



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Lucas Guimarães Arruda**

**IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.**

**Brasília - DF  
2018**

**Lucas Guimarães Arruda**

**IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) submetido ao curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>.  
Denise de Lima Costa  
Furlanetto.

**Co-orientadora:** MSc. Carine  
Bianca Ferreira Nied.

**Brasília – DF  
2018**

**Lucas Guimarães Arruda**

**IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso,  
apresentado a Universidade de  
Brasília, como parte das exigências  
para a obtenção do título de bacharel  
em saúde coletiva.

Brasília – DF, 07 de dezembro de  
2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise de Lima Costa Furlanetto  
Departamento de Saúde Coletiva / Universidade de Brasília

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Mara Pedrosa  
Departamento de Saúde Coletiva / Universidade de Brasília

---

Dr<sup>a</sup> Lizandra Paravidine Sasaki  
Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília

**Brasília – DF  
2018**

Dedico este trabalho à Ivone e Antônio.  
Amores da minha vida!

## AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora por sempre me erguer quando eu pensei em fraquejar, quando por vezes pensei que não daria conta das barreiras e dificuldades que foram surgindo em meus caminhos e que a princípio não conseguia lidar, e que no final sempre me mostrou a melhor solução.

À Universidade de Brasília, pela oportunidade de fazer o curso de graduação em Saúde Coletiva. A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

À minha orientadora, professora Denise de Lima Costa Furlanetto, por me incentivar a produção acadêmica, auxiliando-me a entender a importância da pesquisa e sanando grande parte das demandas pessoais que surgiram pelo caminho.

À Carine Bianca pelo apoio dado com a co-orientação, pela paciência e a disponibilidade de sempre me atender prontamente com as minhas demandas e com o meu desespero.

À Adria Cristine por ter sido uma excelente companheira nas disciplinas de estágio obrigatório, por ter me ajudado também com o TCC com suas ideias brilhantes.

À minha mãe Ivone Andrade Guimarães, por ter sido um exemplo em minha vida, pelos ensinamentos e por sempre ter sido minha companheira, minha conselheira, minha amiga. Amo-te incansavelmente. Ao meu pai Antônio Jacinto da Costa Arruda, por ter sido meu exemplo de responsabilidade, pelos ensinamentos, por sempre ter batalhado para prover tudo de melhor para a nossa casa e a nossa família. À minha avó Terezinha de Jesus Andrade Guimarães que foi minha segunda mãe e também me deu muitos ensinamentos para eu me tornar a pessoa que sou hoje, amo demais.

Tenho um agradecimento muito especial a minha tia Maria de Jesus Andrade Simon e ao meu tio Sérgio do Rosário Simon por terem me acolhido como um filho em sua casa, por todo o apoio que me foi dado, pelas vezes que não tinha o dinheiro da passagem de ônibus e meus tios proviam, por saírem do descanso do seu lar para ir me buscar na Universidade, nas paradas de ônibus e nas estações de metrô, e pelas infinitas coisas que se eu fosse descrever iriam mais de 20 páginas. Quero que

saibam que esse diploma eu consegui graças a vocês dois e que serei eternamente grato por tudo que fizeram em minha vida.

Às minhas irmãs Samira Guimarães Mesquita, Patricia Guimarães Mesquita e Michelly Neto da Costa Guedes por sempre manter o coração aberto, permitindo que minhas necessidades diárias de conforto e atenção fossem sempre atendidas. A meu irmãozinho/primo Rafael Andrade Simon que também foi e é muito importante em minha vida. Amo todos vocês!

Ao Diogo Aparecido Ferreira que entrou em minha vida como um furacão, que me ensinou a amar e saber como é ser amado e que é uma pessoa muito querida em minha vida, sempre ficará guardado em meu coração com muito amor e carinho, faleceu dias antes da apresentação deste trabalho, mudando sua posição de companheiro para anjo da guarda! Te amo meu eterno amor!

Às minhas chefes Aline Fernandes das Chagas e Cândida Aparecida Alves Santana por sempre me incentivarem aos estudos e pela flexibilização que por diversas vezes me deram para que eu pudesse cumprir com a minha agenda acadêmica.

Às minhas amigas Cláudia Nascimento, Nayara de Queiroz, Paula de Jesus, Nayane de Queiroz, Eliana Ferreira, Ruth Lene, Ana Maria Alkmim, Tatiana Rubino pelo apoio que sempre me deram, os incentivos aos estudos, as broncas, os conselhos, o colo quando eu precisei e dizer que existem amigos que ocupam papéis que nem familiares ocupam! E que todas vocês são muito especiais em minha vida e moram em meu coração.

## Resumo

**Introdução e objetivos:** O aumento gradual das taxas de cesarianas é uma realidade mundial e tem se tornado um grande problema de saúde pública. Fazendo com que a Organização Mundial de Saúde (OMS) intervisse com a proposta de utilização de um sistema de classificação que identifique os grupos de gestantes e as indicações para a utilização do método de parto cesariana. A Classificação de Robson permite a análise das taxas de cesarianas por grupo de gestante e traz a taxa considerada ideal para cada grupo. Para tanto, as gestantes são divididas em dez grupos que levam em consideração características específicas. O Objetivo do estudo foi analisar a implantação da Classificação de Robson na ala de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), a apresentação do projeto piloto da implantação da Classificação de Robson, a construção da série histórica dos meses de julho, agosto e setembro de 2018 no HUB e apresentar as possibilidades de informações a serem extraídas a partir dos dados coletados e confrontar com o preconizado pela OMS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no Hospital Universitário de Brasília, localizado no Distrito Federal, na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia. **Resultados e Discussão:** As possibilidades de informações obtidas a partir do instrumento, ofereceram para os três meses em que a escala foi testada, os seguintes dados: a quantidade total de partos por mês foi de 93 para o mês de julho, 104 para o mês de agosto e 99 para o mês de setembro, totalizando 296 partos no 3º trimestre de 2018. O número de cesarianas foi de 41 para o mês de julho, 45 para o mês de agosto e 45 para o mês de setembro. A taxa de cesariana foi de 44% para o mês de julho, 43% para o mês de agosto e 45% para o mês de setembro, a taxa total do trimestre foi de 44%, acima do preconizado pela OMS que é de 35% para as unidades de referência de Gestação de Alto Risco. O grupo com maior número de partos é o Grupo 1, seguido pelo Grupo 2 e Grupo 3, totalizando 72% dos partos de todos os 10 Grupos. O Grupo com a maior taxa de cesariana é o Grupo 1, com 28% para o mês de julho, 22% para o mês de agosto e 33% para o mês de setembro. **Considerações Finais:** Os resultados encontrados, das taxas mensais de cesáreas foram acima do que a OMS e a Conitec recomendam como parâmetro. O perfil das gestantes atendidas no HUB está localizado no Grupo 1, este é considerado de risco habitual, podendo ser conduzido para parto vaginal. O Grupo 1 também se destacou por ser o único grupo acima do recomendado pela OMS e Conitec por grupo. Fica assim como sugestão a implementação da Classificação de Robson na rotina da Unidade, além da elaboração de um plano de intervenção para a redução de cesáreas consideradas desnecessárias com foco no Grupo 1.

