



Classificação de Robson para cesárea em um Hospital Público do Distrito Federal


Eduardo Henrique Costa Moresi ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5904-8015>


Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8869-5104>


Pedro Piancastelli Moreira ²

 <https://orcid.org/0000-0003-1380-9266>

Cláudia Vicari Bolognani ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-1521-475X>

Isabela Lemos Ferrer ³

 <https://orcid.org/0000-0003-3185-6568>

¹⁻⁵ Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN Quadra 3, Conjunto A Bloco 01 Edifício FEPECS. Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. CEP:70.710-100. E-mail: dudumoresi@gmail.com

Resumo

Objetivos: avaliar as taxas de cesárea pela classificação de Robson em 10 grupos (G) e as principais indicações nos grupos prevalentes e no G10.

Métodos: estudo transversal, observacional, retrospectivo, incluindo todos os nascimentos em um hospital público do Distrito Federal em 2019. Dados coletados de prontuários eletrônicos e as parturientes categorizadas em dez grupos. Teste qui-quadrado de Pearson para o valor de p e razão de chances comum de Mantel-Haenszel para estimativa de risco, com OR e IC95%.

Resultados: ocorreram 2.205 nascimentos, 1.084 (49,1%) cesáreas e 1.121 (50,9%) partos normais. Os principais contribuintes para a cesárea foram G5 (39,3%), G2 (21,2%) e G1 (13,6%). No G10, cesárea teve 51,5% dos nascimentos, não diferindo estatisticamente dos demais grupos ($p > 0,05$). Considerando todos os prematuros, G6 ao G10 e demais grupos, há maior chance de cesárea em relação ao parto normal (OR=1,4; IC95%= 1.011-2.094; $p=0,042$). Distócia prevaleceu nos G1 e G2, Cesárea prévia no G5 e Síndromes hipertensivas no G10.

Conclusão: a cesárea mostrou taxas elevadas inclusive nas primíparas e nos prematuros. Predomínio de Distócia e Sofrimento fetal sugerem melhor avaliação destes critérios diagnósticos, principalmente em G1, G2 e G10.

Palavras-chave Cesárea, Nascimento vaginal após cesárea, Nascimento a termo; Nascimento prematuro, Parto obstétrica



Introdução

A cesárea é um procedimento que, indicado adequadamente, reduz a morbimortalidade materna e fetal. No entanto, quando realizada desnecessariamente, traz diversos riscos, tanto para a gestante quanto para o feto, a curto e longo prazo.^{1,2} Dentre os desfechos maternos, pode-se citar morte, hemorragia (podendo requerer histerectomia ou hemotransfusão), ruptura uterina, complicações anestésicas e choque entre outras, podendo também levar ao comprometimento de futuras gestações devido à anormalidade placentária e ruptura uterina. Para o recém-nascido, destacam-se laceração, problemas respiratórios e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).²

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma taxa de cesárea entre 10 e 15%, uma vez que valores mais elevados não implicam em redução da mortalidade materna ou neonatal¹. Por muito tempo, essas taxas foram almejadas sem levar em consideração determinantes populacionais relevantes, como fatores socioeconômicos. Em 2015, foi desenvolvido um instrumento validado pela OMS, que ajusta esses valores às características sociodemográficas, clínicas e obstétricas da população. Para o Brasil, a taxa de cesárea alcançaria valores de 25% a 30%, bem abaixo dos 58,2% encontrados na época, com variações de 38,1% em hospitais públicos a 92,8% em hospitais privados.³⁻⁵ A prevalência de altas taxas de cesárea em hospitais privados também é comum em outros países da América Latina. Uma hipótese para esse aumento seria a de as indicações médicas terem se tornado mais permissivas, elevando as cesáreas eletivas, dentre estas possíveis causas, fato que também é uma tendência mundial, podemos citar os fatores maternos, culturais, obstétricos e relacionados à assistência à saúde.⁶⁻⁹

