

PARTOS CESÁREAS: ANÁLISE PELA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON X EXPERIÊNCIAS DE PUÉRPERAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ASSISTIDAS NO HOSPITAL SANTA LUCINDA DE SOROCABA-SP

Data de aceite: 01/08/2023

Joe Luiz Vieira Garcia Novo

Professor-Titular do Departamento de Reprodução Humana e da Infância – PUC-SP

Maria Júlia Vargas do Vale

Ex-Acadêmicas do Curso de Medicina – PUC-SP

Raísa Arantes de Arruda Zanoni

Ex-Acadêmicas do Curso de Medicina – PUC-SP

RESUMO: **Objetivo:** realizar estudo abrangendo os partos cesáreas realizados segundo a classificação de Robson em 10 grupos de características obstétricas básicas, associando-os provavelmente às experiências ou impressões das pacientes submetidas aos procedimentos cirúrgicos do Hospital Santa Lucinda (HSL). **Métodos:** estudo prospectivo, de 96 puérperas de cesáreas, no período de 01/08/2018 a 20/07/2019, analisando suas experiências assistenciais em entrevista de questionário psicométrico tipo Likert, e de dados de prontuários. **Resultados:** após análises estatísticas realizadas por teste de qui-quadrado para tabelas de contingência

e correções mediante simulação de Monte Carlo, notou-se que nas experiências das puérperas há prevalência, ainda que não significativa, dos sentimentos assistenciais positivos (atuação do obstetra, primeiro encontro com seu filho e ação da enfermagem), sobre os negativos (dor no pós-parto, sofrimento durante a parturição ou medo de morrer durante a cirurgia), isto é, resultados com valores de $p > 0,05$. Estes resultados não foram dependentes da localização das pacientes dentro dos 10 grupos da classificação de Robson. **Conclusão:** as experiências ou sentimentos psicométricos das puérperas submetidas a parto cesáreo no HSL não estiveram interdependentes (distribuídos ou associados) ao tipo de grupo de pacientes da Classificação de Robson.

PALAVRAS-CHAVE: gravidez; parto cesáreo; classificação de Robson; experiências ou sentimentos de puérperas.

CESAREAN BIRTHS: ANALYSIS BY ROBSON CLASSIFICATION X POSTPARTUM WOMEN EXPERIENCES OF THE SINGLE HEALTH SYSTEM (SUS) ASSISTED AT SANTA LUCINDA HOSPITAL OF SOROCABA-SP

ABSTRACT: Objective: to conduct a study encompassing cesarean deliveries performed according to Robson's classification into 10 groups of basic obstetric characteristics, probably associating them with the experiences or impressions of patients undergoing surgical procedures at Hospital Santa Lucinda (HSL). **Methods:** a documentary study, from 96 women who underwent caesarean section, from 08/01/2018 to 07/20/2019, analyzing their care experiences in a Likert-type psychometric questionnaire interview, and from medical records. **Results:** after statistical analysis performed by chi-square test for contingency tables and corrections by Monte Carlo simulation, it was noted that in the experiences of postpartum women there is a prevalence, although not significant, of positive care feelings (performance of the obstetrician, first meeting with their child and nursing action) over negative ones (postpartum pain, suffering during parturition or dying during surgery), i.e., results with p values > 0.05 . These results were not dependent on patient location within the 10 Robson classification groups. **Conclusion:** the psychometric experiences or feelings of postpartum women undergoing cesarean section at HSL were not interdependent (distributed or associated) on the Robson Classification patient group type. **KEYWORDS:** Pregnancy; cesarean section; Robson's classification; experiences or feelings of postpartum women.

