

ARTIGO ORIGINAL

Análise do perfil clínico de obstétrico de nulíparas dos grupos 1 e 2 segundo a classificação de robson: justificativas para realização de cesáreas

Analysis of the clinical and obstetric profile of nulliparate women in groups 1 and 2 according to robson's classification: justifications for performing cesarean sections

Luíza Grisi Lianza Bessa¹, Milene de Oliveira Almeida², Ana Karoliny de Souza Gomes¹, Cristina Katya Torres Teixeira Mendes³, Thais Josy Castro de Assis¹

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Paraíba, PB, Brasil

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Pernambuco, PE, Brasil

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Rio Grande do Norte, RN, Brasil

Recebido em: 23 de julho de 2024; Aceito em: 31 de julho de 2024.

Correspondência: Thais Josy Castro de Assis, thaisjosy@yahoo.com.br

Como citar

Bessa LGL, Almeida MO, Gomes AKS, Mendes CKTT, Assis TJC. Análise do perfil clínico de obstétrico de nulíparas dos grupos 1 e 2 segundo a classificação de robson: justificativas para realização de cesáreas. Fisioter Bras. 2024;25(3):1520-1535 doi:[10.62827/fb.v25i3.1011](https://doi.org/10.62827/fb.v25i3.1011)

Resumo

Objetivo: Avaliou-se as justificativas para realização de cesáreas através da análise do perfil clínico e obstétrico de mulheres dos grupos 1 e 2 segundo a Classificação de Robson. **Métodos:** A pesquisa foi desenvolvida a partir de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado utilizando o banco de dados de mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley, no período de setembro de 2021 a junho de 2022. **Resultados:** A amostra foi composta por 45 puérperas acima de 18 anos que passaram pelo parto cesáreo ou vaginal. Foram excluídas as mulheres que realizaram o parto antes das 22 semanas de gestação e prontuários que não obtinham todas as informações necessárias para a pesquisa. Foi identificado um perfil composto majoritariamente por mulheres de até 35 anos, com sobrepeso, em união estável, com ensino médio completo e que exercem trabalho remunerado, para ambos os grupos. A taxa de cesáreas nos grupos 1 e 2 foi de 52,9% (9) e 71,4% (20), respectivamente, sendo possível observar grande quantidade de intercorrências gestacionais e prevalência de indicações

absolutas para realização do parto cirúrgico. O perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico deste estudo não apresentou, de forma geral, fatores de risco que pudessem influenciar na alta taxa de cesáreas encontrada em ambos os grupos analisados, exceto pela grande quantidade de intercorrências ocorridas durante o período gestacional. *Conclusão:* As intercorrências gestacionais parecem justificar as taxas de cesáreas identificadas, uma vez que houve prevalência de indicações absolutas em ambos os grupos.

Palavras-chave: Cesárea; Paridade; Perfil de saúde.

Abstract

Objective: The objective of this study was to evaluate the justifications for performing cesarean sections through the analysis of the clinical and obstetric profile of women in groups 1 and 2 according to the Robson Classification. *Methods:* The research was developed from a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out using the database of women admitted to the Maternity of the University Hospital Lauro Wanderley, from September 2021 to June 2022. *Results:* The sample consisted of 45 puerperal women over 18 years of age who underwent cesarean or vaginal delivery. Women who delivered before 22 weeks of gestation and medical records that did not contain all the information necessary for the research were excluded. A profile composed mostly of women up to 35 years of age, overweight, in a stable union, with complete secondary education and who perform paid work, was identified for both groups. The cesarean section rate in groups 1 and 2 was 52.9% and 71.4%, respectively, and it was possible to observe a large number of gestational complications and the prevalence of absolute indications for performing surgical delivery. The sociodemographic, clinical and obstetric profile of this study did not show, in general, risk factors that could influence the high rate of cesarean sections found in both analyzed groups, except for the large number of intercurrents that occurred during the gestational period. *Conclusion:* Gestational complications seem to justify the identified cesarean rates, since there was a prevalence of absolute indications in both groups.

Keywords: Cesarean Section; Parity; Health Profile.

Introdução

A cesárea é um procedimento cirúrgico importante para a segurança da vida materna e neonatal, entretanto deve ser realizada apenas com indicações específicas, uma vez que pode causar complicações significativas e sequelas permanentes [1].

Ao longo dos anos foram descritas inúmeras indicações para a realização do parto cirúrgico, entretanto, tendo em vista as diversas posições encontradas na literatura, o Ministério da Saúde no Brasil desenvolveu a portaria nº 306 de 28 de

março de 2016 com o objetivo de estabelecer diretrizes que orientem a realização de operações cesarianas no Brasil.

Tal portaria leva em consideração protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas pré-existentes e prevalência na literatura, recomendando a realização da cirurgia cesariana anteparto (eletiva) em casos de: feto em apresentação pélvica; gestação múltipla com primeiro feto em apresentação não cefálica; placenta prévia centro-total ou

centro-parcial; acretismo placentário entre a 34-36 semana de gestação; duas ou mais cesáreas anteriores; infecção do vírus HIV; e infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus herpes no momento do parto. As indicações absolutas para realização de cesáreas de intraparto (emergência) são: descolamento prematuro de placenta; falha de progressão do parto; vasa prévia; anormalidades da frequência cardíaca fetal; e prolapso de cordão [2].

