



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS DE CHAPECÓ

CURSO DE ENFERMAGEM

RAFAELA REINICKE

TAXAS DE CESÁREA EM CHAPECÓ SANTA CATARINA: uma análise da
Classificação de Dez Grupos de Robson

CHAPECÓ

2018

RAFAELA REINICKE

**TAXAS DE CESÁREA EM CHAPECÓ SANTA CATARINA: uma análise da
Classificação de Dez Grupos de Robson**

Relatório do trabalho de conclusão apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, como requisito para a obtenção do título de Bacharelem Enfermagem.

Orientadora: Professora Doutora Eleine Maestri

CHAPECÓ

2018

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Reinicke, Rafaela

Taxas de Cesárea em Chapecó Santa Catarina: uma análise da Classificação de Dez Grupos de Robson / Rafaela Reinicke. -- 2018.

74 f.:il.

Orientadora: Doutora Eleine Maestri.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Enfermagem, Chapecó, SC , 2018.

1. Cesárea. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Enfermagem baseada em evidências. 5. Obstetrícia. I. Maestri, Eleine, orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

RAFAELA REINICKE

TAXAS DE CESÁREA EM CHAPECÓ SANTA CATARINA: uma análise da
Classificação de Dez Grupos de Robson

Relatório do trabalho de conclusão apresentado ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, como requisito para a obtenção do título de Bacharelem Enfermagem.

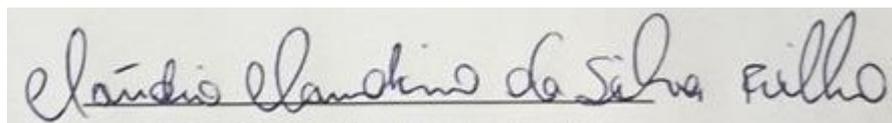
Orientadora: Professora Doutora Eleine Maestri

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
12/12/2018.

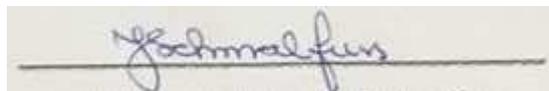
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Eleine Maestri



Prof. Dr. Cláudio Claudino da Silva Filho



Prof^a. Me. Joice Moreira Schmalfluss

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo o que recebi, consegui, conquistei e aprendi, e todas as pessoas maravilhosas na minha vida. Aos meus pais, Cintia e Adilson, por todo o apoio, incentivo, exemplo e tudo que sempre me deram, graças a eles cheguei até aqui. Ao meu irmão Rodrigo, que também sempre me apoiou. Ao meu amor, namorado, amigo e companheiro, Ricardo, que esteve ao meu lado, sempre me apoiou, incentivou e ajudou, inclusive no desenvolvimento deste trabalho. A minha família, em especial minha prima Danielle, que foi um exemplo para mim desde criança, da vida acadêmica e universitária, e sua irmã Helena, exemplos de mulheres independentes, batalhadoras e conquistadoras. As amigas que fiz durante este caminho, Thais, Vanessa e Ana, que sempre me auxiliaram, incentivaram e animaram. A minha orientadora maravilhosa e ótima professora, Eleine, que sempre me ajudou, me inspirou e tornou-se uma grande amiga. Aos professores que também fizeram parte desta caminhada e me inspiraram, em especial a professora Joice, a professora Jucimar e a professora Fabiana. As enfermeiras que foram também ótimas professoras e exemplos nesta jornada.

RESUMO

A cesariana é uma cirurgia que, com indicações precisas e quando realizada de maneira segura, contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal. No entanto, vem sendo utilizada de forma indiscriminada e devido às altas taxas de cesáreas em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde preconizou a adoção da Classificação de Robson, para tentar reduzir as taxas de cesáreas realizadas de maneiras desnecessárias. Esta pesquisa teve como objetivo conhecer a classificação de Robson das gestantes submetidas à cesárea em Chapecó, Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva exploratória, de abordagem estatística descritiva multivariada, do tipo análise de fator. A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, na Vigilância Epidemiológica, para a coleta de dados documental nas Declarações de Nascidos Vivos. Estes dados alimentaram a Planilha de Robson que foi preenchida com o número total de cesáreas de cada grupo, o número total de partos de cada grupo, o tamanho do grupo, em porcentagem, em relação ao total de partos, a porcentagem de cesáreas de cada grupo e a contribuição absoluta e relativa de cada grupo para a taxa de cesárea. O resultado desta pesquisa demonstrou que a taxa geral de cesáreas das gestantes de Chapecó, no ano de 2017, foi de 66,3%. No estabelecimento, majoritariamente, público essa taxa foi de 58%, no estabelecimento privado essa taxa alcançou 91,6%. O grupo de Robson que mais contribuiu na taxa absoluta de cesárea foi o 5 (multípara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, 37 semanas), com uma taxa de 22,1% e o 2 (nulíparas, único, cefálico, 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesárea antes do trabalho de parto), com uma taxa de 19,5%. Estes grupos foram os que mais contribuíram para a taxa de cesárea também no estabelecimento majoritariamente público, grupo 5 com 21,1% e grupo 2 com 14,7%, e no estabelecimento privado, grupo 5 com 25,5% e grupo 2 com 33,7%. Este resultado permite que ações específicas de educação sejam realizadas e direcionadas ao grupo de mulheres que, predominantemente, são submetidas a cesáreas desnecessárias. Também instiga os cursos de Enfermagem e Medicina para planejarem a formação profissional em saúde, com vistas a modificarem o perfil da realidade.

Palavras-chave: Cesárea. Enfermagem. Enfermagem obstétrica. Enfermagem baseada em evidências. Obstetrícia.

ABSTRACT

Caesarean section is a surgery that, with precise indications and when performed safely, contributes to the reduction of maternal and neonatal mortality. However, it has been used indiscriminately and due to high cesarean rates worldwide, the World Health Organization has advocated the adoption of the Robson Classification to try to reduce rates of cesarean delivery in unnecessary ways. This study aimed to know the Robson classification of pregnant women submitted to cesarean section in Chapecó, Santa Catarina. This is an exploratory descriptive quantitative research, with multivariate descriptive statistical approach, of type analysis of factor. The research was carried out in the Municipal Health Department of Chapecó, in the Epidemiological Surveillance, for the collection of documentary data in the Declarations of Live Births. These data fed the Robson Spreadsheet which was filled with the total number of cesareans in each group, the total number of deliveries in each group, the size of the group, in percentage, in relation to the total number of deliveries, the percentage of cesareans in each group group and the absolute and relative contribution of each group to the cesarean rate. The result of this research showed that the general rate of cesarean section of the pregnant women of Chapecó, in the year 2017, was 66.3%. In the establishment, the public rate was 58%, in the private establishment this rate reached 91.6%. The Robson group that contributed most to the absolute rate of cesarean section was 5 (multiparous with one or more previous cesarean, single, cephalic, 37 weeks), with a rate of 22.1% and 2 (nulliparous, single, cephalic, 37 weeks, induced labor or cesarean section before labor), with a rate of 19.5%. These groups also contributed to the cesarean rate in the majority of the public, group 5 with 21.1% and group 2 with 14.7%, and in the private establishment, group 5 with 25.5% and group 2 with 33.7%. This result allows specific education actions to be performed and directed to the group of women who, predominantly, undergo unnecessary caesarean sections. It also instigates Nursing and Medicine courses to plan professional training in health, with a view to changing the profile of reality.

Keywords: Cesarean section. Nursing. Obstetric nursing. Evidence-based nursing. Obstetrics.

LISTA DE SIGLAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ATP – Atividades Teórico Práticas

C – Cesárea

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DUM – Data da Última Menstruação

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

IG – Idade Gestacional

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RN – Recém-Nascido

SC – Santa Catarina

SESAU – Secretaria Municipal de Saúde

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TP – Trabalho de Parto

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VBAC – Vaginal Birth After Cesarean

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	20
4.1	Tipo de estudo	20
4.2	Local do estudo	22
4.3	Sujeito do estudo	23
4.4	Coleta de dados	24
4.5	Análise dos dados	25
4.6	Aspectos éticos	29
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXO A – Classificação de Robson	62
	ANEXO B – Grupos de Robson	63
	ANEXO C – Declaração de Nascidos Vivos	64
	ANEXO D - Declaração de Ciência e Concordância entre as instituições envolvidas	65
	ANEXO E–FormSUS	66
	ANEXO F - Parecer do CEP envolvendo seres humanos	67
	ANEXO G– Planilha de Robson	70
	ANEXO H – Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	71
	ANEXO I – Termo de Confidencialidade e Sigilo	73
	APÊNDICE A – Planilha para coleta de dados das Declarações de Nascidos Vivos	74

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) entrou em vigor em 07 de abril de 1948, data em que celebramos o Dia Mundial da Saúde, com o objetivo de construir um futuro melhor e mais saudável, trabalhando com os governos para garantir o mais alto nível de saúde possível para todos. A OMS é a autoridade diretora e coordenadora em saúde internacional no sistema das Nações Unidas. Trabalha pelo fornecimento de liderança em questões críticas, moldar a agenda de pesquisa para disseminar o conhecimento, estabelecer normas e padrões para sua implementação, articular políticas éticas baseadas em evidências, fornecer apoio técnico e monitorar a situação da saúde (WHO, 2018).

Por isso é importante que o ensino e a prática em Enfermagem sejam guiados pelas normativas e recomendações de órgãos como a OMS. De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, os currículos devem ser compatíveis com referências nacionais e internacionais, para atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), garantir a capacitação dos profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade, a qualidade e a humanização do atendimento (BRASIL, 2001). A DCN do curso de Medicina, de 2014, reforça os compromissos com o SUS (BRASIL, 2014).

Durante uma reunião promovida pela OMS, no Brasil, em Fortaleza, em 1985, um grupo de especialistas em saúde reprodutiva declarou que não existe razão para as taxas de cesáreas excederem 10-15%, em qualquer região do mundo (OMS, 2015). No Brasil, as taxas de cesarianas estão em aproximadamente 56%, 40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados (BRASIL, 2016^a). Em Chapecó, as taxas de cesárea foram de aproximadamente 65%, em 2016 (BRASIL, 2016^b).

Para reduzir o número de cesarianas desnecessárias, as taxas de cesárea não devem ser classificadas como altas ou baixas, mas sim, como necessárias e desnecessárias (MOURA; FEITOSA, 2017). Com a finalidade de monitorar e comparar as taxas de cesarianas no mundo, caracterizando as gestantes que realizaram cesáreas, para que sejam feitas nos casos em que são necessárias, a OMS propôs a adoção da Classificação de Robson (ANEXO A), proposta pelo médico Michael Robson, em 2001 (OMS, 2015).

Em 2015, a OMS lançou a declaração sobre taxas de cesáreas, que propõem que a Classificação de Robson seja utilizada em todo o mundo para identificar e analisar os grupos de mulheres que mais contribuem para o aumento das taxas de cesáreas. Comparar a prática destes grupos de mulheres em outras unidades que possuem resultados mais desejáveis e considerar mudanças em suas práticas. Avaliar a efetividade das estratégias ou intervenções direcionadas a diminuir o uso das cesarianas desnecessárias. Analisar a qualidade do cuidado e das práticas clínicas de acordo com os resultados dos grupos de mulheres. Verificar a qualidade dos dados coletados e conscientizar a equipe sobre a importância destes dados, da sua interpretação e uso (OMS, 2015).

Nas Atividades Teórico Práticas (ATP) vivenciadas ao decorrer do curso de Enfermagem em um hospital de referência no atendimento à gestante de alto risco no Oeste catarinense, e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi observado o grande número de cesáreas, muitas delas sem indicações precisas e sem registros dos reais motivos pelos quais foram realizadas. Durante a realização do cuidado de enfermagem às puérperas, algumas relataram sentirem-se coibidas ao parto normal, por terem recebido a informação de que o parto normal estava contraindicado se houvesse cesárea prévia, por isso foram submetidas à cesárea, outras referiam que optaram pela cesárea por insegurança em relação a sua capacidade parturitiva.

Assim, surgiu como pergunta de pesquisa: qual a classificação de Robson das gestantes submetidas à cesariana em Chapecó, Santa Catarina (SC)?