INTRODUÇÃO

Em países desenvolvidos a evolução e o desfecho da gravidez representam fenômenos fisiológicos e naturais, durante o período reprodutivo da mulher. Apesar de ser reconhecido este fisiologismo, alguns fatores poderão induzir modificações maternas e/ou fetais, que se não bem controladas, irão relacionar-se a complicações, e, até, à própria morte.¹

A institucionalização da assistência ao parto, bem como os avanços tecnológicos vêm realizando proporções maiores de benefícios maternos e fetais, reduzindo a morbiletalidade do ciclo grávido puerperal, apesar de procedimentos desnecessários, ainda, serem realizados.²

A cesárea assumiu, importância indiscutível e adequada, para a resolução de uma série de condições obstétricas específicas, que requeiram a interrupção da gravidez como única maneira de preservar a saúde materno e/ou fetal.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apesar de preconizar a taxa de 10 a 15% como a ideal para a realização de partos cesáreas, vem observando que índices de cesáreas está se elevando no mundo todo.^{4,5} No Brasil em maternidades assistidas via Sistema Único de Saúde (SUS) está estimado em 55,6%.⁶

Em consequência destas proporções preocupantes de cesáreas a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que

utilizavam a Classificação de Robson, e, em 2015, propôs que ela fosse utilizada como instrumento padrão, para a avaliação, monitoramento e comparação das taxas de cesáreas ao longo do tempo, em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.^{7,8}

A escolha da via de parto pelas mulheres, todavia, poderá gerar discussões entre o fato de elas opinarem sobre a qual possa satisfazer seus anseios e expectativas, de forma independente das condições clínicas, obstétricas e orientações propiciadas em sua assistência pré-natal.⁹⁻¹¹

O parto vaginal representa para as mulheres experiência extremamente importante, e marcante por toda a sua vida. É a prova definitiva de sua competência feminina em gerar, prover o desenvolvimento harmonioso do novo ser, ter condições de suportar as dores, de resistir à retaliação de seus órgãos genitais pela passagem de seu tão esperado filho, além de após o parto poder nutri-lo através do aleitamento.²

O Hospital Santa Lucinda (HSL) de Sorocaba-SP que atua em atendimento de baixa e médias complexidades, é importante centro de referência em Obstetrícia ao Sistema Único de Saúde (SUS), nesta cidade além de outras da região sudeste do Estado de São Paulo.¹²

Este projeto de trabalho visou analisar em pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico desta maternidade, de acordo com os grupos estabelecidos pela classificação de Robson, com um provável relacionamento em suas experiências e/ou impressões, sobre o modelo assistencial a que foram assistidas.¹³

METODOLOGIA

Realizou-se estudo prospectivo, com coleta de dados através de entrevistas e de prontuários de puérperas assistidas na maternidade do HSL (gestantes e/ou parturientes de termo e pré-termo), que tiveram a resolução da gravidez no período de 08/2018 a 06/2019, mediante partos cesáreas. Excluíram-se pacientes discordantes do estudo, aquelas com prontuários incompletos, além das de partos vaginais, e de gestações inferiores a 22 semanas completas (abortamentos).

Foram pacientes que concordaram e assinaram afirmativamente o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (e/ou de Assentimento no caso de menores de idade não emancipadas) para que pudessem participar desta pesquisa. O projeto iniciou-se após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS/PUC-SP), CAAE 87556218.5.00005373 em 08/05/2018. Respeitaram-se as normas da Declaração de Helsinque¹⁴ e da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos.¹⁵

O caráter sigiloso da coleta de dados dos prontuários médicos e do questionário proposto, foram confirmados, através da assinatura dos Termos de Compromisso e de Confidencialidade entre os participantes desta pesquisa.

Os parâmetros obstétricos indicados por Robson foram inseridos individualmente em banco de dados: antecedentes obstétricos (nulípara e/ou múltipara sem cesárea prévia e múltipara com uma ou mais cesáreas anteriores), número de fetos da cavidade uterina (único e/ou múltiplos), apresentação fetal (cefálica, pélvica e/ou córmica), idade gestacional (termo e/ou pré-termo), e início de trabalho de parto (espontâneo, induzido por qualquer método) ou cesárea antes do início de trabalho de parto.^{7, 8, 16}

A Tabela 1, a seguir, demonstra os grupos da classificação de Robson:¹⁶

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
1	Nulíparas, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, em trabalho de parto espontâneo
2	Nulíparas, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto 2ª. Nulíparas, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido 2ª. Nulíparas, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto cesárea antes do início de trabalho de parto
3	Múltiparas (sem cesárea anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, em trabalho de parto espontâneo
4	Múltiparas (sem cesárea anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cujo parto é induzido, ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto 4ª. Múltiparas (sem cesárea anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cujo parto é induzido 4ª. Múltiparas (sem cesárea anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
5	Múltiparas, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, pelo menos com uma cesárea anterior
6	Todas nulíparas, feto em apresentação pélvica
7	Todas múltiparas, feto em apresentação pélvica, inclusive com cesárea (s) anterior (es)
8	Todas as gestações múltiplas, incluindo com cesárea (s) prévia (s)
9	Todas as gestações córmicas ou oblíquas, inclusive com cesárea (s) prévia (s)
10	Todas as gestantes com feto único e cefálico < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea (s) anterior (es).