Uma das práticas mais comuns decorrentes de cesáreas eletivas foi a interrupção acima de 37 semanas de idade gestacional (IG), dada a classificação considerar prematuros os nascimentos antes de 37 semanas de IG. No entanto, estudos atuais observaram que nascimentos entre ≥ 37 e < 39 semanas de IG implicaram em maiores riscos de eventos adversos quando comparados aos nascimentos mais tardios, ou seja, com ≥ 39 semanas de IG. Esses estudos destacam a existência de heterogeneidade no grupo de gestações a termo, propondo que gestações com IG entre $37 \geq$ e < 39 semanas sejam classificadas como de termo precoce.^{10,11}

Em 2001, Robson desenvolveu uma classificação metodológica simples que categoriza as gestantes em dez grupos utilizando as informações de cinco características obstétricas: paridade, história obstétrica anterior, tipo de gestação, início do trabalho de parto, e idade gestacional. É um método prático, reprodutível, totalmente inclusivo e mutuamente exclusivo que permite a avaliação interna

das taxas de cesárea em uma instituição de saúde, e a identificação de grupos estratégicos que devem ser abordados para prevenir cesáreas desnecessárias.^{3,12} Nessa linha, em 2015 a OMS recomendou seu uso para analisar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo no mesmo hospital e entre diferentes hospitais e, com isso, propor estratégias de intervenção.¹

Considerando a importância de conhecer não apenas as taxas de cesáreas, mas grupos específicos para nortear as políticas de intervenção, este estudo teve como objetivo principal conhecer as taxas de cesárea e identificar os grupos mais contribuintes para essas taxas, a partir da Classificação de Robson.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, observacional, retrospectivo, incluindo todos os nascimentos realizados em um hospital público do Sistema Único de Saúde (SUS) da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), localizado na cidade de Brasília, que é referência para cinco das trinta e uma Regiões Administrativas do DF, de 01/01/2019 a 31/12/2019.¹³ A amostra foi de conveniência incluiu todos os 2.205 nascimentos ocorridos no hospital estudado no período de estudo.

Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos, por meio do sistema *Intersystems trakCare™* da SES-DF, com base na razão de alta de recém-nascidos (RN) emitida pelo Centro de Coleta e Análise de Informações do SUS. Foram excluídas do estudo as parturientes que tiveram parto domiciliar, em trânsito ou em outra instituição de saúde removida para o hospital de estudo após o parto.

A idade gestacional foi avaliada em semanas completas no momento do parto pelo exame ultrassonográfico precoce ou pela data da última menstruação e, na ausência de um desses dados, por Capurro. Tipo de gravidez, classificada como única, múltipla, cefálica, pélvica ou oblíqua. Para história obstétrica, como nulípara ou múltipara, subdividida na presença ou ausência de cicatriz uterina. O início do trabalho de parto como espontâneo, induzido ou cesárea fora do trabalho de parto, sendo assim classificado de acordo com os dez Grupos de Robson (Tabela 1). Para a presença ou não de intercorrência na gestação, foram utilizados dados da ficha do neonato e considerados como sim, qualquer informação da presença de patologia como infecção do trato urinário (ITU), vulvovaginite, sangramento vaginal, hipotireoidismo gestacional, anemia, diabetes mellitus ou gestacional, síndromes hipertensivas, uso de tabaco, doença psiquiátrica entre outras intercorrências.

Para avaliação da maturidade fetal, a IG completa em semanas durante o parto foi dividida em prematuros ou pré-termo nascidos com < 37 semanas de IG, a termo

precoce com $37 \geq e < 39$ e a termo com ≥ 39 semanas. Na análise das indicações de cesárea, foi utilizada a primeira indicação do médico obstetra, e estas foram agrupadas de acordo com o consenso de assistência obstétrica do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), definindo cinco grupos de indicações de cesárea: distócia de parto, sofrimento fetal, cesárea prévia, síndromes hipertensivas e outras indicações.¹⁴

A análise estatística foi realizada por meio do software IBM SPSS Statistics v.22. O teste qui-quadrado de Pearson foi usado para calcular o valor de p . A estimativa de risco para a cesárea foi definida pela razão de chances comum de Mantel-Haenszel, com cálculo do *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para todos os testes estatísticos, foi definido o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES), sob o Parecer nº 3.590.309.