**Palavras-chave:** Cesárea. Taxas. Taxas de cesariana. Classificação de Robson. Redução de cesariana.

## Abstract

**Introduction and objectives:** The gradual increase in cesarean rates is a global reality and has become a major public health problem. By having the World Health Organization (WHO) intervene with the proposal to use a classification system that identifies groups of pregnant women and indications for the use of the cesarean delivery method. Robson's classification allows the analysis of cesarean rates by pregnant group and brings the rate considered ideal for each group. For this, the pregnant women are divided into ten groups that take into account specific characteristics. The objective of the study was to analyze the implementation of the Robson Classification in the Gynecology and Obstetrics ward of the University Hospital of Brasília (HUB), the presentation of the pilot project of the implantation of the Robson Classification, the construction of the historical series of the months of July, August and September 2018 in the HUB and present the possibilities of information to be extracted from the collected data and to compare with the one recommended by the WHO. **Methodology:** This is an evaluative, descriptive study of a quantitative approach, carried out at the University Hospital of Brasília, located in the Federal District, in the gynecology and obstetrics unit. **Results and Discussion:** The possibilities of information that can be obtained by the Robson Classification, brought from the three months when it was tested, the following results: the total number of births per month was 93 for the month of July, 104 for the month of August and 99 for the month of September, totaling 296 deliveries in the third quarter of 2018. The number of cesarean sections was 41 for the month of July, 45 for the month of August and 45 for the month of September. The cesarean rate was 44% for the month of July, 43% for the month of August and 45% for the month of September, the total rate for the quarter was 44%, higher than that recommended by the WHO, which is 35% for High Risk Pregnancy reference units. The group with the highest number of deliveries is Group 1, followed by Group 2 and Group 3, totaling 72% of the deliveries of all 10 Groups. The Group with the highest cesarean rate is Group 1, with 28% for the month of July, 22% for the month of August and 33% for the month of September. **Final Considerations:** The results of the monthly cesarean rates were above what the WHO and Conitec recommend as a parameter. The profile of the pregnant women seen in the HUB is located in Group 1, which is considered of habitual risk and can be conducted for vaginal delivery. Group 1 also stood out as the only group above that recommended by WHO and Conitec per group. It is suggested that this Unit should implement the Robson Classification in the Unit routine, in addition to an intervention plan for the reduction of cesareans considered unnecessary with a focus on Group 1.

**Keywords:** Cesarean section. Rates. Cesarean delivery rates. Robson's classification. Caesarean section reduction.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> - Classificação de Robson.....	13
<b>Quadro 2</b> - Taxa de cesáreas por grupo de Robson e quantidade total de partos no mês de maio de 2018 Hospital Universitário de Brasília.....	26
<b>Figura 1</b> - Distribuição dos hospitais do projeto Apice On por região brasileira.....	16
<b>Figura 2</b> - Distribuição dos hospitais do projeto Apice On no distrito federal.....	17
<b>Figura 3</b> - Bloco V da Declaração de Nascido Vivo.....	24
<b>Figura 4</b> - Instrumento de Classificação de Robson.....	25
<b>Gráfico 1</b> - Quantidade total de partos normal e cesarianas no mês de maio de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.....	26
<b>Gráfico 2</b> - Quantidade total de partos por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.....	27
<b>Gráfico 3</b> - Número de partos cesáreos por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.....	28
<b>Gráfico 4</b> - Taxa total de cesarianas por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.....	28

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Total de partos por grupo de Robson do terceiro trimestre de 2018 do Hospital Universitário de Brasília no ano de 2018.....29
- Tabela 2** - Taxa de cesáreas por grupo de Robson e taxa total do terceiro trimestre de 2018 do Hospital Universitário de Brasília no ano de 2018.....30
- Tabela 3.** Taxa de atendimentos na obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília por Grupo de Robson mensal e total do 3º Trimestre no ano de 2018.....33

## LISTA DE SIGLAS

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**EBC** – Empresa Brasileira de Comunicação

**CONITEC** – Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde

**EBSERH** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

**FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz

**UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais

**APICE ON** – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

**GEL** – Grupo Estratégico Local

**AMIU** – Aspiração Manual Intra-uterina

**HRAN** – Hospital Regional da Asa Norte

**HUB** – Hospital Universitário de Brasília

**HMIB** – Hospital Materno Infantil de Brasília

**HRPA** – Hospital Regional do Paranoá

**IPASE** – Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços de Estado

**HDFPM** – Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

**HDA** – Hospital Docente Assistencial

**INAMP´S** – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

**DNV** – Declaração de Nascido Vivo

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	19
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	20
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	20
4.3 COLETA DE DADOS, MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	22
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	22
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
5.1 PROJETO PILOTO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – MÊS DE MAIO DE 2018.....	23
5.2. ANÁLISE DOS DADOS DOS MESES DE JULHO, AGOSTO E SETEMBRO DE 2018 NO HUB.....	27
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A gestação sempre representou algo mágico e muito importante na vida das mulheres, um momento muito esperado e que traz sensações únicas, marcando assim um novo ciclo, a função mãe.

O período da gestação acaba trazendo alguns medos, dúvidas e muita insegurança para as gestantes, principalmente para as que serão mães pela primeira vez, a discussão acerca da via de como será realizado o parto por muitas vezes não é inquirido à gestante, o que faz com que a gestante só fique sabendo como realmente será a técnica de parto momentos antes do parir.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado a diminuição das taxas de parto cesariana em todo o mundo, no Brasil, segundo o Ministério da Saúde as taxas de cesarianas em geral ainda estão altas. Dos 3 milhões de partos realizados no ano de 2015, 55,5% foram cesáreas e 44,5% foram partos normais (vaginal), porém, nos partos realizados exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2016, observa-se um leve declínio se comparado ao percentual analisado em 2015, partos cesáreas com 40,0% e normais com 59,8%. (Empresa Brasileira de Comunicação, 2017)

Em 2015, a OMS publicou uma declaração sobre as taxas de cesáreas, após 2 pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde, sendo uma revisão sistemática de estudos com o objetivo de determinar a taxa considerada normal para cesáreas de um país ou população e a segunda pesquisa sobre os dados de cesáreas de cada país. (OMS, 2015)

Baseados nos estudos e utilizando de métodos aceitos internacionalmente a OMS concluiu que a cesárea é verdadeiramente efetiva para o salvamento de vidas das gestantes e dos bebês, mas deve ser realizada apenas com indicação; as taxas maiores que 10% não estão correlacionadas com a redução de mortalidade materna e neonatal; em locais sem infraestrutura adequada, a cesariana pode causar danos significativos e às vezes permanentes, como sequelas ou até mesmo morte; elas devem ser genuinamente indicadas do ponto de vista médico e não buscar atingir uma taxa específica; e a OMS não chegou a uma conclusão precisa dos efeitos negativos das taxas de cesárea, além da mortalidade. (OMS, 2015)