Tabela 1: Classificação de Robson em grupos¹⁶

Nas indicações de partos cesáreas foram consideradas: a iteratividade (duas ou mais cesáreas anteriores),¹⁷ sofrimento fetal agudo (alterações cardiotocográficas: bradicardia, desacelerações tardias e/ou variáveis; visualização de mecônio à cório-amnioscopia ou à eliminação pela vulva), distócias da parturição irreversíveis (oligossistolia, polissistolia, hipertonia e/ou distócias cervicais dinâmicas)¹⁸ e/ou desproporção céfalo-pélvica absoluta e/ou relativa¹⁹ em partos espontâneos ou induzidos utilizando-se ocitocina por via endovenosa, avaliadas pelo partograma,⁹ síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placentação heterotópica), apresentações anômalas (avaliada pela palpação e confirmada pelo toque vaginal),¹⁶ e/ou outros fatores que foram justificados

para o desfecho de se realizarem partos cesáreas. Em relação aos recém-nascidos anotaram-se: gênero (feminino, masculino), peso (grama), vitalidade (índice de Apgar <7 e ≥7).²⁰ As puérperas foram inseridas de acordo com seus dados na categoria numerológica preconizada por Robson.¹⁶

As pacientes participantes neste estudo, no momento de suas avaliações eram puérperas, no mínimo, com seis horas de pós-parto, quando, em geral, já estavam sentindo-se mais descansadas, tendo, portanto, condições de responder atentamente à entrevista de forma consentida e informada.²¹

As questões relacionadas à experiência, satisfação, dor ou outro relato pertinente, foram explicadas, visando-se obter a opinião verbal e individual de cada uma das puérperas de seus partos cesáreas. As respostas psicométricas de cada item de opinião inquerido, foram quantificadas e orientadas para que fossem em escala crescente cuja variação oscilava entre 1 e 5. Cada questão se relacionava com sua frequência de ocorrência, segundo a escala “Likert”: “em nenhum momento”, “alguns momentos”, “frequente”, “maior parte do tempo” e “tempo todo”. A cada um dos termos indicativos da frequência de ocorrência foi atribuído um número de 1 a 5. O questionário possuía duas partes: A e B. Na parte A os questionamentos indicavam aspectos positivos quanto maior a frequência de ocorrência. Na parte B, ocorria o inverso. Portanto, na parte A o termo “em nenhum momento” é representado por 1, “alguns momentos” são representados por 2, “frequente” é representado por 3, “maior parte do tempo” é representado por 4 e “tempo todo” é representado por 5. Na parte B, “em nenhum momento” é representado por 5, alguns momentos” é representado por 4 e assim por diante.^{22, 23}

O número estimado de puérperas utilizado nesta pesquisa, acatando-se as condições de inclusão, foi considerado como suficiente do ponto de vista estatístico às finalidades deste estudo. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para tabelas de contingência.²⁴ Nas situações nas quais as tabelas apresentaram as frequências esperadas menores que 2 ou mais de que 20% das frequências esperadas e eram menores que 5, a estatística de qui-quadrado foi obtida mediante simulação de Monte Carlo.²⁵ Para a análise dos resultados significativos (p-valor menor que 0,05) foi utilizada a análise de resíduos padronizados de qui-quadrado.²⁴