Desde a década de 1970 nota-se um aumento nas taxas de cesáreas, o que tem gerado um alerta na comunidade científica. Diante desse fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985, declarou que o percentual ideal de cesárea deve ser entre 10% e 15% do total de partos de um país, tendo reforçado essa meta no ano de 2015 [3]. Todavia, as taxas mundiais de cesáreas

ultrapassam significativamente o valor indicado pela OMS, apresentando uma proporção de cerca de 17% nos países nórdicos, 25% na América do Norte, 30% na América Central, mais de 30% em países europeus e 40% em países latino-americanos [4]. No Brasil, o parto cirúrgico é a via de nascimento mais comum com prevalência de 56,3% em 2019 [5].

Com objetivo de estabelecer um padrão de avaliação, monitoramento e comparação entre as instituições acerca da taxa de cesarianas, a OMS recomendou, em 2015, a utilização da Classificação de Robson (Tabela 1). Esse instrumento verifica cinco conceitos (antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional) para classificar todas as gestantes em um dos 10 grupos, o que significa que é uma classificação totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva [4].

Quadro 1 - Classificação de Robson

Grupo de Robson	Idade Gestacional	Número de fetos	Apresentação	Paridade	Cesária Prévia	Início do Trabalho de Parto
1	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo
2	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido ou cesárea anterior ao trabalho de parto
3	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	Espontâneo
4	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	Induzido ou cesárea anterior ao trabalho de parto
5	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Sim	Independe
6	Independe	Único	Pélvica	Nulípara	Não	Independe
7	Independe	Único	Pélvica	Multípara	Independe	Independe
8	Independe	Múltiplo	Independe	Independe	Independe	Independe
9	Independe	Único	Transversa	Independe	Independe	Independe
10	Pré-Termo	Único	Cefálica	Independe	Independe	Independe

Fonte: Fiocruz, 2018

No que diz respeito à Classificação de Robson, sabe-se que a maior quantidade de mulheres está concentrada nos grupos de 1 a 5, sendo os grupos 1, 3 e 4 os mais prováveis a cursarem com o desfecho de parto vaginal [6]. Entretanto, pesquisas têm apontado para o excesso de cesarianas mesmo nos grupos que são de baixo risco para o procedimento, o que sugere desrespeito das indicações obstétricas e fetais para a realização do parto cirúrgico [7].

De acordo com os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2020, os grupos que mais contribuíram para o quantitativo total de cesáreas no Brasil foram os grupos 5 (múltiplas com cesárea anterior, feto único, cefálico, >37 semanas), 2 (nulíparas com feto único, cefálico, >37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes

do início do trabalho de parto) e 1 (nulíparas com feto único, cefálico, >37 semanas, em trabalho de parto espontâneo), respectivamente.

A alta taxa de cesárea no grupo 1 torna-se alarmante uma vez que este grupo é formado por nulíparas que entraram em trabalho de parto espontâneo e, mesmo assim, tiveram como desfecho gestacional o parto cirúrgico. Além disso, o aumento da realização da cesariana em nulíparas (grupos 1 e 2), conseqüentemente aumentará a quantidade de mulheres do grupo 5, apontado na literatura como o grupo que mais realiza cesarianas.

Avaliou-se as justificativas para realização de cesáreas através da análise do perfil clínico e obstétrico de mulheres dos grupos 1 e 2 segundo a Classificação de Robson.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que foi realizado utilizando o banco de dados de mulheres internadas na Maternidade do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), no período de setembro de 2021 a junho de 2022. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 4.099.741.

Foram incluídas as mulheres com idade maior que 18 anos, que tiveram o parto cirúrgico ou eutócico ocorrido no HULW e que concordaram com os termos do estudo. Foram excluídas as mulheres que realizaram o parto antes das 22 semanas de gestação e prontuários que não possuíam todas as informações necessárias para a pesquisa.

Foram analisados os prontuários de 159 puérperas que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, onde 17 foram classificadas no grupo 1 e 28 no grupo 2, totalizando uma amostra final de 45 mulheres.

Inicialmente, a puérpera recebeu a explicação dos objetivos da pesquisa, sua metodologia, riscos e benefícios. Ocorrendo a concordância para participação, era solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). O segundo momento consistiu na avaliação do prontuário para a realização das coletas e registro dos dados do perfil sociodemográfico e informações sobre a gestação atual. Em um terceiro momento realizou-se uma breve entrevista única para a coleta de informações de cunho subjetivo (se a gravidez foi planejada e qual o tipo de parto desejado no início da gestação), além de possíveis dados não preenchidos no prontuário.

A análise dos dados foi realizada por meio do sistema computacional Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows 10, utilizando estatística descritiva, frequência e tabela de referência cruzada.

