejáveis nos mesmos grupos e considerar mudanças na prática;
- Avaliar a eficácia de estratégias ou intervenções voltadas para otimizando o uso da cesárea;
- Avaliar a qualidade dos cuidados e das práticas de gestão clínica analisando os resultados por grupos de mulheres; e
- Avaliar a qualidade dos dados coletados e conscientizar a equipe sobre a importância desses dados, interpretação e uso.

A interpretação dos dados decorrentes do uso da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto no âmbito do Distrito Federal pode levar a informações úteis sobre a qualidade dos dados coletados, o tipo de população atendida por cada unidade, as taxas de cesarianas de cada grupo e como cada um das pacientes dos 10 grupos contribuem para a taxa geral de cesarianas em seu cenário, além da filosofia geral de atendimento nos diversos serviços regionais¹⁹.

Ainda, a sistematização da inclusão do grupo da classificação de Robson ao qual pertence a parturiente nos dados de registro de dados de parto da unidade de saúde possibilita um ponto de partida para um sistema de classificação perinatal que pode ser mais desenvolvido especificamente para a realidade do Distrito Federal.

Os dados obtidos a partir da adoção do protocolo serão de importância para compor o plano de ação regional da nova Rede Cegonha, que é um programa do Governo Federal em implantação no Distrito Federal, vigente desde 2023. É um programa do Sistema Único de Saúde e propõe a melhoria do atendimento às mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto, também ao recém-nascido e às crianças com até dois anos de idade. O plano de ação tem como finalidades definir as ações para a Rede Cegonha em um determinado período, e realizar o monitoramento e avaliação das ações previstas, definindo inclusive o repasse dos recursos financeiros e a avaliação da rede²².

6. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

080 - Parto Único Espontâneo

081 - Parto Único Por Fórceps ou Vácuo-extrator

082 - Parto Único Por Cesariana

083 - Outros Tipos de Parto Único Assistido

084 - Parto Múltiplo

7. Diagnóstico Clínico ou Situacional

Toda mulher admitida para parto ou que tenha parto nas unidades de saúde públicas do Distrito Federal pode ser classificada em um dos 10 grupos expostos na figura 1.



O limite considerado para definição de parto é idade gestacional maior ou igual a 22 semanas ou peso maior ou igual a 500 gramas²³.

8. Critérios de Inclusão

Toda mulher admitida para parto ou que tenha parto nas unidades de saúde públicas do Distrito Federal.

9. Critérios de Exclusão

Não deve haver exclusão de candidatas.

10. Conduta

Na admissão das gestantes e no registro de dados de parto da unidade de saúde deve constar o grupo da classificação de Robson ao qual pertence a parturiente, conforme fluxograma que consta no anexo A.

Em caso de dúvidas em algum dos conceitos utilizados na classificação, pode ser consultado o anexo B e o manual de implementação da Classificação de Robson da OMS^{19, 24}.

11. Benefícios Esperados

Espera-se que o uso sistematizado da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto da SES DF sirva como ferramenta para monitorar as taxas de cesarianas na população da região, permita a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos, a partir da avaliação do impacto de mudanças na gestão que possam contribuir para boas práticas em saúde no Distrito Federal.

Num aspecto macro, que essa prática contribua com a Rede Cegonha ao assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável²².

12. Monitorização

A monitorização ocorrerá dentro dos prazos já previstos para lançamento de dados no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico do Ministério da Saúde^{20; 21}.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A interpretação dos dados decorrentes do uso da Classificação de Robson nas maternidades e casas de parto no âmbito do Distrito Federal serão utilizadas pelo Gestor da Área para avaliar a realidade de cada unidade, contribuindo para a otimização dos serviços.

Caso ocorra dúvidas em relação aos dados obtidos na monitorização e à sua interpretação, podem ser verificados a qualidade dos dados, o tipo de população e as taxas de cesáreas, conforme as orientações previstas no manual de implementação da Classificação de Robson disponibilizado pela OMS^{19, 24}.

A cada 2 anos há a previsão de revisão do protocolo, e nesse momento serão avaliados todos os resultados obtidos. Destarte, a classificação de Robson poderá ser revisada para estratificação, com a inclusão de novos dados.



14. Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology For Birth. **The Lancet**, [S.L.], v. 326, n. 8452, p. 436-437, ago. 1985. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(85\)92750-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(85)92750-3)
2. LOW, James. Caesarean Section—Past and Present. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada**, [S.L.], v. 31, n. 12, p. 1131-1136, dez. 2009. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)34373-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(16)34373-0)
3. VILLAR, José; VALLADARES, Eliette; WOJDYLA, Daniel; ZAVALETA, Nelly; CARROLI, Guillermo; VELAZCO, Alejandro; SHAH, Archana; CAMPODÓNICO, Liana; BATAGLIA, Vicente; FAUNDES, Anibal. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 who global survey on maternal and perinatal health in latin america. **The Lancet**, [S.L.], v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, jun. 2006. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(06\)68704-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68704-7)
4. VILLAR, José; CARROLI, Guillermo; ZAVALETA, Nelly; DONNER, Allan; WOJDYLA, Daniel; FAUNDES, Anibal; VELAZCO, Alejandro; BATAGLIA, Vicente; LANGER, Ana; NARVÁEZ, Alberto. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. **Bmj**, [S.L.], v. 335, n. 7628, p. 1025, 30 out. 2007. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>
5. LUMBIGANON, Pisake; LAOPAIBOON, Malinee; GÜLMEZOGLU, A Metin; SOUZA, João Paulo; TANEEPANICHSKUL, Surasak; RUYAN, Pang; ATTYGALLE, Deepika Eranjanie; SHRESTHA, Naveen; MORI, Rintaro; HINH, Nguyen Duc. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the who global survey on maternal and perinatal health 2007. **The Lancet**, [S.L.], v. 375, n. 9713, p. 490-499, fev. 2010. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)61870-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(09)61870-5)
6. BETRÁN, Ana P.; MERALDI, Mario; LAUER, Jeremy A.; BING-SHUN, Wang; THOMAS, Jane; VAN LOOK, Paul; WAGNER, Marsden. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric And Perinatal Epidemiology**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 98-113, mar. 2007. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>
7. GIBBONS, Luz; BELIZÁN, José; LAUER, Jeremy; BETRÁN, Ana; MERALDI, Mario; ALTHABE, Fernando. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. HEALTH SYSTEMS FINANCING. **World Health Report 2010**. 30. <https://www.who.int/publications/m/item/the-global-numbers-and-costs-of-additionally-needed-and-unnecessary-caesarean-sections-performed-per-year-overuse-as-a-barrier-to-universal-coverage>
8. TORLONI, Maria Regina; BETRAN, Ana Pilar; SOUZA, Joao Paulo; WIDMER, Mariana; ALLEN, Tomas; GULMEZOGLU, Metin; MERALDI, Mario. Classifications for Cesarean Section: a systematic review. **Plos One**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. e14566, 20 jan. 2011. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0014566>



9. ROBSON, Michael. Classification of caesarean sections. **Fetal And Maternal Medicine Review**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 23-39, 17 jan. 2001. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0965539501000122>

10. BETRÁN, Ana Pilar; VINDEVOGHEL, Nadia; SOUZA, Joao Paulo; GÜLMEZOGLU, A. Metin; TORLONI, Maria Regina. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: what works, doesn't work and how to improve it. **Plos One**, [S.L.], v. 9, n. 6, p. 97769, 3 jun. 2014. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0097769>

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

12. ROBSON, Michael; HARTIGAN, Lucia; MURPHY, Martina. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 297-308, abr. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.09.004>

13. VENGOECHEA, Pedro José Cabeza; PÉREZ, Andrés Calvo; BETRÁN, Ana Pilar; MOREY, María del Mar Mas; BORGES, María Mercedes Febles; ALCÁCER, Paula Ximena; ALCOVER, Ana Ramallo; VILLAMIEL, Enrique Francisco Campos; ANTOLÍN, Eva María Morán; REHKUGLER, Sabine. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. **Progresos de Obstetricia y Ginecología**, [S.L.], v. 53, n. 10, p. 385-390, out. 2010. ARAN Ediciones. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2010.05.003>

14. SCARELLA, Anibal; CHAMY, Verónica; SEPÖLVEDA, Marcela; BELIZÁN, José M.. Medical audit using the Ten Group Classification System and its impact on the cesarean section rate. **European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology**, [S.L.], v. 154, n. 2, p. 136-140, fev. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.09.005>

15. HOMER, Caroline S.e.; KURINCZUK, Jennifer J.; SPARK, Patsy; BROCKLEHURST, Peter; KNIGHT, Marian. A novel use of a classification system to audit severe maternal morbidity. **Midwifery**, [S.L.], v. 26, n. 5, p. 532-536, out. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.03.010>

16. HOWELL, Stuart; JOHNSTON, Trisha; MACLEOD, Sue-Lynne. Trends and determinants of caesarean sections births in Queensland, 1997-2006. **Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology**, [S.L.], v. 49, n. 6, p. 606-611, dez. 2009. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828x.2009.01100.x>

17. APGAR, Virginia. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Originally published in July 1953, volume 32, pages 250-259. **Anesthesia & Analgesia**, [S.L.], v. 120, n. 5, p. 1056-1059, may. 2015. Wolters Kluwer Health. doi: 10.1213/ANE.0b013e31829bdc5c



18. SAVCHENKO, Julia; LADFORS, Lars; HJERTBERG, Linda; HILDEBRAND, Eric; WENDEL, Sophia Brismar. A step towards better audit: the robson ten group classification system for outcomes other than cesarean section. **Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica**, [S.L.], v. 101, n. 7, p. 827-835, 16 mar. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/aogs.14350>.

19. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Robson classification: implementation manual. World Health Organization (2017)**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259512>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO Acesso em: 06 dez. 2022.

20. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023**. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html Acesso em: 17 abr. 2024.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Apresentação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/cgiae/sinasc/apresentacao/> Acesso em: 06 dez. 2022.

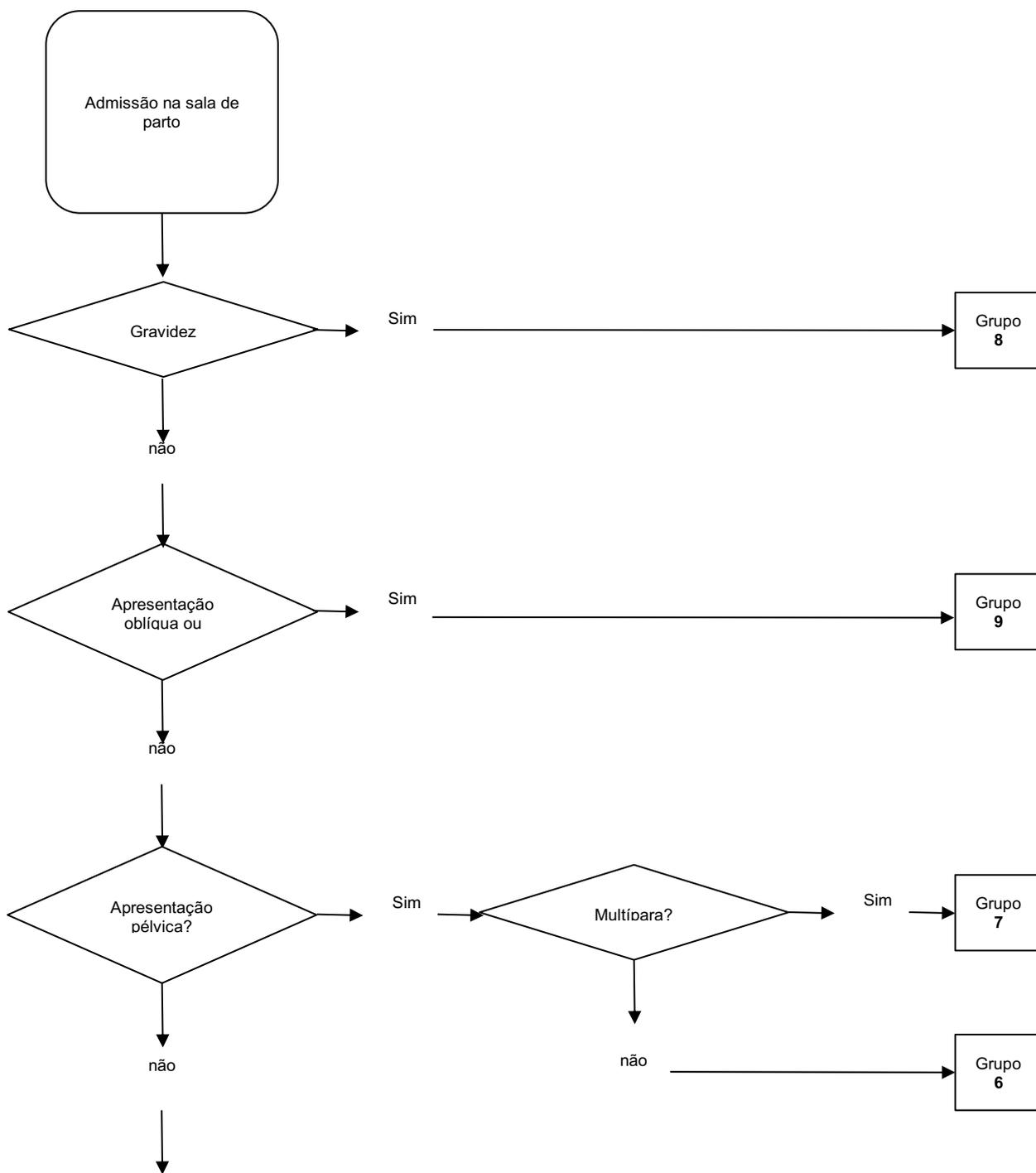
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson)**. 2022. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/> Acesso em: 06 dez. 2022.