Para que as taxas de cesarianas sejam acompanhadas e comparadas a OMS realizou estudos sobre esse assunto e chegou-se a Classificação de Robson, sendo

esta já utilizada em muitos países. Desde abril de 2015, a OMS propõe a Classificação de Robson como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesariana ao longo do tempo em um mesmo local, hospital ou entre diferentes. (OMS, 2015)

O monitoramento das taxas deve levar em consideração as características das mulheres que são atendidas nos locais analisados. O sistema de Robson classifica todas as gestantes do serviço em acompanhamento em 10 grupos, que são considerados a partir de 5 características específicas, sendo: Paridade (nulípara ou múltipara com e sem cesárea anterior), início de parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto), idade gestacional (termo ou pré-termo), apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e o número de fetos (único ou múltiplo). Segue abaixo no Quadro 1 os 10 grupos e as características que compõe cada um dos grupos. (OMS, 2015)

**Quadro 1. Classificação de Robson**

Grupo	Características				
	Paridade	Início de Parto	Idade Gestacional	Apresentação/Situação fetal	Número de Fetos
1	Nulípara	Espontâneo	Termo ( $\geq 37$ semanas)	Cefálica	1
2	Nulípara	Induzido ou Cesariana Programada	Termo ( $\geq 37$ semanas)	Cefálica	1
3	Múltipara (sem cesariana anterior)	Espontâneo	Termo ( $\geq 37$ semanas)	Cefálica	1
4	Múltipara (sem cesariana anterior)	Induzido ou Cesariana Programada	Termo ( $\geq 37$ semanas)	Cefálica	1
5	Múltipara (com cesariana anterior)	Independente	Termo ( $\geq 37$ semanas)	Cefálica	1
6	Nulípara	Independente	Independente	Pélvica	1
7	Múltipara (com e sem cesariana)	Independente	Independente	Pélvica	1
8	Independente	Independente	Independente	Independente	2 ou +
9	Independente	Independente	Independente	Transversa ou Oblíqua	Independente
10	Múltipara (com cesariana anterior)	Independente	A Termo ( $< 37$ semanas)	Cefálica	Independente

**Elaborado pelo autor.**

A OMS em conjunto com alguns especialistas em Genebra lança um painel com várias recomendações aos hospitais, indicando que os hospitais devem adotar a Classificação para todas as gestantes internadas no pré-parto, sugerindo que os gestores em caso de interesse ou necessidade deve utilizar variáveis adicionais a

Classificação de Robson (por exemplo, características epidemiológicas, desfechos ou indicações) e transparência pública dos dados e relatórios com os resultados da classificação. (OMS, 2015)

Em março de 2016 a Comissão Nacional de Incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS) - Ministério da Saúde, CONITEC, lança um protocolo de Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (Brasil, 2016). A CONITEC é a comissão que tem como diretrizes a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, e como uma ferramenta de redução das taxas de operação cesariana em serviços de saúde a CONITEC recomenda o uso da Classificação de Robson.

Com a intenção de trabalhar com o aprimoramento e a inovação nas práticas e no ensino em ginecologia e obstetrícia o Ministério da Saúde em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ABRAHUE, o Ministério da Educação, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) lançam o projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.

Este projeto atua nos hospitais de ensino, universitários e os que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. O projeto atua atualmente em 96 hospitais distribuídos nas 27 unidades federadas. Os hospitais de ensino são os considerados mais apropriados para a implantação do projeto Apice On, pois podem ser propagadores de mudanças e formadores de opinião, podendo disseminar para os demais serviços de saúde.

O projeto tem 03 eixos, sendo eles o de formação, atenção e gestão. Os eixos em conjunto têm como objetivo a mudança dos modelos de atenção, com a implantação de melhores práticas de cuidado com base em evidências científicas, garantindo assim o direito da mulher/mãe e de toda a família. Com esse projeto os resultados esperados são a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento, ao planejamento reprodutivo e às mulheres em situação de abortamento e violência sexual.

Para a execução desse projeto nos hospitais universitários conta-se com o supervisor (referência técnico-política), o mediador (referência técnico-política entre o Grupo Estratégico Local e o Supervisor) e o Grupo Estratégico Local (GEL).



De acordo com o Revista de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On) (BRASIL, 2017), explica que o GEL é o grupo que tem um contato direto com os profissionais e é constituído por: 2 representantes da coordenação de obstetrícia (médico e enfermeiro), 2 representantes da coordenação de neonatologia (médico e enfermeiro), 1 representante da coordenação de ensino e pesquisa, 1 supervisor do programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, 1 representante indicado pela gestão do hospital e 1 representante da gestão local do SUS.

Ainda de acordo com a referida revista (Revista de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (BRASIL, 2017)), os resultados esperados foram divididos por eixos, a saber, eixo de atenção, eixo de ensino/formação e eixo da gestão. No eixo da atenção espera-se que haja o acompanhamento e redução das taxas de cesariana segundo a Classificação de Robson – especialmente dos Grupos de 1 a 4; partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetritztes; acolhimento com classificação de risco em obstetrícia implementados; acompanhante de livre escolha no trabalho de parto, parto e alojamento conjunto; parturientes com dieta livre, com acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, com incentivo à deambulação e a partos em posição não litotômica; abolição de prática rotineira como venóclise no trabalho de parto, amniotomia, ocitocina no primeiro e segundo estágios do parto, episiotomia, aspiração de vias aéreas do recém-nascido; clampeamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora garantidos; recém-nascidos com realização de teste olhinho – orelhinha – coraçãozinho; utilização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) pós abortamento; oferta de inserção imediata de DIU com Cobre no pós parto e pós aborto; serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

No eixo do ensino/formação espera-se que seja implantado o Programa de integração ensino e serviço formalizado por meio de contrato entre as IES, o gestor do sistema de saúde e a direção do hospital; o Princípio da privacidade e confiabilidade dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, da autonomia e protagonismo das mulheres, presentes nos documentos orientadores dos programas de ensino do hospital; as Estratégias educacionais elaboradas e publicizadas que permitam o aprendizado colaborativo entre grupos de estudantes de diferentes profissões de saúde; as Boas práticas de atenção ao parto/nascimento e ao

abortamento presente no conteúdo dos programas de ensino do hospital; a articulação entre atenção e ensino e trabalho integrado entre equipes multiprofissionais e as pesquisas sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês.

No eixo da gestão espera-se que as estratégias de gestão compartilhada e de espaços de escuta das usuárias, familiares e acompanhantes.

Conforme a Figura 1 abaixo, dos 96 hospitais que participam desse projeto, 14 estão localizados na região norte, 17 na região nordeste, 19 na região sul, 35 na região sudeste e 11 na região centro-oeste.

**Figura 1. Distribuição dos hospitais do projeto Apice On por região brasileira.**



Elaborado pelo autor.