Resultados

No período do estudo, ocorreram 2.205 nascimentos, sendo 1.084 (49,1%) cesáreas e 1.121 (50,9%) partos normais em hospital público de referência na cidade de Brasília-DF. Predominaram as mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, sendo 69,3% do total. Multíparas, sem cesárea prévia, com gestações únicas, feto cefálico, início de trabalho de parto espontâneo e que informaram alguma intercorrência na gestação, também prevaleceram. A Tabela 2 apresenta as principais características dessas parturientes.

De acordo com os Grupos de Robson, os grupos G1, G5 e G2 foram responsáveis por 69,2% dos nascimentos. Os grupos G5 e G2 contribuíram com mais de 50% das cesáreas, com 39,3% e 21,2% respectivamente. Dentro dos grupos, G5 houve 81,1% de cesáreas, seguido pelos grupos G2 com 77,4% e G10 com 51,5% conforme Tabela 3.

Tabela 1

Classificação cesárea de Robson em 10 Grupos.

Grupo	Características
1	Nulípara, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, trabalho de parto (TP) espontâneo
2	Nulípara, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, induzido ou cesárea fora do TP
3	Multípara sem cesárea anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP espontâneo
4	Multípara sem cesárea anterior, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea fora do TP
5	Multípara com cesárea prévia, feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
6	Todas as nulíparas com apresentação pélvica
7	Todas as multíparas com apresentação pélvica (incluindo com cesárea prévia)
8	Todas as gestações múltiplas (incluindo com cesárea prévia)
9	Todas as gestações córmicas ou oblíquas (incluindo com cesárea prévia)
10	Gestação única, feto cefálico, ≤ 36 semanas (inclusive com cesárea prévia)

Tabela 2

Características das parturientes de um hospital público de Brasília da SES/DF - Brasil no ano de 2019.

Características	N	%
Faixa etária (anos)	2.200	
≤ 19	268	12,2
20 - 34	1.527	69,3
≥ 35	405	18,4
Paridade	2.205	
Nulípara	938	42,5
Multípara	1.267	57,5
Cicatriz cirúrgica prévia	2.205	
Ausente	1.632	74,0
Presente	573	26,0
Tipo de gestação	2.205	
Única	2.172	98,5
Múltipla	33	1,5
Início de Trabalho de parto (TP)	2.205	
Espontâneo	1.335	60,5
Induzido	304	13,8
Cesárea fora TP	566	25,7
Presença de intercorrência na gestação	2.205	
Não	989	44,9
Sim	1.216	55,1
Tipo de Apresentação	2.205	
Cefálico	2.116	96,0
Outra	89	4,0

SES-DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Nos grupos que mais contribuíram para as taxas de cesárea, intercorrências na gestação foram relatadas por 63,9% das mulheres no G1, 58,7% no G2, 59,2% no G5 e 86,5% no G10. Distócia apareceu como indicação de cesárea prevalente em G1 (68,7%) e G2 (59,6%), para o G5 prevaleceu Cesárea prévia (81,5%) e G10 Síndromes hipertensivas (32,7%). Ainda no G10, 53 (52,5%) iniciaram o trabalho de parto espontaneamente, 48 (47,2%) foram submetidas à indução ou cesárea antes do trabalho de parto e 24 (23,8%) apresentaram cicatriz cirúrgica prévia. (Tabela 4).