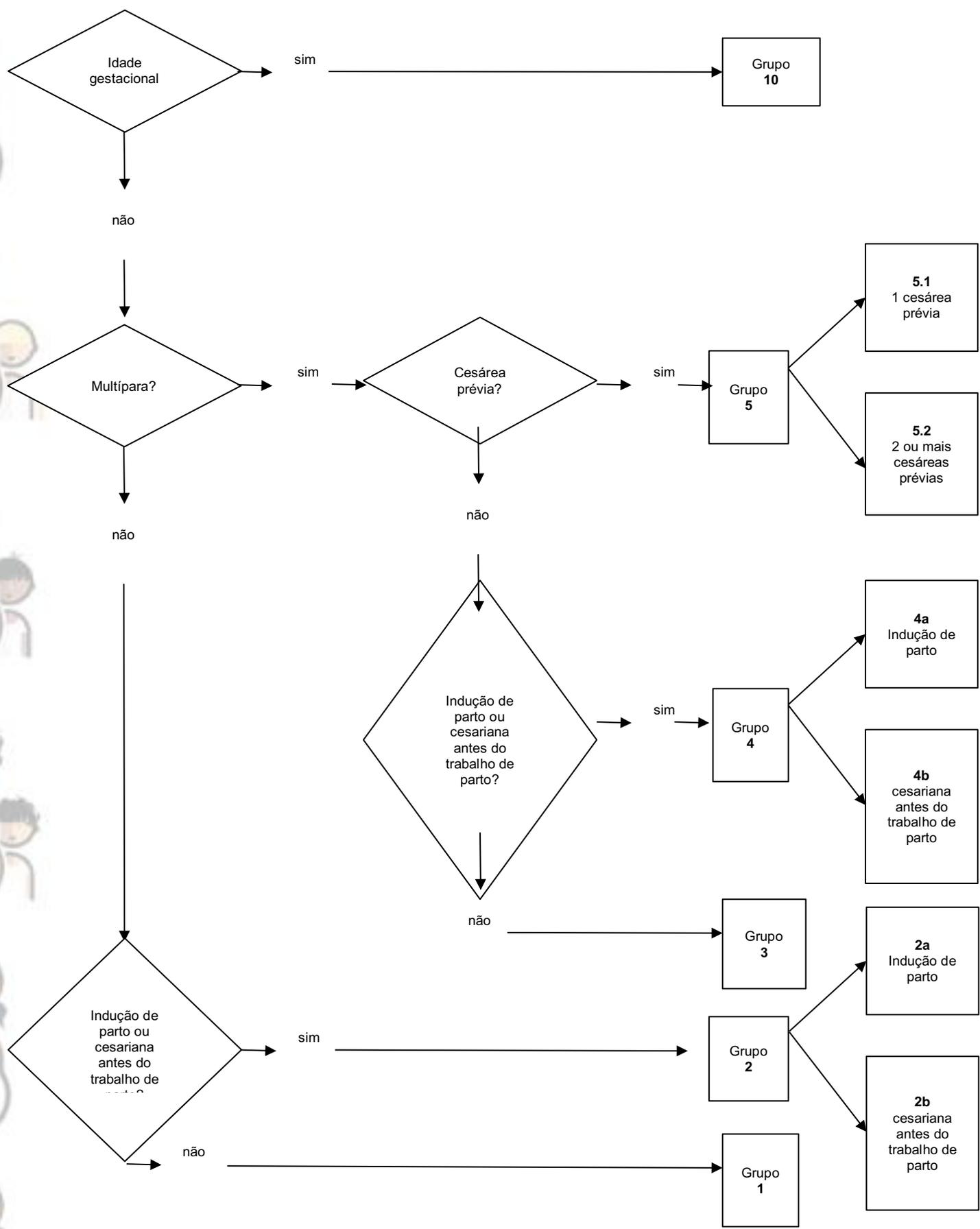
23. ZUGAIB, Marcelo; BITTAR, Roberto Eduardo; MIYADAHIRA, Seizo. Estatísticas Vitais e suas Definições. In: Zugaib M (Ed.). **Zugaib Obstetrícia**. Barueri-SP: Manole, 2008. cap. 1, p.58-69.

24. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Postagens: Classificação de Robson. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/> Acesso em: 06 dez. 2022.

25. NASSAR, N. et al. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 20, n. 2, p. 163-171, 2006. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-3016.2006.00702.x>

ANEXO A - Fluxograma para classificação de Robson





Fonte: NASSAR et al., 2006 (Adaptado, tradução livre).