O resultado desta pesquisa suscita ações específicas de educação direcionadas ao grupo de mulheres que predominantemente são submetidas à cesáreas desnecessárias em Chapecó. Também se espera que instigue os cursos da área da saúde a planejarem a formação profissional em saúde, com vistas a modificarem o perfil da realidade do município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a classificação de Robson das gestantes submetidas à cesárea no município de Chapecó, SC.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os grupos de mulheres, predominantemente, submetidas à cesárea no município, segundo a classificação de Robson
- Comparar os grupos de mulheres submetidas à cesárea em um estabelecimento público e referência em gestação de alto risco, e outro privado

3 REVISÃO DE LITERATURA

A cesariana é um procedimento no qual o feto é retirado da gestante por uma incisão na parede abdominal e uterina. De acordo com a época e civilização, teve significados diferentes, como a finalidade de retirar o feto da mãe morta ou em estado terminal para salvá-lo ou sepultá-lo separado da mãe, devido algumas religiões. Atualmente, a cesariana é indicada quando não há possibilidade de realizar-se o parto normal, com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade materna e fetal (MOURA; FEITOSA, 2017).

É uma cirurgia que com indicações precisas e realizada de maneira segura, contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal. Entretanto, nas últimas décadas há um grande aumento nas taxas de cesárea em todo o mundo. Apesar de a OMS preconizar uma taxa de cesárea menor que 15%, de acordo com o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Brasil é um dos países que possuem as taxas mais elevadas, maior que 50%. A cesariana realizada sem real indicação médica, apenas por conveniência médica, tem sido estudada por todo o mundo. As evidências na literatura mostram que além de as taxas de cesárea no Brasil estarem elevadas, as indicações não são precisas, principalmente pela falta de registro do real motivo da realização da cirurgia (ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014).

Não há estudos que comprovem que cesarianas em mulheres e bebês que não precisam do procedimento tragam algum benefício aos mesmos. Pelo contrário, a cesariana pode trazer riscos imediatos e em longo prazo como qualquer cirurgia, principalmente para mulheres com acesso a cuidados obstétricos limitados (OMS, 2015).

A cesárea envolve risco de morte materna dez vezes maior do que o parto normal. Os riscos maiores para a mulher são: hemorragias, infecções puerperais,

embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte. Para o neonato, os riscos são maiores de problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anoxia, mortalidade neonatal, morbidade respiratória, devido à diminuição da idade gestacional, e risco de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Quando a cesariana é necessária, recomenda-se que seja realizada após o início do trabalho de parto, para respeitar as etapas e o ritmo natural entre a mãe e o bebê, diminuindo alguns destes riscos, inclusive quando é uma cesariana eletiva (ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014).

Entre as indicações de cesárea, estão as indicações absolutas, que são placenta prévia, feto em posição transversa, prolapso de cordão, ruptura da vasa prévia e descolamento prematuro de placenta (UNICEF, 2017). E as indicações relativas, que são aquelas que em alguns casos oferecem risco à mãe e ao bebê, como pré-eclâmpsia, diabetes, lúpus (BRASIL, 2016).

As principais causas normalmente utilizadas para indicação de cesarianas são a cesárea prévia, a primiparidade, a cesárea eletiva e o medo da dor do parto (ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014). Os avanços tecnológicos acabaram diminuindo a autonomia da mulher como protagonista do parto. Pesquisas com o objetivo de identificar a preferência pela via de parto mostram que a maioria das gestantes tem preferência pelo parto natural, enquanto a maioria dos obstetras relatou preferência pelo parto cesariano (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

De acordo com estudos, a principal causa para o aumento das taxas de cesáreas seria a interferência dos médicos, que justificam a cesariana como um procedimento mais confortável e seguro para a mãe e o bebê. De acordo com a pesquisa de Junior, Steffani e Bonamigo, realizada com o objetivo de identificar a expectativa de gestantes e médicos obstetras em relação à via de parto, a maioria das gestantes têm preferência pelo parto natural, por ser prático, natural, não necessitar de intervenção cirúrgica, pelo medo de sofrimento e dor pós cesárea e

por contribuir para a experiência de ser mãe (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

Os obstetras têm ligeira preferência pela cesariana, porém são a favor da indicação do parto natural em condições normais e, se fossem indicar para sua mulher ou para si, quando mulher, indicariam parto natural. Em caso de a gestante solicitar cesárea, a maioria dos obstetras atenderia ao pedido. Entretanto, quando indagados sobre o direito da gestante escolher a via de parto no SUS, a maioria respondeu negativamente. As gestantes que preferem a cesárea alegaram a praticidade, conforto, menos prejuízo para a vida sexual, maior segurança para o bebê, ser um método indolor, porém algumas admitem prejuízos para amamentar (JUNIOR; STEFFANI; BONAMIGO, 2013).

A Classificação de Robson permite classificar todas as gestantes em dez grupos (ANEXO B), sendo totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva. Para classificá-la são usados cinco conceitos: antecedente obstétrico (nulípara, múltipara sem cesárea (C) anterior ou múltipara com uma ou mais C anterior), número de fetos (único ou múltiplo), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica), idade gestacional (termo ≥ 37 semanas ou pré-termo < 37 semanas) e início do trabalho de parto (TP) (espontâneo ou induzido ou C antes do início do TP) (ANS, 2016).

Os grupos de Robson permitem caracterizar qual é a população atendida no hospital, comparar diferentes hospitais, avaliar mudanças na população atendida em um mesmo hospital e comparar relatórios anuais. Segundo a OMS (2015) os grupos são apresentados conforme segue:

- Grupo 1 – composto por nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em TP espontâneo.
- Grupo 2 – composto por nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à C antes do início do TP.

- Grupo 3 – composto por multíparas sem C anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, em TP espontâneo.
- Grupo 4 – composto por multíparas sem C anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à C antes do início do TP.
- Grupo 5 – composto por todas multíparas com pelo menos uma C anterior, com feto único, cefálico, \geq 37 semanas.
- Grupo 6 – composto por todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.
- Grupo 7 – composto por todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com C anterior(es).
- Grupo 8 – composto por todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com C anterior(es).
- Grupo 9 – composto por todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com C anterior(es).
- Grupo 10 – composto por todas gestantes com feto único e cefálico, $<$ 37 semanas, incluindo aquelas com C anterior(es).

O grupo 2 pode ser subdividido em subgrupo 2a (nulíparas, único, cefálico, \geq 37 semanas, TP induzido) e 2b (nulíparas, único, cefálico, \geq 37 semanas, C antes do TP). O grupo 4 pode ser subdividido em subgrupo 4a (multípara sem cesárea anterior, único, cefálico, \geq 37 semanas, TP induzido) e 4b (multípara sem cesárea anterior, único, cefálico, \geq 37 semanas, cesárea antes do TP). E o grupo 5 pode ser subdividido em subgrupo 5.1 (multípara com uma cesárea anterior, único, cefálico, \geq 37 semanas) e 5.2 (multípara com duas ou mais cesáreas anteriores, único, cefálico, \geq 37 semanas). Esta subdivisão serve para melhorar a uniformidade e homogeneidade dos grupos, estratificando as mulheres de cada grupo de acordo com estas características. Isso pode ser muito útil para planejar e implementar intervenções específicas para cada grupo, dependendo do tamanho destes. É

importante que estes subgrupos não sejam analisados de forma isolada, mas sim, dentro da análise dos dez grupos. Entretanto, é recomendado que antes de analisar estes subgrupos, a pessoa esteja acostumada com a análise dos dez grupos, para não causar erros de interpretação (WHO, 2017).

Os dados para a Classificação de Robson são coletados a partir da Declaração de Nascido Vivo (DNV) (ANEXO C), que é um documento de identidade provisória que garante o direito de acesso aos serviços públicos até que a certidão de nascimento seja emitida. Seus dados também alimentam o SINASC, o que permite ao Ministério da Saúde (MS) mostrar quais são as prioridades na atenção à saúde da mãe e do bebê e fornece os indicadores de saúde relacionados ao pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer, mortalidade infantil e materna (BRASIL, 2012^a).

Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos de profissionais que haviam utilizado a Classificação de Robson, onde os prós e contras, barreiras e facilitadores, assim como possíveis modificações necessárias foram identificados (OMS, 2015). As facilidades são a simplicidade, robustez, confiabilidade e flexibilidade da classificação. E as dificuldades podem ocorrer devido a falta de dados, erro de classificação das mulheres nos grupos e falta de definição ou consenso das variáveis bases da classificação, como por exemplo, como classificar a diferença entre aceleração e indução do trabalho de parto (WHO, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este projeto é uma ramificação do projeto guarda-chuva denominado “A Formação e Atuação Profissional no Sistema Único de Saúde”, que tem como objetivo compreender os processos de formação e atuação profissional na saúde para atender às necessidades epidemiológicas, às Políticas de Saúde e às orientações da Organização Mundial da Saúde preconizadas no Sistema Único de Saúde.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva exploratória, de abordagem estatística descritiva multivariada, do tipo análise de fator. A pesquisa quantitativa possui informação numérica resultante de mensuração formal analisada por procedimentos estatísticos. Quando é descritiva, o pesquisador observa, conta, descreve e classifica, envolvendo predominância, incidência, tamanho e atributos mensuráveis de um fenômeno. Quando é exploratória, além de observar e descrever, o pesquisador investiga a natureza complexa e fatores relacionados do fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A estatística descritiva é utilizada para descrever e sintetizar os dados, como por exemplo, médias e porcentagens. A estatística multivariada avalia três ou mais variáveis simultaneamente, trazendo mais rigor aos estudos. E a análise de fator é utilizada para desenvolver, refinar ou validar instrumentos complexos, ou seja, reduzir um conjunto grande de variáveis para um conjunto menor, desvendando as interrelações entre as variáveis e quais pertencem ao mesmo grupo de conceitos ou fatores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo quantitativo segue uma sequência lógica de passos, do ponto inicial, colocação da questão, para o ponto final, obtenção de uma resposta. Essa sequência é similar em todos os estudos e possui cinco fases, descritas a seguir (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Fase 1 – Conceitual: é composta pelos passos iniciais da pesquisa e envolve criatividade, raciocínio, compreensão e fundamentação em pesquisas anteriores.

- Passo 1: formulação e delimitação de um problema de pesquisa significativo.
- Passo 2: realização de uma revisão de literatura minuciosa para fundamentar a pesquisa.
- Passo 3: definição da estrutura teórica anterior para ser utilizada como base para gerar previsões que podem ser testadas.
- Passo 4: formulação de hipóteses, prever como as variáveis da pesquisa se relacionarão.

Fase 2 – Delineamento e planejamento: envolve a tomada de decisões sobre os métodos de pesquisa e o planejamento da coleta de dados.

- Passo 5: seleção do delineamento da pesquisa, ou seja, do plano para obter as respostas para as questões do estudo.
- Passo 6: identificação da população que será estudada.
- Passo 7: delineamento do plano de amostragem, como a amostra será selecionada e quantos sujeitos existirão.
- Passo 8: especificação dos métodos para medir as variáveis de pesquisa, para a coleta de dados.
- Passo 9: finalização e revisão do plano de pesquisa pelo docente, antes de colocá-la em prática.

- Passo 10: condução de um estudo piloto e realização de revisões para melhorar ou investigar a viabilidade do projeto.

Fase 3 – Empírica: envolve a coleta de dados e preparação desses dados para análise.

- Passo 11: coleta de dados, prossegue de acordo com um plano que envolve os procedimentos para recrutar a amostra, descrição do estudo para os sujeitos envolvidos, obtenção dos consentimentos necessários, treinamento dos envolvidos na coleta de dados e coleta de dados.
- Passo 12: preparação dos dados para análise, como a codificação ou a transferência de dados de documentos escritos para arquivos de computador.

Fase 4 – Analítica: os dados não são relatados na sua forma bruta, são antes analisados e interpretados.

- Passo 13: análise dos dados através de procedimentos estatísticos.
- Passo 14: interpretação dos resultados, para tentar explicar os resultados de acordo com a teoria, resultados anteriores e adequação dos métodos utilizados na pesquisa.

Fase 5 – Divulgação: o trabalho não está completo até que aconteça a divulgação dos resultados.

- Passo 15: comunicação dos resultados por meio dos relatórios de pesquisa.
- Passo 16: utilização dos resultados na prática ou recomendações, no relatório de pesquisa, sobre incorporação dos resultados do estudo na prática de Enfermagem.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, SC, na Vigilância Epidemiológica, para a coleta de dados documental nas DNV. Os critérios de inclusão foram: DNV de gestantes que tiveram seus partos em Chapecó no período de um ano, (de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017). Os critérios de exclusão foram: DNV que estivessem com o preenchimento do bloco V – Gestação e Parto, incompleto.

Foi realizada a aproximação com o campo de pesquisa, por meio de conversas com a enfermeira coordenadora da Secretaria Municipal de Saúde e com a enfermeira coordenadora da Vigilância Epidemiológica. A elas foram apresentados todos os documentos necessários para a realização da coleta de dados.