**Figura 2. Distribuição dos hospitais do projeto Apice On no Distrito Federal.**



(Fonte: <https://mapasblog.blogspot.com/2012/01/mapas-do-distrito-federal.html>)

Dos 11 hospitais da região centro-oeste participantes do projeto, 04 estão localizados em Brasília - Distrito Federal: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital Universitário de Brasília (HUB), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) e o Hospital da Região Leste - Paranoá (HRL).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Este estudo foi proposto pela Gestão da ala de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), o qual me serviu de campo de estágio da Disciplina Obrigatória de Estágio 02 do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

O HUB faz parte do projeto Apice On do Ministério da Saúde desde 2016, junto com mais 95 hospitais ensino em todo o Brasil. O projeto em questão sugere a implantação da Classificação de Robson nos hospitais e por isso este trabalho foi demandado. O estudo em questão poderá oferecer um embasamento para os demais hospitais que visam a implantação da Classificação de Robson e aos hospitais que participam do projeto Apice On.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a implantação da Classificação de Robson na ala de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília (HUB)

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar o Piloto da implantação da Classificação de Robson;
- Analisar os dados dos meses de julho, agosto e setembro de 2018 no HUB;
- Apresentar as possibilidades de informações a serem extraídas a partir dos dados coletados.

## 4. METODOLOGIA

**4.1 Tipo de Estudo:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa.

**4.2 Local de estudo:** Foi realizado no Hospital Universitário de Brasília, localizado no Distrito Federal, na unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital.

### Contexto Histórico

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) foi inaugurado durante o regime militar em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE, recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM. Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o INAMPS. (EBSERH, 2018)

Em 1987 foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial – HDA e sendo **reconhecido como o 38º Hospital Universitário brasileiro**. (EBSERH, 2018)

Após um processo conturbado, com manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam a cessão definitiva do hospital para que pudesse ser administrado plenamente pela universidade, em **3 de abril de 1990 o hospital foi cedido pelo INAMPS à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília – HUB**. (EBSERH, 2018)

Atualmente o HUB visa cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde, além de ser um hospital de excelência, acreditado para cuidados de média e alta complexidade, ensino e pesquisa em um contexto humanizado e interdisciplinar. Ética, Transparência, Compromisso Social, Solidariedade, Responsabilidade Ambiental e Compromisso com a excelência são valores nos quais se vem apoiando. (EBSERH, 2018)

O HUB oferece atendimento gratuito e universal a pacientes dentro do Sistema Único de Saúde. Em tal sentido, a instituição iniciou as atividades que tem por objetivo a implantação plena das diretrizes da Política Nacional de Humanização e oferece

neste espaço informações úteis para facilitar a compreensão das atividades e dos serviços oferecidos à população. Assume-se aqui publicamente o compromisso de incluir de maneira progressiva e consistente a participação organizada e eficiente dos familiares dos pacientes e das redes de apoio social para fortalecer o cuidado integral e a continuidade do cuidado dentro da rede pública de atenção à saúde no Distrito Federal. (EBSERH, 2018)

O HUB oferece serviços nas seguintes especialidades: Anestesiologia, Cancerologia, Cardiologia, Cirurgia Crânio-maxilo-facial, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Clínica Médica, Coloproctologia, Dermatologia, Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica, Gastrenterologia, Infectologia, Mastologia, Medicina do Adolescente, Nefrologia, **Ginecologia e Obstetrícia**, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia, Reumatologia, Reumatologia Pediátrica e Urologia.

Neste estudo será abordada a unidade de **Ginecologia e Obstetrícia**. O HUB é um hospital de referência para a Região Leste de Saúde do Distrito Federal englobando as regiões administrativa de Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico, o contrato entre a Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal foi firmado com o HUB em janeiro de 2017 e prevê um atendimento prioritário à população da Região Leste de Saúde. A unidade de Ginecologia e Obstetrícia também é referência para gestação de alto risco.

Gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Assim o hospital possui o comprometimento de atender as demandas estabelecidas pelo Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) as condições do risco gestacional são identificadas durante a assistência pré-natal da gestante, os atributos para a identificação da gestação de alto risco são: os fatores individuais e as condições sociodemográficas desfavoráveis (idade da gestante, altura, peso, anormalidades nos órgãos reprodutivos, situação conjugal insegura, escolaridade, condições ambientais, consumo de drogas lícitas ou não, hábitos de vida e os risco ocupacionais; a história reprodutiva anterior (abortamento, morte perinatal, má-formação fetal, parto pré-termo, infertilidade, intervalo interpartal, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, diabetes gestacional, cirurgia uterina anterior); condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial,

cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias, neoplasias) e exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos (doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas).

**4.3 Coleta de dados, métodos e instrumentos:** A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e outubro de 2018. O instrumento utilizado para a Classificação de Robson foi elaborado na disciplina de Estágio Obrigatório 02 do curso de graduação em Saúde Coletiva pelos estagiários, dentre eles o autor do presente estudo. Os dados necessários para o preenchimento do instrumento foram extraídos da Declaração de Nascido Vivo (DNV).

**4.4 Aspectos éticos:** Esta pesquisa atende ao preconizado pela CNS 466/2012 que regulamenta/dispõe sobre a pesquisa em seres humanos. Portanto, considerando que foram utilizados dados secundários, não se fez necessária a submissão aos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB e do HUB.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Projeto Piloto sobre a implantação da Classificação de Robson na Maternidade do Hospital Universitário de Brasília – mês de maio de 2018.

Em abril de 2015 a OMS lançou uma nova declaração sobre as taxas de cesáreas, concluindo que as cesáreas são efetivas para salvar a vida de mães e crianças, quando bem indicadas e feitas em ambiente seguro, mas advertiu sobre os riscos.

A OMS propôs a utilização do sistema de Classificação de Robson como um instrumento padrão a ser utilizado globalmente para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas.

Pelo fato do hospital estar inserido no projeto Apice On do Ministério da Saúde, houve o tensionamento para que a instituição hospitalar implementasse na sua rotina de trabalho a Classificação de Robson como um método para indicação de cesárea. Com isso, surgiu o projeto piloto que foi desenvolvido pelos alunos da disciplina de estágio obrigatório II, dentre eles o autor desse estudo, do curso de graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Foi proposto pela administração do serviço do HUB, a realização da avaliação de indicadores de forma a implantar a Classificação de Robson na Maternidade do hospital.

Para a implantação e para atender a demanda que o serviço nos propôs, foram desenvolvidas as seguintes etapas:

- Revisão da literatura disponível para obter o conhecimento teórico acerca da Classificação de Robson;
- Compreensão acerca da Classificação para a redução de cesáreas como boa prática de parto e nascimento;
- Aplicação da Classificação segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Desenvolvimento de uma ferramenta para que o serviço realize a Classificação a partir de dados que constam na Declaração de Nascido Vivo (DNV).