ANEXO B - Definição de conceitos fundamentais na Classificação de Robson

Conceito	Definição	Observação
Paridade*	Número de partos anteriores na admissão para o parto.	Nascimento de um bebê com peso ≥ 500 g ou ≥ 22 semanas**, vivo ou morto, com ou sem malformações, por qualquer via. O número de abortos espontâneos anteriores não é contabilizado.
Nulípara	Nenhum parto anterior.	Isso não é necessariamente equivalente a primigesta. Por exemplo, uma mulher em sua 4ª gravidez com 3 abortos espontâneos anteriores (G4 P0 A3) será considerada uma mulher nulípara e pertence a este grupo.
Múltipara	Ao menos um parto anterior.	Nascimento de um bebê com peso ≥ 500 g ou ≥ 22 semanas**, vivo ou morto, com ou sem malformações, por qualquer via.
Cesárea prévia*	Número de cesáreas anteriores na admissão para o parto.	Outros tipos de cicatrizes uterinas (por exemplo, miomectomia) não devem ser considerados e não incluídos como uma cesariana anterior ao classificar as mulheres.
Nenhuma	Todos os partos anteriores foram vaginais.	-
Uma ou mais	Pelo menos um parto anterior por cesariana, mas pode ter um ou mais partos vaginais adicionais.	-

Fo

* **A definição não leva em consideração o parto atual.** A mulher deve ser classificada antes de dar à luz. Por exemplo, uma mulher admitida para dar à luz seu primeiro filho deve ser classificada como "Nulípara", mesmo se os formulários forem preenchidos após o parto; ela não deve ser classificada como múltipara. Da mesma forma, uma mulher que teve dois partos vaginais anteriores e é admitida para uma cesariana eletiva deve ser classificada como "Sem cesariana anterior", mesmo se os formulários forem preenchidos após o parto do terceiro filho.

** Esta definição pode variar em diferentes contextos. Os usuários da classificação devem especificar sua definição para "nascimento" (idade gestacional mínima e peso ao nascer) se esta difere da proposta aqui e relatar isso como uma nota de rodapé em sua Tabela de Relatório. Não é encorajado, mas se os usuários decidirem excluir fetos natimortos e malformados da classificação, isso também deve ser relatado na nota de rodapé.

ANEXO B - Definição de conceitos fundamentais na Classificação de Robson

Início do Trabalho de parto	Como o trabalho de parto e o parto começaram na atual gravidez, independentemente de como o parto foi planejado inicialmente.	Deve ser baseado na história, exame físico e decisão do profissional de saúde na admissão na sala de parto.
Espontâneo	Antes do parto, a mulher estava em trabalho de parto espontâneo.	Mulheres nulíparas e múltiparas com uma cesariana agendada (antes do início do trabalho de parto) que entram em trabalho de parto espontâneo pertencem a este grupo. Este grupo também inclui mulheres que entraram em trabalho de parto espontaneamente e depois receberam ocitocina ou tiveram uma amniotomia realizada para aceleração ou estímulo do trabalho de parto.
Induzido	Na admissão à sala de parto, a mulher não estava em trabalho de parto e foi então induzida.	Qualquer método de indução é válido, incluindo amniotomia, misoprostol, ocitocina, balão de Foley intracervical, laminaria ou outros. Mulheres que entram em trabalho de parto espontaneamente e depois recebem ocitocina ou têm uma amniotomia para corrigir distócias ou acelerar o trabalho de parto não pertencem a este grupo, mas devem ser classificadas como início do trabalho de parto espontâneo.
Cesariana antes do início do trabalho de parto.	Gestante que não está em trabalho de parto ao ser admitida para o parto, e a decisão foi tomada para realizar o parto por cesariana.	Casos de indução ou trabalho de parto espontâneo que acabaram com cesariana não pertencem a este grupo.
Número de fetos.	Número de fetos no momento da admissão para o parto.	Incluindo óbitos fetais diagnosticados após 22 semanas ou 500 g**.
Gestação única	Um feto.	Gestação gemelar com óbito fetal anterior a 22 semanas ou 500 g deve ser contada como uma gestação única.
Gestação múltipla	Mais de um feto.	Incluindo casos de gestações múltiplas em que um ou mais fetos faleceram após 22 semanas ou 500 g**.

Fonte: WHO, 2017. (Adaptado) Fonte: WHO (2017, adaptado - Tradução livre)

** Esta definição pode variar em diferentes contextos. Os usuários da classificação devem especificar sua definição para "nascimento" (idade gestacional mínima e peso ao nascer) se esta difere da proposta aqui e relatar isso como uma nota de rodapé em sua Tabela de Relatório. Não é encorajado, mas se os usuários decidirem excluir fetos natimortos e malformados da classificação, isso também deve ser relatado na nota de rodapé.