4.3 Sujeito do estudo

A DNV é dividida em oito blocos. O bloco I – Identificação do Recém-Nascido, traz informações como nome, data e hora do nascimento, sexo, peso, Apgar e se possui alguma anomalia ou defeito congênito. O bloco II – Local da Ocorrência, informa qual foi o local, estabelecimento, endereço, CEP, bairro/distrito, município e estado. O bloco III – Mãe, possui informações como o nome, número do cartão SUS, nível de escolaridade, ocupação habitual, data de nascimento, idade, naturalidade, situação conjugal, raça/cor, logradouro, CEP, bairro/distrito, município e estado. O bloco IV – Pai, possui nome e idade.

O bloco V – Gestação e Parto, foco desta pesquisa, traz informações referentes às gestações anteriores, o número de gestações anteriores, partos vaginais, cesáreas, nascidos vivos e perdas fetais ou abortos. Referentes à gestação atual, Data da Última Menstruação (DUM), número de semanas de gestação e método utilizado para estimar, número de consultas de pré-natal, mês de gestação em que iniciou o pré-natal e tipo de gravidez. E referentes ao parto,

apresentação fetal, se o trabalho de parto foi induzido, tipo de parto, caso tenha sido cesárea, se ocorreu antes do trabalho de parto iniciar, e qual o profissional que assistiu o parto.

O bloco VI – Anomalia Congênita, possui um espaço para descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados. O bloco VII – Preenchimento, é destinado para informações sobre quem preencheu a DNV, como data, nome, função, tipo do documento que possui, número do documento e órgão emissor. E o bloco VIII – Cartório, possui as informações do cartório de registro civil, como nome do cartório, registro, data, município e estado.

4.4 Coleta de dados

As DNV foram consultadas no setor da Vigilância Epidemiológica, na Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó – SC. Foram consultadas todas as DNV do ano de 2017, inclusive as incompletas, que fazem parte da avaliação proposta por Robson. Para a coleta das DNV foi utilizada uma planilha do LibreOffice (APÊNDICE A), onde os dados foram lançados, classificados nos dez grupos de Robson, e depois, inseridos na Planilha de Robson (ANEXO G).

Estes dados alimentaram Planilha de Robson, que foi preenchida com o número total de cesáreas de cada grupo, o número total de partos de cada grupo, o tamanho do grupo, em porcentagem, em relação ao total de partos, a porcentagem de cesáreas de cada grupo e a contribuição absoluta e relativa de cada grupo para a taxa de cesárea (WHO, 2017).

Os dados foram coletados no período de 29 de agosto a 28 de setembro de 2018, após aprovação do comitê de ética. A análise dos dados foi realizada de acordo com a Planilha de Robson, a partir da verificação de quantas parturientes

não puderam ser classificadas, da avaliação do tamanho de cada grupo de Robson e das taxas de cesárea de cada hospital e de Chapecó. Foram verificadas a acurácia do preenchimento das DNV, as taxas de C por grupo de Robson e quais grupos mais contribuíram para a taxa geral de cesárea (ANS, 2016).

4.5 Análise dos dados

Para realizar a análise dos dados, os grupos não devem ser interpretados individualmente antes de analisar os dez grupos como um todo. A interpretação dos dados segue uma série de etapas divididas em três domínios: 1) qualidade dos dados, 2) tipo da população e 3) taxa de cesáreas. Serão apresentados a seguir os passos propostos por Robson (WHO, 2017).

1) Qualidade dos dados

Primeiro passo: avaliar o número total de cesáreas e de partos no hospital (últimas linhas da coluna 2 e 3). Esses números devem ser idênticos ao número total de cesáreas e de partos no hospital. Se estes dados não combinam, faltam dados ou estão incorretos.

Segundo passo: avaliar o tamanho do grupo 9 (coluna 4). Deve ser menos que 1%. Se for maior, é provável que uma mulher com feto em apresentação pélvica foi classificada com feto em apresentação transversa.

Terceiro passo: avaliar as taxas de cesárea do grupo 9 (coluna 5). Deve ser 100%. Pois se a mulher teve parto vaginal, deve ser classificado como cefálico ou pélvico.

2) Tipo da população

Primeiro passo: avaliar o tamanho do grupo 1 + 2 (coluna 4). Geralmente representa 35 - 42% da população obstétrica da maioria dos hospitais. Quando a proporção de mulheres que tiveram apenas um filho é maior que as mulheres que tiveram mais de um filho, o grupo de nulíparas tende a ser maior. Quando ocorre o contrário, o tamanho do grupo 1 + 2 será menor desde que a maior parte da população seja de mulheres múltiparas.

Segundo passo: avaliar o tamanho do grupo 3 + 4 (coluna 4). Geralmente representa aproximadamente 30% das mulheres. Quando a proporção de mulheres com mais de um filho é maior que as mulheres que tiveram apenas um filho, o tamanho do grupo 3 + 4 será maior que 30% (desde que tiveram parto vaginal).

Terceiro passo: avaliar o tamanho do grupo 5 (coluna 4). Está relacionado com a taxa geral de cesáreas. É geralmente a metade do total da taxa de cesáreas. Quando a taxa de cesáreas é baixa, está abaixo de 10%.

Quarto passo: avaliar o tamanho do grupo 6 + 7 (coluna 4). Deve ser 3 - 4%. Se for muito maior que 4%, a razão mais comum geralmente é a alta taxa de partos pré-termo ou uma grande proporção de nulíparas. Portanto avalie o grupo 10 (coluna 4), se estiver maior que 4 - 5%, essa hipótese pode estar correta.

Quinto passo: avaliar o grupo 8 (coluna 4). Deve estar entre 1,5 - 2%. Se for maior, o hospital deve ser referência em alto risco ou ter um programa de fertilização. Se for menor, o hospital deve referenciar a gestação gemelar para um hospital de referência, principalmente se a taxa de cesárea de gemelares for baixa.

Sexto passo: avaliar o grupo 10 (coluna 4). Deve ser menor que 5% nas situações de risco mais comuns. Se for maior, o hospital deve ser referência em alto risco, ou há um alto risco de nascimentos prematuros na população que o hospital

atende. Se as taxas de cesáreas forem baixas neste grupo, pode representar uma preponderância de partos prematuros espontâneos. Se as taxas de cesárea forem altas neste grupo, pode sugerir cesáreas prematuras por restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia e outras complicações gestacionais ou médicas.

Sétimo passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 1 e 2 (divida o tamanho do grupo 1 pelo tamanho do grupo 2). É geralmente 2:1 ou maior. Se for menor, nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2).

Oitavo passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 3 e 4 (divida o tamanho do grupo 3 pelo tamanho do grupo 4). É sempre maior que a proporção entre o grupo 1 e 2, maior que 2:1. Se for menor, nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2). Ou uma proporção menor (devido ao grupo 4b ser maior) pode sugerir uma experiência materna anterior ruim de parto vaginal e o pedido de cesárea antes do trabalho de parto em múltiparas. Ou a cesárea antes do trabalho de parto pode ter sido realizada para fazer uma ligação tubária.

Nono passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 6 e 7 (divida o tamanho do grupo 6 pelo tamanho do grupo 7). É geralmente 2:1, pois partos pélvicos são mais frequentes em nulíparas do que em múltiparas. Se for diferente suspeite de uma proporção incomum entre nulípara e múltipara ou de uma coleta de dados imprecisos.

3) Taxa de cesáreas

Primeiro passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 1 (coluna 5). Taxas abaixo de 10% são alcançáveis. A princípio, quanto maior a proporção dos grupos 1:2, maior a probabilidade de os dois grupos terem a taxa de cesáreas alta individualmente. Entretanto a alta taxa de cesáreas nos grupos 1 e 2 combinadas pode ainda ser baixa ou a mesma.

Segundo passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 2 (coluna 5). É consistentemente entre 20-35%. A taxa de cesáreas no grupo 2 reflete diretamente da taxa do grupo 2a e 2b.

Terceiro passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 3 (coluna 5). Normalmente não é maior que 3%. Taxas maiores podem significar que mulheres com cicatrizes uterinas anteriores (grupo 5) foram classificadas no grupo 3. Outra razão pode ser a realização de ligação tubária, por falta de acesso à contracepção ou pedido materno.

Quarto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 4 (coluna 5). Raramente é maior que 15%. A taxa de cesáreas no grupo 4 reflete a taxa do grupo 4a e 4b. A alta taxa de cesáreas no grupo 4 pode ocorrer pela inclusão de mulheres com cicatrizes uterinas anteriores neste grupo, quando deveriam estar no grupo 5. Ou pode refletir do pedido materno por cesárea, mesmo que a mulher já teve um parto vaginal anterior, devido a algum traumático ou prolongado trabalho de parto anterior ou para fazer ligação tubária.

Quinto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 5 (coluna 5). Taxas de 50-60% são consideradas apropriadas se houver um bom resultado materno e perinatal. Se a taxa for maior, pode ser devido a um grande grupo 5b (mulheres com duas ou mais cesáreas anteriores), ou devido ao agendamento de cesárea antes do início do trabalho de parto para mulheres com uma cesárea prévia, sem tentar o parto.

Sexto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 8 (coluna 5). Geralmente em torno de 60%. Variações dependerão do tipo de gestação gemelar e da proporção de nulíparas ou multíparas com ou sem cesárea anterior.

Sétimo passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 10 (coluna 5). Na maioria das populações fica em torno de 30%. Se for maior, geralmente é devido a muitos casos de gravidez de alto risco. Se for menor, sugere uma alta taxa de partos prematuros espontâneos e conseqüentemente uma baixa taxa geral de cesárea.

Oitavo passo: avaliar a contribuição relativa dos grupos 1, 2 e 5 para a taxa geral de cesárea (some a contribuição de cada um destes grupos na coluna 7). Estes três grupos geralmente contribuem para 2/3 (66%) de todas as cesáreas realizadas na maioria dos hospitais. Estes três grupos devem ser foco de atenção se o hospital estiver tentando diminuir a taxa geral de cesárea. Quanto maior a taxa geral de cesárea, maior deve ser o foco no grupo 1.

Nono passo: avaliar a contribuição absoluta do grupo 5 para a taxa geral de cesáreas (coluna 7). Se for muito alta, pode indicar que nos anos anteriores, as taxas de cesáreas dos grupos 1 e 2 foram altas e que vale a pena explorá-las futuramente.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética, e aprovada sob o CAAE: 91743618.4.0000.5564, no dia 16 de agosto de 2018.

Foi solicitada autorização da instituição e enviados os documentos necessários: Declaração de Ciência e Concordância entre as instituições envolvidas (ANEXO D), cópia do projeto de pesquisa, FormSUS com a Declaração de Ciência e Concordância, com os carimbos e assinaturas do pesquisador, coordenação do serviço e autorização da SESAU (ANEXO E), e parecer do CEP envolvendo seres humanos (ANEXO F).

Foi realizada a solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO H), e Termo de Confidencialidade e Sigilo (ANEXO I) para a coleta de dados das DNV, de acordo com a Resolução 466/2012, pois trata-se de pesquisa retrospectiva com informações das DNV, bloco V – Gestação e Parto, não utilizando qualquer informação pessoal ou que possa identificar alguém. E devido ao grande número de DNV que foram consultadas, 4.250, não seria possível localizar todas as mães dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa.

Os riscos da pesquisa seriam: gerar uma desorganização nos arquivos documentais da Vigilância Epidemiológica. Entretanto, foi verificada a possibilidade de coletar os mesmos dados no computador do setor, de forma a otimizar o tempo para a coleta. Devido aos termos éticos de sigilo, foi optado por não utilizar a ajuda de voluntários para a parte da coleta nas DNV. A pesquisa traz como benefício a caracterização das gestantes que mais contribuem com as taxas de cesáreas em Chapecó – SC, para que sejam reduzidas nos casos em que são desnecessárias.

Os resultados serão divulgados por meio de publicações e roda de conversa com os profissionais da Vigilância Epidemiológica.

5 RESULTADOS

Após a realização da coleta dos dados, digitados na planilha do LibreOffice, estes foram classificados nos dez grupos de Robson por meio de ferramentas de filtro e iterações, de acordo com as características obstétricas de cada grupo. Primeiro os dados foram filtrados pela apresentação fetal para obter o grupo 9. Depois pelo número de fetos para obtenção do grupo 8. Posteriormente pela IG, obtendo-se o grupo 10. Na sequência, pela paridade para obter o grupo 6 e 7. Após, pelos antecedentes obstétricos para obtenção do grupo 5. E pelo início do TP obtendo-se os grupos 4, 3, 2 e 1. Depois estes dados foram inseridos na Planilha de Robson para análise estatística.

