



UnB

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde - FS

Departamento de Saúde Coletiva

Curso de Graduação em Saúde Coletiva

ADRIA CRISTINE SOUZA DA SILVA

Título: A Classificação de Robson como instrumento de avaliação da taxa de cesáreas no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Brasília-DF 2019

ADRIA CRISTINE SOUZA DA SILVA

Título: A Classificação de Robson como instrumento de avaliação da taxa de cesáreas no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa:

Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora:

Prof.^a Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto

Co-Orientadora:

MSc. Carine Bianca Ferreira Nied

Brasília-DF 2019

SILVA, Adria Cristine Souza.

Título A Classificação de Robson como instrumento de avaliação das taxas de cesáreas no Hospital Universitário de Brasília. Adria Cristine Souza da Silva – Brasília, DF, 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde – FS. 1º Semestre de 2019. 29 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto.

Co-Orientadora: Carine Bianca Ferreira Nied

1. Descritores: Classificação de Robson, Taxa de Cesáreas, Hospital Universitário de Brasília.

ADRIA CRISTINE SOUZA DA SILVA

Título: A Classificação de Robson como instrumento de avaliação da taxa de cesáreas no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva, aprovado pela seguinte comissão examinadora:

Professora Doutora Denise de Lima Costa Furlanetto

Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Doutora Lizandra Moura Paravidini Sasaki

Chefe da Unidade Materno Infantil do Hospital Universitário de Brasília.

Professor Doutor Mauro Niskier Sanchez

Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Brasília, Julho de 2019.

Dedico este trabalho as enfermeiras obstétricas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida e por todas as graças recebidas até os dias de hoje, e pela maior delas por estar me formando na Universidade de Brasília. Obrigado Senhor por ser meu consolo e minha fortaleza em todos os momentos.

Aos meus pais, mesmo que distante, por me apoiarem e me orientarem me ensinando que somente através da educação seria possível mudar minha realidade e realizar meus sonhos. Às minhas filhas, pela paciência e por suportarem minha ausência quando necessária para realizar atividades do curso e da Universidade. Me perdoem pelo estresse e pela ausência não tão justificada em tantos momentos. Acreditem que sem a parceria de vocês esse momento não seria possível. E a Rebeca um agradecimento especial pela parceria durante o curso todo como colega de graduação.

Agradeço a minha irmã Arethusa, que mesmo distante sempre foi o ombro amigo e a mão que me sustentou durante os períodos de dúvidas e angústias.

Saibam que sem o apoio de vocês nada seria possível.

Aos meus colegas de trabalho por me suportarem falando sobre a saúde coletiva e pelo incentivo em cumprir essa jornada mesmo que o ambiente de trabalho não tenha como objeto a saúde.

Obrigado a toda equipe da maternidade do Hospital Universitário de Brasília por me acolherem e me auxiliarem durante dois anos. Um especial agradecimento da Dra. Lizandra, pois sem ela não seria possível a realização desse trabalho. Saibam que vocês foram fundamentais na minha formação como sanitarista.

À Carine por todo o conhecimento compartilhado, pela paciência e por me apresentar o projeto Apice On, além comprar a ideia de entregar nas mãos dos estagiários de saúde coletiva a implantação da Classificação de Robson no HUB.

E meu muito obrigado à professora Dra. Denise Furlanetto, por me orientar e ajudar durante esses dois anos, de estágio e nesse trabalho. Sem nossas conversas e sua paciência nada disso seria possível. Obrigada por acreditar em mim e no meu trabalho.

E por fim, agradeço ao departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como um todo, ao corpo docente pelo aprendizado.

E todos que torceram e contribuíram de alguma forma para a conclusão desse curso, muito obrigada!

*“Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada...”*

Lívia Pavitra

RESUMO

O presente trabalho apresenta a implantação e a utilização da Classificação de Robson na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília como instrumento na avaliação da taxa de Cesáreas. Inicialmente foi realizada revisão da literatura disponível, para obter o conhecimento teórico acerca da Classificação de Robson, com ênfase em sua importância para a redução de cesáreas como boa prática de parto e nascimento e como deve ser realizada, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Além de vivenciar o processo de trabalho desenvolvido no serviço, obtivemos acesso aos dados necessários para realizar a Classificação. Os dados foram coletados a partir do Bloco V da Declaração de Nascimento Vivo (DNV) e analisados a partir do Manual de Implantação da Classificação de Robson da OMS comparando os dados em três trimestres. Numa potencial implantação dessa rotina de monitoramento e classificação segundo o método em questão, foi possível auxiliar na gestão da clínica gerando análises sobre o perfil de pacientes atendidos, o resultado do trabalho das equipes e como fomentar um maior percentual de partos normais reduzindo desta forma a taxa de cesáreas.

Palavras chave: Classificação de Robson, Taxa de Cesáreas, Hospital Universitário de Brasília.