Resultados

Participaram da pesquisa 159 puérperas classificadas nos dez grupos de Robson, conforme demonstrado na tabela 1. Os grupos 1 e 2 foram

formados por 17 e 28 puérperas respectivamente, totalizando uma amostra final de 45 mulheres.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas nos dez grupos de Robson

Grupo de Robson	Número de participantes	Tamanho relativo do grupo (%)	Número de cesáreas	Taxa de cesáreas por grupo (%)	Contribuição absoluta para taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa para taxa de cesáreas (%)
1	17	10,7	9	52,9	5,66	8,57
2	28	17,6	20	71,4	12,57	19,04
3	23	14,5	9	39,1	5,66	8,57
4	23	14,5	10	43,5	6,28	9,52
5	34	21,4	28	82,4	17,61	26,66
6	2	1,3	2	100	1,25	1,90
7	5	3,1	5	100	3,14	4,76
8	3	1,9	3	100	1,88	2,85
9	1	0,6	1	100	0,62	0,95
10	23	14,5	18	78,2	11,32	17,14
Total	159	100	105	66	66	100

Fonte: dados da pesquisa

A taxa de cesáreas nos grupos 1 e 2 foi de 52,9% (N=9) e 71,4% (N=20), respectivamente. O grupo 2 foi responsável pela segunda maior contribuição relativa para a taxa de cesarianas (19,04%, N= 20), sendo também um importante grupo na contribuição absoluta para o total de cesáreas (12,57%, N=20). O grupo 5 foi o responsável pela maior contribuição absoluta e relativa para o total de cesarianas (17,61% e 26,66%, N=28, respectivamente).

Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra (tabela 2), o grupo 1 apresentou uma média de idade de 23,76 anos, sendo 94,11% (N=16) constituído por mulheres de até 35 anos. A altura média das participantes foi de 1,58 m, com medidas variando de 1,45 m a 1,68 m. O grupo foi composto majoritariamente por mulheres com sobrepeso (64,7%, N=11), em união estável (47,05%, N=8), com ensino médio completo (52,9%, N=9), que exercem trabalho remunerado (41,17%, N=7) e possuem renda familiar entre 1,5 e 3 salários mínimos (64,7%, N=11).

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra

Variável	Grupo 1		Grupo 2	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Idade				
Até 35 anos	16	94,11	26	92,85
Maior que 35 anos	1	5,88	2	7,14
Altura				
Menor que 1,45m	0	0	1	3,57
Igual ou maior que 1,45m	17	100	26	92,85
Sem dados	0	0	1	3,57
Classificação do IMC				
Peso normal (>18,5 a 24,9kg/m ²)	4	23,5	3	10,7
Sobrepeso (≥25 até 29,9kg/m ²)	11	64,7	14	50,0
Obesidade (>30,0kg/m ²)	2	11,8	10	35,7
Sem dados	0	0	1	3,6
Estado civil				
Solteira	5	29,41	9	32,1
Casada	4	23,52	5	17,9
União estável	8	47,05	13	46,4
Sem dados	0	0	1	3,6
Escolaridade				
Ensino fundamental incompleto	1	5,9	1	3,6
Ensino fundamental completo	1	5,9	1	3,6
Ensino médio incompleto	1	5,9	2	7,1
Ensino médio completo	9	52,9	16	57,1
Ensino superior incompleto	1	5,9	4	14,3
Ensino superior completo	4	23,5	4	14,3
Ocupação				
Do lar	6	35,29	11	39,2
Estudante	4	23,52	1	3,57
Exerce trabalho remunerado	7	41,17	15	53,57
Sem dados	0	0	1	3,57
Renda familiar				
Até 1,5 salários mínimos	5	29,4	16	57,1
Entre 1,5 e 3 salários mínimos	11	64,7	9	32,1
Maior do que 3 salários mínimos	1	5,9	2	7,1
Sem dados	0	0	1	3,6

Fonte: dados da pesquisa

O grupo 2 apresentou uma média de idade de 26,5 anos, sendo 92,85% (26) constituído por mulheres de até 35 anos. A altura média das participantes

foi de 1,60m, com medidas variando de 1,40m a 1,78m e apenas uma delas apresentou estatura inferior a 1,45m. O perfil prevalente neste grupo

assemelhou-se ao do grupo 1, também sendo composto por mulheres com sobrepeso (50,0%, N=14), em união estável (46,04%, N=13), com ensino médio completo (57,1%, N=16) e que exercem trabalho remunerado (53,57%, N=15). A renda familiar foi a única variável que diferiu os grupos, tendo o grupo 2 apresentado maior predominância de mulheres com renda de até 1,5 salários mínimos (57,1%, N=16).

Quanto ao perfil clínico e obstétrico da amostra (tabela 3), observou-se que a maior parte das puérperas dos grupos 1 e 2 não apresentou nenhuma comorbidade prévia. Além disso, apenas três mulheres (uma do grupo 1 e 2 do grupo 2) relataram histórico de aborto.

Tabela 3 - Perfil clínico e obstétrico da amostra

Variável	Grupo 1		Grupo 2	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
Comorbidade prévia				
Nenhuma	11	64,7	19	67,8
Diabetes mellitus	1	5,9	1	3,5
Hipertensão arterial	0	0	1	3,5
Diabetes e hipertensão	1	5,9	0	0
Doença respiratória	0	0	1	3,5
Outras comorbidades	3	17,6	6	21,4
Sem dados	1	5,9	0	0
Aborto prévio				
Sim	1	5,9	2	7,1
Não	16	94,1	26	92,9
Gravidez planejada				
Sim	8	47,1	5	17,9
Não	9	52,9	23	82,1
Preferência por via de parto				
Vaginal	15	88,2	19	67,9
Cesárea	2	11,8	2	7,1
Sem preferência	0	0	6	21,4
Sem dados	0	0	1	3,6
Pré-natal				
Incompleto (<6 consultas)	2	11,76	1	3,57
Completo (≥6 consultas)	14	82,35	24	85,71
Sem dados	1	5,88	3	10,71
Intercorrências na gestação				
Sim	9	52,9	19	67,8
Não	8	47,0	8	28,5
Sem dados	0	0	1	3,5