ANEXO B - Definição de conceitos fundamentais na Classificação de Robson

Idade gestacional.	Idade gestacional na admissão para o atual parto.	Com base na melhor estimativa (data da última menstruação ou ultrassom obstétrico mais precoce), ou exame neonatal, ou definições utilizadas no seu contexto.
Termo.	37 semanas ou mais.	-
Pré-termo	Abaixo de 37 semanas.	-
Posição e apresentação fetal.	A última posição e apresentação fetal antes de uma decisão de parto ou antes do diagnóstico de trabalho de parto ser feito.	Mulheres admitidas com um feto em apresentação pélvica que passam por versão externa e depois dão à luz um feto em apresentação cefálica devem ser consideradas como cefálicas. Mulheres com um feto morto em posição transversa que passam por versão interna antes do parto devem ser consideradas em apresentação pélvica.
Cefálica.	Apresentação fetal cefálica.	Apresentação cefálica, facial ou frontal, ou apresentações de cabeça composta (prolapso de mão) devem ser incluídas aqui.
Pélvica.	Apresentação fetal por nádegas ou um ou dois pés.	Todos os tipos de apresentação pélvica (frank, completa e de cócoras).
Posição transversa ou oblíqua.	O eixo longitudinal fetal está perpendicular ou oblíquo em relação ao eixo longitudinal materno.	Apresentação fetal de ombro ou braço, não há parte fetal que se apresenta.

Fonte: WHO (2017, adaptado - Tradução livre)

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Quadro 1 - Verificação da qualidade dos dados.

Passo	Interpretação por Robson	Interpretações adicionais
1. Verifique o número total de cesáreas e de partos no seu hospital	Este número deve idêntico ao número total de cesáreas e partos no seu hospital	Se os números não coincidem então há dados faltando ou incorretos. Algumas mulheres podem não ser classificadas por variáveis ausentes ou incorretamente classificadas quanto ao tipo de parto.
2. Verifique o tamanho do grupo 9	Ele deve ser menor que 1%	Se for > 1% é provável que mulheres com apresentação pélvica (ou outras) tenham sido classificadas erroneamente.
3. Verifique a taxa de cesárea do grupo 9	Ela deve ser 100%	A taxa deve ser 100%. Se foi utilizada versão interna para extração então a classificação final da apresentação deve ser pélvica ou cefálica se for o caso.

Fonte: FIOCRUZ, 2018 (Adaptado)

Quadro 2 - Avaliação do tipo de população.

Passo	Interpretação por Robson	Interpretações adicionais
1. Verifique o tamanho dos grupos 1 e 2 somados (nulíparas, cefálico, termo)	Este número usualmente representa 35-42% da população na maioria dos hospitais	Em locais onde haja alta proporção de mulheres com apenas um filho, o grupo de nulíparas (1 e 2) tende a ser maior. Em locais onde o inverso acontece, o número de nulíparas tende a ser menor.
2. Verifique o tamanho dos grupos 3 e 4 (multíparas, cefálico, termo, sem cesárea prévia)	Usualmente representam 30% da população	Em locais com alta proporção de mulheres com mais de um filho, o tamanho do grupo de múltiparas (3 e 4) tende a ser maior. Uma razão para o tamanho dos grupos ser menor é o tamanho do grupo 5 ser grande, o que geralmente é acompanhado de alta taxa global de cesárea. É exatamente o que se observa no Nascer no Brasil.
3. Verifique o tamanho do grupo 5	Está relacionado com a taxa global de cesárea, sendo cerca da metade dessa taxa. Em locais com baixa taxa de	O tamanho do grupo 5 é geralmente relacionado com a taxa global de cesárea. Se o tamanho deste grupo é grande, isso significa que a taxa de cesárea foi elevada no passado, principalmente nos grupos 1 e 2. Nos locais com altas cesáreas, o

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

	cesárea, usualmente é inferior a 10%	tamanho desse grupo pode ser > 15%. É o que se observa no Brasil.
4. Verifique o tamanho dos grupos 6 + 7	Deve ser 3-4%	Se o total for muito maior que 4%, as razões mais comuns são uma alta taxa de partos prematuros ou uma alta proporção de nulíparas. Dessa forma olhe para o grupo 10 (> 4-5%) para conferir.
5. Verifique o tamanho do grupo 8	Deve ser 1,5-2%	Se for maior, provavelmente trata-se de hospital referência ou com programa de fertilização. Se for menor, provavelmente uma parte dos gêmeos está sendo referenciada para outro local.
6. Verifique o tamanho do grupo 10	Ele deve ser < 5% na maioria dos locais	Se for maior, o hospital é provavelmente terciário ou há um alto risco de prematuridade na população. Se a taxa de cesárea do grupo for baixa, pode representar preponderância de parto prematuro espontâneo. Se for alta a taxa de cesárea sugere preponderância de prematuridade iniciada pelo provedor.
7. Verifique a razão dos tamanhos dos grupos 1:2	É usualmente 2:1 ou maior	Se menor, suspeite de baixa qualidade dos dados: nulíparas recebendo ocitocina erroneamente classificadas como indução. Se a coleta de dados estiver correta, uma razão baixa indica alta proporção de indução/cesárea eletiva em nulíparas, podendo indicar uma população de alto risco. No caso do Brasil, há uma alta taxa de cesáreas eletivas em nulíparas, mesmo em mulheres de baixo risco. Se a razão for muita alta, pode se tratar de uma população de baixo risco. Deve-se olhar para a natimortalidade anteparto, pois pode indicar poucas induções.