ABSTRACT

The present study presents the implantation and the use of the Robson Classification in Maternity Hospital of Brasília as an instrument in the evaluation of the Cesarean rate. Initially, a review of the available literature was conducted to obtain theoretical knowledge about the Robson Classification, with emphasis on its importance for the reduction of cesarean sections as a good practice in childbirth and birth and how it should be performed, according to the World Health Organization – WHO). In addition to experiencing the work process developed in the service, we obtained access to the data necessary to perform the Classification. Data were collected from Block V of the Certificate of the Live Birth (CLB) and analyzed from the WHO Robson Classification Deployment Manual comparing the data in three semesters. In a potential implementation of this routine of monitoring and classification according to the method in question, it was possible to assist in the management of the clinic by generating analyzes on the profile of patients attended, the results of the work of the teams and how to foster a higher percentage of normal deliveries, reducing in this way the cesarean section rate.

Key words: Robson's classification, rate of cesarean section, University Hospital of Brasília.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	14
Figura 2	16
Gráfico 1	20

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	21
Tabela 2	21
Tabela 3	22
Tabela 4	22
Tabela 5	24
Tabela 6	25
Tabela 7	25
Tabela 8	26

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Objetivos	18
3. Metodologia	18
4. Resultado e Discussões	19
5. Considerações Finais	27
6. Bibliografia	29

1. INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do status de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (Domingues, Santos & Leal, 2004).

Historicamente os cuidados relacionados a gestação e ao processo de parto tem sofrido grandes mudanças, sendo essas resultantes da medicalização e institucionalização do parto. Após o período da Segunda Guerra Mundial, foram institucionalizadas as práticas obstétricas, nas quais eram realizadas assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, na Europa. Este marco apresentou indicadores positivos no tocante ao declínio da mortalidade materna e perinatal, no entanto, o processo de reprodução humana vem sofrendo interferências, muitas vezes desnecessárias e invasivas, dentre elas as cesarianas. (Moraes, Godoi & Fonseca, 2006).

As descobertas de novas práticas representam papel decisivo no avanço da assistência as mulheres, porém é preciso discutir a redefinição da aplicação tecnológica na questão da saúde, pois o abuso dessas novas técnicas vem trazendo consequências às parturientes como por exemplo, os danos causados às mulheres submetidas à intervenções desnecessárias, as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal decorrentes (Martins, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a intervenção cirúrgica seja realizada somente quando necessário para a manutenção da saúde da mulher e do recém-nascido. Apesar de tal recomendação a incidência de partos cesáreos ainda é muito alta em todo mundo.

“Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.” (OMS, 2015).

Nos últimos anos houve um aumento significativo nas taxas de cesáreas na maioria dos países, e altas taxas de cesáreas representam um grande problema de saúde pública, devido aos riscos maternos e perinatais envolvidos além de estar

associado à desigualdade de acesso e custos (OMS, 2017), sendo objeto de discussão desde a década de 1980.

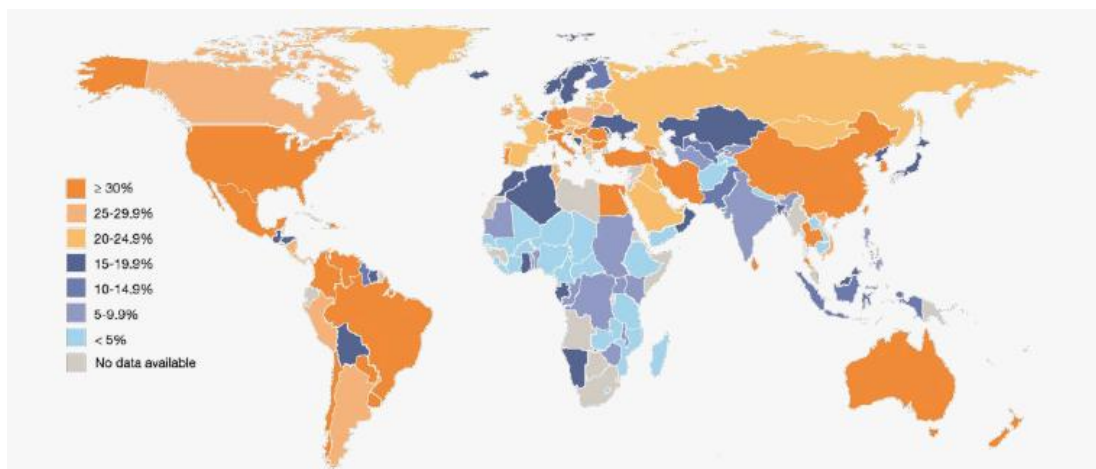


Figura 1: Taxas de cesarianas por país (a partir de 2005 e posteriores). De: A tendência crescente na cesariana: estimativas globais, regionais e nacionais: 1990-2014 (1). Apud World, 2017.