RESULTADOS

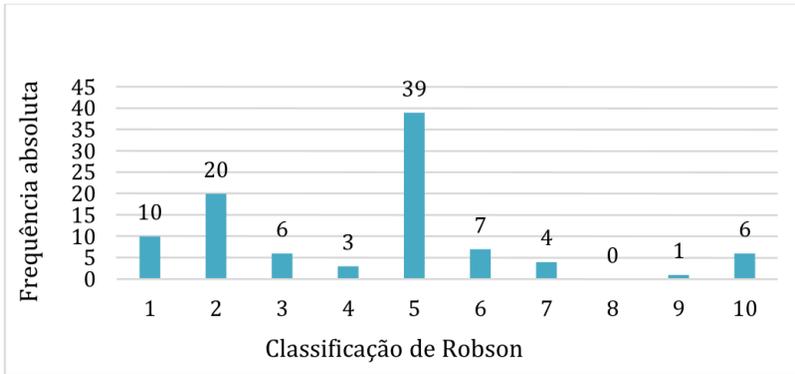


Gráfico 1. Distribuição das puérperas participantes do estudo.

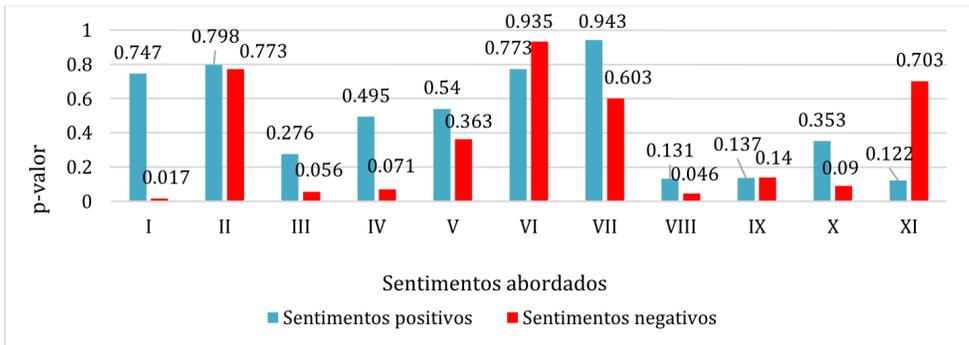


Gráfico 2: p-valor dos sentimentos positivos e negativos, distribuídos de acordo com as puérperas, classificadas na escala de Robson.

Legenda: I – Estado emocional; II – Conforto físico antes do parto; III – Apoio psicológico antes do parto; IV – Atuação da enfermagem; V – Atuação obstétrica; VI – Anestesia; VII – medo de morrer durante a cirurgia; VIII – Primeiro encontro com o filho; IX – Dor no pós-parto; X – Sofrimento durante o trabalho parto; XI - Aleitamento

O gráfico 1 revela as puérperas classificadas de acordo com a classificação de Robson, enquanto no gráfico 2, pode ser observado o p – valor dos sentimentos positivos e negativos destas mesmas pacientes.

As sensações positivas mais prevalentes foram: atuação do obstetra, primeiro encontro com seu filho e ação da enfermagem. Nota-se no gráfico correspondente, serem estes sentimentos relatados em maior proporção que os negativos, isto é, dor no pós-parto, sofrimento durante a parturição e medo de morrer durante a cirurgia, respectivamente, porém, com $p > 0,05$.

Após análises estatísticas realizadas por teste de qui-quadrado para tabelas de contingência, e correções mediante simulação de Monte Carlo, observou-se que nas

experiências das puérperas há prevalência, ainda que não significativa, dos sentimentos assistenciais positivos sobre os negativos, isto é, resultados com valores de $p > 0,05$. Estes resultados não foram associados à localização das pacientes dentro dos 10 grupos da classificação de Robson.

DISCUSSÃO

Utilizando-se a classificação em grupos apresentada por Robson, realmente permite analisar e planejar os partos cesáreas em grupos específicos e relevantes nas maternidades das instituições.²⁶

Este projeto visou analisar se as experiências positivas ou negativas de pacientes submetidas a parto cesárea, poderiam ser diferenciadas, quando distribuídas de acordo com os grupos estabelecidos pela classificação de Robson.