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

8. Verifique a razão dos tamanho dos grupos 3:4	É sempre maior que a razão dos grupos 1:2, ou seja, geralmente maior que 2:1. É um dado confiável para a qualidade dos dados.	Se menor, suspeite de baixa qualidade dos dados: múltiparas recebendo ocitocina sendo erroneamente classificadas como indução. Se a razão for baixa (devido grupo 4b grande) pode sugerir experiência maternal ruim prévia com parto vaginal e desejo de cesárea eletiva. Outra explicação é o desejo por cesárea eletiva para laqueadura tubária (comum em locais onde o planejamento familiar não está facilmente disponível).
9. Verifique a razão dos tamanho dos grupos 6:7	Usualmente é 2:1, pois pélvicos são mais comuns em nulíparas	Se a razão for diferente, suspeite de razão nulípara/múltipara incomum ou coleta de dados inapropriada.

Fonte: FIOCRUZ, 2018 (Adaptado)

Quadro 3 - Avaliação das taxas de cesárea.

Passo	Interpretação por Robson	Interpretações adicionais
1. Verifique a taxa do grupo 1	Taxas menores que 10% são possíveis	Essa taxa só pode ser interpretada adequadamente considerando a razão dos tamanhos dos grupos 1 e 2. Em princípio, quanto maior a razão dos tamanhos dos grupos 1:2, maior a chance das taxas de cesárea dos grupos 1 e 2 serem individualmente altas. Contudo, a taxa global dos grupos 1 e 2 combinados pode ser baixa ou a mesma.
2. Verifique a taxa do grupo 2	Consistentemente é cerca de 20-35%	A taxa de cesárea do grupo 2 reflete o tamanho e as taxas no 2a e 2b. Se o tamanho do 2b for grande, a taxa do grupo 2 será grande também. Se o grupo 2b é relativamente pequeno, então altas taxas do grupo 2 podem indicar baixo sucesso de indução e conseqüentemente alta taxa de cesárea no grupo 2a. A interpretação do grupo 2a depende do conhecimento dos tamanhos relativos dos grupos 1 e 2b.

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

<p>3. Verifique a taxa do grupo 3</p>	<p>Usualmente não é maior que 3%</p>	<p>Altas taxas nesse grupo podem sugerir baixa qualidade da coleta de dados. É possível que mulheres com cesárea anterior tenham sido incorretamente classificadas neste grupo. Outras razões parataxis maiores nesse grupo são desejo materno e desejo por laqueadura tubária, quando o acesso por contracepção é baixo.</p>
<p>4. Verifique a taxa do grupo 4</p>	<p>Ela raramente é maior que 15%</p>	<p>A taxa de cesárea do grupo 4 reflete os tamanhos e as taxas de 4a e 4b. Se o tamanho do grupo 4b for grande, a taxa de cesárea do grupo 4 será grande também. Se o grupo 4b é relativamente pequeno, então altas taxas do grupo 4 podem indicar baixo sucesso de indução e consequentemente alta taxa de cesárea no grupo 4a. A baixa qualidade na coleta de dados pode também ser razão para altas taxas pela inclusão errada de mulheres com cesárea prévia neste grupo. Por fim, altas taxas de cesárea no grupo 4 podem refletir alto desejo materno, seja por parto anterior traumático ou por desejo de laqueadura tubária por baixo acesso à contracepção. Esse último argumento é o que parece explicar a alta taxa de cesárea nesse grupo no Brasil.</p>
<p>5. Verifique a taxa do grupo 5</p>	<p>Taxas de 50-60% são consideradas apropriadas</p>	<p>Se as taxas forem altas, possivelmente é devido a grupo 5.2 (mulheres com ≥ 2 cesáreas prévias) grande. Também pode ser decorrente de política de agendamento de cesárea com mulheres com 1 cesárea prévia sem tentativa de parto vaginal.</p>
<p>6. Verifique a taxa do grupo 8</p>	<p>Usualmente é cerca de 60%</p>	<p>Variações dependerão do tipo de gestação gemelar e da razão de nulíparas/múltiparas com ou sem cesárea prévia.</p>

INTERPRETAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

7. Verifique a taxa do grupo 10	Na maioria das populações é usualmente cerca de 30%	Se maior que 30%, em geral é devido muitos casos de alto risco. Se menor que 30%, sugere uma relativa alta taxa de trabalho de parto prematuro espontâneo.
8. Verifique a contribuição relativa dos grupos 1, 2 e 5 para a taxa global de cesárea	Esses grupos combinados usualmente contribuem com 2/3 (66%) das cesáreas	Esses três grupos devem ser o foco da atenção se o hospital está tentando diminuir a taxa de cesárea. Quanto maior a taxa global de cesárea, maior o foco deve ser no grupo 1.
9. Verifique a contribuição relativa do grupo 5 para a taxa global de cesárea		Se for muito alta, pode indicar que, em anos anteriores, a taxa de cesárea nos grupos 1 e 2 foi alta.