Os dados também foram filtrados de acordo com o estabelecimento, sendo um considerado público, pois atende majoritariamente pelo SUS, no entanto também realiza alguns atendimentos particulares e por convênios (3.149 partos), e outro privado (1.080 partos), domicílio (12 partos), e outros como pronto atendimento (3 partos), carro e a caminho do hospital (6 partos).

Para realizar a análise dos dados os grupos não devem ser interpretados individualmente antes de analisar os dez grupos como um todo. A interpretação dos dados seguiu uma série de etapas divididas nos domínios: 1) qualidade dos dados, 2) tipo da população e 3) taxa de cesáreas, conforme mencionado anteriormente, respeitando-se os passos propostos por Robson (WHO, 2017).

1) Qualidade dos dados

Primeiro passo: avaliar o número total de cesáreas e de partos no hospital (últimas linhas da coluna 2 e 3). Foram **4.250** DNV coletadas, onde **2.816** foram cesáreas. Esses números devem ser idênticos ao número total de cesáreas e de partos no hospital. Se estes dados não combinam, faltam dados ou estão incorretos.

No estabelecimento público foram **3.149** DNV coletadas, onde **1.827** foram cesárea. No estabelecimento privado foram **1.080** DNV coletadas, onde **989** foram cesárea. Três DNV, cesáreas, não foram classificáveis nos grupos, devido inconsistência no preenchimento. Destas, duas na instituição pública e uma na instituição privada.

Segundo passo: avaliar o tamanho do grupo 9 (todas córmicas ou oblíquas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 4), foi de **0,2%**. Deve ser menos que 1%. Se for maior, é provável que uma mulher com feto em apresentação pélvica foi classificada com feto em apresentação transversa. No estabelecimento público foi de **0,2%**. No estabelecimento privado foi de **0,3%**.

Terceiro passo: avaliar as taxas de cesárea do grupo 9 (coluna 5). Estas foram e devem ser **100%**, em ambos os estabelecimentos, pois se a mulher teve parto vaginal, deve ser classificado como cefálico ou pélvico.

Planilha de Robson Todos							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)	
1	162	315	7,4	51,4	3,8	5,8	
2	827	1201	28,3	68,9	19,5	29,4	
3	81	305			1,9	2,9	
4	280	664			6,6	9,9	
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3	
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9	
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3	
8	100	117	2,8	85,5	2,4	3,6	
9	10	10	0,2	100		0,4	
10	242	387	9,1	62,5	5,7	8,6	
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1	
Total	2816	4250			66,3	100	

Diagrama de anotações no texto original:

- Um retângulo vermelho circunda a célula "Segundo passo" sobre a coluna "Tamanho do grupo (%)" da linha 9.
- Um retângulo vermelho circunda a célula "Terceiro passo" sobre a coluna "Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)" da linha 9.
- Um retângulo vermelho circunda a célula "Primeiro passo" sobre a linha "Total".
- Setas vermelhas apontam do retângulo "Segundo passo" para a célula "0,2" e do retângulo "Terceiro passo" para a célula "100".
- Uma seta vermelha aponta do retângulo "Primeiro passo" para a célula "4250" na linha "Total".

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)	
1	99	217	6,9	45,6	3,1	5,4	
2	463	831	26,4	55,7	14,7	25,3	
3	63	264			2	3,4	
4	194	571			6,2	10,6	
5	663	782	24,8	84,8	21,1	36,3	
6	48	50	1,6	96	1,5	2,6	
7	56	59	1,9	94,9	1,8	3,1	
8	73	89	2,8	82	2,3	4	
9	7	7	0,2	100		0,4	
10	159	277	8,8	57	5	8,7	
N. C.	2	2	0,1	100	0,1	0,1	
Total	1827	3149			58	100	

Planilha de Robson Estabelecimento privado							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)	
1	63	94	8,7	67	5,8	6,4	
2	364	369	34,2	98,6	33,7	36,8	
3	18	33			1,7	1,8	
4	86	93			8	8,7	
5	275	281	26,0	97,9	25,5	27,8	
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3	
7	36	37	3,4	97,3	3,3	3,6	
8	27	28	2,6	96,4	2,5	2,7	
9	3	3	0,3	100		0,3	
10	83	105	9,7	79	7,7	8,4	
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1	
Total	989	1080			91,6	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

2) Tipo da população

Primeiro passo: avaliar o tamanho do grupo 1 + 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (coluna 4), foi de **35,7%**. Geralmente representa 35-42% da população obstétrica da maioria dos hospitais. Quando a proporção de mulheres que tiveram apenas um filho é maior que as mulheres que tiveram mais de um filho, o grupo de nulíparas tende a ser maior. Quando ocorre o contrário, o tamanho do grupo 1 + 2 será menor desde que a maior parte da população seja de mulheres múltiparas. No estabelecimento público foi de **33,3%**. No estabelecimento privado foi de **42,9%**.

Segundo passo: avaliar o tamanho do grupo 3 + 4 (múltiparas sem cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (coluna 4), foi de **22,8%**. Geralmente representa aproximadamente 30% das mulheres. Quando a proporção de mulheres com mais de um filho é maior que as mulheres que tiveram apenas um filho, o tamanho do grupo 3 + 4 será maior que 30% (desde que tiveram parto vaginal). No estabelecimento público foi de **26,5%**. No estabelecimento privado foi de **11,7%**.

Terceiro passo: avaliar o tamanho do grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (coluna 4), foi de **25,1%**. Está relacionado com a taxa geral de cesáreas. É geralmente a metade do total da taxa de cesáreas. Quando a taxa de cesáreas é baixa, está abaixo de 10%. No estabelecimento público foi de **24,8%**. No estabelecimento privado foi de **26%**.

Planilha de Robson Todos							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa à taxa de cesárea (%)	
1	162	315	7,4	51,4	3,8	5,8	
2	827	1201	28,3	68,9	19,5	29,4	
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9	
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9	
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3	
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9	
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3	
8	100	117	2,8	85,5	2,4	3,6	
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4	
10	242	387	9,1	62,5	5,7	8,6	
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1	
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100	

Diagrama de anotações no texto original:

- 35,7% (soma de 7,4% e 28,3%) → Primeiro passo
- 22,8% (soma de 7,2% e 15,6%) → Segundo passo
- Terceiro passo (soma de 25,1% e 2,3%)

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesárea (%)	
1	99	217	6,9	45,6	3,1	5,4	
2	463	831	26,4	55,7	14,7	25,3	
3	63	264	8,4	24,2	2,2	4,1	
4	194	571	18,1	34,3	6,2	11,5	
5	663	782	24,8	84,8	21,1	36,3	
6	48	50	1,6	96,0	1,5	2,6	
7	56	59	1,9	94,9	1,8	3,1	
8	73	89	2,8	82,0	2,3	4,0	
9	7	7	0,2	100,0	0,2	0,4	
10	159	277	8,8	57,0	5,0	8,7	
N. C.	2	2	0,1	100,0	0,1	0,1	
Total	1827	3149	100	58	58	100	

Planilha de Robson Estabelecimento privado							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesárea (%)	
1	63	94	8,7	67,0	5,8	6,4	
2	364	369	34,2	98,6	33,7	36,8	
3	18	33	3,1	54,5	1,7	1,8	
4	86	93	8,6	92,5	7,8	7,7	
5	275	281	26,0	97,9	25,5	27,8	
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3	
7	36	37	3,4	94,6	3,3	3,6	
8	27	28	2,6	96,4	2,5	2,7	
9	3	3	0,3	100,0	0,3	0,3	
10	83	105	9,7	79,0	7,7	8,4	
N. C.	1	1	0,1	100,0	0,1	0,1	
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quarto passo: avaliar o tamanho do grupo 6 + 7 (nulíparas e múltiparas, pélvicas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 4), foi de **4,3%**. Deve ser 3-4%. Se for muito maior que 4%, a razão mais comum geralmente é a alta taxa de partos pré-termo ou uma grande proporção de nulíparas. Portanto avalie o grupo 10 (cefálico, <37 semanas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 4), foi de **9,1%**, se estiver maior que 4-5%, essa hipótese pode estar correta. No estabelecimento público foi de **3,5%** e **8,8%**, respectivamente. No estabelecimento privado foi de **6,7%** e **9,7%**, respectivamente.

Quinto passo: avaliar o grupo 8 (todas gestações múltiplas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 4), foi de **2,8%**. Deve estar entre 1,5-2%. Se for maior, o hospital deve ser referência em alto risco ou ter um programa de fertilização. Se for menor, o hospital deve referenciar a gestação gemelar para um hospital de referência, principalmente se a taxa de cesárea de gemelares for baixa. No estabelecimento público foi de **2,8%**. No estabelecimento privado foi de **2,6%**.

Sexto passo: avaliar o grupo 10 (cefálico, <37 semanas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 4), foi de **9,1%**. Deve ser menor que 5% nas situações de risco mais comuns. Se for maior, o hospital deve ser referência em alto risco, ou há um alto risco de nascimentos prematuros na população que o hospital atende. Se as taxas de cesáreas forem baixas neste grupo, pode representar uma preponderância de partos prematuros espontâneos. Se as taxas de cesárea forem altas neste grupo, pode sugerir cesáreas prematuras por restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia e outras complicações gestacionais ou médicas. No estabelecimento público foi de **8,8%**. No estabelecimento privado foi de **9,7%**.

Planilha de Robson Todos						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	162	315	7,4	51,4	2,8	5,8
2	827	1201	28,3	68,9	4,3%	Quarto passo
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3
8	100	117	2,8	85,5	2,4	Quinto passo
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4
10	242	387	9,1	62,5	5,7	8,6
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	99	217	6,9	45,6	2,1	5,4
2	463	831	26,4	55,7	3,5	25,3
3	63	264	8,4	24,2	2,1	3,4
4	194	571	18,1	34,3	6,2	10,6
5	663	782	24,8	84,8	21,1	36,3
6	48	50	1,6	96	1,5	2,6
7	56	59	1,9	94,9	1,8	3,1
8	73	89	2,8	82	2,3	4
9	7	7	0,2	100	0,2	0,4
10	159	277	8,8	57	5	8,7
N. C.	2	2	0,1	100	0,1	0,1
Total	1827	3149	100	58	58	100

Planilha de Robson Estabelecimento privado						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	63	94	8,7	67	5,8	6,4
2	364	369	34,2	98,6	6,7	36,8
3	18	33	3,1	54,5	1,7	1,8
4	86	93	8,6	22,5	8	8,7
5	275	281	26,0	97,9	25,5	27,8
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3
7	36	37	3,4	97,3	3,3	3,6
8	27	28	2,6	96,4	2,5	2,7
9	3	3	0,3	100	0,3	0,3
10	83	105	9,7	79	7,7	8,4
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sétimo passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 1 e 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (divida o tamanho do grupo 1 pelo tamanho do grupo 2), foi de **26,2%**. É geralmente 2:1 ou maior. Neste caso foi de aproximadamente **1:4**. Se for menor, nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2). No estabelecimento público foi de **26,1%**. No estabelecimento privado foi de **25,5%**.

Oitavo passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 3 e 4 (múltiparas sem cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (divida o tamanho do grupo 3 pelo tamanho do grupo 4), foi de **45,9%**. É sempre maior que a proporção entre o grupo 1 e 2, maior que 2:1. Neste caso foi de aproximadamente **1:2**. Se for menor, nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2). Ou uma proporção menor (devido ao grupo 4b ser maior) pode sugerir uma experiência materna anterior ruim de parto vaginal e o pedido de cesárea antes do trabalho de parto em múltiparas. Ou a cesárea antes do trabalho de parto pode ter sido realizada para fazer uma ligação tubária. No estabelecimento público foi de **46,2%**. No estabelecimento privado foi de **35,5%**.

Nono passo: avaliar a proporção entre o tamanho do grupo 6 e 7 (nulíparas e múltiparas, pélvicas, inclusive com cesárea anterior) (divida o tamanho do grupo 6 pelo tamanho do grupo 7), foi de **90,6%**. É geralmente 2:1, pois partos pélvicos são mais frequentes em nulíparas do que em múltiparas. Neste caso foi de aproximadamente **1:1**. Se for diferente suspeite de uma proporção incomum entre nulípara e múltipara ou de uma coleta de dados imprecisos. No estabelecimento público foi de **84,7%**. No estabelecimento privado foi de **97,3%**.