Em 1985, sob coordenação da OMS, foi realizada a “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto” o documento produzido nesse evento *“buscou inspirar ações de mudança na organização e no modelo da assistência obstétrica”* (Patah, 2011). Neste mesmo ano foi estabelecido pela OMS que a taxa de cesáreas deveria variar entre 10 a 15%.

Em 2015, a OMS lançou o documento “Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas” que foi elaborado a partir de dois estudos, o primeiro foi uma revisão sistemática e o outro foi realizado uma análise dos dados mais recente de cada país sobre taxa de cesáreas. Nesse documento a OMS concluiu que: *“Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.”* e cesáreas são efetivas para salvar a vida de mães e crianças, quando bem indicadas e feitas em ambiente seguro, mas adverte os riscos (OMS, 2015).

Nesse mesmo documento a OMS propõe que os serviços de saúde utilizem do sistema de Classificação de Robson como um instrumento padrão a ser utilizado globalmente para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas (OMS, 2015).

Através da Classificação de Robson é possível realizar comparações dos indicadores ao longo do tempo entre um mesmo serviço e entre outros serviços,

possibilitando intervenções que ocasionem impactos na assistência obstétrica, principalmente na taxa de cesáreas. (Robson, 2001).

“A classificação de Robson é uma ferramenta que categoriza as mulheres em dez grupos baseados em suas características obstétricas, sem necessidade de incluir a indicação da cesárea.” (OMS, 2015)

Características da Classificação de Robson:

Antecedente obstétricos: Nulípara, multípara sem cesárea anterior ou multípara com cesárea anterior;

Número de fetos: 1 (um), 2 (dois) ou mais;

Apresentação fetal: Cefálica, pélvica ou córmica;

Idade gestacional: Termo (igual ou maior que 37 semanas) ou pré-termo (menor que 37 semanas);

Trabalho de parto: Espontâneo, induzido ou cesárea iniciada antes do trabalho de parto.

Além dessas características a Classificação de Robson leva em consideração o desfecho, com o tipo de parto: Normal, cesárea ou aborto, evidenciando que a Classificação de Robson não é uma classificação de risco e nem indica o tipo de parto a ser realizado.

A figura 2 que ilustra todos os grupos de Robson bem como as características de cada um dos grupos, sendo possível classificar qualquer puérpera em qualquer serviço e unidade de saúde.