No G10, caracterizado por gestação única, feto cefálico e IG < 37 semanas, inclusive com cicatriz cirúrgica prévia,

52 (51,5%) foram submetidas à cesárea e 57 (56,4%) eram multíparas. Em relação à via de nascimento, o G10 não difere estatisticamente quando comparado aos demais grupos. Porém, quando todos os prematuros (< 37 semanas) foram agrupados, incluindo os grupos G6 ao G9, temos um total de 126 nascimentos. Destes, 73 (58%) foram cesáreas e 53 (42%) foram partos normais. A análise estatística entre as três categorias de maturidade não mostrou diferença, porém, ao comparar os nascimentos com < 37 semanas com os nascimentos com ≥ 37 semanas, houve diferença estatisticamente significativa, sendo que os nascimentos com < 37 anos tiveram 1,4 mais chance de ter cesárea quando comparados com nascimentos com ≥ 37 semanas (Tabela 5).

Tabela 3

Frequência (absoluta e relativa) de cesárea em um hospital público de Brasília da SES-DF /Brasil, nos 10 Grupos de Robson no ano de 2019.								
Grupos de Robson	Nascimentos no grupo		Cesárea no grupo		Contribuição para a taxa total de cesárea		Contribuição cesárea para total de nascimentos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	545	24,7	147	27,0	147	13,6	147	6,7
2	297	13,5	230	77,4	230	21,2	230	10,4
3	456	20,7	41	9,0	41	3,8	41	1,9
4	171	7,8	87	50,9	87	8,0	87	3,9
5	527	23,9	426	80,8	426	39,3	426	19,3
6	39	1,8	38	97,4	38	3,5	38	1,7
7	28	1,3	24	85,7	24	2,2	24	1,1
8	33	1,5	31	93,9	31	2,9	31	1,4
9	8	0,4	8	100	8	0,7	8	0,4
10	101	4,6	52	51,5	52	4,8	52	2,4
Total	2205	100,0	1084	49,2	1084	100,0	1084	49,2

SES-DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Tabela 4

Características das mulheres dos Grupos G1, G2, G5 e G10 submetidas à cesárea.								
Grupos	G1 (N = 147)		G2 (N = 230)		G5 (N = 426)		G10 (N = 52)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)								
≤19	22	14,9	45	19,6	15	3,5	4	7,7
20 - 34	118	80,3	152	66,1	290	68,1	31	59,6
≥35	7	4,8	33	14,3	121	28,4	17	32,7
Paridade								
Nulípara	147	100,0	230	100,0	0	-	20	38,5
Multípara	0	-	0	-	426	100,0	32	61,5
Cicatriz cirúrgica prévia								
Ausente	147	100,0	230	100,0	0	-	32	61,5
Presente	0	-	0	-	426	100,0	20	38,5
Início de Trabalho de parto (TP)								
Espontâneo	147	100,0	0	-	138	32,4	10	19,2
Induzido	0	-	100	43,5	10	2,3	4	7,7
Cesárea fora TP	0	-	130	56,5	278	65,3	38	73,1
Presença de intercorrência na gestação								
Não	53	36,1	95	41,3	174	40,8	7	13,5
Sim	94	63,9	135	58,7	252	59,2	45	86,5
Indicações de cesárea**								
Distócia	101	68,7	137	59,6	83	19,5	11	21,2
Sofrimento fetal	26	17,7	81	35,2	45	10,6	14	26,9
Síndromes hipertensivas	5	3,4	25	10,9	53	12,4	17	32,7
Cesárea prévia	0	-	0	-	347	81,5	14	26,9
Outras	1	0,7	91	39,6	163	38,3	7	13,5

*Agrupadas conforme ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)¹⁴; **Mais de uma indicação pode ser citada no mesmo grupo.

Tabela 5

Frequência e avaliação de risco entre cesárea e parto vaginal considerando o Grupo 10 e os demais grupos de Robson e a maturidade fetal como pré-termo, termo precoce e termo em um hospital público de Brasília da SES-DF/Brasil, 2019.