Dado que o cenário de estudo consistiu nesse hospital de atendimento de baixa e médias complexidades, obteve-se uma maior porcentagem de pacientes cujas classificações Robson eram de 1 a 5, seguindo o padrão mundial esperado.⁷

Ademais, foi observado a prevalência, ainda que não significativa, dos sentimentos positivos (atuação do obstetra, primeiro encontro com seu filho e ação da enfermagem), sobre os negativos (dor no pós-parto, sofrimento durante a parturição ou medo de morrer durante a cirurgia). Este aspecto também pode ser justificado pela população obstétrica de baixo risco, e pelo desfecho das cirurgias, visto que todas as puérperas entrevistadas não apresentaram intercorrências graves ao decorrer das cesáreas.^{27, 28}

CONCLUSÕES

Observou-se entre as pacientes cesareadas no HSL a prevalência, ainda que não significativa, dos sentimentos positivos (atuação do obstetra, primeiro encontro com seu filho e ação da enfermagem), sobre os negativos (dor no pós-parto, sofrimento durante a parturição ou medo de morrer durante a cirurgia).

As experiências ou sentimentos psicométricos das puérperas submetidas a parto cesáreo no HSL, porém, não estiveram interdependentes (distribuídos ou associados) ao tipo de grupo de pacientes da Classificação de Robson.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram inexistência de conflitos de interesses na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Cecatti JG, Calderon IRMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção de mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27: 357-65.
2. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58: 698-702.
3. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27:189-96.
4. Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas; [acesso em 10 de jun 2022]. Disponível em: (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?u).
5. UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil; [acesso em 15 jun 2022]. Disponível em: (<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>).
6. Brasil entre os campeões de cesárias; [acesso em 15 jun 2022]. Disponível em: (<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/brasil-e-vice-campeao-em-cesareas-e-esta-bem-longe-de-mudar/#>).
7. Clode N. A classificação de Robson: Apenas uma forma de classificar cesarianas? *Acta Obstet Ginecol Port, Coimbra.* 2017; 11: 80-2.
8. FIGO Working Group on Challenger in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *Int J Gynecol Obstet* 2016 Nov; 135:232-3.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF). Avaliação crítica do tipo de parto. 2001. p. 32-7.
10. Neme B, Zugaib M. Assistência Pré-natal. In: Neme B, editor. *Obstetrícia Básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 104-19.
11. As novas regras sobre parto na assistência complementar. *Rev. SOGESP.* 2015. 117: 8-9.
12. DATASUS/CNES; [acesso em 25 de fev 2022]. Disponível em: <http://www.hospitalsantalucinda.com.br/hospital/historia.html>.
13. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2013; 8: 2395-400.
14. Código de Nuremberg e Declaração de Helsinki; [acesso em 10 fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd183/codigo-de-nuremberg-e-declaracao-de-helsinki.htm>.
15. Resolução 466/12- Conselho Nacional de Saúde; [acesso em 10 de fev 2022]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Robson, MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* 2001; 12: 23–39.
17. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco. Manual Técnico.* 5ª ed., 2012. Antecipação eletiva do parto. 259-65.
18. Neme B, Zugaib M. Distócia funcional. In: Neme B, editor, *Obstetrícia Básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 678-87.

19. Neme B, Rozas A. Distócia fetal. In: Neme B, editor, *Obstetrícia Básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 687-725.
20. Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of newborn infant. *Rev Anesth Analg*. 1953; 32: 260-7
21. Junqueira SM. Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1987
22. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Arch Psych* 1932; 140: 1-55.
23. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, Pais. A. Parto: Expectativas, Experiências, Dor, Satisfação. *Psic Saúde & Doenç* 2003; 4: 47-67.
24. Siegel S, Castelani Jr NJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed; 2006. p. 448.
25. Peat J, Barton B. *Medical Statistics: A guide to data analysis and critical appraisal*. Massachusetts: Wiley, John & Sons, 2005. 336p.
26. Martinez-Rodriguez DL, Serrano-Diaz LC, Bravo-Aguirre DL, Serna-Vela FJ, Robles-Martinez MC. Utilidad y eficacia de la clasificación de Robson para disminuir la tasa de cesáreas. *Ginecol Obstet Mex*. 2018; 86: 627-33.
27. Novo JLVG, Pellicciari CR, Camargo LA, Bálsamo SS, Novo NF. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba*. 2017; 19: 67-71.
28. Simões JC, Buchner G. “Cesariana, um indicador de qualidade de cuidados obstétricos – mito ou realidade?”. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. 2015/2016.