Planilha de Robson Todos							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta de cesárea (%)	Contribuição relativa a taxa de cesárea (%)	
1	162	315	7,4	51,4	3,8	5,8	
2	827	1201	28,3	68,9	19,5	29,4	
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9	
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9	
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3	
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9	
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3	
8	100	117	2,8	85,5	2,4	3,6	
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4	
10	242	387	9,1	62,5	6,6	8,6	
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1	
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100	

Diagrama de anotações no gráfico:

- Uma caixa vermelha com o valor **26,2%** aponta para a coluna "Contribuição absoluta de cesárea (%)" da linha do grupo 1.
- Uma caixa vermelha com o valor **45,9%** aponta para a coluna "% cesárea no grupo" da linha do grupo 3.
- Uma caixa vermelha com o valor **90,6%** aponta para a coluna "% cesárea no grupo" da linha do grupo 6.
- Caixas vermelhas com os textos **Sétimo passo**, **Oitavo passo** e **Nono passo** apontam para as respectivas colunas de contribuição relativa.

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta de cesárea (%)	Contribuição relativa a taxa de cesárea (%)	
1	99	217	6,9	45,6	3,1	5,4	26,1% → Sétimo passo
2	463	831	26,4	55,7	14,7	25,3	
3	63	264	8,4	24,2	1,5	3,4	
4	194	571	18,1	34,3	6,2	0,6	46,2% → Oitavo passo
5	663	782	24,8	84,8	21,1	36,3	
6	48	50	1,6	96	1,5	2,6	
7	56	59	1,9	94,9	1,8	3,1	
8	73	89	2,8	82	2,3	4	
9	7	7	0,2	100	0,2	0,4	
10	159	277	8,8	57	1,7	8,7	84,7% → Nono passo
N. C.	2	2	0,1	100	0,1	0,1	
Total	1827	3149	100	58	58	100	

Planilha de Robson Estabelecimento privado							
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta de cesárea (%)	Contribuição relativa a taxa de cesárea (%)	
1	63	94	8,7	67	5,8	6,4	25,5% → Sétimo passo
2	364	369	34,2	98,6	33,7	36,8	
3	18	33	3,1	54,5	1,7	1,8	
4	86	93	8,6	92,5	7,8	8,7	35,5% → Oitavo passo
5	275	281	26,0	97,9	25,5	27,8	
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3	
7	36	37	3,4	97,3	3,3	3,6	
8	27	28	2,6	96,4	2,5	2,7	
9	3	3	0,3	100	0,3	0,3	
10	83	105	9,7	79	7,9	8,4	97,3% → Nono passo
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1	
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100	

Fonte: Elaborado pelo autor.

3) Taxa de cesáreas

Primeiro passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 1 (nulípara, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP espontâneo) (coluna 5), foi de **51,4%**. Taxas abaixo de 10% são alcançáveis. A princípio, quanto maior a proporção dos grupos 1:2, maior a probabilidade de os dois grupos terem a taxa de cesáreas alta individualmente. Entretanto a alta taxa de cesáreas nos grupos 1 e 2 combinadas pode ainda ser baixa ou a mesma. No estabelecimento público foi de **45,6%**. No estabelecimento privado foi de **67%**.

Segundo passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP) (coluna 5), foi de **68,9%**. É consistentemente entre 20-35%. A taxa de cesáreas no grupo 2 reflete diretamente da taxa do grupo 2a e 2b. No estabelecimento público foi de **55,7%**. No estabelecimento privado foi de **98,6%**.

Terceiro passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 3 (múltipara sem cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP espontâneo) (coluna 5), foi de **26,6%**. Normalmente não é maior que 3%. Taxas maiores podem significar que mulheres com cicatrizes uterinas anteriores (grupo 5) foram classificadas no grupo 3. Outra razão pode ser a realização de ligação tubária, por falta de acesso à contracepção ou pedido materno. No estabelecimento público foi de **24%**. No estabelecimento privado foi de **54,5%**.

Planilha de Robson Todos						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	162	315	7,4	51,4	3,8	5,8
2	827	1201	28,3	68,9	29,4	29,4
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3
6	81	87	2	93,1	2,9	2,9
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3
8	100	117	2,8	85,5	2,4	3,6
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4
10	242	387	9,1	62,5	5,7	8,6
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	99	217	6,9	45,6	3,1	5,4
2	463	831	26,4	55,7	25,3	25,3
3	63	264	8,4	24	3,4	3,4
4	194	571	18,1	34	6,2	10,6
5	663	782	24,8	84,8	36,3	36,3
6	48	50	1,6	96	2,6	2,6
7	56	59	1,9	94,9	3,1	3,1
8	73	89	2,8	82	4	4
9	7	7	0,2	100	0,4	0,4
10	159	277	8,8	57	8,7	8,7
N. C.	2	2	0,1	100	0,1	0,1
Total	1827	3149	100	58	58	100

Planilha de Robson Estabelecimento privado						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	63	94	8,7	67	6,4	6,4
2	364	369	34,2	98,6	36,8	36,8
3	18	33	3,1	54,5	1,8	1,8
4	86	93	8,6	92,5	8,7	8,7
5	275	281	26,0	97,9	27,8	27,8
6	33	36	3,3	91,7	3,3	3,3
7	36	37	3,4	97,3	3,6	3,6
8	27	28	2,6	96,4	2,7	2,7
9	3	3	0,3	100	0,3	0,3
10	83	105	9,7	79	8,4	8,4
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quarto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 4 (múltipara sem cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP) (coluna 5), foi de **42,2%**. Raramente é maior que 15%. A taxa de cesáreas no grupo 4 reflete a taxa do grupo 4a e 4b. A alta taxa de cesáreas no grupo 4 pode ocorrer pela inclusão de mulheres com cicatrizes uterinas anteriores neste grupo, quando deveriam estar no grupo 5. Ou pode refletir do pedido materno por cesárea, mesmo que a mulher já teve um parto vaginal anterior, devido à algum traumático ou prolongado trabalho de parto anterior ou para fazer ligação tubária. No estabelecimento público foi de **34%**. No estabelecimento privado foi de **92,5%**.

Quinto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) (coluna 5), foi de **88,1%**. Taxas de 50-60% são consideradas apropriadas se houver um bom resultado materno e perinatal. Se a taxa for maior, pode ser devido a um grande grupo 5b (mulheres com duas ou mais cesáreas anteriores), ou devido ao agendamento de cesárea antes do início do trabalho de parto para mulheres com uma cesárea prévia, sem tentar o parto. No estabelecimento público foi de **84,8%**. No estabelecimento privado foi de **97,9%**.

Sexto passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 8 (todas gestações múltiplas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 5), foi de **85,5%**. Geralmente em torno de 60%. Variações dependerão do tipo de gestação gemelar e da proporção de nulíparas ou múltiparas com ou sem cesárea anterior. No estabelecimento público foi de **82%**. No estabelecimento privado foi de **96,4%**.

Planilha de Robson Todos						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	162	315	7,4	51,4	3,8	5,8
2	827	1201	28,3	68,9	19,5	29,4
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9
5	938	1065	25,1	88,1	33,3	33,3
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9
7	92	96	2,3	95,8	2,2	3,3
8	100	117	2,8	85,5	2,4	3,6
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4
10	242	387	9,1	62,5	5,7	8,6
N. C.	3	3	0,1	100		0,1
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	99	217	6,9	45,6	3,1	5,4
2	463	831	26,4	55,7	14,7	25,3
3	63	264	8,4	24	2	3,4
4	194	571	18,1	34	6,2	10,6
5	663	782	24,8	84,8	58,3	36,3
6	48	50	1,6	96	1,5	2,6
7	56	59	1,9	94,9	1,8	3,1
8	73	89	2,8	82	2,3	4
9	7	7	0,2	100	0,2	0,4
10	159	277	8,8	57	5,1	8,7
N. C.	2	2	0,1	100	0,2	0,1
Total	1827	3149	100	58	58	100

Planilha de Robson Estabelecimento privado						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	63	94	8,7	67	5,8	6,4
2	364	369	34,2	98,6	33,7	36,8
3	18	33	3,1	54,5	1,7	1,8
4	86	93	8,6	92,5	8	8,7
5	275	281	26,0	97,9	25,7	27,8
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3
7	36	37	3,4	97,3	3,3	3,6
8	27	28	2,6	96,4	2,5	2,7
9	3	3	0,3	100	0,3	0,3
10	83	105	9,7	79	7,7	8,4
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

Sétimo passo: avaliar a taxa de cesárea do grupo 10 (cefálico, <37 semanas, inclusive com cesárea anterior) (coluna 5), foi de **62,5%**. Na maioria das populações fica em torno de 30%. Se for maior, geralmente é devido a muitos casos de gravidez de alto risco. Se for menor, sugere uma alta taxa de partos prematuros espontâneos e conseqüentemente uma baixa taxa geral de cesárea. No estabelecimento público foi de **57%**. No estabelecimento privado foi de **79%**.

Oitavo passo: avaliar a contribuição relativa dos grupos 1 (nulípara, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP espontâneo), 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37

semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP) e 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) para a taxa geral de cesárea (some a contribuição de cada um destes grupos na coluna 7), foi de **68,5%**. Estes três grupos geralmente contribuem para 2/3 (66%) de todas as cesáreas realizadas na maioria dos hospitais. Estes três grupos devem ser foco de atenção se o hospital estiver tentando diminuir a taxa geral de cesárea. Quanto maior a taxa geral de cesárea, maior deve ser o foco no grupo 1. No estabelecimento público foi de **67%**. No estabelecimento privado foi de **71%**.

Nono passo: avaliar a contribuição absoluta do grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) para a taxa geral de cesáreas (coluna 7), foi de **22,1%**. Se for muito alta, pode indicar que nos anos anteriores, as taxas de cesáreas dos grupos 1 e 2 foram altas e que vale a pena explorá-las futuramente. No estabelecimento público foi de **21,1%**. No estabelecimento privado foi de **25,5%**.

Planilha de Robson Todos						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	162	315	7,4	51,4		5,8
2	827	1201	28,3	68,9		29,4
3	81	305	7,2	26,6	1,9	2,9
4	280	664	15,6	42,2	6,6	9,9
5	938	1065	25,1	88,1	22,1	33,3
6	81	87	2	93,1	1,9	2,9
7	92	96	2,3	95,8	2,2	
8	100	117	2,8	85,5	2,4	
9	10	10	0,2	100	0,2	0,4
10	242	387	9,1	62,5		8,6
N. C.	3	3	0,1	100	0,1	0,1
Total	2816	4250	100	66,3	66,3	100

Oitavo passo

Nono passo

Sétimo passo

Planilha de Robson Estabelecimento majoritariamente público						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	99	217	6,9	45,6		5,4
2	463	831	26,4	55,7		25,3
3	63	264	8,4	24	2	3,4
4	194	571	18,1	34	6,2	10,6
5	663	782	24,8	84,8	21,1	36,3
6	48	50	1,6	96	1,5	2,6
7	56	59	1,9	94,9	1,8	
8	73	89	2,8	82	2,3	
9	7	7	0,2	100	0,2	
10	159	277	8,8	57		
N. C.	2	2	0,1	100	0,1	0,1
Total	1827	3149	100	58	58	100

Planilha de Robson Estabelecimento privado						
Grupo	Número de cesáreas	Número total de partos	Tamanho do grupo (%)	% cesárea no grupo	Contribuição absoluta do grupo para a taxa de cesárea (%)	Contribuição relativa do grupo para a taxa de cesárea (%)
1	63	94	8,7	67		6,4
2	364	369	34,2	98,6		36,8
3	18	33	3,1	54,5	1,7	1,8
4	86	93	8,6	92,5	8	8,7
5	275	281	26,0	97,9	25,5	27,8
6	33	36	3,3	91,7	3,1	3,3
7	36	37	3,4	97,3	3,3	
8	27	28	2,6	96,4	2,5	
9	3	3	0,3	100	0,3	0,3
10	83	105	9,7	79		
N. C.	1	1	0,1	100	0,1	0,1
Total	989	1080	100	91,6	91,6	100

Fonte: Elaborado pelo autor.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados mostram que a taxa geral de cesáreas das gestantes de Chapecó – SC, no ano de 2017, foi de 66,3%. No estabelecimento público essa taxa foi de 58%, já no estabelecimento privado a taxa geral de cesárea alcançou 91,6%.

As recomendações da OMS são de que as taxas de cesáreas não excedam 10-15%, em qualquer região do mundo (OMS, 2015). No Brasil, estas taxas estão em aproximadamente 56%, 40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados (BRASIL, 2016). Em Chapecó, de acordo com esta pesquisa, estão superiores.

Os grupos de Robson que mais contribuíram na taxa absoluta de cesárea foram o grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas), com uma taxa de 22,1% e o grupo 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP), com uma taxa de 19,5%. Os mesmos grupos foram os que mais contribuíram para a taxa de cesárea também no estabelecimento público, grupo 5 com 21,1% e grupo 2 com 14,7%, e no estabelecimento privado, grupo 5 com 25,5% e grupo 2 com 33,7%. A contribuição absoluta para as taxas de cesárea do grupo 5 pode significar que nos anos anteriores, as taxas de cesárea dos grupos 1 e 2 também foram altas.