Cesárea Grupo 10 vs Demais grupos * <i>p</i> > 0,05			
	Cesárea n (%)	Parto normal n (%)	Total n (%)
Grupo 10	52 (4,8)	49 (4,4)	101 (4,6)
Demais grupos	1.032 (95,2)	1.072 (95,6)	2.104 (95,4)
Total	1.084 (49,2)	1.121 (50,8)	2.205 (100)
Cesárea < 37 semanas vs ≥ 37 semanas = * <i>p</i> 0,042;OR 1,4 (IC95%= 1,011-2,094)			
< 37 semanas	73 (58)	53 (42)	126 (5,7)
37 ≤ e > 39	262 (49)	272 (51)	534 (24,3)
≥ 39	749 (48,5)	796 (51,5)	1.545 (70)

* Teste do qui-quadrado de Pearson; SES-DF= Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Discussão

Este estudo avaliou 2.205 nascimentos, sendo 1.084 (49,1%) cesáreas e 1.121 (50,9%) partos vaginais em um hospital público do Distrito Federal que, embora seja referência para partos, não é referência para nascimentos prematuros devido à ausência de UTI Neonatal. Portanto, esperava-se que as taxas de cesárea não atingissem valores acima dos 25-30% recomendados para o Brasil.⁴ Taxas semelhantes foram encontradas na China, com valores de 50,9% em hospitais secundários e 55,9% em hospitais terciários.¹⁵ Predominaram mulheres entre 20 e 25 anos, múltiparas, sem cesárea prévia, fetos únicos, cefálicas e com início espontâneo do trabalho de parto, critérios considerados de menor risco para cesárea.¹⁶

Embora cerca de 55% das mulheres tenham relato de alguma intercorrência na gestação, sabemos que a maioria não é determinante da via de parto e muitas são passíveis de intervenção terapêutica durante o pré-natal¹⁶, podemos citar por exemplo as infecções do trato urinário, as vulvovaginites, intercorrências do primeiro trimestre (enjoo, sangramentos, cólicas) e ameaça de trabalho de parto prematuro entre tantas outras. As ações de pré-natal, sem dúvida, terão impacto positivo ou negativo durante o trabalho de parto, mas a via de parto, nas instituições públicas do Distrito Federal, é decidida, no ambiente hospitalar. A literatura descreve bem as indicações absolutas para a operação abdominal, como desproporção cefalopélvica, corioamnionite, deformidade pélvica materna, eclâmpsia e síndrome HELLP, asfixia ou acidose fetal, prolapso de cordão umbilical, placenta prévia total, apresentação fetal anormal que impossibilita o parto vaginal, e ruptura uterina. Indicações consideradas relativas, como cardiocografia fetal alterada, não evolução do trabalho de parto, cesárea prévia, entre outras, devem ser avaliadas individualmente e discutidas entre os profissionais assistenciais da parturiente.⁵

Houve predomínio de cesáreas nos grupos de Robson G1, G2 e G5, que juntos representam 74,2% de todas as cesáreas. O G5 apresentou os números mais expressivos, com a maior proporção de cesáreas dentro de seu grupo

(81,1%), além de ser o que mais contribuiu para a taxa total de cesáreas no hospital (39,3%), dados já bem corroborados pela literatura.^{17,18} Embora as mulheres do G5 pudessem apresentar outras indicações para cesárea, o estudo evidenciou que cesárea anterior apareceu, sozinho ou concomitante com outra indicação, em 81,5% das mulheres submetidas à essa cirurgia. Isso é preocupante, pois reforça nessas pacientes a cultura de que é mais seguro ou que não conseguiriam ter um parto normal bem sucedido.^{6,19} Ressalta-se que a presença de cicatriz uterina prévia não é indicação absoluta para nova cirurgia, sendo esta indicação mais bem fundamentada quando se trata de dois ou mais cesáreas prévias,^{4,14} havendo a necessidade das duas primeiras terem aguardado o trabalho de parto espontâneo se iniciar, ou mesmo ter sido realizado a prova de indução do trabalho de parto. Essa recomendação é baseada em estudos que demonstraram que para o G5, quando bem indicada, a cesárea foi associada a menor chance de mortalidade, porém, sua prática indiscriminada foi associada a maior chance de desfechos adversos.^{20,21}