### Declaração de Nascido Vivo - DNV

Para a realização da Classificação de Robson são necessárias as informações do campo V da DNV, conforme figura 3 abaixo:

**Figura 3. Bloco V da Declaração de Nascido Vivo.**

Gestações anteriores		Gestação atual		Parto			
Histórico gestacional		Idade Gestacional		Apresentação			
■ Nº gestações anteriores	■ Nº de partos vaginais	■ Nº de cesáreas	■ Nº de nascidos vivos.	■ Nº de perdas fetais / abortos			
Menstruação (DUM)		Número de consultas de pré-natal		O trabalho de parto foi induzido?			
Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada		Mês de gestação em que iniciou o pré-natal		Tipo de parto			
Método utilizado para estimar		Tipo de gravidez		Cesária ocorreu antes do trabalho de parto iniciar?			
1 <input type="checkbox"/> Exame físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 3 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Duplo 3 <input type="checkbox"/> Triplínio 4 <input type="checkbox"/> Ignorado		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 4 <input type="checkbox"/> Ignorado			
				Nascimento assistido por			
				1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Químico 3 <input type="checkbox"/> Parto 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Ignorado			

O instrumento foi desenvolvido na forma de uma planilha no programa de computador Excel, utilizando fórmulas específicas para que seja automaticamente calculado o grupo em que a gestante se enquadra de acordo com as características extraídas da Declaração de Nascido Vivo no bloco V de informações. Na planilha temos nove grupos com algumas opções. Os nove grupos são: nome da mãe, data do parto, tipo do parto, antecedentes obstétricos, número de fetos, apresentação fetal, idade gestacional, trabalho de parto e grupo. Deve ser preenchido por extenso o nome da mãe e a data do parto e os demais campos devem ser preenchidos com um X, aceitando apenas um único X em cada grande grupo, garantindo assim a veracidade do resultado.

A partir do desenvolvimento do instrumento, sua aplicação deve ocorrer de forma contínua para que seja construída uma base histórica, pois a partir desses dados poderão ser desenvolvidas estratégias de intervenção para a redução das taxas de cesarianas em alguns grupos. Após a elaboração do instrumento pôde-se analisar que são inúmeras as possibilidades que a Classificação de Robson propicia, dentre elas: verificar acurácia do preenchimento DNV; avaliar tamanho de cada grupo de Robson; avaliar taxas de cesáreas por grupo de Robson; descobrir quais grupos de Robson mais contribuíram para a taxa geral de cesáreas; permite identificar a distribuição das mulheres atendidas no serviço; grupos que mais contribuem para taxa geral de cesáreas; permite analisar e comparar diferenças no mesmo hospital ao longo do tempo, entre hospitais, cidades, estados, países; permite criar estratégias para reduzir cesáreas nos grupos específicos que mais contribuem para taxa geral. É

importante ressaltar que o instrumento proposto é uma ferramenta objetiva e fácil de usar.

**Figura 4. Instrumento de Classificação de Robson.**

Nome do Mãe	Data do Parto	Tipo de parto			Anomalias Obstétricas			Número de Fetus		Apresentação Fetal				Idade Gestacional		Trabalho de Parto			Cesárea	Risco	
		Normal	Cesárea	Aborto	Múltiplas	Multiparagem CS Anterior	Multiparagem CS Anterior	1	2 ou mais	Cefálica	Pélvica	Transv.	Transv.	Termo > 37sem.	Pré-Termo < 37sem.	Supintanto	Indolito	CS Anterior de TP			
MARA BARBOSA DE ALBUQUERQUE MARTINS	01/05/2018	X				X		X	X				X			X				1	1
LUIZA ALMEIDA DIAS LUCIA	01/05/2018	X				X		X	X				X			X				4	4
DATILE SANTOS SILVA	01/05/2018	X				X		X	X				X			X				4	4
ROSANGELA COELHO	01/05/2018	X			X			X	X				SP	SP	X					4	4
DANIELE DE SOUSA BARROS	03/05/2018	X				X		X	X				X			X				4	4
MARALINDA NEVES LIMA	03/05/2018		X			X		X	X				X			X				4	4
JANIELA FERREIRA DO NASCIMENTO	03/05/2018		X					X	X		X		X			X				7	7
LILIANA JESUELLIN FERREIRA DAS OLIVEIRA	03/05/2018		X		X			X	X				X			X				2	2
DELIANE MENDES DE SOUSA	03/05/2018		X		X			X	X		X		X			X				6	6
IVANNE MORAES MOREIRA	03/05/2018	X			X			X	X				X			X				1	1
MARALICIANA ALVES DA SILVA	03/05/2018		X			X		X	X				X			X				1	1
LIVIA CRISTELY FERREIRA COSTA	03/05/2018		X		X			X	X				X			X				2	2
EDIC NEZORQUES MORAES	04/05/2018		X					X	X				X			X				1	1
ELISANGELA DE ALMEIDA ABEVANDRE	04/05/2018	X				X		X	X				X			X				1	1
JASIA LINA DE SOUSA CARVALHO	04/05/2018	X				X		X	X				X			X				1	1
MARA APARECIDA DA SILVA	04/05/2018		X					X	X				X			X				5	5

Elaborado pelo autor

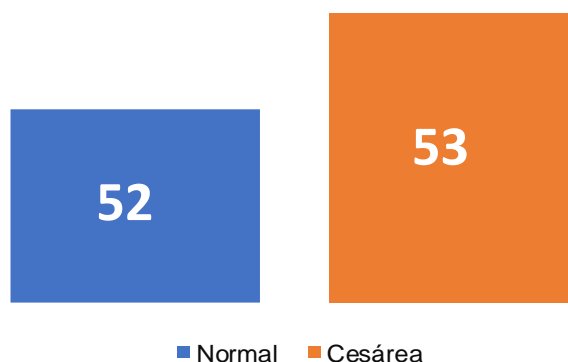
O instrumento foi inicialmente testado com os dados provenientes do mês de maio de 2018, e a partir desses dados foi obtida uma pequena amostragem. A partir disso, foram realizados os testes para verificação do potencial e das possibilidades de uso a partir dos dados disponíveis da Classificação de Robson.

Foi possível estabelecer a relação dos partos normais e das cesarianas; a quantidade de partos cesarianas e normais por grupo de Robson; também foi estabelecida uma comparação entre o preconizado pela OMS, como a taxa de cesariana ideal para cada grupo e a taxa que obtivemos nessa amostragem do mês de maio de 2018.

## Dados do Projeto Piloto – mês de maio de 2018

**Gráfico 1. Quantidade total de partos normal e cesarianas no mês de maio de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.**

Relação de Partos Normal x Cesárea (HUB Maio 2018)



Elaborado pelo autor.

**Quadro 2. Taxa de partos por grupo de Robson e quantidade total de partos no mês de maio de 2018 Hospital Universitário de Brasília.**

Grupos de Robson	%
Grupo 1	48%
Grupo 2	19%
Grupo 4	14%
Grupo 5	8%
Grupo 10	4%
SP	3%
Grupo 6	2%
Grupo 3	1%
Grupo 7	1%
Grupo 8	1%
<b>Total de Partos</b>	<b>105</b>