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação às perguntas de cunho subjetivo, ambos os grupos foram compostos majoritariamente por mulheres que relataram gestação não planejada e que tinham preferência pelo parto vaginal. Das 15 mulheres do grupo 1 que relataram predileção pelo parto eutócito, 8 (53,33%) evoluíram para a realização de cesariana. Já no grupo 2, 13 das 19 participantes com preferência pelo parto vaginal (68,42%) e 5 das 6 mulheres sem predileção por via de parto (83,33%) sucederam com parto cirúrgico.

A maioria das participantes do grupo 1 (82,35%, N=14) e do grupo 2 (85,71%, N=24) realizou o pré-natal completo, com média de 9,31 consultas no grupo 1 e 9,84 no grupo 2. Ressalta-se que das três mulheres que tiveram o pré-natal completo, todas realizaram ao menos cinco consultas.

Por outro lado, 52,94% (9) das mulheres do grupo 1 e 65,51% (19) das mulheres do grupo 2 manifestaram algum tipo de intercorrência de saúde durante o período gestacional, sendo elas: anemia, diabetes mellitus gestacional (DMG), descolamento prematuro de placenta (DPP), feto grande para a idade gestacional (GIG), infecção do trato urinário (ITU), policisto, bradicardia fetal, pré-eclampsia

(PE), COVID-19, ZIKA, nefrolitíase, hipertensão gestacional (HASG), transtorno de ansiedade generalizada (TAG), candidíase, macrossomia fetal, polidrâmnio, rotura prematura das membranas ovulares (RPMO), hemorragia e taquicardia fetal.

No que diz respeito à idade gestacional, ambos os grupos foram compostos inteiramente por gestações a termo, com média de 39,4 semanas no grupo 1 e 39,0 semanas no grupo 2.

Em relação ao início do trabalho de parto das mulheres do grupo 2, 60,7% passaram pelo processo de indução e 39,3% realizaram cesárea antes do início do trabalho de parto. Das 17 puérperas que tiveram o trabalho de parto induzido, 9 (52,94%) evoluíram para cesariana e apresentaram como justificativa mais prevalente (n=4) a distocia de colo.

Considerando todas as mulheres que realizaram o parto cirúrgico, as indicações mais frequentes na amostra foram distocia de colo, rotura prematura das membranas ovulares e sofrimento fetal agudo. Grande parte das mulheres apresentou mais de uma justificativa para realização de cesáreas, como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 - Indicações para realização do parto cirúrgico conforme prontuário das participantes da pesquisa

GRUPO 1: TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO	
INDICAÇÃO	(n)
DPP	2
Distocia de colo	1
DMG + parada na descida	1
Líquido meconial + sofrimento fetal agudo	1
Macrossomia fetal	1
RPMO com mecônio	1
Talassemia + intolerância à lactose	1

GRUPO 2: PARTO INDUZIDO	
INDICAÇÃO	(n)
Amniorrexe + bradicardia fetal	1
Distocia de colo	2
DMG + sangramento vaginal + ITU + DPP	1
HASG + polidrâmnio + miomatose uterina + distocia de colo	1
Obesidade + amniorrexe	1
RPMO + DCP + parada na descida fetal	1
Taquicardia fetal + distocia de colo	1
GRUPO 2: CESÁREA ELETIVA	
INDICAÇÃO	(n)
DMG + HASG + plaquetopenia + SFA	1
Macrossomia fetal	2
PE grave	1
Pós-datismo + oligoâmnio	1
RPMO + mecônio espesso	1
SFA	1
Taquicardia fetal	1
Taquicardia fetal + feto GIG + polidrâmnio	1

Fonte: dados da pesquisa

Discussão

A gestação é um evento fisiológico que envolve mudanças nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Algumas situações inerentes as gestantes podem aumentar os riscos obstétricos e gerar maiores chances de desfechos desfavoráveis. Embora normalmente curse com o parto cirúrgico, a gestação de alto risco não é sinônimo de cesariana e, sendo assim, a escolha da via de parto deve considerar não só condições clínicas, quanto também à preferência materna [8].

Nesse contexto, os fatores de risco gestacionais descritos no Manual Técnico da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2022 incluem: idade maior que 40 anos; obesidade com IMC >40; abortamento espontâneo de repetição; condições clínicas prévias à gestação e intercorrências na gestação atual [9].

Em ambos os grupos avaliados neste estudo, a média de idade encontrada enquadra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, período apontado na

literatura como ideal para engravidar, além disso, a idade materna é considerada tardia quando a gestação ocorre a partir dos 35 anos e é considerada muito avançada quando acontece aos 45 anos ou mais [10].

Em relação à altura materna, sabe-se que mulheres com baixa estatura (>1,45m) possuem maior probabilidade de apresentar uma pelve pequena, podendo obter desproporção cefalopélvica, trabalho de parto prematuro e restrição de crescimento intrauterino [11]. No entanto, este estudo apresentou apenas uma participante com baixa estatura (grupo 2) e, dessa forma, a variável altura materna não foi um fator de risco gestacional.