Pode se observar que a proporção de nulíparas (35,7%) é maior que a de múltiparas (22,8%) na população obstétrica de Chapecó, tanto no estabelecimento público (nulíparas: 33,3% e múltiparas: 26,5%), quanto no privado (nulíparas: 42,9% e múltiparas: 11,7%), onde esta proporção é ainda maior.

A taxa de cesárea de nulíparas em TP espontâneo (grupo 1) deveria ser menor que 10%. Neste estudo foi de 51,4%, sendo 45,6% no estabelecimento público, e 67% no privado. Nas nulíparas onde o TP foi induzido ou cesárea

realizada antes do TP (grupo 2) são aceitáveis taxas entre 20 - 30%. Neste caso foram de 68,9%, sendo 55,7% no estabelecimento público, e 98,6% no privado.

Este dado traz a reflexão da importância das informações para as gestantes, bem como do preparo psicológico e do empoderamento, que deve ser construído durante o pré-natal. A desinformação, o medo da dor do parto, a pressão por parte dos profissionais durante o TP, falando para essa mulher que ela “não tem dilatação”, apressando-a, dizendo que “o bebê tem que nascer logo”, são fatores que muitas vezes levam a cesáreas desnecessárias, por falta de paciência de quem está prestando a assistência.

No grupo 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP) estão os maiores riscos de cesárea, seja por a mulher estar internada para uma cesárea eletiva ou por uma falha na indução do TP, se os critérios de indução não estiverem bem definidos entre a equipe obstétrica. Por isso, é muito importante a elaboração de protocolos com critérios de indução bem definidos, a fim de evitar estes riscos (SILVA; LARANJEIRA, 2018).

A indução do TP é a estimulação artificial das contrações do útero, de forma coordenada e efetiva, antes que iniciem espontaneamente. As condições cervicais são fundamentais para o desempenho adequado da indução artificial, a cérvix desfavorável, principalmente em casos de IG precoce, pode levar a falha de indução e conseqüentemente aumentarem os níveis de cesárea. Para realizar qualquer tipo de indução de TP deve haver a determinação do escore de Bishop (escala de maturação cervical), ausência de contraindicações e riscos, escolha do método e análise da situação clínica da gestante (SOUZA et al, 2010).

Para realizar a indução deve haver o amadurecimento do colo, para isso utiliza-se prostaglandinas, o misoprostol, ou a introdução de um cateter de Foley no canal cervical, enchendo o balão de água e deixando-o no local até soltar-se

espontaneamente ou até 24h. Quando o colo estiver favorável pode-se utilizar ocitocina para a indução propriamente dita. Alguns riscos da indução são atividade uterina excessiva, síndrome de hiperestimulação uterina e comprometimento fetal. Nestes casos deve ser administrado um agente tocolítico (BRASIL, 2010).

A proporção de nulíparas em TP espontâneo e em TP induzido ou cesárea antes do TP (grupo 1 e 2) é geralmente 2:1 ou maior. Neste caso foi de aproximadamente 1:4, pois provavelmente nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2).

A taxa de cesáreas em múltiparas sem cesárea anterior em TP espontâneo (grupo 3) não deve ultrapassar 3%. Neste estudo a taxa foi de 26,6%, sendo 24% no estabelecimento público, e 54,5% no privado. Nas múltiparas sem cesárea anterior onde o TP foi induzido ou cesárea realizada antes do TP (grupo 4) as taxas devem ser menores que 15%. Neste caso foi de 42,2%, sendo 34% no estabelecimento público, e 92,5% no privado. Em ambos os casos pode ser devido a um erro de classificação de mulheres com cesárea anterior (grupo 5) nos grupos 3 ou 4, ou devido a pedido materno para realizar ligação tubária, ou ainda por uma experiência traumática em parto vaginal anterior.

A proporção de múltiparas em TP espontâneo e em TP induzido ou cesárea antes do TP (grupo 3 e 4) é geralmente maior que a proporção de nulíparas em TP espontâneo e em TP induzido ou cesárea antes do TP (grupo 1 e 2), maior que 2:1. Neste caso foi de aproximadamente 1:2, devido ao fato de que provavelmente nulíparas que receberam ocitocina para acelerar o trabalho de parto (deveriam estar classificadas no grupo 1), devem ter sido classificadas como indução do parto (grupo 2), ou um grande número de cesáreas antes TP, pode sugerir uma experiência materna anterior ruim de parto vaginal, ou escolha de cesária para fazer uma ligação tubária.

Quando a taxa de cesárea é baixa, o tamanho do grupo 5 (múltiparas com uma ou mais cesárea anterior) geralmente é menor que 10%. Neste estudo o tamanho do grupo 5 foi de 25,1%, sendo 24,8% estabelecimento público, e 26% no privado. As taxas de cesárea em múltiparas com uma ou mais cesárea anterior (grupo 5) são aceitáveis entre 50 - 60%. Neste caso foram de 88,1%, sendo 84,8% no estabelecimento público, e 97,9% no privado. Altas taxas neste grupo podem ocorrer devido a uma grande número de mulheres com duas ou mais cicatrizes uterinas, cesárea eletiva antes do TP, ou devido a cesárea prévia, sem nem tentar parto vaginal.

O grupo de mulheres com cesárea prévia (grupo 5) têm sido um determinante importante para o aumento da taxa de cesáreas desnecessárias em todo o mundo. Para reduzir essas taxas, uma cesariana primária desnecessária deve ser evitada, e deve-se atentar aos casos de cesárea antes do TP e de indução do TP (VOGEL et al, 2015).

A indicação de cesariana devido à cesárea prévia ainda é muito comum. No passado quando as cesarianas eram realizadas com uma incisão vertical, o medo de rotura fez surgir o famoso “uma vez cesárea sempre cesárea”, porém atualmente com a incisão no segmento uterino inferior, sabe-se que a rotura uterina não é tão comum como se pensava. Existem muitos estudos que mostram a segurança do parto vaginal após cesárea, a incidência de rotura, incluindo pequenas deiscências sem significado clínico, é de 1% (BRASIL, 2010).

O parto vaginal depois de cesárea (VBAC) está associado à menor mortalidade materna do que repetir uma cesárea. Entretanto, os profissionais de saúde enfatizam apenas os riscos de um parto vaginal após cesariana, principalmente o risco de rotura uterina, que é de 1%, morte da mãe e/ou do RN, e necessidade de uma cesárea (LUNDGREN et al, 2012).

Segundo Anjos, Westphal e Goldman (2014), entre as principais causas do aumento das taxas de cesárea estão a cesárea prévia, primiparidade, medo da dor e cesárea eletiva, para mudar este quadro a assistência durante o pré-natal e o parto deve ser melhorada, conscientizando os profissionais e as mulheres sobre os riscos de uma cesárea desnecessária e as consequências da escolha do tipo de parto (ANJOS; WESTPHAL; GOLDMAN, 2014).

Nos estudos de Domingues et al (2014), o principal motivo pela escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação no puerpério, e o medo da dor do parto foi o principal motivo pela escolha da cesárea, porém as gestantes também referiram duvidar da sua capacidade parturitiva e temer a forma como seriam atendidas. Na assistência privada encontrou-se a maior parte das mulheres com preferência pela cesárea, e que acreditavam que esta via de parto era mais segura, e tomaram a decisão própria ou em conjunto com o pré-natalista pela cesárea. Já no setor público a maior parte das mulheres acreditava ser mais seguro o parto vaginal (DOMINGUES et al, 2014).

A maior proporção de cesáreas anteriores também foi encontrada no setor privado. No setor público a decisão pelo parto vaginal reduziu no final da gestação, mas a opção pela cesárea foi semelhante no início e no final da gestação. Enquanto no setor privado a decisão pela cesárea quase dobrou até o final da gestação. Um grande número de multíparas com cesárea anterior preferiu cesárea, tanto no setor público, quanto no privado. Grande parte das multíparas referiu escolher cesárea para realizar laqueadura tubária no serviço público, e o dobro no serviço privado. Independentemente da forma de pagamento e da paridade, a preferência das gestantes pelo parto vaginal não foi apoiada ou incentivada pelos profissionais (DOMINGUES et al, 2014).

Desde 2016, segundo a resolução CFM n. 2.144/2016, o médico deve atender a vontade da gestante pela cesárea eletiva, desde que a mesma tenha recebido todas as informações dos riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana. A decisão deve ser registrada em termo de consentimento livre e esclarecido de fácil compreensão, e para garantir a segurança do feto, a cesárea eletiva de risco habitual só poderá ser realizada após 39 semanas de gestação. Entretanto há exceções, se a gestante entrar em TP antes das 39 semanas, ou em casos de intercorrências que coloquem em risco a vida da mãe e/ou do bebê (CFM, 2016).

O acompanhamento pré-natal na atenção primária em saúde tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitir o parto de um RN saudável, sem impactar a saúde materna, abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. Dentro das atribuições do enfermeiro, cabe o papel de realizar consulta de pré-natal de risco habitual intercalada com a presença do médico, orientar e desenvolver atividades educativas individuais e em grupos (BRASIL, 2012^b). Prestar assistência de Enfermagem para a gestante, a parturiente, a puérpera e o RN (BRASIL, 1986; BRASIL 1987). Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, entre eles a consulta compartilhada. Participar da construção de vínculo entre a equipe e a população para facilitar o cuidado compartilhado entre usuário e equipe (BRASIL, 2017).

Por isso, a importância da realização do pré-natal também pelos enfermeiros, o que não foi observado nas ATPs e no Estágio Curricular Supervisionado II, pelos acadêmicos de Enfermagem, pois, os enfermeiros das unidades básicas de saúde não realizam pré-natal em Chapecó. E também instiga a reflexão sobre os indicadores de qualidade do pré-natal, pois não é apenas o número de consultas que traz bons resultados maternos e fetais, mas a qualidade destas consultas e da assistência, que deve ser realizada a partir da Enfermagem e da Medicina baseada em evidências.

As gestações pélvicas (proporção entre o grupo 6 e 7) devem ficar entre 3 - 4%. Nesta pesquisa foram de 4,3%, 3,5% no estabelecimento público e 6,7% no privado. Isso pode ocorrer devido a uma alta taxa de partos prematuros (grupo 10), que deve ser em torno de 4 - 5 %, neste caso foi de 9,1%, e devido a grande população de nulíparas.

A proporção entre nulíparas e múltiparas pélvicas (grupo 6 e 7) é geralmente 2:1, pois partos pélvicos são mais frequentes em nulíparas do que em múltiparas. Neste caso foi de aproximadamente 1:1, o que pode ser devido a uma proporção incomum entre nulípara e múltipara, mas neste caso há uma população maior de nulíparas, ou de uma coleta de dados imprecisos.

A apresentação pélvica é uma das apresentações anômalas mais comuns, e sua incidência varia de acordo com a Idade Gestacional (IG), pois o feto pode ficar nesta posição até aproximadamente 34 semanas, e então converter para a apresentação cefálica. Existem alguns fatores predisponentes da apresentação pélvica como a prematuridade, anomalias uterinas, fetais, malformações de membros, restrição de crescimento fetal, gestação múltipla, polidrâmio, oligodrâmio, placenta prévia, idade materna avançada, há risco de recorrência desta apresentação em gestações posteriores. Entretanto esses fatores podem aumentar os riscos de efeitos adversos para o feto independentemente da apresentação fetal, o que dificulta os estudos sobre a apresentação pélvica e a via de parto mais adequada (PATRAQUIM, 2010).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) consideram o parto vaginal como opção viável, em casos de apresentação pélvica a termo devidamente selecionados, com uma equipe e obstetra experiente, protocolos da atuação clínica hospitalar e gestantes informadas sobre os riscos tanto do parto vaginal como da cesárea (PATRAQUIM, 2010). E segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), os profissionais que assistem partos

devem estar aptos também para atender partos vaginais em apresentação pélvica (FEBRASGO, 2018).

As gestações múltiplas (grupo 8) devem estar entre 1,5 - 2%. Neste estudo foram de 2,8%, o que pode ocorrer devido a um dos hospitais ser referência em gestação de alto risco. O estabelecimento público, que é referência em gestação de alto risco, ficou em 2,8%, já o privado ficou em 2,6%, bem próximo ao referência em alto risco. No grupo 8, são aceitáveis taxas de cesárea de até 60%, varia de acordo com o tipo de gestação gemelar e a proporção de nulíparas e multíparas com ou sem cesárea anterior. Neste caso as taxas de cesárea ficaram em 85,5%, sendo 82% no estabelecimento público, e 96,4% no privado.