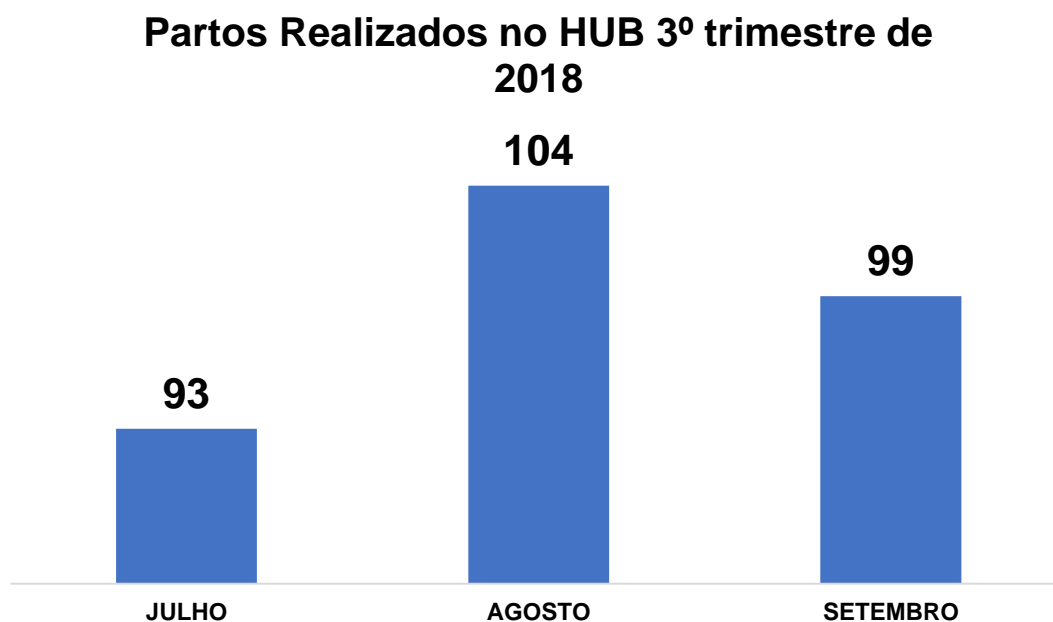


Elaborado pelo autor.

## 5.2. Análise dos dados dos meses de julho, agosto e setembro de 2018 no HUB

A partir dos dados que são coletados através da ferramenta podem ser extraídas as mais diversas informações de acordo com a necessidade do serviço de saúde, neste caso específico do HUB. Podemos combinar as mais variadas informações e conseguir dados extremamente relevantes e que podem ajudar na tomada de decisões e na melhor aplicação de medidas de intervenção se esse for o caso. Segue abaixo alguns dados que foram extraídos e transformados em Tabelas e Gráficos sobre o 3º trimestre do ano de 2018 que compreende nos meses de julho, agosto e setembro de 2018.

**Gráfico 2. Quantidade total de partos por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.**

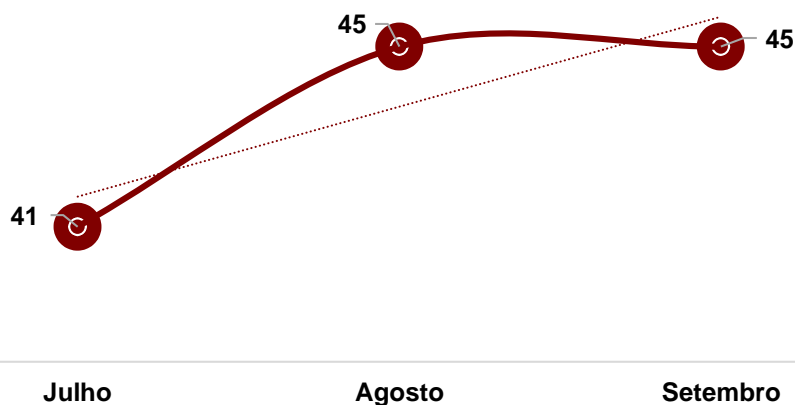


Elaborado pelo autor

Ao analisar os dados acima, verifica-se que o mês com a menor quantidade de partos foi julho, com 93 partos, seguido de setembro, com 99 e agosto com 104 partos. A quantidade total de partos neste período foi de 296.

**Gráfico 3. Número de partos cesáreos por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.**

### Número de Partos Cesáreos 3º trimestre de 2018 - HUB

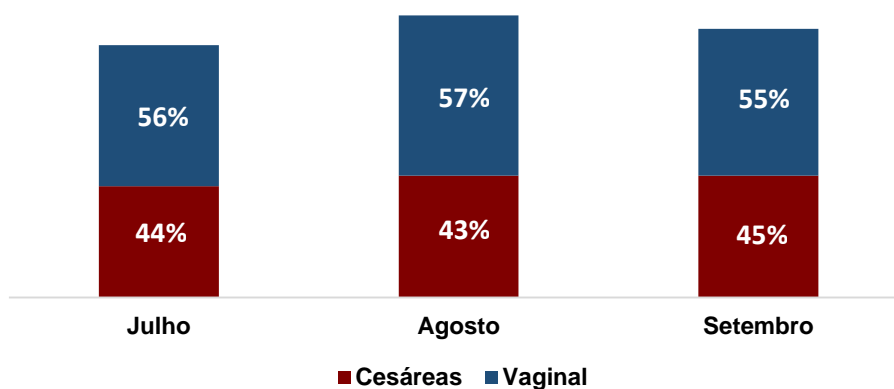


Elaborado pelo autor

No gráfico acima, verifica-se que houve no período analisado um maior número de partos cesáreos nos meses de agosto e setembro com um total de 45 para cada mês e em seguida o mês de julho com o total de 41 partos cesáreos.

**Gráfico 4. Taxa total de cesarianas por mês do 3º trimestre de 2018 no Hospital Universitário de Brasília.**

### Taxa de Cesáreas 3º trimestre de 2018 - HUB (44%)



Elaborado pelo autor

No Gráfico 4 temos a totalidade das taxas de cesariana por mês do trimestre em estudo. Observa-se que a maior taxa se encontra no mês de setembro com 45% de partos cesarianas, em seguida o mês de julho com 44% e no mês de agosto 43%. A taxa total de cesarianos do trimestre foi de 44%.

Segundo o projeto Apice On, a cesariana é uma cirurgia efetiva para salvar a vida de mulheres e bebês, quando realizada sob indicação precisa. E ainda segundo a OMS, taxas populacionais de cesarianas superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Desta forma, para populações com baixas taxas de nascimentos por cesariana, a meta de 10 – 15% de cesariana permanece válida. Entretanto considerando as características da população obstétrica brasileira, caracterizada atualmente por um elevado contingente de mulheres com cesarianas prévias, estima-se que a taxa de referência para a população brasileira esteja ao redor de 29%, ressaltando que nas maternidades de referência em Gestação de Alto Risco a taxa de referência é de até 35%.

Observa-se no gráfico 4 que tanto a taxa mensal quanto a trimestral do 3º trimestre de 2018 está acima do preconizado pelo projeto Apice On, que é de até 35%.

**Tabela 1. Total de partos por grupo de Robson do terceiro trimestre de 2018 do Hospital Universitário de Brasília no ano de 2018.**

Grupos de Robson	Total de Partos			Total
	Julho	Agosto	Setembro	
<b>Grupo 1</b>	40	49	48	<b>137</b>
<b>Grupo 2</b>	11	11	18	<b>40</b>
<b>Grupo 3</b>	0	0	1	<b>1</b>
<b>Grupo 4</b>	12	12	11	<b>35</b>
<b>Grupo 5</b>	11	12	6	<b>29</b>
<b>Grupo 6</b>	1	0	0	<b>1</b>
<b>Grupo 7</b>	0	4	2	<b>6</b>
<b>Grupo 8</b>	5	5	2	<b>12</b>
<b>Grupo 9</b>	0	0	1	<b>1</b>
<b>Grupo 10</b>	6	10	9	<b>25</b>
<b>Sem Classificação</b>	7	1	1	<b>9</b>
<b>Total de Partos</b>	<b>93</b>	<b>104</b>	<b>99</b>	<b>296</b>

Tabela elaborada pelo autor.