No que diz respeito ao índice de massa corporal (IMC), sabe-se que o peso materno isoladamente não é indicativo de cesariana e, dessa forma, cada decisão precisa ser individualizada. De forma geral, gestantes obesas com IMC até 39,9 kg/m² no primeiro trimestre, sem comorbidades, podem ser acompanhadas no pré-natal de risco habitual [9]. Todavia, a alta taxa de mulheres com sobrepeso/obesidade identificada neste estudo é preocupante, uma vez que valores elevados de IMC são associados a maiores riscos de desenvolvimento de diabetes gestacional, síndrome hipertensiva, hemorragia de grande porte, macrossomia fetal e recém-nascidos com ápgar baixo no primeiro minuto [12].

Nesse contexto, a diminuição da movimentação ativa dessas parturientes proporciona uma contração uterina menos eficaz, diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário, maior sensação dolorosa e aumento do tempo de trabalho de parto. Além disso, há ainda uma tendência a gestações mais prolongadas que tendem a precisar de indução do parto, ao mesmo tempo em que mulheres com valores elevados de IMC apresentam maior probabilidade de falha na indução e, consequentemente, evoluir para a cesariana [13].

Em relação ao estado civil, cerca de 70% das integrantes do grupo 1 e 64% do grupo 2 eram casadas ou viviam em união estável, perfil que vem sendo associado a maiores taxas de cesariana, como observado no estudo de Santos e colaboradores [14]. É importante ressaltar que houve um número relativamente alto de solteiras (n=14, considerando ambos os grupos) o que sugere a probabilidade de gravidez não planejada.

Os resultados encontrados acerca do nível de escolaridade, renda familiar e ocupação são satisfatórios e semelhantes ao perfil normalmente associado à realização de cesáreas. As revisões realizadas por Souza e colaboradores [15] e Gonçalves e colaboradores [16] apontam que mulheres com maiores níveis de escolaridade e renda são mais propensas a optarem pelo parto cirúrgico. Há ainda uma maior prevalência de cesarianas em regiões mais desenvolvidas do país e em hospitais privados, o que sugere o excesso de cesarianas realizadas por fatores não-clínicos [17].

Os fatores de risco sociais comumente exigem ações intersetoriais e situações como vulnerabilidade social, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça [9].

No que diz respeito ao perfil clínico e obstétrico, sabe-se que a presença de comorbidades preexistentes como hipertensão arterial, diabetes mellitus e pneumopatias pode ser um fator de risco gestacional [9]. Neste estudo, no entanto, houve prevalência de mulheres sem comorbidades prévias.

O abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência) também pode influenciar na estratificação do risco obstétrico no pré-natal [9]. Os resultados identificados nesta pesquisa sugerem que o fator não foi um fator de risco gestacional,

tendo em vista que duas das três mulheres com histórico de aborto prévio não apresentaram nenhum tipo de intercorrência na gestação e conseguiram evoluir para o parto vaginal.

No referido estudo, em ambos os grupos houve predominância de mulheres que relataram gravidez não planejada, tal como no estudo de Capello e colaboradores [18], em que 52,0% das gestações não foram planejadas, no entanto 51,0% dos casais não utilizavam nenhum método anticoncepcional. O achado leva a conclusão de que a ocorrência de gravidez associada a patologias indica a necessidade da conscientização sobre o planejamento reprodutivo e esclarecimento em relação à utilização de métodos contraceptivos. Nesse contexto, o planejamento reprodutivo oportuniza a escolha do momento ideal para a gestação ocorrer, sendo de extrema importância para mulheres que possuem fatores de risco gestacionais [18].

Em relação à preferência da via de parto, observou-se que ambos os grupos possuíam maior predileção pelo parto vaginal, porém a maior parte dessas mulheres acabou tendo como desfecho a cesariana. Nesse cenário, torna-se essencial que as puérperas tenham a informação de que a ocorrência de uma cesárea anterior não indica obrigatoriedade de realizar o mesmo tipo de parto numa gestação futura.

A média de consultas pré-natais dos grupos 1 e 2 foram satisfatórias, ocorrendo grande prevalência de mulheres que realizaram o pré-natal completo (>6 consultas). Todavia, estudos têm associado a quantidade de consultas pré-natais com a influência dos profissionais da saúde na escolha da via de parto.

Corroborando com essa afirmativa, a pesquisa desenvolvida por Santos e colaboradores identificou maiores taxas de parto vaginal entre mulheres com pré-natal incompleto ou que não realizaram

nenhuma consulta [14]. Por outro lado, as mulheres que tiveram mais de sete consultas pré-natais apresentaram maiores taxas de parto cirúrgico.

A influência dos profissionais da saúde na escolha da via de parto pôde ser observada no estudo de Fernandes e colaboradores que constatou maior predileção pelo parto vaginal quando as mulheres fazem a escolha da via de parto individualmente [19]. Por outro lado, quando o médico decide individualmente sobre o tipo de parto a ser realizado, a maioria designa a cesariana. Nos casos em que foi possível decidir conjuntamente, verificou-se que prevalece a opção pela cesariana, todavia, em percentual bem mais baixo do que quando o médico decide sozinho.