Quadro 1: Classificação de Robson

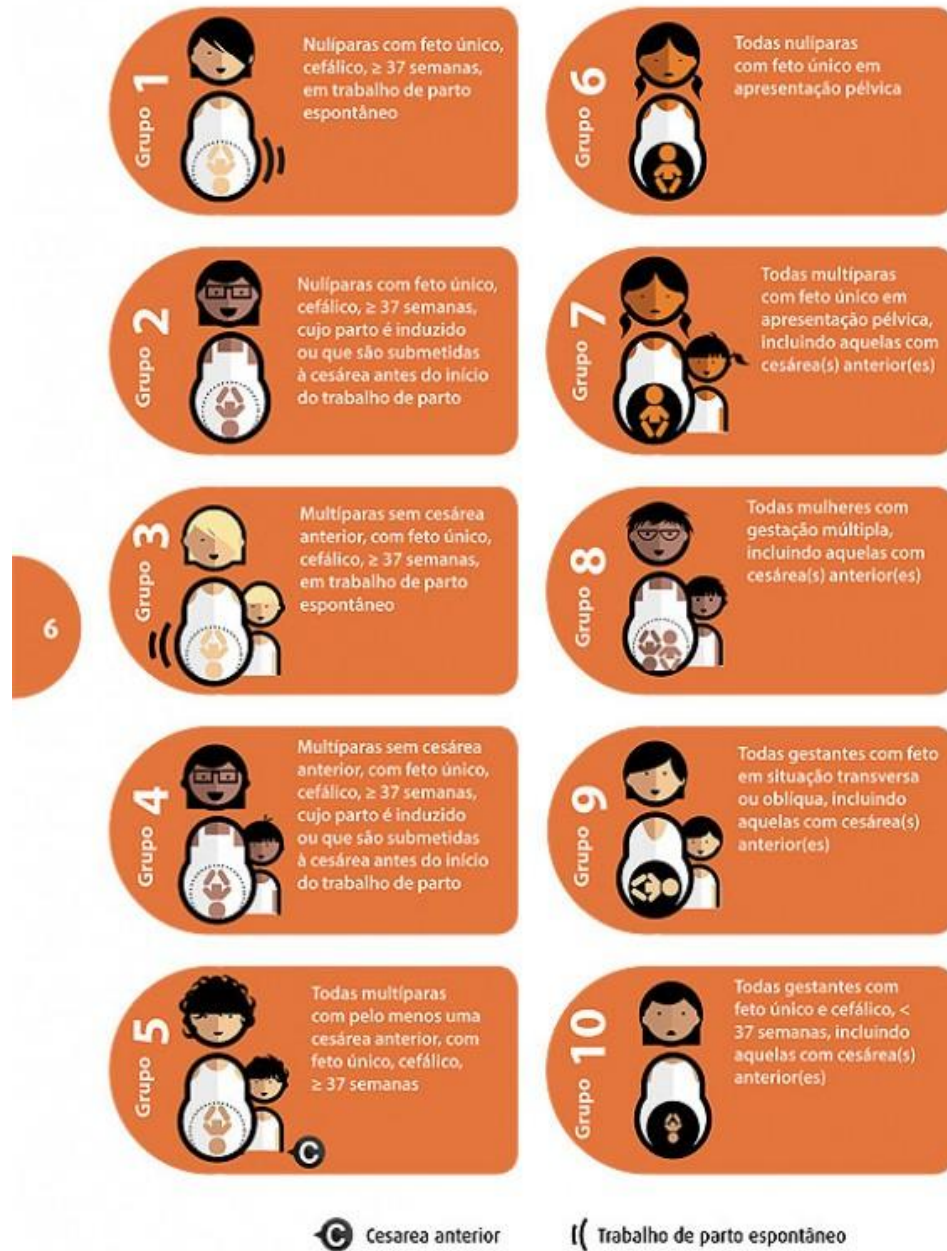


Figura 2: Classificação de Robson

OMS, 2015

No Brasil, no ano de 2009, foi aprovado em edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTID/DECIT nº057/2009, o projeto Nascer no Brasil sob coordenação geral da Professora Maria do Carmo Leal, que tinha como um dos objetivos “Estimar

a prevalência de cesarianas e outras intervenções obstétricas e neonatais” (Leal, 2014), sendo este o primeiro inquérito que apresentou um panorama nacional sobre a atenção ao parto e nascimento.

Essa pesquisa apontou uma taxa de cesáreas muito elevada no Brasil quando comparados com o que preconiza a OMS para a população brasileira, que seria uma taxa de 25 a 30% (Brasil, 2015). No setor privado a taxa de cesáreas chega ao número de 88% dos partos, já no setor público essa taxa se reduz à 46% (Leal, 2014). A partir dos dados dessa pesquisa, o estudo de Nakamura et al (2014) comparou as taxas de cesariana em todo o Brasil utilizando a Classificação de Robson.

Diante desse cenário, em 2015 a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC publica as Diretrizes de Atenção a Gestante, operação cesariana e parto normal, visando orientar partir de evidência científicas as condutas e o atendimento das mulheres nas questões relativas ao parto (Brasil, 2015).

Nesse mesmo contexto surge o Projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, como iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ e tem como proposta:

“qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha.” (Brasil, 2017).

No campo Qualificação da Atenção o projeto Apice on tem como uma das iniciativas o *“Acompanhamento e redução, se pertinente, das taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson – especialmente dos Grupos de 1 a 4.”* (Brasil, 2017), em virtude do fato que, a soma desses quatro grupos, totalizam um valor superior a 60% da população conforme preconiza a OMS (OMS, 2017). O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é um dos hospitais que constituem o projeto em um total de 97 hospitais.

No decorrer da disciplina Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, os alunos foram demandados pelo HUB a realizar esse acompanhamento a partir da

Classificação de Robson apresentando ao final do ano de 2018 uma proposta de implementação da classificação, que foi incorporada pelo serviço de saúde resultando no diagnóstico ora apresentado nesse trabalho sendo o passo inicial para demonstrar quais as necessidades do serviço e quais grupos de Robson merecem atenção para o desenvolvimento de diretrizes e protocolos para a redução da taxa de cesáreas no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar a Classificação de Robson para análise da necessidade da adoção de Cesárea no Hospital Universitário de Brasília (HUB).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Implantar a classificação de Robson na maternidade do HUB.
- b) Analisar os grupos de Robson e suas respectivas taxas de cesáreas.
- c) Identificar os grupos com as taxas de cesáreas elevadas a partir das recomendações da OMS.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo descritivo de natureza quantitativa realizado no período de julho de 2018 a março de 2019. Os dados foram coletados a partir de todas as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) emitidas pela maternidade do HUB, ou seja, foram identificados todos os partos ocorridos no período do estudo.

Os dados foram capturados a partir do bloco V da Declaração de Nascido Vivo (DNV) por informar e atender todos os parâmetros estabelecidos para a realizar a Classificação de Robson (Brasil, 2017), tendo em vista que os estudos realizados até o momento no Brasil capturaram os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e em virtude da defasagem na disponibilização dos dados, geralmente de um ano ou mais, utilizamos a DNV pois é o documento oficial de disponibilização dos dados para o SINASC (Brasil, 2011),

“O Ministério da Saúde implantou, a partir de 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), tendo como base a Declaração de Nascido Vivo (DN), cujo objetivo principal é fornecer informações sobre as características dos nascidos vivos, fundamentais para o estabelecimento de indicadores de saúde específicos.” (Brasil, 2011).

