

**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS
MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA CORREA DA SILVA

**A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COMO UMA FERRAMENTA PARA
AVALIAR AS TAXAS DE CESÁRIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

ERECHIM-RS

2024

FERNANDA CORREA DA SILVA

**A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COMO UMA FERRAMENTA PARA
AVALIAR AS TAXAS DE CESÁRIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito
parcial à obtenção do grau de
Enfermagem do Departamento de
Ciências da Saúde da
Universidade Regional Integrada
do Alto Uruguai e das Missões –
Campus Erechim.**

Orientadora:

Prof.^a Dr^a Marciane Kessler

ERECHIM-RS

2024

RESUMO

Introdução: A taxa de cesarianas no país aumentou aproximadamente 40% entre os anos de 2000 e 2010, essa tendência é mais pronunciada nos serviços de saúde privados, mas mesmo nos serviços públicos a frequência de cesarianas são notavelmente alta, há o problema da falta de informações precisas e detalhadas sobre as características das pacientes que passam por esse procedimento cirúrgico. Para ter-se a efetividade adequada é de suma importância realizar análises segmentadas para uma discussão mais apropriada das taxas e por isso a Classificação de Robson é um sistema amplamente utilizado na área da obstetrícia para categorizar e classificar os partos por meio de critérios específicos. Essa classificação tem como objetivo fornecer uma estrutura padronizada para a análise das taxas de cesariana em diferentes grupos de pacientes e instituições hospitalares. **Objetivo:** avaliar a taxa de cesariana segundo a Classificação de Robson em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde, no período de agosto a outubro de 2024. **Método:** estudo transversal e descritivo e foi realizado na maternidade da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim-RS. A coleta teve a duração de três meses, de agosto a outubro de 2024. Foram incluídas todas puérperas internadas na maternidade no período de estudo, no pós-parto, independente da via de parto e da cidade de origem. Excluídas aquelas mães menores de 18 anos que não tivessem como solicitar a assinatura do termo de consentimento para seu responsável legal. A entrevistadora procedeu com entrevista individual utilizando um questionário impresso sem identificação, com perguntas fechadas sobre o perfil sociodemográfico e um questionário validado com perguntas para a Classificação de Robson. Posteriormente as respostas foram digitadas em planilha Excel utilizando apenas um número para identificação da participante, e fora realizado uma análise estatística descritiva, utilizando-se porcentagem, frequência, média e desvio padrão. Para as análises de associação será utilizado teste qui-quadrado e será considerado significância variáveis com p-valor de $<0,05$. A partir da análise estatística, a cada puérpera foi classificada em apenas um dos 10 grupo da Classificação de Robson. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da URI de Erechim. **Resultados:** Este estudo utilizou a Classificação de Robson para analisar taxas de cesáreas em um hospital público do norte do estado do Rio Grande do Sul, destacando seu papel como ferramenta para monitorar e avaliar práticas obstétricas. Observa-se um percentual elevado de cesáreas, especialmente nos grupos 5 (múltiplas com cesárea anterior), 2 (nulíparas causadas ou com cesárea eletiva) e 10 (gestantes com menos de 37 semanas). Esses resultados apontam para a necessidade de estratégias que promovam o parto normal e reduzam intervenções desnecessárias, reforçando a importância de ações voltadas à humanização do parto e ao fortalecimento da atenção à saúde materna na rede pública. **Conclusão:** a aplicação da Classificação de Robson permite identificar grupos prioritários para intervenções que visem a redução de cesáreas desnecessárias. A elevada proporção de cesáreas nos grupos analisados ressalta a necessidade de fortalecer estratégias de incentivo ao parto normal, humanização do atendimento e qualificação da assistência obstétrica na rede pública de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Gestantes; Cesárea;

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, a Ele que me fez forte durante toda a minha vida para estar preparada nesse momento, Ele quem me deu forças para ultrapassar qualquer obstáculo que beirou o meu caminho. Agradeço imensamente a minha família, que como muitas outras existe problemas e desafios, mas nunca me deixaram faltar apoio, amor e carinho. A minha mãe Soeli Auler agradeço por todos os conselhos e orações que fizeste por mim, sem você eu não teria conseguido, ao meu pai Valmei Antônio Correa da Silva gratidão por todos abraços e olhares carinhosos és um homem de poucas palavras, mas teus olhos transbordam amor e isso me mantém firme. Aos meus irmãos Daiane e Ricardo, a irmã caçula sempre precisou de vocês, mesmo que indiretamente vocês sempre estavam me ajudando de alguma forma e tenho um imenso amor por cada um de vocês. Meus sobrinhos Camile, Laura e Anthony, peço desculpas por não ter sido tão presente na vida de vocês meu pequenos, mas a tia está buscando uma vida melhor para proporcionar a vocês apenas alegrias. E por fim, mas não menos importante, muito pelo contrário, foi uma pessoa fundamental nesse último ano, a minha orientadora Marciane Kessler, obrigada por cada palavra, cada gesto de amor, cada momento em que você entendeu o que passei e sempre se mostrou presente para que eu pudesse passar por cada barreira a minha frente, não tenho palavras para te agradecer, és fonte de inspiração para mim.