A gestação múltipla é caracterizada pela presença de dois ou mais fetos no útero. Sua incidência tem aumentado devido a maior frequência e melhores resultados de procedimentos de reprodução humana, e a gestação em mulheres de idade mais avançada. Gestações gemelares estão associadas ao aumento da morbiletalidade perinatal, devido a um número maior de recém-nascidos (RN) prematuros e de baixo peso, maior frequência de malformações fetais, e maior morbidade materna devido a maiores possibilidades de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hemorragias puerperais. A via de parto deve ser cuidadosamente avaliada, porém não significa somente possibilidade de cesárea, fetos pré-viáveis devem nascer por parto vaginal (BRASIL, 2010).

A população de mulheres com parto prematuro (grupo 10), geralmente é menor que 5%. Nesta pesquisa foi de 9,1%, o que também pode ocorrer devido a um dos hospitais ser referência em gestação de alto risco. O estabelecimento público, referência em gestação de alto risco, foi de 8,8%. No estabelecimento privado foi de 9,7%, maior que o referência em alto risco. As taxas de cesárea neste grupo devem ser até 30%. Neste caso foi de 62,5%, sendo 57% no estabelecimento público e referência em gestação de alto risco, e 79% no privado. Altas taxas de

cesárea podem sugerir cesáreas prematuras por restrição de crescimento fetal ou pré-eclâmpsia e outras complicações gestacionais ou médicas.

O TP prematuro é aquele que ocorre entre 22 e 37 semanas, com contrações frequentes e modificações cervicais. Os fatores de risco associados a prematuridade são o parto prematuro prévio, história de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, comprimento cervical menor que 3 cm, baixo nível socioeconômico, idade materna menor que 15 e maior que 40 anos, complicações maternas, atividade física aumentada, tabagismo, uso de cocaína, ausência de pré-natal, alto estresse, gestação múltipla, crescimento intrauterino restrito, anomalias congênitas, polidrâmnio, rotura prematura de membranas pré-termo, descolamento de placenta, DIU, mioma, anomalias uterinas, insuficiência istmo-cervical, infecções maternas, síndrome antifosfolípide, trauma e cirurgia. Não há benefício comprovado do uso de rotina de fórceps, episiotomia e cesária. A realização de cesariana pode reduzir a mortalidade neonatal em RN de extremo baixo peso, mas a morbidade neonatal pode ser muito alta, o que não justifica o procedimento. Os riscos maternos também devem ser considerados (BRASIL, 2010).

A contribuição relativa das taxas de cesárea dos grupos 1, 2 e 5 geralmente é de 66%. Neste estudo foi de 68,5%, sendo 67% no estabelecimento público e 71% no privado. Se os hospitais desejam diminuir as taxas de cesáreas desnecessárias, o foco deve ser nestes grupos, principalmente no grupo 1, de nulíparas em TP espontâneo.

De acordo com Silva e Laranjeira (2018), os maiores grupos de gestantes concentram-se nos grupos 1 a 5, fato que confirmou-se em Chapecó. A maioria das oportunidades de partos vaginais estão nas mulheres dos grupos 1, 3 e 4. Desta forma, quando uma gestante adentra o hospital, toda a equipe deve oferecer as melhores condições para que ela tenha um parto vaginal (SILVA; LARANJEIRA, 2018).

A OMS desenvolveu uma classificação baseada em evidências científicas, em 1996, por meio de pesquisas pelo mundo todo. Esta classificação trás as práticas mais comuns durante a condução do parto vaginal, e orienta o que deve e o que não deve ser feito. É dividida em quatro categorias, apresentadas abaixo (OMS, 1996):

Categoria A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, como o plano de parto, avaliação do risco gestacional no pré-natal, respeito à escolha da mãe referente ao local do parto, fornecer assistência obstétrica onde o parto for viável e seguro, e a mulher se sentir segura e confiante, respeito a privacidade da mulher em TP.

Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como uso rotineiro de enema, tricotomia, infusão intravenosa durante o TP e cateterização venosa profilática de rotina, posição supina de rotina durante o TP.

Categoria C: práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, como os métodos não farmacológicos de alívio da dor, amniotomia precoce de rotina e pressão do fundo durante o TP, manobras de proteção ao períneo e manejo do pólo cefálico, e manipulação ativa do feto no momento do parto.

Categoria D: práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como restrição hídrica e alimentar durante o TP, controle da dor por agentes sistêmicos e analgesia peridural, monitoramento eletrônico fetal, uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência.

Infelizmente, nem todos os profissionais respeitam as boas práticas de atenção ao parto e nascimento durante a assistência cotidiana nos centros obstétricos e maternidades.

Ainda segundo Silva e Laranjeira (2018), devido às altas taxas de cesárea no Brasil, o grupo 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) possui um grande número de mulheres, e este número só diminuirá quando houver uma redução das taxas de cesárea no país. E com a mudança cultural que está ocorrendo, devido a todo o processo de desmistificação do parto vaginal, mais mulheres com cesárea prévia desejam tentar o parto vaginal. Para isso é importante também a criação de protocolos e uma equipe preparada para atender ao desejo destas mulheres com segurança (SILVA; LARANJEIRA, 2018). Pois uma mulher com cesárea prévia não pode receber ocitocina, precisa de mais monitoramento intraparto, o que dispense de mais horas de acompanhamento do profissional.

A classificação de Robson pode auxiliar na criação de protocolos de atendimento, para diminuir de forma segura as taxas de cesáreas desnecessárias. Neste processo é fundamental que os resultados neonatais não se agravem. O objetivo de diminuir as cesáreas desnecessárias não pode se tornar o desejo de partos vaginais a qualquer custo (SILVA; LARANJEIRA, 2018). É importante ser um profissional sensível, com bom senso, para não deixar crenças e desejos pessoais interferirem na conduta realizada, sem levar em consideração as crenças, desejos e necessidades de cada parturiente, pois cada mulher e cada gestação é única.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando evitar erros de interpretação, este estudo manteve como foco de análise os dez grupos de Robson, sugerindo-se, para um estudo posterior, o aprofundamento com análise dos subgrupos.

Com os resultados deste estudo fica claro que as taxas de cesárea estão significativamente altas em Chapecó, SC, principalmente no estabelecimento privado, em comparação a um estabelecimento público e que serve de referência para o atendimento de gestações de alto risco.

Os grupos de Robson que mais contribuíram com as taxas de cesárea foram o 5 (múltipara com uma ou mais cesárea anterior, único, cefálico, ≥ 37 semanas) e o 2 (nulíparas, único, cefálico, ≥ 37 semanas, TP induzido ou cesárea antes do TP). Estes grupos devem ser foco de intervenções que visam a diminuição das taxas de cesárea desnecessárias. Para isso faz-se fundamental a atuação do profissional enfermeiro durante o pré-natal, em conjunto com o médico, para desenvolver a promoção, a prevenção e a educação em saúde de forma a informar, preparar, empoderar as mulheres e desmistificar o parto vaginal, desconstruir o pensamento de que uma vez cesárea, sempre cesárea, fornecendo informações seguras e de qualidade.

Existe uma grande lacuna na atuação do enfermeiro no pré-natal em Chapecó e esta lacuna deve ser preenchida, visando melhorar a assistência pré-natal e diminuir as taxas de cesáreas desnecessárias. Educações permanentes em saúde podem ser oferecidas para melhor preparar os profissionais enfermeiros para atuarem nesta área com mais segurança.

A população obstétrica do município é composta por mais nulíparas do que múltiparas, em ambos os estabelecimentos, com uma proporção maior de nulíparas no setor privado, onde as taxas de cesárea são mais altas. O que também nos sugere que o medo da dor do parto e a crença de que a cesariana é mais segura para a mãe e para o bebê ainda são muito prevalentes na sociedade e devem ser investigados e trabalhados. Toda mulher tem direito à cesárea eletiva, desde que esteja consciente dos riscos e benefícios de ambas as vias de nascimento. Ainda, esta não deve ser coagida e desencorajada durante a gestação por conveniência dos profissionais que a atendem.

As cesáreas realizadas de forma indiscriminada em nulíparas e múltiparas com cesárea anterior refletem em mulheres que não têm ou terão a possibilidade de parirem, principalmente considerando que cada vez têm menos filhos. Não se pode interpretar a diminuição das cesáreas desnecessárias como partos vaginais a qualquer custo. Entretanto, é importante oferecer à gestante informação de qualidade para que ela decida sobre a melhor via de parto para si.

Uma possível limitação deste estudo foi que ao início da coleta de dados das DNV, no setor da Vigilância Epidemiológica, foi verificada a possibilidade de coletar os mesmos dados constantes nas DNV, no computador do setor. Dado o grande número de DNV consultadas, por ter sido optado pela não utilização da ajuda de voluntários para a parte da coleta nas DNV, devido aos termos éticos de sigilo, e de forma a otimizar o tempo para a coleta, a mesma foi realizada no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), do DATASUS. Após percebeu-se que além de a pesquisa estar sujeita ao erro de preenchimento das DNV, passou a estar sujeita também ao erro de digitação dos dados para o sistema.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Workshop Parto Adequado Hospital Israelita Albert Einstein**: Classificação de Robson. São Paulo: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-apresentacao-classificacao-de-robson.pdf>. Acesso em: dez. 2017.
- ANJOS, C. S; WESTPHAL, F; GOLDMAN, R. E. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, 2014, v. 1, n. 3, p. 86-94, 2014. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/21/19>>. Acesso em: set. 2017.
- AZEVEDO, Isabelle Campos de et al. Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 131-140, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3275/2563>>. Acesso em: abr. 2018.
- BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. **Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987**. Brasília, 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasil, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: mar. 2018.
- BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. **Cidadania e justiça**. Governo do Brasil, 2012^a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/06/declaracao-de-nascido-vivo-e-emitida-apos-o-parto>>. Acesso em: mar. 2018.
- BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012^b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: dez. 2018.
- BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**. Brasil, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. **Minuta de portaria Secretaria de Atenção à Saúde cesariana, portaria n. 306, de 28 de março de 2016.** Brasil, 2016^a, 87 p. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

BRASIL. **DATASUS.** 2016^b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em: dez. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

CFM. **Resolução CFM n. 2.144/2016.** Brasília, 2016. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S101-S116/pt>>. Acesso em: dez. 2018.

FEBRASGO. **Parto em apresentação pélvica.** 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/430-parto-em-apresentacao-pelvica>>. Acesso em: dez. 2018.

JUNIOR, T. L; STEFFANI, J. A; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativas de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 509-517, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361533263015.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

LUNDGREN, Ingela et al. 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 85, 2012. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-12-85>>. Acesso em: dez. 2018.

MOURA, V. A; FEITOSA, F. E. L. Avaliação de cesáreas na maternidade escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 57, n. 1, p. 25-29, 2017. Disponível em: <<http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/157/130>>. Acesso em: set. 2017.

OMS. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento.** 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

OMS. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, Suíça, 2015, 8 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: set. 2017.

PATRAQUIM, Cláudia Raquel Bastos Rodrigues. **Apresentação Pélvica a Termo – Via do Parto**. 2010. 54 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/51042/2/Apresentao%20Plvica%20a%20Termo%20%20Via%20do%20Parto.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SILVA, C. H. M.; LARANJEIRA, C. L. S. 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**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 377-378, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000700377&lng=pt&nrm=iso&tling=en>. Acesso em: nov. 2018.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **FEMINA**, v. 38, n. 4, p. 185-194, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: dez. 2018.

UNICEF. **Quem espera, espera**. Unicef Brasil, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: abr. 2018.

VOGEL, Joshua P. et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 5, p. e260-e270, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X1570094X>>. Acesso em: nov. 2018.

WHO. **Robson Classification: Implementation Manual**. 2017, 55 p. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en/>. Acesso em: mar. 2018.

WHO. **Sobre a OMS**. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/about/en/>>. Acesso em: abr. 2018.