O Bloco V – Gestação e Parto (campos 30 a 40) da DNV se refere as características da gestação e do parto inclusive com o antecedente obstétrico (Brasil, 2011).

Os dados obtidos a partir da DNV foram lançados em planilha Excel elaborada e parametrizada através de uma fórmula específica para realizar a classificação dos partos e enquadrar em um dos grupos de Robson. A referida planilha foi desenvolvida como produto da disciplina Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva.

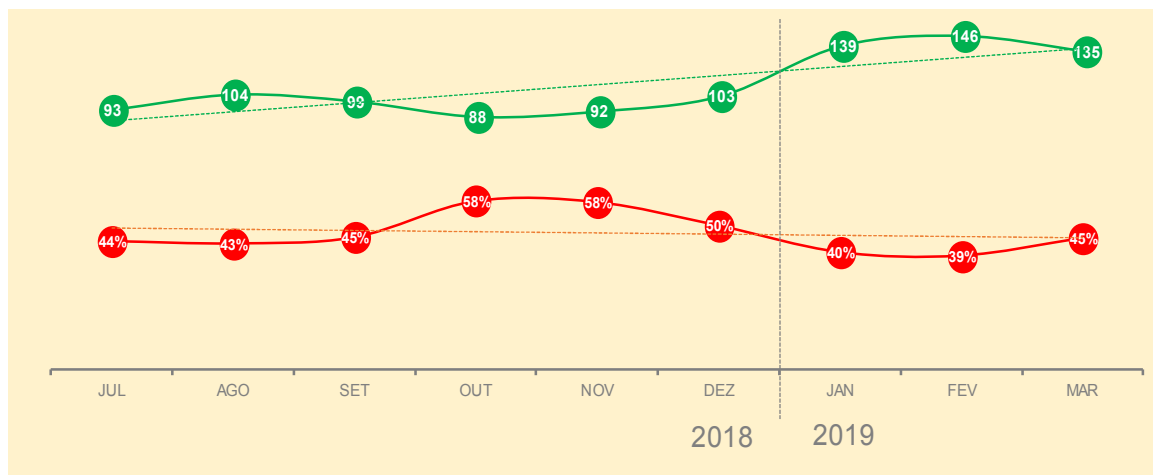
A análise foi baseada no Manual de Implantação da Classificação de Robson da OMS do ano de 2017 (OMS, 2017) e na Pesquisa Nascer no Brasil (Leal, 2014), comparando os dados dos trimestres do período de coleta de dados. Assim, foi possível detalhar os tamanhos e respectivas taxas de cesáreas nos dez grupos de Robson além dos subgrupos dos grupos 2, 4 e 5 conforme determina a OMS no manual de implementação (OMS,2017). Descreve-se como “sem classificação” as mulheres que não puderam ser classificadas em nenhum dos dez grupos em virtude de dados não preenchidos na DNV.

A análise foi apresentada em Tabelas nos formatos sugeridos nos Manuais da OMS (2017) além de algumas construídas pela própria autora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Gráfico 1 representa o número total de partos apurados mês a mês, desde julho de 2018 a março de 2019 com as respectivas taxas de cesáreas apuradas nesse mesmo período.

Gráfico 1 – Evolução do número Total de Partos e da Taxa de Cesáreas no período de julho de 2018 a março de 2019 no Hospital Universitário de Brasília (HUB)



● Número Absoluto de Partos
● Taxa de Cesáreas

Elaborado pela autora.

A partir do mês de dezembro foi observado um leve aumento no número de partos, superior a 100, e isso se acentua nos meses de fevereiro e março de 2019. Em dezembro de 2018 foi publicada a Portaria 1.321/dezembro de 2018 (Distrito Federal, 2018) que ampliou o atendimento do HUB para pacientes com gravidez a termo, oriundas da cidade de Águas Lindas de Goiás (GO), o que pode ser uma hipótese para o aumento no número de partos. Além da referida Portaria, o contrato entre o HUB e a Secretaria de Saúde do DF prevê a realização de 130 partos mensais com uma taxa de cesáreas total de 40%, caracterizando essa contratualização como mais uma base de comparação além da estabelecida pela OMS.

A seguir são apresentadas as Tabelas no modelo padrão da OMS para apresentação dos dados apurados do HUB por trimestre, ou seja, terceiro e quarto trimestres do ano de 2018, meses de julho a dezembro, e primeiro trimestre de 2019, meses de janeiro a março.

Tabela 1 – Classificação de Robson no Hospital Universitário de Brasília no período de julho a setembro de 2018 (terceiro trimestre de 2018).