Fonte: FIOCRUZ, 2018 (Adaptado)

ÍNDICE REMISSIVO

C

cesárea, 40, 41, 51, 52, 53, 54, 55
classificação, 32, 37, 39, 40, 41, 42, 46, 51
classificações, 37, 39

F

fetais, 15, 18, 20, 32, 40

G

gestante, 20, 32
gestantes, 12, 13, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 32, 34, 40,
42
gestão, 29, 37, 39, 41, 42

M

maternidade, 15, 21, 23, 32
maternidades, 13, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 29, 31, 32, 34,
41, 42
mulher, 15, 23, 25, 26, 29, 33, 36, 38, 41, 42, 45
mulheres, 12, 15, 18, 20, 21, 23, 24, 32, 37, 39, 41, 51,
52, 54

O

obstétrico, 15, 36, 38
obstétricos, 29, 42

P

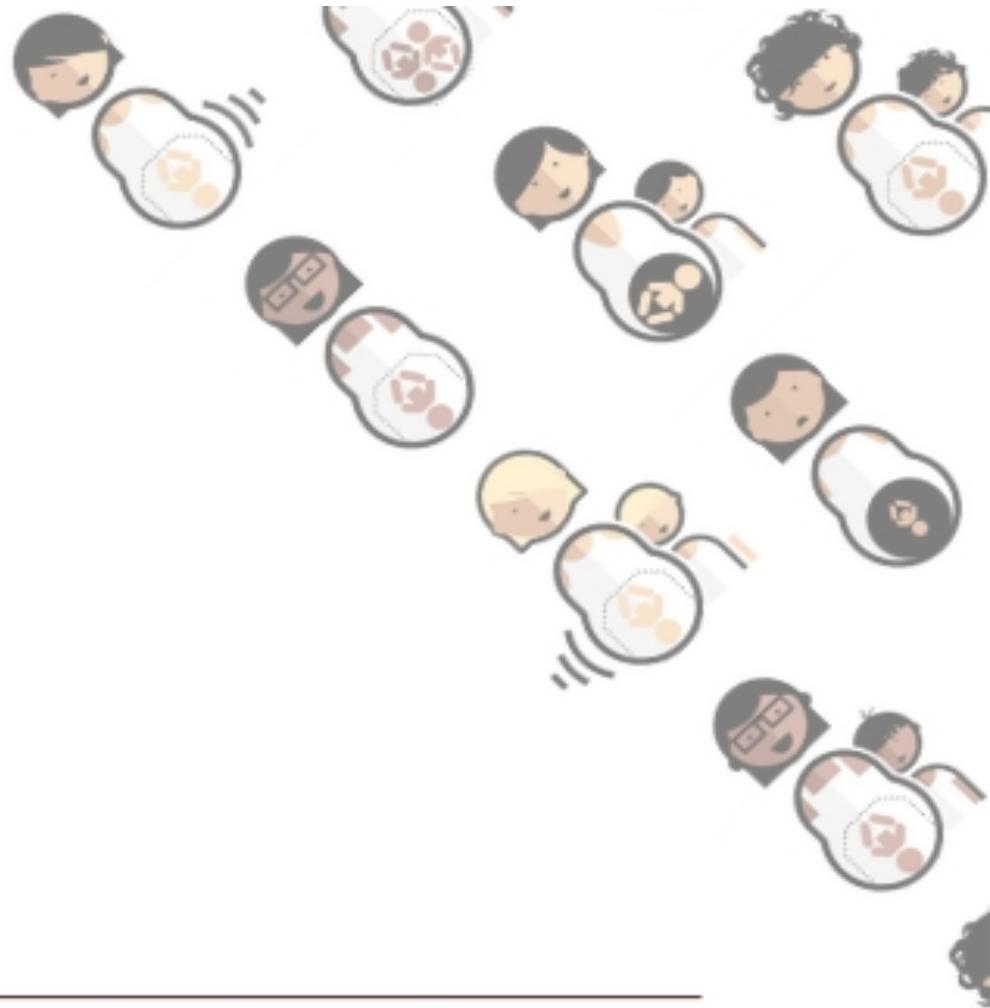
parto, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26,
27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 51, 52,
53, 54, 55
protocolo, 11, 13, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 34, 41,
42
protocolos, 15, 17, 23, 36, 38

R

risco, 11, 13, 15, 20, 21, 23, 32, 33, 40, 52, 55
robson, 12, 33, 45

S

saúde, 29, 32, 37, 39, 40, 41, 42



+ P R O T O C O L O +