No que diz respeito às intercorrências ocorridas no período gestacional evidenciadas nesta pesquisa, notou-se que grande parte delas corresponde a indicações para a realização de cesáreas, o que pode ter influenciado na alta taxa do procedimento em ambos os grupos. Além disso, a quantidade de intercorrências pode ser justificada pelo fato de a maternidade em que o estudo foi realizado ser referência em gestação de alto risco.

A média de idade gestacional encontrada nos grupos analisados assemelha-se com o resultado do estudo de Melo e colaboradores, o qual afirma que as chances de desfecho de parto cirúrgico aumentam proporcionalmente com a idade gestacional [20].

Em relação ao início do trabalho de parto no grupo 2, observou-se que mais de 60% das mulheres passaram pelo processo de indução do trabalho de parto. Entretanto, das 17 puérperas que tiveram o trabalho de parto induzido, 9 (52,94%) evoluíram para cesariana.

Estimular ou conduzir o trabalho de parto é aumentar, por meios artificiais, a frequência ou intensidade das contrações uterinas em parturientes

que tiveram início de trabalho de parto espontaneamente, mas que apresentam padrão disfuncional. Em geral, a indução do trabalho de parto é indicada quando a continuidade da gestação significa riscos para mãe ou para o feto [9].

O estudo de Vargas e colaboradores avaliou a taxa de cesarianas entre mulheres submetidas à indução do trabalho de parto e seus resultados apontaram que o grupo 2 foi o responsável pela maior contribuição absoluta para o total de cesáreas [21].

A taxa de cesárea pode ser maior nos partos induzidos pelo fato do útero estar menos preparado para o parto, geralmente com colo desfavorável e miométrio menos sensível. Antes de iniciar a indução é importante verificar contraindicações e realizar anamnese e exame clínico minucioso, pois alguns fatores não modificáveis podem reduzir a chance de sucesso, tais como: elevado IMC materno (>40 kg/m²), idade materna acima de 35 anos, peso fetal estimado maior que 4.000 g e o diabetes mellitus. Além dos fatores citados, a escolha do método a ser utilizado e o intervalo máximo de espera também influenciam no sucesso da indução [9].

Os resultados encontrados neste estudo sugerem alta taxa de falha na indução, porém, não existe na atualidade um consenso que permita determinar a duração ideal da tentativa antes de indicar a cesárea por “falha de indução” [9].

Com relação ao desfecho gestacional, a predominância de cesáreas nos grupos 1 e 2 é alarmante, uma vez que a via de parto escolhida na primeira gravidez terá consequências na vida reprodutiva da mulher, podendo afetar negativamente futuras gestações [22]. Além disso, a alta taxa de partos cirúrgicos entre primíparas corrobora com os elevados índices de cesarianas no grupo 5, reforçando a cadeia de cesáreas e a contribuição absoluta do grupo.

As estratégias para reduzir o excesso de cesáreas no grupo 5 podem ocorrer através de ações focadas diretamente nas mulheres com cesariana prévia ou por meio da prevenção de cesáreas em primigestas. Independentemente do grupo alvo escolhido para alcançar tal objetivo, faz-se necessário melhorar a qualidade da assistência prestada e incentivar o aguardo do trabalho de parto espontâneo, sendo expostos seus benefícios e as possíveis consequências da presença de mais uma cicatriz uterina.

Apesar de não ser descrita como indicação absoluta e não existir evidências científicas significativas que demonstrem aumento de riscos em um parto vaginal, há um padrão de repetição a partir da presença de uma cicatriz uterina, resultando na realização de cesarianas por iteratividade [23].

Entre as mulheres que realizaram o parto cirúrgico, as indicações mais frequentes na amostra foram distocia de colo, rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) e sofrimento fetal agudo (SFA).

A distocia de colo trata-se de uma alteração do canal de parto (distocia de trajeto), podendo ser ocasionada por hipertrofia, estenose cervical ou edema de colo [24]. As distocias correspondem a falhas de progressão do parto e, dessa forma, representam situação de emergência e indicação absoluta de cesárea intraparto.

A conduta obstétrica a ser seguida nos casos de RPMO, por sua vez, baseia-se, sobretudo, na idade gestacional: após 34 semanas os casos podem ser conduzidos como no termo, com resolução da gestação. Diante de RPMO na ausência de contraindicações, a resolução por via vaginal deve ser priorizada como forma de evitar maiores riscos infecciosos [9].

Vale ressaltar que quando a RPMO ocorre em gestações a termo, cerca de 50% das mulheres entram em trabalho de parto em 16 horas e 95% em 76 horas [25]. Nos grupos analisados neste estudo, por se tratar apenas de gestações a termo (>37 semanas), a ocorrência de RPMO sem demais intercorrências não justifica a realização de cesárea.

O sofrimento fetal agudo foi uma das indicações de maior prevalência nesta pesquisa e resulta de uma redução nas trocas materno-fetais, com diminuição transitória ou permanente do aporte de oxigênio necessário ao concepto. A cesárea é indicada quando o parto vaginal não for iminente ou na ocorrência de alterações dos batimentos cardíacos fetais [26].