Sumário

1.	Introdução	5
2.	Objetivo Geral	8
2.1.	Objetivos específicos	8
3.	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	9
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	14
5.	MÉTODO	17
6.	RESULTADOS ESPERADOS	23
7.	CRONOGRAMA DO PROJETO.....	24
8.	ORÇAMENTO	25
9.	DESENVOLVIMENTO	26
10.	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	27
11.	CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	40
12.	ANEXOS	43

1. Introdução

Os avanços na área da obstetrícia têm desempenhado um papel fundamental na aprimoração dos índices relacionados à morbimortalidade materna e perinatal em nível global. No entanto, ainda é comum que mulheres se submetam a intervenções que muitas vezes não são necessárias, tais como a realização da episiotomia e o uso habitual da ocitocina. Por esse motivo é frequente a percepção do parto normal como um evento marcado por dor e angústia, sujeito a possíveis complicações, enquanto a cesariana é vista como uma alternativa para escapar dessas circunstâncias ameaçadoras que podem ocorrer durante o parto vaginal. Essa percepção tem levado ao aumento das taxas de cesariana, mesmo quando não há uma indicação clínica clara para a sua realização. (BRASIL, 2017).

A taxa de cesariana no país aumentou aproximadamente 40% entre os anos de 2000 e 2010, com o maior crescimento registrado nas regiões Norte e Nordeste, embora as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste ainda mantenham as taxas mais elevadas de cesarianas. Essa tendência é mais pronunciada nos serviços de saúde privados, mas mesmo nos serviços públicos, em que a frequência de cesarianas são notavelmente alta. (RATTNER; MOURA, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca o Brasil como líder mundial em cesáreas e alerta que o aumento dessa prática evoluiu para uma "epidemia". A declaração, feita em Genebra, buscou sensibilizar médicos, hospitais e mulheres sobre a necessidade de repensar as escolhas relacionadas ao parto (BRASIL, 2015). Na América Latina e no Caribe, as taxas de cesáreas alcançaram 43% dos nascimentos, e em cinco países — República Dominicana, Brasil, Chipre, Egito e Turquia —, os partos cesáreos superaram os partos normais em 2021 (OPAS, 2021).

Conforme a OMS, a comunidade internacional de saúde considera desde 1985 que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Entretanto, nos últimos anos vários setores da sociedade pediram a revisão dessa taxa considerada ideal. A OMS afirma que, definir essa taxa ideal é um desafio, pois falta um sistema de classificação confiável e aceito internacionalmente. Tal sistema permitiria comparar de forma padronizada as taxas de cesáreas em diferentes populações e seria fundamental para investigar os fatores envolvidos no aumento constante nas taxas de cesáreas (BRASIL, 2015; OMS, 2015).

Além da elevada frequência de cesarianas, existe o problema da falta de informações precisas e detalhadas sobre as características das pacientes que passam por

esse procedimento cirúrgico. As taxas gerais de cesariana carecem de relevância e não podem ser categorizadas como boas ou ruins se não forem considerados os desfechos e as características obstétricas/epidemiológicas da população atendida. Portanto, é de suma importância realizar análises segmentadas para uma discussão mais apropriada das taxas. (ROBSON; HARTIGAN; MURPHY, 2017).

Neste contexto, a OMS propõe que os países e as instituições de saúde adotem um sistema de classificação como instrumento de monitoramento e comparação das taxas de cesáreas. A mesma ainda sugere que a padronização seja feita pela adoção da classificação de Robson, que categoriza todas as gestantes em um entre 10 grupos. Esses grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que podem ser colhidas nas maternidades. (BRASIL, 2015; OMS, 2015).

O Sistema de Classificação de Dez Grupos, também conhecido como Classificação de Robson é um instrumento simples e de fácil implementação, onde todas as gestantes internadas para o parto podem ser classificadas em um dos grupos. É um sistema amplamente utilizado na área da obstetrícia para categorizar e classificar os partos por meio de critérios específicos. Foi desenvolvido pelo obstetra italiano Michael Robson em 2001 e tem como objetivo fornecer uma estrutura padronizada para a análise das taxas de cesariana em diferentes grupos de pacientes e instituições hospitalares. Esta é uma categorização que viabiliza a comparação uniforme e a avaliação das taxas de cesariana dentro de cada grupo, podendo ser utilizada como fundamento para a concepção de abordagens direcionadas e específicas (ROBSON, 2015).