As nulíparas, representadas pelos grupos G1 e G2, tiveram, respectivamente, 27% e 77,4% de cesárea em seus grupos, representando 34,8% das cesáreas realizadas e contribuindo com 17,1% de cesárea de todos os nascimentos. Este dado torna-se ainda mais relevante quando consideramos que a via de nascimento na primeira gravidez terá consequências para a vida reprodutiva da mulher, podendo afetar negativamente futuras gestações, quer seja pelos eventos adversos que podem surgir, ou pela limitação de vida reprodutiva por cesáreas recorrentes, corroboradas pelos altos índices aqui apresentados pelo G5.^{17,18,22} Diferentes estratégias têm sido propostas para evitar a cesárea nesses grupos, como: utilizar a classificação de Robson para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesárea; realizar triagem laboral mais eficiente; aguardar o tempo adequado para que ocorra a progressão do trabalho de parto; escolha criteriosa das pacientes que serão submetidas à indução do parto; não aceitar indicações de cesárea dadas por outros especialistas quando não há evidências que sustentem o procedimento; fornecer treinamento para partos normais problemáticos; utilizar métodos de monitoramento fetal durante o parto; buscar uma segunda opinião em situações controversas.^{2,6,21} Por ser uma instituição pública, com responsabilidade pela formação

profissional (estágio, residência médica e multiprofissional), essas estratégias devem ser discutidas e implementadas, como o sucesso demonstrado em outros estudos de redução das taxas de cesáreas, de 3,1% para 0,1% no G1 e de 42% para 16,9% no G2.^{20,23}

Considerando as cesáreas em todos os grupos, 25,7% foram realizadas antes do trabalho de parto. O trabalho de parto envolve uma série de mecanismos fisiológicos, com consequências tanto para a parturiente quanto para o feto, que têm a finalidade de preparar ambos para o momento do parto e preparar a mulher para o puerpério. Quando a cesárea é realizada antes do trabalho de parto, muitos desses mecanismos são perdidos, e o recém-nascido precisa passar por uma transição brusca da vida intra para a extrauterina.⁶ Assim, a cesárea antes do trabalho de parto deve ser evitada, a menos que haja uma indicação precisa para isso.

O G8, é caracterizado por todas as gestações múltiplas, representa uma pequena parcela entre todos os partos (1,5%) e tem pouca influência no percentual final do hospital. No entanto, é importante destacar que 93% dos nascimentos neste grupo foram por cesárea, embora gestações gemelares isoladamente não sejam uma indicação para esta via, uma vez que a cesárea com o primeiro feto na apresentação cefálica não reduziu o risco de eventos adversos perinatais, maternos e fetais.^{4,24} Por outro lado, tem sido relatado que o parto normal implicaria em maior risco de morbidade materna, principalmente quanto à hemorragia.²⁵ No entanto, uma boa avaliação da gestante, vitalidade e posição, principalmente do primeiro feto, se em boas condições nesta instituição, que capacita os profissionais obstétricos, garantindo a segurança desses partos, deve estimular as parturientes a terem partos normais.²