Semelhantemente, o estudo de Melo e colaboradores realizado com gestantes do grupo 1 de Robson apresentou o SFA como a indicação de cesárea de maior prevalência, seguida da desproporção cefalopélvica, presença de mecônio espesso e suspeita de macrosomia fetal [20].

Conclusão

As intercorrências gestacionais parecem explicar as taxas de cesáreas identificadas, uma vez que houve prevalência de indicações absolutas em ambos os grupos. Além disso, a quantidade de intercorrências pode ser justificada pelo fato de a maternidade em que o estudo foi realizado ser referência em gestação de alto risco.

Os elevados valores de IMC e a grande quantidade de gestações não planejadas podem ter influenciado nas condições clínicas e obstétricas das parturientes e, nesse sentido, faz-se necessário uma maior assistência em planejamento familiar. Semelhantemente, o predomínio de primíparas com preferência pelo parto vaginal e a alta taxa

Apesar de a maioria dos casos avaliados neste estudo apresentarem indicações plausíveis para realização de cesáreas, é importante ressaltar que algumas justificativas utilizadas como obesidade, RPMO, DMG e HASG, por exemplo, não se constituem isoladamente como fatores indicativos de parto cirúrgico. Além disso, notou-se que a puérpera que teve o pós-datismo como justificativa para a cesariana na verdade tratava-se de situação de termo completo, uma vez que a mesma apresentava idade gestacional de 40 semanas e a classificação de pós-termo deve ser utilizada apenas para casos de gestações que atingem ou ultrapassam 42 semanas [9].

Diante dessa situação, enfatiza-se a importância da avaliação clínica minuciosa para o estabelecimento do diagnóstico apropriado e adequada classificação das parturientes, assim como o preenchimento preciso de seus prontuários, visando conduzir as gestações da maneira mais prudente para cada circunstância.

de cesarianas no grupo 5 reforça a importância da educação em saúde, sendo indispensável que as puérperas que realizaram o parto cirúrgico recebam informações seguras a respeito da via de parto a ser escolhida em uma gravidez futura, buscando evitar a cesárea de repetição.

A maternidade em que o estudo foi realizado não conta com profissionais fisioterapeutas. O acompanhamento fisioterapêutico no pré-natal, parto e puerpério seria o cenário ideal para um melhor manejo dos fatores de risco gestacionais, preparo para o parto vaginal, auxílio no reestabelecimento das condições pré-gravídicas e prevenção de eventos indesejados.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse

Fontes de financiamento

Não há fonte de financiamento

Contribuições dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Bessa LGL, Almeida MO, Gomes AKS, Assis TJC. *Obtenção de dados:* Bessa LGL, Gomes AKS. *Análise e interpretação de dados:* Bessa LGL, Almeida MO, Gomes AKS, Assis TJC, Mendes CKTT. *Análise estatística:* Bessa LGL, Almeida MO, Assis TJC, Mendes CKTT. *Redação do manuscrito:* Bessa LGL. *Revisão crítica do manuscrito:* Almeida MO, Assis TJC, Mendes CKTT.