Grupo de Robson	Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo	Contribuição absoluta (%) na taxa global de Cesárea*	Contribuição relativa (%) na taxa global de Cesárea**
1	49	17%	8	16%	3%	6%
2	39	13%	17	44%	6%	13%
3	54	18%	9	17%	3%	7%
4	35	12%	13	37%	4%	10%
5	63	21%	48	76%	16%	37%
6	2	1%	2	100%	1%	2%
7	7	2%	6	86%	2%	5%
8	12	4%	11	92%	4%	8%
9	1	0%	1	100%	0%	1%
10	25	8%	14	56%	5%	11%
Sem Classificação	9	3%	2	22%	1%	2%
Total Geral	296	100%	131	44%	44%	100%

Referência: OMS, 2017.

* A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100).

**A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).

Tabela 2 – Classificação de Robson no Hospital Universitário de Brasília no período de outubro a novembro de 2018 (quarto trimestre de 2018).

Grupo de Robson	Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo	Contribuição absoluta (%) na taxa global de Cesárea*	Contribuição relativa (%) na taxa global de Cesárea**
1	53	19%	15	28%	5%	10%
2	38	13%	20	53%	7%	13%
3	38	13%	5	13%	2%	3%
4	25	9%	8	32%	3%	5%
5	73	26%	68	93%	24%	44%
6	8	3%	7	88%	2%	4%
7	9	3%	8	89%	3%	5%
8	6	2%	6	100%	2%	4%
9	1	0%	1	100%	0%	1%
10	24	8%	14	58%	5%	9%
Sem Classificação	8	3%	4	50%	1%	3%
Total Geral	283	100%	156	55%	55%	100%

Referência: OMS, 2017.

* A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100).

**A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).

Tabela 3 – Classificação de Robson no Hospital Universitário de Brasília no período de janeiro a março de 2019 (primeiro trimestre de 2019).

Grupo de Robson	Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo	Contribuição absoluta (%) na taxa global de Cesárea*	Contribuição relativa (%) na taxa global de Cesárea**
1	78	19%	24	31%	6%	14%
2	40	10%	11	28%	3%	6%
3	92	22%	16	17%	4%	9%
4	39	9%	7	18%	2%	4%
5	99	24%	77	78%	18%	44%
6	8	2%	7	88%	2%	4%
7	12	3%	11	92%	3%	6%
8	11	3%	9	82%	2%	5%
9	1	0%	1	100%	0%	1%
10	37	9%	11	30%	3%	6%
Sem Classificação	3	1%	0	0%	0%	0%
Total Geral	420	100%	174	41%	41%	100%

Referência: OMS, 2017.

* A contribuição absoluta (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de partos X 100).

**A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).

Tabela 4 – Taxa de Cesáreas Recomendadas pela OMS para os Grupos de Robson (OMS, 2017)

Grupos de Robson	Taxas de Cesáreas Recomendadas pela OMS.
1	Até 20%
2	Entre 20 a 35%
3	Até 3%
4	Até 15%
5	Entre 50 a 60%
8	Até 60%
9	Até 100%
10	Até 30%

Conforme Manual da OMS para implementação da Classificação de Robson a interpretação de dados pode ser realizada a partir de três dimensões: Qualidade dos Dados, Tipo de População e Taxas de Cesariana.

Na dimensão Qualidade dos Dados, conforme estabelecido pela OMS, verificou-se o total de partos bem como o número de cesáreas, constatando que os números correspondem ao total de partos ocorridos no HUB, no período de julho de 2018 a março de 2019.

Para o HUB estes números foram capturados a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) emitidas nos períodos mencionados. Vale ressaltar que os dados da DNV são enviados à Secretaria de Saúde do DF para lançamento no SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Além disso verificou-se que o tamanho e a taxa do grupo 9, conforme Tabelas 1, 2 e 3, nos períodos apurados atendem o estabelecido pela OMS, ou seja, tamanho menor que 1% e taxa de cesáreas de 100%.

Em relação à dimensão Tipo de População, a OMS estabelece que seja realizada a soma dos tamanhos dos grupos: 1 somado ao 2 e 3 somado ao 4. No HUB o tamanho da soma dos grupos 1 e 2 é de 30% e está próximo dos parâmetros estabelecidos pela OMS de que a soma dos grupos 1 e 2 representa de 32 a 42% da população. Já a soma dos grupos 3 e 4, se totalizou menor que o estabelecido de 30% por cento de representatividade da população, fato esse explicado pela própria OMS pelo tamanho do grupo 5 (24%), que está superior ao apurado na pesquisa Nascer Brasil (19%), acompanhado da alta taxa de Cesáreas que no HUB que apresenta uma taxa média de 46%, apesar da redução da taxa no primeiro trimestre de 2019 para 41%.

O tamanho da soma dos grupos populacionais 6 e 7 foi superior aos 4% estabelecidos no Manual da OMS e apontado na pesquisa Nascer Brasil durante o período, assim como do grupo 10 (superior a 5%) e do grupo 8 (superior a 2%). Este fato pode ser explicado por o HUB ser um hospital terciário e referência em gestação de alto risco da região leste de saúde do DF de acordo com pactuação entre o HUB e a Secretaria de Saúde do DF (SES/DF), atendendo cerca de 400 consultas ambulatoriais mensais de pré-natal de alto risco desta população.