Na Tabela 1 acima, podemos analisar que o grupo de Robson com maior número de partos no 3º trimestre de 2018 foi o grupo 1, com 137 partos, grupo 2, com 40, grupo 4, com 35, grupo 5, com 29, grupo 10, com 25, grupo 8, com 12, os grupos 3, 6 e 9 com apenas 1 parto e sem classificação totalizaram 9.

O total que está sem classificação refere-se aos erros encontrados no preenchimento da DNV, impossibilitando que a classificação fosse efetuada adequadamente. Sugere-se uma qualificação no preenchimento da DNV, como treinamento dos profissionais que executam essa função.

Segundo dados do Projeto Apice On, os grupos 1 a 4 representam aproximadamente 70% do total de partos no Brasil, onde a proporção de mulheres com cesariana prévia é muito elevada. Observando os dados da Tabela 1 confirmamos os dados do Projeto Apice On: dos 296 partos realizados, 213 foram dos grupos de 1 a 4, o que representa 72% do total de partos.

**Tabela 2. Taxa de cesáreas por grupo de Robson e taxa total do terceiro trimestre de 2018 do Hospital Universitário de Brasília no ano de 2018.**

Grupos de Robson	Taxa de Cesáreas			Taxa Total 3º Trimestre de 2018
	Julho	Agosto	Setembro	
<b>Grupo 1</b>	28%	22%	33%	28%
<b>Grupo 2</b>	45%	36%	50%	44%
<b>Grupo 3</b>	0%	0%	100%	33%
<b>Grupo 4</b>	42%	42%	27%	37%
<b>Grupo 5</b>	91%	100%	83%	91%
<b>Grupo 6</b>	100%	0%	0%	33%
<b>Grupo 7</b>	0%	75%	100%	58%
<b>Grupo 8</b>	100%	80%	100%	4%
<b>Grupo 9</b>	0%	0%	100%	93%
<b>Grupo 10</b>	50%	60%	56%	55%
<b>Total de Partos</b>	<b>93</b>	<b>104</b>	<b>99</b>	<b>296</b>

Tabela elaborada pelo autor.

Analisando os dados da Tabela 2 acima, se observa que o grupo de Robson que apresenta a maior taxa de partos cesariana é o grupo 1. Podemos observar no Quadro 1 que o grupo 1 da Classificação de Robson são as gestantes com primeira



gestação, com feto único, feto na posição cefálica, gestação a termo (mais de 37 semanas de gestação), com início de trabalho de parto espontâneo.

Segundo o projeto Apice On, os grupos de 1 a 4 compreendem em aproximadamente 70% do total de partos no Brasil. As taxas esperadas para esses grupos é de <20% para o Grupo 1, < 80% para o Grupo 2, < 7% para o Grupo 3 e < 60% para o Grupo 4. Os 4 grupos em questão compreendem em 72% da taxa de cesáreas dos 10 grupos. Ao analisar as taxas que são esperadas e as taxas do 3º trimestre dispostas na tabela 2, conclui-se que apenas o Grupo 1 está acima do esperado.

O grupo 1 é um dos mais importantes na população obstétrica. É certamente um dos grupos mais estudados e controversos em termos de acompanhamento. Em geral, é o segundo maior grupo na maioria das populações obstétricas, depois do grupo 3 (Robson et al., 2013). A taxa de cesarianas desse grupo pode ser relativamente baixa, porém, devido ao grande número relativo de gestantes presentes nele, uma pequena diferença nas taxas de cesariana aqui pode significar um grande número de cesarianas realizadas (Robson et al., 2001).

O grupo 2 inclui mulheres com características semelhantes às do grupo 1, porém, cuja gestação foi interrompida, tanto por indução do trabalho de parto como por cesariana antes de indução. Como pode se tratar de um grupo heterogêneo, ele deve ser considerado um grupo inicial a partir do qual podem ser feitas outras análises pormenorizadas, e até mesmo ser subdividido, se necessário, em um subgrupo com paciente que tiveram uma indução do trabalho de parto e outro com pacientes que foram submetidas à cesariana sem indução (Robson et al, 2001; Farine et al., 2012). Na maioria das populações obstétricas, o grupo 2 tem se tornado cada vez mais importante nas taxas globais de cesariana (Robson et al., 2001).

Os grupos 3 e 4 são similares aos grupos 1 e 2, respectivamente, porém com mulheres múltiparas. O manejo do grupo 3 talvez seja o menos controverso dos 10 grupos, pois inclui mulheres que, em geral, evoluem bem para o parto vaginal, sendo um grupo com baixas taxas de cesariana. De fato, as taxas de cesariana neste grupo são tão consistentes que podem ser utilizadas como indicador da acurácia da coleta de dados (Robson et al., 2001).

O grupo 5 é um grupo também heterogêneo, incluindo mulheres com uma ou mais de uma cicatriz prévia de cesariana, algumas também com partos vaginais anteriores (Robson et al., 2001). Outro aspecto que torna esse grupo heterogêneo é

o fato de aqui estarem representadas mulheres que foram admitidas para parto em diferentes situações: gestantes que entraram espontaneamente em trabalho de parto, outras que foram submetidas à indução do trabalho de parto, e mulheres que foram submetidas à cesariana antes do trabalho de parto. Segundo Robson, é um grupo cuja análise poderia ser beneficiada com subdivisões em relação ao curso do parto, assim como já foi realizado em outros estudos (Farine et al., 2012). Atualmente, é um grupo bastante importante em termo de número absoluto, haja vista o grande aumento nas taxas mundiais de cesarianas (Reis et al., 2014), além de ser o grupo que mais contribui para as taxas globais desse procedimento.

Os grupos 6 e 7 incluem todas as gestações com apresentação pélvica, nulíparas e múltiparas com ou sem cesariana prévias, respectivamente, pois, nesses casos, é a apresentação que afetará as decisões obstétricas (Robson et al., 2001), ou, pelo menos, terá forte influência na condução obstétrica. Os grupos 6 e 7 foram mantidos separadamente na classificação original, porque há diferenças clínicas relevantes nos manejos das parturientes de ambos, baseadas na paridade.

O grupo 8, parturientes com gestações múltiplas, é outro grupo heterogêneo. Ele também pode se beneficiar de subdivisão conforme o curso do parto, assim como o grupo 5 (Robson et al., 2001; Farine et al., 2012).

O grupo 9, gestações com apresentação transversa ou oblíqua, é definido no momento da internação para o parto, e não em qual apresentação o feto nasceu. É um grupo importante, mas que não passou por uma auditoria cuidadosa prévia, por falta de conceitos obstétricos consistentes e aceitos (Robson et al., 2001).