Referências

1. Alcantara LL de M, Almeida NK de O, Almeida RMVR de. Pattern of Live Births in Rio de Janeiro State, Brazil, According to Robson Groups and the Kotelchuck Index Classification-2015/2016. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*.2020 Jul;42(07):373–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jGrVj7CQxw5Bp9pTkCPMDSt/abstract/?lang=pt>. doi:10.1055/s-0040-1712122
2. Brasil. Ministério da saúde. Portaria n. 306, de 28 de março de 2016.
3. Alves RSS, Silva MPB, Leite AC, Silva ER da, Cunha JA, Carvalho MM de, et al. Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. *Research, Society and Development*. 2021 May 18;10(6):e22910615523. Available from: https://www.researchgate.net/publication/351802361_Analise_e_monitoramento_das_taxas_de_cesarea_no_Brasil_segundo_a_classificacao_de_Robson?_share=1. doi: 10.33448/rsd-v10i6.15523
4. Silva LF, Almeida CPS de, Batista D de F, Mariani Neto C. Estudo da incidência de cesáreas de acordo com a Classificação de Robson em uma maternidade pública. *Femina [Internet]*. 2020;114–21. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1052454>.
5. Belarmino V, Carlotto K, Maduell MCP, Gonçalves CV. Distribuição espacial da cesárea no Brasil de 2000 a 2019. *Research, Society and Development*. 2022 Mar 23;11(4):e43211427657. Available from:<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27657>. doi: 10.33448/rsd-v11i4.27657.
6. Silva C, Laranjeira C. Use of the Robson Classification System for the Improvement and Adequacy of the Ways of Delivery in Maternities and Hospitals. An Opportunity to Reduce Unnecessary Cesarean Rates. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2018 Jul;40(07):377–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/jBRXvBFQz3mCFyP5r5wVsfm/>. doi: 10.1055/s-0038-1668168.
7. Mendes YMMB e, Rattner D. Cesarean sections in Brazil's teaching hospitals: an analysis using Robson Classification. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021 Feb 26;45:1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7905749/>. doi: 10.26633/rpsp.2021.16.
8. Abreu LP, Lira Filho R, Santana RL de. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a classificação de Robson. *Revista Enfermagem UERJ*. 2019 Mar 28;27:e37858. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/37858>.doi: 10.12957/reuerj.2019.37858.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
10. Gomes JCO, Domingueti CP. Fatores de risco da gravidez tardia. *Brazilian Journal of Health and Pharmacy* [Internet]. 2021 Dec 23;3(4):1–9. Available from: <https://bjhp.crfmg.org.br/crfmg/article/view/139/95>. doi: 10.29327/226760.3.4-1.
11. Nascimento RC, Barbosa MCR, Corrêa MM. BAIXO-PESO AO NASCER: ESTUDO DE FATORES ASSOCIADOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA GRANDE VITÓRIA, ES, BRASIL. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde* [Internet]. 2019 Oct 28 [cited 2023 Apr 26];14(0):43508. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43508/31005>. doi: 10.12957/demetra.2019.43508
12. Silva AP da, Romero RT, Bragantine A, Barbieri AADM, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019 Jun 29;(24):e624. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/624>. doi: 10.25248/reas.e624.2019.
13. Almeida M de O, Martins MJ de O, Paz MMS da, Cabral NO, Pontes VA de, Alves PKB da S, et al. A influência do índice de massa corpórea elevado no processo de indução do parto / The influence of high body mass index in the child induction process. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2020 Aug 26 [cited 2023 Nov 7];6(8):62180–8. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15615>. doi: 10.34117/bjdv6n8-590.
14. Santos CS, Souza JS de, Campos AL de, Hartwig SV. Perfil materno, gestacional e classificação de Robson por tipo de parto ocorridos em Cáceres-MT. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 Jan 2 [cited 2022 Nov 5];11(1):e8111124663–e8111124663. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24663>. doi:10.33448/rsd-v11i1.24663.
15. Souza É de L, Carvalho AL de C, Pereira B de F, Souza BG de, Souza GR de, Ardisson GMC, et al. Fatores que influenciam a via de parto no Brasil. *Revista de Medicina*. 2022 Sep 2;101(5). Available from :<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/172947>. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v101i5e-172947.
16. Gonçalves MOSS, Silva M de L, Silva JDA, Roxa GN, Tavares MJ de A, Pedro UNSF, et al. FATORES MATERNO RELACIONADOS À INDICAÇÃO DE CESARIANA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA / MATERNAL FACTORS RELATED TO CESAREAN INDICATION: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):2598–611. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22829>. doi: 10.34117/bjdv7n1-177.
17. Dias BAS, Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cadernos de Saúde Pública*. 2022;38(6). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dWSp5tyhCLmGZRttN-Q6n3hg/>. doi: 10.1590/0102-311xpt073621.
18. Capello T da S, Medeiros FF, Rodrigues MH, Santos ID de L, Bernardy CCF, Cardelli AAM. Gestação de alto risco: caracterização do planejamento reprodutivo. *Saúde e Pesquisa*. 2020 Jun

12;13(2):421–9. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103859>. doi: 10.17765/2176-9206.2020v13n2p421-429.

19. Fernandes JA, Campos GW de S, Francisco PMSB. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. *Saúde em Debate*. 2019 Apr;43(121):406–16. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HntmHs65dFcxZZSBCJTcL6N/?lang=pt>. doi:10.1590/0103-1104201912109
20. Melo JP de, Garcia FS, Salazar AP, Kosorus K. Indicações de cesárea nas gestantes classificadas como Robson 1. *Scientia Medica*. 2021 Dec 20;31(1):e40497. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/40497>. doi: 10.15448/1980-6108.2021.1.40497.
21. Vargas S, Rego S, Clode N. Robson Classification System Applied to Induction of Labor. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2018 Aug 2;40(09):513–7. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/XsHPckYSmv9jzMhnGYt9ffL/>. doi: 10.1055/s-0038-1667340.
22. Henrique E, Pedro Piancastelli Moreira, Isabela Lemos Ferrer, Kern M, Cláudia Vicari Bolognani. Robson Classification for cesarean section in a Public Hospital in Distrito Federal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2022 Dec 1;22(4):1035–42. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/Gc9HYhr3rQzypC7fSPZDHPX/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1806-9304202200040017.
23. Lins JJA, Sanches MET de L, Santos AAP dos, Silva JM de O e. A aplicação da Classificação de Robson nas maternidades brasileiras como ferramenta para redução das taxas de cesariana: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*. 2021 Oct 3;10(13):e13101320953. doi: 10.33448/rsd-v10i13.20953.
24. Diagnóstico das distocias intraparto e quando intervir [Internet]. portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br. [cited 2024 Jul 18]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/diagnostico-das-distocias-intraparto-e-quando-intervir>
25. Souto C de O, Chaves ALRM, Borges LRC, Dias HR de S, Aquino IP de, Hollunder RG, et al. Rotura prematura de membranas ovulares na gestação: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Brazilian Journal of Development*. 2022 Oct 5;8(10):65628–42. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/52766>. doi: 10.34117/bjdv8n10-047.
26. Santos RCS dos. Parto cesariano em um centro obstétrico de referência no Estado do Amapá: estudo transversal. *Estação Científica (UNIFAP)*. 2018 Jul 2;8(2):103. Available from: https://www.researchgate.net/publication/332101761_Partos_cesariano_em_um_centro_obstetrico_de_referencia_no_estado_do_Amapa_estudo_transversal. doi: 10.18468/estcien.2018v8n2.p103-110.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.