Tabela 5 – Tipo de população, tamanho da soma dos grupos e dos tamanhos absolutos de cada grupo de Robson no Hospital Universitário de Brasília (HUB) no período de julho de 2018 a março de 2019.

Passos	Dados HUB	Recomendação OMS
Soma dos Grupos 1 e 2	30%	Representa de 32 a 42% da população
Soma dos Grupos 3 e 4	28%	Representa 30% da população
Tamanho do Grupo 5	24%	Representa 10% da população
Soma dos Grupos 6 e 7	5%	Representa 3 a 4% da população
Tamanho do Grupo 8	3%	Representa de 1,5 a 2% da população
Tamanho do Grupo 9	0,3%	Representa menos de 1% da população
Tamanho do Grupo 10	9%	Representa até 5% da população

Elaborado pela autora.

Quanto à dimensão Taxa de Cesáreas, as taxas destacadas em vermelho nas Tabelas 1, 2 e 3 apresentam números superiores aos estabelecido pela OMS. No primeiro trimestre a taxa de 16% do grupo 1, estava dentro dos parâmetros estabelecidos pela OMS de até 20%. Nos demais meses houve uma elevação no tamanho do grupo de 2 pontos percentuais passando de 17% para 19%. Entretanto a taxa de cesáreas para o grupo 1 se elevou em quase 100%, passando de 16% para 31%, quando comparados o terceiro trimestre de 2018 com o primeiro trimestre de 2019.

Ao subdividirmos os grupos 2 e 4 conseguimos visualizar os números de cesáreas que aconteceram antes do início do trabalho de parto e os partos que foram induzidos e para o Grupo 5 é possível visualizar o número de cesáreas que aconteceram mesmo com o início de trabalho de parto espontâneo e as que aconteceram antes do início do trabalho de parto, conforme demonstrado nas Tabelas 6, 7 e 8.

Tabela 6 – Subdivisão dos Grupos de Robson 2, 4 e 5 no HUB no período de julho a setembro de 2018 (terceiro trimestre de 2018)

Grupo de Robson		Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo
Grupo 2	2A	31	10%	9	29%
	2B	8	3%	8	100%
Grupo 4	4A	30	10%	9	30%
	4B	5	2%	5	100%
Grupo 5	5.1	35	12%	21	60%
	5.2	28	9%	28	100%

Elaborado pela autora.

Grupos 2 e 4

Subdivisão A – Trabalho de Parto Induzido.

Subdivisão B – Cesárea Antes do Parto.

Grupo 5

Subdivisão .1 – Trabalho de parto espontâneo e/ou induzido

Subdivisão .2 - Cesárea Antes do Parto.

Observou-se que o número de cesáreas realizadas antes do início do trabalho de parto principalmente no grupo 5, representa 9% do total de partos, além de ter uma representatividade de 44% do total do grupo. Entretanto no primeiro trimestre desse ano houve uma redução significativa no tamanho do subgrupo 5.2 (Cesáreas antes do início do trabalho de parto no grupo 5) passando de um percentual de 14% no de representatividade no total de partos no terceiro trimestre de 2018 para somente 2% no primeiro trimestre de 2019 indicando uma sensibilização da equipe para a realização de boas práticas no parto e nascimento.

Tabela 7 – Subdivisão dos Grupos de Robson 2, 4 e 5 no HUB no período de outubro a dezembro de 2018 (quarto trimestre de 2018)

Grupo de Robson		Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo
Grupo 2	2A	24	8%	7	29%
	2B	14	5%	14	100%
Grupo 4	4A	19	7%	2	11%
	4B	6	2%	6	100%
Grupo 5	5.1	34	12%	29	85%
	5.2	39	14%	39	100%

Elaborado pela autora.

Grupos 2 e 4

Subdivisão A – Trabalho de Parto Induzido.

Subdivisão B – Cesárea Antes do Parto.

Grupo 5

Subdivisão .1 – Trabalho de parto espontâneo e/ou induzido

Subdivisão .2 - Cesárea Antes do Parto.

Tabela 8 – Subdivisão dos Grupos de Robson 2, 4 e 5 no HUB no período de janeiro a março de 2019 (primeiro trimestre de 2019)

Grupo de Robson		Número de Nascimentos	Tamanho relativo (%) do grupo	Número de Cesáreas em cada grupo	Taxa de Cesárea (%) em cada grupo
Grupo 2	2A	37	9%	9	24%
	2B	3	1%	2	67%
Grupo 4	4A	36	9%	5	14%
	4B	3	1%	0	0%
Grupo 5	5.1	91	22%	53	58%
	5.2	8	2%	3	38%

Elaborado pela autora.

Grupos 2 e 4

Subdivisão A – Trabalho de Parto Induzido.

Subdivisão B – Cesárea Antes do Parto.