ANEXO A – Classificação de Robson

Quadro 1: Classificação de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>

 Cesareia anterior

 Trabalho de parto espontâneo

ANEXO B – Grupos de Robson

1	Nulípara, único cefálico ≥ 37 sem, TP espontâneo
2	Nulípara, único cefálico ≥ 37 sem, TP induzido OU Ces antes TP
3	Multipara sem Ces ant, único cefálico ≥ 37 sem, TP espontâneo
4	Multipara sem Ces ant, único cefálico ≥ 37 sem, ind OU Ces antes TP
5	Multipara com 1 OU mais Ces ant, único cefálico ≥ 37 sem
6	Todas nulíparas com apresentação pélvica
7	Todas múltiplas com apresent. pélvica (inclusive com ant. Ces)
8	Todas gestações múltiplas (inclusive com ant. Ces.)
9	Todas córmicas ou oblíquas (inclusive com ant. Ces)
10	Todas único cefálico < 37 sem (inclusive com ant. Ces)

Fonte: <https://bit.ly/2zrn4QW>

ANEXO C – Declaração de Nascidos Vivos

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde 1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE		Declaração de Nascido Vivo															
I	1 Nome do Recém-nascido																
	2 Data e hora do nascimento		3 Sexo														
	2 Data	Hora	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado														
II	4 Peso ao nascer		5 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito?														
	em gramas		Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las. <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado														
	6 Índice de Apgar		8 Estabelecimento														
1º minuto		5º minuto		Código CNES													
III	7 Local da ocorrência			9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc)													
	<input type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Domicílio <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 4 Outros			Número		Complemento		13 CEP									
	10 Bairro/Distrito		Código		12 Município de ocorrência		Código		14 UF								
IV	15 Nome da Mãe			16 Cartão SUS													
	18 Escolaridade (última série concluída)			17 Ocupação habitual			Código CBO 2002										
	Nível			(Informar anterior, se aposentada/desempregada)													
<input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª série) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> 5 Superior completo <input type="checkbox"/> 9			21 Situação conjugal			22 Raça / Cor da Mãe											
19 Data nascimento da Mãe			19 Idade (anos)			Município / UF (se estrangeiro informar País)			<input type="checkbox"/> 1 Solteira <input type="checkbox"/> 4 Separada judicialmente/divorciada <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 5 União estável <input type="checkbox"/> 3 Viúva <input type="checkbox"/> 9 Ignorada			<input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 3 Amarela					
Residência da Mãe			23 Logradouro			Número			Complemento			24 CEP					
25 Bairro/Distrito			Código			26 Município			Código			27 UF					
V	28 Nome do Pai			29 Idade do Pai													
	30 Gestações anteriores			31 Histórico gestacional													
	<input type="checkbox"/> Nº gestações anteriores <input type="checkbox"/> Nº de partos vaginais <input type="checkbox"/> Nº de cesáreas <input type="checkbox"/> Nº de nascidos vivos <input type="checkbox"/> Nº de perdas fetais / abortos			32 Gestação atual			33 Parto										
Idade Gestacional			34 Data da Última Menstruação (DUM)			35 Número de consultas de pré-natal			36 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal			37 Tipo de gravidez					
38 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada			Método utilizado para estimar			39 Apresentação			40 O Trabalho de parto foi induzido?			41 Tipo de parto					
<input type="checkbox"/> 1 Exame Físico <input type="checkbox"/> 2 Outro método <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 99 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla ou mais <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Cefálica <input type="checkbox"/> 2 Pélvica ou Podálica <input type="checkbox"/> 3 Transversa <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeira/Centista <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 outros <input type="checkbox"/> 9 Ignorado								
VI	42 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênicos observados																
	43 Data do preenchimento			44 Nome do responsável pelo preenchimento			45 Função										
							<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 4 Func. Cartório <input type="checkbox"/> 5 Outros (especificar)										
VII	46 Tipo documento			47 Nº do documento			48 Órgão emissor										
	<input type="checkbox"/> 1 CNES <input type="checkbox"/> 2 CRM <input type="checkbox"/> 3 COREN <input type="checkbox"/> 4 RG <input type="checkbox"/> 5 CPF																
	49 Cartório			Código			50 Registro			51 Data							
VIII	52 Município									53 UF							
	<p style="text-align: center;">ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO</p> <p style="text-align: center;">O Registro de Nascimento é obrigatório por lei. Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.</p>																

Versão 01/10 - 1ª Impressão 01/2010

ANEXO D - Declaração de Ciência e Concordância entre as instituições envolvidas

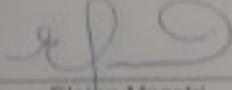


Município de Chapecó
Secretaria de Saúde – SESAU

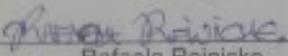
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos, a Secretaria de Saúde de Chapecó/SC, representada legalmente pela Coordenadora do Setor de Planejamento e Educação na Saúde Sra. Gessiani Fátima Larentes, declara estar ciente e de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: **"A CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON: uma orientação da Organização Mundial da Saúde"**, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes, bem como apresentar cópia do parecer do CEP junto a esta Secretaria antes do início da coleta de dados. (Obs.: para os casos de instituições que atendam criança/adolescentes – citar o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA).



Elaine Maestri
Pesquisador Responsável/Professor
Orientador

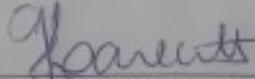


Rafaela Reinicke
Estudante Corresponsável pela Pesquisa

Juliana V. Giachini
Coordenadora Vigilância
Epidemiológica
SAU/Chapecó-SC



Coordenação de Unidade/Serviço da
Secretaria de Saúde



Gessiani Fátima Larentes
Coordenadora do Setor de Planejamento e
Educação na Saúde
Secretaria de Saúde de Chapecó

Gessiani F. Larentes
Coordenadora Setor de Projetos e
Planejamento/SESAU
Município de Chapecó

Fonte: acervo pessoal.

ANEXO E-FormSUS

16/08/2018

FormSUS

Anote o protocolo a seguir para alterar futuramente o seu cadastro

Formulário: Formulário para solicitação de pesquisa em nível de graduação
Endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=32236&acao=alterarcodigo_alterar=32236.17209HqHqpk
Protocolo: [32236.17209HqHqpk](#)

Formulário para solicitação de pesquisa em nível de graduação

Informações Gerais

1) Título da pesquisa:
A Classificação de Dez Grupos de Robson: uma orientação da Organização Mundial da Saúde

2) Pesquisa vinculada a macroprojeto:
Sim

3) Nome do macroprojeto:
A Formação e Atuação Profissional no Sistema Único de Saúde

4) Instituição de Ensino:
Universidade Federal da Fronteira Sul

5) Número da Apólice de Seguro:
15921

6) Curso/Período/Disciplina:
Enfermagem

7) Nome do pesquisador responsável:
Eleine Maestrí

8) Nome do estudante corresponsável pela pesquisa:
Raíssa Reznick

9) E-mail para contato:
eleine.maestri@uffs.edu.br

10) Telefone para contato:
991730280

11) Local de desenvolvimento da pesquisa:
Vigilância Epidemiológica

12) Período de desenvolvimento da pesquisa:
Julho a Dezembro de 2018

Controle de solicitação pelo SESAÚ

13) Declaração de Ciência e Concordância das Instituições envolvidas:
Download

14) Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa:
Download

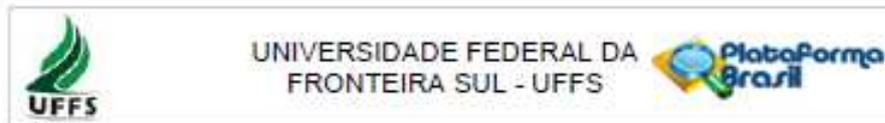
Criação : 30/05/2018 17:34:28
Atualização : 16/08/2018 22:09:11

<http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php>

1/1

Fonte: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php>

ANEXO F - Parecer do CEP envolvendo seres humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Classificação de Dez Grupos de Robson: uma orientação da Organização Mundial da Saúde

Pesquisador: Eline Maestrí

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91743618.4.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.825.479

Apresentação do Projeto:

Já apresentado no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Já apresentado no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já apresentado no parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já apresentado no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora atendeu as pendências e anexou os documentos solicitados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

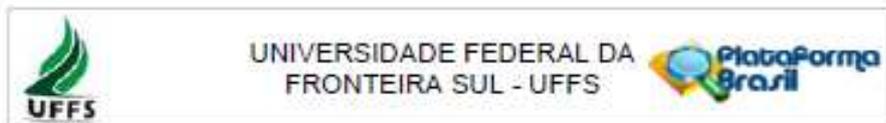
Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809
 UF: SC Município: CHAPECO
 Telefone: (41)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 2.025.479

Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 6 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

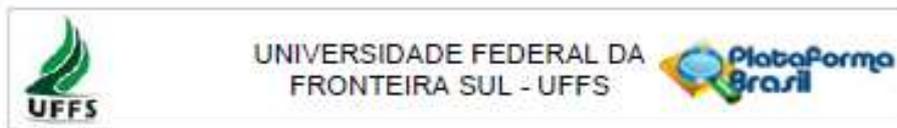
Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1146436.pdf	12/07/2018 19:25:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacaodedispensadotermodeconsentimentofreeesclarecidomodificado.pdf	12/07/2018 19:24:03	RAFAELA REINICKE	Aceito
Outros	declaracaodeciencia.pdf	12/07/2018	RAFAELA REINICKE	Aceito

Endereço: Rodovia SC 454 Km 02, Fronteira Sul - Bloco de Biblioteca - sala 310, 3º andar
 Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809
 UF: SC Município: CHAPECÓ
 Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 2.025.479

Outros	declaracaodeciencia.pdf	19:21:17	RAFAELA REINICKE	Aceito
Outros	Cartadependencias.doc	12/07/2018 19:20:06	RAFAELA REINICKE	Aceito
Outros	Planilha para a coleta de dados das declarações de bens e dívidas e seu modificado.xls	12/07/2018 19:18:42	RAFAELA REINICKE	Aceito
Outros	Termo de confidencialidade e sigilo modificado.pdf	12/07/2018 19:17:43	RAFAELA REINICKE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A classificação de dez grupos de Robson em a orientação da Organização Mundial da Saúde modificado.docx	12/07/2018 19:02:32	RAFAELA REINICKE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderoasto.pdf	06/06/2018 00:46:12	RAFAELA REINICKE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 16 de Agosto de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

Endereço: Rodovia SC 454 Km 02, Fronteira Sul - Bloco de Biblioteca - sala 310, 3º andar
Bairro: Área Rural CEP: 89.815-809
UF: SC Município: CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Página 10 de 10

Fonte: acervo pessoal.

ANEXO G– Planilha de Robson

Planilha de Robson

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Total					

Fonte: <https://goo.gl/5SH3yD>

ANEXO H – Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Solicitação de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA**

A CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON: uma orientação da Organização Mundial da Saúde

Esta pesquisa será desenvolvida por Rafaela Reinicke, discente de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Chapecó, sob orientação da Professora Dr^a. Elaine Maestri.

O objetivo central do estudo é: conhecer a classificação de Robson das gestantes submetidas à cesárea em Chapecó – SC, monitorar e comparar as taxas de cesarianas, caracterizando as gestantes que realizaram cesáreas, para que sejam feitas nos casos em que são necessárias. Devido aos altos índices de cesáreas no mundo.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas.

As informações serão utilizadas para classificar todas as gestantes em dez grupos, totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva, cada gestante é classificada em um dos dez grupos e alimentar a Planilha de Robson, a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), bloco V – Gestação e Parto, em um período anual, que permitirão caracterizar qual é a população atendida em Chapecó – SC, comparar diferentes hospitais, avaliar mudanças na população atendida em um mesmo hospital, comparar relatórios anuais, quantas

parturientes não puderam ser classificadas, o tamanho de cada grupo de Robson e as taxas de cesárea no hospital, as taxas de cesárea por grupo de Robson e quais grupos mais contribuíram para a taxa geral de cesárea.

A pesquisa trará como benefício a caracterização das gestantes que mais contribuem com as taxas de cesáreas em Chapecó – SC, para que sejam reduzidas nos casos em que são desnecessárias.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8 , solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas justificativas: trata-se de pesquisa retrospectiva com informações das Declarações de Nascidos Vivos (DNV), bloco V – Gestação e Parto, não utilizando qualquer informação pessoal ou que possa identificar alguém. E devido ao grande número de DNV que serão consultadas, aproximadamente 3.500, não seria possível localizar todas as mães dos recém-nascidos envolvidos na pesquisa.

Chapecó, 07 de julho de 2018.



Eleine Maestri

Fonte: acervo pessoal.

ANEXO I – Termo de Confidencialidade e Sigilo

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS CHAPECÓ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFFS

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

A CLASSIFICAÇÃO DE DEZ GRUPOS DE ROBSON: uma orientação da
Organização Mundial da Saúde

Pesquisador responsável: Eleine Maestri

Instituição/Departamento: Universidade Federal da Fronteira Sul

Contato:

Local da coleta de dados: Vigilância Epidemiológica

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através das Declarações de Nascidos Vivos, na Secretaria Municipal de Saúde, no setor da Vigilância Epidemiológica, os mesmos concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no arquivo pessoal digital da pesquisadora por um período de seis meses, sob a responsabilidade da Sra. Eleine Maestri. Após este período, os dados serão excluídos.

Chapecó, de 2018



Eleine Maestri
Pesquisadora Responsável