O grupo 10, onde estão classificadas as parturientes com gestação pré-termo, contribui com um considerável número para as taxas globais de cesariana. Muitos centros obstétricos terciários atribuem suas altas taxas de cesariana ao fato de ser referência para esse tipo de gestação. As taxas de cesariana desse grupo podem ser utilizadas para confirmar essa informação (Robson et al., 2001). Assim como os grupos 5 e 8, este grupo também pode ser subdividido de acordo com o curso do parto (Robson et al., 2001; Farine et al., 2012).

**Tabela 3. Taxa de atendimentos na obstetrícia do Hospital Universitário de Brasília por grupo de Robson mensal e total do terceiro trimestre no ano de 2018.**

<b>Taxas de Atendimentos na Obstetrícia</b>				
<b>Grupos de Robson</b>	<b>Julho</b>	<b>Agosto</b>	<b>Setembro</b>	<b>Taxa Total 3<sup>o</sup> Trimestre de 2018</b>
<b>Grupo 1</b>	<b>43%</b>	<b>47%</b>	<b>49%</b>	<b>46%</b>
<b>Grupo 2</b>	12%	11%	18%	14%
<b>Grupo 3</b>	0%	0%	1%	0%
<b>Grupo 4</b>	13%	11%	11%	12%
<b>Grupo 5</b>	12%	11%	6%	10%
<b>Grupo 6</b>	1%	0%	0%	0%
<b>Grupo 7</b>	0%	4%	2%	2%
<b>Grupo 8</b>	5%	5%	2%	4%
<b>Grupo 9</b>	0%	0%	1%	0%
<b>Grupo 10</b>	6%	10%	9%	8%
<b>Sem Classificação</b>	8%	1%	1%	3%
<b>Total de Partos</b>	<b>93</b>	<b>104</b>	<b>99</b>	<b>296</b>

Tabela elaborada pelo autor.

A tabela acima serve de parâmetro para traçar o perfil da maior quantidade de atendimentos realizados no HUB. Observamos que mais de 70% dos partos estão localizados dos grupos de 1 a 4 da Classificação de Robson, dentre estes, o Grupo 1 é o maior, com a taxa total o trimestre de 46% de todos os partos realizados na maternidade do HUB. Podemos assim estabelecer que a maior taxa de atendimentos realizados no HUB é o Grupo 1.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As cirurgias cesarianas são compreendidas como procedimentos que podem proteger as mulheres e os recém-nascidos de eventos adversos. Apesar de ser verdadeira tal afirmação, em algumas circunstâncias merece certa reflexão. Para que seja de excelência, a cesariana só deve ser realizada de forma segura e somente em casos extremamente necessários.

Para isso, a utilização da Classificação de Robson no HUB se mostrou, além de efetiva e de fácil aplicação, muito útil para o enfrentamento na redução das taxas de cesarianas e o aprimoramento da assistência obstétrica e, também, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção para o setor.

Os resultados encontrados, das taxas mensais de cesárea foram acima do que a Organização Mundial de Saúde e a Conitec têm como parâmetro. O Projeto Apice On recomenda até 35% de taxa de cesariana para os Hospitais que são referência para Gestação de Alto Risco. No mês de julho a taxa de cesariana foi de 44%, no mês de agosto de 43% e no mês de setembro a taxa foi de 45% e a taxa do trimestre inteiro foi de 44%, estando assim acima dos 35% recomendado pelas instituições acima mencionadas.

Os resultados encontrados referentes ao número de partos por grupo, identifica que o maior quantitativo de partos está localizado no Grupo 1, com o quantitativo 137 partos de um total de 296 (dados de todos os meses analisados, ou seja, do 3º trimestre de 2018). O perfil das pacientes atendidas no HUB se concentra no Grupo 1 que geralmente são partos de risco habitual, podendo de acordo com as peculiaridades de cada gestante ser induzido para a via de parto vaginal. O Grupo 1 também é o único grupo que está com as taxas de cesáreas acima do parâmetro recomendado pela OMS. Fica assim a sugestão da implementação da Classificação de Robson na rotina da Ala da Ginecologia e Obstetrícia do HUB, de modo a subsidiar a elaboração de um plano de intervenção para a redução de cesáreas consideradas desnecessárias.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** . 179. ed. Brasília: Brasil, 2016. 115 p. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/lucas.arruda/Downloads/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/lucas.arruda/Downloads/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 set. 2018.

COSTA E SILVA, Susane Pinheiro; GOMES PRATES, Renata de Carvalho; ARMENTANO CAMPELO, Bruna Queiroz. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante** . 2013. 9 p. Estudo descritivo-exploratório (Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante - Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria, Revista de Enfermagem da UFSM, 2014. 1. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/lucas.arruda/Desktop/TCC/TCC%20UNB/Referências/8861-59234-1-PB.pdf>>. Acesso em: 24 set 2018.

BRASIL. **Gestação de Alto Risco : Manual Técnico**. 5. ed. Brasília: MS, 2012. 302 p. Disponível em: <[http://file:///C:/Users/lucas.arruda/Desktop/TCC/TCC%20UNB/Referências/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://file:///C:/Users/lucas.arruda/Desktop/TCC/TCC%20UNB/Referências/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2018.

RISCADO, L. et al. **A Decisão pela via de parto no Brasil: Temas e Tendências na produção da saúde coletiva**. 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>>. Acesso em: 28/06/2018.

MARTINS-COSTA S H (org.). **Projeto diretrizes**. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em:<<http://www.cfm.org.br/>>. Acesso em: 08/07/2018.

BRASIL. PORTARIA Nº306, DE 28 DE MARÇO DE 2016. **Ministério da Saúde aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**, Brasília, DF, mar 2016.

BRASIL. PORTARIA Nº 24, DE 10 DE JANEIRO DE 2018. **Atualiza habilitação do Hospital Universitário de Brasília-HUB como referência hospitalar na Atenção à Saúde em GAR – Tipo 2**. Disponível em: <

<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia15/portaria24.pdf>>.

Acesso em: 02/11/2018

CRIZÓSTOMO. CD. Et al. **A Vivência de Mulheres no Parto Domiciliar e Hospitalar**. 1 ed. Piauí: Escr Anna Nery. Revista de Enfermagem, pg 98-104, março de 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Human Reproduction Programme 2015. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf;jsessionid=012687AE79447533C86CA506754854DA?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=012687AE79447533C86CA506754854DA?sequence=3)> Acessado em: 28/06/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 08 de mai 2014; nº86, Seção1:50-51

Nakamura-Pereira M, et al. **Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth**. *Reprod Health*, 2016, 13 Suppl 3:128.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who statement on caesarean section rates. 2015. Disponível

em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf)>

Acesso em: 29/08/2018

FERRAZ, Leonardo Magalhães. **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. 89 p. Dissertação (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 (curso de medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-ACEMAH/texto\\_final\\_disserta\\_o\\_\\_vers\\_o\\_corrigida\\_para\\_impres\\_o\\_em.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-ACEMAH/texto_final_disserta_o__vers_o_corrigida_para_impres_o_em.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 16 nov. 2018.