Grupo 5

Subdivisão .1 – Trabalho de parto espontâneo e/ou induzido

Subdivisão .2 - Cesárea Antes do Parto.

A partir do mês de outubro foram realizadas reuniões, de periodicidade quinzenal, com as equipes da maternidade do HUB para a apresentação dos dados coletados no terceiro trimestre de 2018. Tais dados eram ainda desconhecidos pelos membros da equipe que tinham uma percepção diferente daquilo que foi diagnosticado em um primeiro momento principalmente no que tange à constituição dos grupos de Robson para os atendimentos realizados no HUB.

A OMS recomenda que após a análise dos dados, a classificação de Robson possibilite aos Hospitais:

“Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local; avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas; avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo; avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.” (OMS, 2017).

Desta forma, para o HUB, a partir dos resultados obtidos, sugere-se um estudo mais aprofundado para os Grupos de 1 a 5, para identificar as principais justificativas para a realização de cesáreas, principalmente as realizadas antes do início do trabalho de parto, já que tais grupos somados apresentam uma

representatividade superior a 80% dos partos realizados no HUB além de apresentarem as taxas mais elevadas dentro do padrão estabelecido pela OMS.

Além disso, é relevante identificar as pacientes que tem o diagnóstico de gravidez de alto risco para apurar as taxas de cesáreas separadamente para a população de alto e risco habitual e assim ser possível desenhar estratégias visando a redução na taxa de cesáreas.

Quanto às limitações do estudo, é importante ressaltar que o número de partos foi apurado a partir das Declarações de Nascidos Vivos; e o número de declarações é superior ao número de partos em decorrência das gestações gemelares. Além disso, pode ocorrer diferença pelo fato do número de Declarações de Nascidos Vivos emitidas ser menor do que o número de partos realizados pelo serviço, já que não se emite Declaração de Nascido Vivo para fetos natimortos conforme Manual de Preenchimento da DNV do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi desenvolvido nas disciplinas obrigatórias de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II e III do curso de graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, diante da demanda apresentada pelo serviço em implantar a Classificação de Robson. No decorrer dos dois semestres foi possível identificar o papel do sanitarista nos serviços de média e alta complexidade e como membro potencial da equipe da maternidade do Hospital Universitário de Brasília. Com o diagnóstico das taxas de cesáreas a partir da Classificação de Robson foi possível identificar lacunas na atual situação da assistência pré-natal que se inicia na atenção básica com desfecho na atenção terciária.

É perceptível o quanto é necessário estabelecer o elo entre a Atenção Básica, os usuários e o serviços de alta e média complexidade na busca do cuidado integral à saúde, ficando evidente a atuação do sanitarista que pode integrar a equipe trazendo novos conhecimentos, a partir das competências específicas que compõe sua formação, o que potencializa a troca de novas experiências com os profissionais que exercem o cuidado e fazem acontecer mesmo diante das inúmeras limitações, que sim, foram percebidas durante a realização das disciplinas e desse trabalho, pois a imersão no serviço permitiu vivenciar o dia a dia dos profissionais e do serviço e de todas as dificuldades inerentes das relações sociais estabelecidas e das dificuldades impostas pelo próprio processo de trabalho.

Diante dessas limitações impostas, verifica-se o quanto é possível e necessária a inserção do profissional formado em Saúde Coletiva podendo ser usado como laço integrador da equipe, auxiliando na gestão da clínica e gerando análises sobre o perfil de pacientes atendidos, além de fazer o elo entre o conhecimento dos serviços e políticas de integração do cuidado, utilizando-se dos princípios doutrinários do SUS juntamente com estratégias que melhorem a vida da população mais vulnerável e de todos(as) os(as) usuários(as) do Sistema Único de Saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. 2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto Apice On. 2017.

DE ALENCAR MOURA, Victor; DE LUCENA FEITOSA, Francisco Edson. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Revista de Medicina da UFC*, v. 57, n. 1, p. 25-29, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Portaria 1.321 de 18 de dezembro de 2018. Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, Brasília, DF, dezembro, 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos and LEAL, Maria do Carmo. Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.1, pp.S52-S62.

FERRAZ, Leonardo Magalhaes. Contribuição à análise das taxas de cesarianas utilizando a classificação de Robson, a partir do estudo de mulheres com cesariana prévia, em um hospital universitário. 2015.

KINDRA, Tereza. Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual. 2017.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. 2014.

MORAES, J. F. de; GODOI, C. V. C. de; FONSECA, M. R. C. C. da. Fatores que interferem na Assistência Humanizada ao Parto. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 8, n. 19, p. 13-19, 2006.

NAKAMURA-PEREIRA, Marcos et al. O uso da classificação de Robson para avaliar a taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea. 2015.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 185-194, 2011.

ROBSON, Michael Stephen. Can we reduce the caesarean section rate?. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, v. 15, n. 1, p. 179-194, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Robson classification: implementation manual. 2017.