No G10, 51,5% das mulheres foram submetidas à cesárea, 23,8% tiveram cesárea anterior e 47,2% foram submetidas à indução ou cesárea antes de entrar em trabalho de parto, embora mais da metade das mulheres do G10 fossem múltiparas. Ao comparar os tipos de parto entre pré-termo (< 37 semanas), termo precoce (37 ≤ e < 39 semanas) e termo (≥ 39 semanas) não houve diferença estatisticamente significativa, mas ao comparar pré-termo (< 37 semanas) e os demais (tanto a termo precoce quanto a termo), os dados mostraram que recém-nascidos pré-termo (< 37 semanas) eram mais propensos a nascer por cesárea do que por parto vaginal (OR = 1,4; IC95%= 1,011-2,094; p < 0,05). Em gestações pré-termo sem fatores de risco, a realização de cesárea não implica em melhora do desfecho materno e neonatal. Estudos têm demonstrado que altas taxas de cesáreas estão associadas a piores desfechos neonatais.^{26,27} Quando se leva em conta a presença de fatores de risco, com a presença de comorbidades maternas e fetais importantes, a cesárea melhora os resultados neonatais.^{26,27} Em nosso estudo, a intercorrência na gestação foi relatada em 86,5% das mulheres submetidas à cesárea, podendo explicar, pelo menos parcialmente, a alta taxa neste grupo.

Estudos apontam que a presença de cesárea prévia é fator de risco para a ocorrência de partos prematuros.^{28,29} Em uma coorte realizada na Holanda com 268.495 mulheres, foi demonstrado que a incidência de parto prematuro na segunda gestação foi maior em mulheres com cesárea anterior do que em mulheres com parto normal anterior (OR ajustado = 1,14; IC95%= 1,07-1,21). Essa incidência aumenta tanto em gestantes para as quais a cesárea foi planejada (OR ajustado = 1,86; IC95%= 1,58-2,18) quanto naquelas para as quais a cesárea não foi planejada (OR ajustado = 1,40; IC95%= 1,24- 1,58).²⁹ Uma metanálise chinesa com dez estudos de coorte totalizando 10.333.501 gestantes obteve resultado semelhante em que gestantes com cesárea prévia são mais propensas a partos prematuros em comparação com gestantes com histórico de parto vaginal (RR = 1,10; IC95%= 1,01-1,20).²⁸ Assim, evitar a cesárea deve ser sempre considerada, principalmente em nulíparas, visto que estas podem causar a incidência de partos prematuros subsequentes.

Embora os pesquisadores tenham tido acesso aos dados de todos os nascimentos, o estudo em questão apresenta algumas limitações. As bases de dados são secundárias e as indicações de cesáreas feitas pelos obstetras de plantão, sendo parte de caráter subjetivo devido à falta de informações mais precisas, impossibilitando o conhecimento dos critérios utilizados na indicação. Embora o hospital estudado não seja referência para partos prematuros, a taxa de nascimento no G10 de 4,6% foi acima da taxa de nascimentos neste grupo no DF no ano de 2019 que foi de 2,1%, viabilizando, portanto as análises deste estudo.³⁰

No período de estudo, a via de nascimento predominante em um hospital foi a cesárea com taxa de 49,1%, número acima do recomendado pela OMS, embora em concordância com os dados sobre cesáreas no Brasil. Os principais contribuintes para esse número foram os grupos G1, G2 e G5, reforçando o atendimento às mulheres desses grupos, com prioridade para as primíparas. No G10, mais da metade destas gestantes foram submetidas à cesárea e, a chance de cesárea aumentou quando todos os prematuros foram agrupados. Considerando a declaração da OMS, “todos os esforços devem ser feitos para fornecer cesárea às mulheres necessitadas, em vez de se esforçar para atingir uma taxa específica”³¹ e a aplicabilidade da Classificação de Robson, este estudo reforça que cada instituição conheça e suas taxas de cesárea em cada grupo e proponha intervenção para sua redução, com base na garantia da qualidade de excelência na assistência materna e neonatal.

Contribuição dos autores

Moresi EH, Moreira PP, Ferrer IL, Baptistella MKCS e Bolognani CV: concepção, análise e interpretação de dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- World Health Organization (WHO). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015. [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf
- Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar; 210 (3): 179-93.
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharoux C, *et al*. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG Int J ObstetGynaecol*. 2016 Feb; 123 (3): 427-36.
- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf
- Guimarães RM, Silva RLPD, Dutra VGP, Andrade PG, Pereira ACR, Jomar RT, *et al*. Fatores associados ao tipo de parto em hospitais públicos e privados no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017; 17 (3): 571-80.
- Mariani GL, Vain NE. The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019; 24 (1): 11-7.
- Nakamura-Pereira M, Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, *et al*. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016 Oct; 13 (Supl. 3): 128.
- Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, *et al*. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health*. 2015 May; 3 (5): e260-70.
- Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar; 2012 (3): CD004660.
- Fleischman AR, Oinuma M, Clark SL. Rethinking the Definition of “Term Pregnancy”. 2010 Jul; 116 (1): 136-9.
- Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, *et al*. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *N Engl J Med*. 2009 Jan; 360 (2): 111-20.
- Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Mater Med Rev*. 2001; 12: 23-39.
- Distrito Federal (BR). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2017. Brasília (DF): Secretaria de Estado de Saúde; 2017. 308 p. [Internet]. [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/RAG-2017_CSDF_10.12.2018.pdf
- ACOG Practice bulletin N° 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010 Aug; 116 (2 Pt 1): 450-63.
- Wang X, Hellerstein S, Hou L, Zou L, Ruan Y, Zhang W. Caesarean deliveries in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Feb; 17 (1): 54.
- Peixoto S. Manual de assistência pré-natal. 2ª ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2014.
- Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, *et al*. Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLoS One*. 2017 Nov; 12 (11): e0188074.
- Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, Flood K, Friedman AM, D’Alton ME. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am J Obstet Gynecol*. 2018 Jul; 219 (1): 105.e1-105.e11.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM n° 2.144/2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Brasília (DF): DOU de 22 de junho de 2016; (118 Seção 1): 138. [acesso em 2021 mai 2]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144>
- Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clin Obstet Gynecol*. 2015 Jun; 58 (2): 309-19.
- Zhang JW, Branch W, Hoffman M, De Jonge A, Li SH, Troendle J, *et al*. In which groups of pregnant women can the caesarean delivery rate likely be reduced safely in the USA? A multicentre cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Aug; 8: e021670.
- Miller ES, Hahn K, Grobman WA; Society for Maternal-Fetal Medicine Health Policy Committee. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr; 121 (4): 789-97.

23. Blomberg M. Avoiding the first cesarean section--results of structured organizational and cultural changes. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 May; 95 (5): 580-6.
24. Barrett JFR, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, *et al.* A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N Engl J Med.* 2013 Oct; 369 (14): 1295-1305.
25. Easter SR, Robinson JN, Lieberman E, Carusi D. Association of Intended Route of Delivery and Maternal Morbidity in Twin Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2017 Feb; 129 (2): 305-10.
26. Bannister-Tyrrell M, Patterson JA, Ford JB, Morris JM, Nicholl MC, Roberts CL. Variation in hospital caesarean section rates for preterm births. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015 Aug; 55 (4): 350-6.
27. Lee HC, Gould JB. Survival rates and mode of delivery for vertex preterm neonates according to small- or appropriate-for-gestational-age status. *Pediatrics.* 2006 Dec; 118 (6): e1836-44.
28. Zhang Y, Zhou J, Ma Y, Liu L, Xia Q, Fan D, *et al.* Mode of delivery and preterm birth in subsequent births: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019 Mar 14; 14 (3): e0213784.
29. Visser L, Slaager C, Kazemier BM, Rietveld AL, Oudijk MA, Groot C, *et al.* Risk of preterm birth after prior term cesarean. *BJOG.* 2020 Apr; 127 (5): 610-7.
30. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. [Internet]. [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

Recebido em 29 de Maio de 2021

Versão final apresentada em 16 de Maio de 2022

Aprovado em 27 de Agosto de 2022