A Classificação de Robson é uma das formas de olhar para as taxas de cesárea. Existem outras maneiras de avaliar a taxa de cesarianas, mas a Classificação de Robson é a que mais preenche os requisitos que são considerados essenciais para essa análise (FIOCRUZ, 2022). Uma revisão sistemática da literatura realizada pela OMS em 2011, concluiu que a classificação de Robson é a mais adequada para as necessidades locais e internacionais. (TORLONI; et al. 2011).

Em 2015, a Organização Mundial de Saúde recomendou que a classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para a avaliação, monitoramento e comparação das taxas de cesariana. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Em 2017, foi lançado um manual pela OMS para ajudar na implementação da classificação de Robson, intitulado “*Robson Classification: implementation manual*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2017).

Foi realizada revisão integrativa da literatura com busca na BVS inicialmente nos meses de março a maio, posteriormente de julho a outubro no ano de 2023, baseada em artigos na língua portuguesa, publicados nos últimos cinco anos e que utilizaram a classificação de Robson. Dos nove artigos selecionados, um foi publicado em 2018, três em 2019, três artigos em 2020 e por fim 2 artigos em 2021. Cinco foram escritos por profissionais do curso de Enfermagem, seja completando a graduação ou finalizando a residência em Enfermagem Obstétrica; três artigos escritos no âmbito da medicina e um artigo no âmbito da engenharia biomédica; oito estudos são brasileiros e um da Espanha. Entre os estudos do Brasil, 4 são da região sudeste, 2 da região sul e nas regiões do nordeste e centro-oeste do Brasil foi encontrada uma publicação em cada.

Diante do exposto, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as taxas de cesárea segundo a Classificação de Robson em um hospital de referência do Sistema Único de Saúde? Este instrumento auxilia no monitoramento das cesáreas e ajuda a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias para redução de cesarianas. A Classificação de Robson ajuda instituições e gestores a responderem quem são as mulheres submetidas à cesariana e se há excessos de cesárea em algum grupo específico, além de otimizar o uso das cesáreas e avaliar a qualidade da assistência e das práticas de cuidados clínicos (FIOCRUZ, 2022).

2. Objetivo Geral

Avaliar a taxa de cesariana segundo da Classificação de Robson em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde.

2.1. Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das gestantes.
- Identificar as características obstétricas das gestantes.
- Classificar as gestantes conforme a Classificação de Robson e identificar o tamanho de cada grupo de Robson.
- Verificar a taxa de cesariana dentro das puérperas participantes.
- Constatar quais grupos de Robson mais contribuíram para a taxa de cesárea.
- Identificar os fatores associados as taxas de cesárea através do histórico gestacional da puérpera.

3. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para seguir um modelo de pesquisa, teve-se aulas expositivas-dialogadas concomitantemente com orientações acerca do estudo. A prática seguiu as seguintes etapas:

- 1º. Definição do tema: tendências e fatores associados à taxa de cesariana: uma análise utilizando a classificação de Robson como ferramenta de avaliação em uma população obstétrica.
- 2º. Identificar a estratégia PICO: Gestantes em trabalho de parto (P - População); Classificação de Robson (I – Fenômeno de Interesse); hospital (Co – Contexto).
- 3º. Estabelecidos os descritores: na primeira pesquisa os descritores utilizados foram (Classificação OR "Escala de Robson") AND (gestantes AND "Trabalho de parto"). Para a segunda pesquisa os descritores a serem pesquisados foram (Classificação OR "escala de Robson") AND (Gestante OR "Trabalho de parto").
- 4º. Concretizado os fatores de exclusão: para a primeira pesquisa foram relacionados os seguintes fatores: ser artigo com texto completo com idioma português e inglês, sendo estes publicados entre 2018 e 03/2023 que fossem compatíveis com a escolha do tempo; com o mesmo objetivo a segunda pesquisa teve como critérios ser artigo com texto completo com idioma português, sendo publicado através das revistas LILACS/BDENF – Enfermagem com o tempo de 5 anos, ou seja, 2018 a 03/2023.
- 5º. Definição das informações a serem extraídas dos artigos/categorização: Ano, título, revista, objetivo, Tipo de estudo/delineamento, Resultados (somente o que responde à pergunta de pesquisa).
- 6º. Avaliação dos estudos incluídos na revisão: foi realizada uma rigorosa análise acima dos estudos para selecionar os artigos que correspondiam ao objetivo.
- 7º. Interpretação dos resultados e dispor em um quadro descrevendo as seguintes perguntas: COMO, QUEM, ONDE, QUANDO, não devendo seguir a mesma sequência apresentada.
- 8º. Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

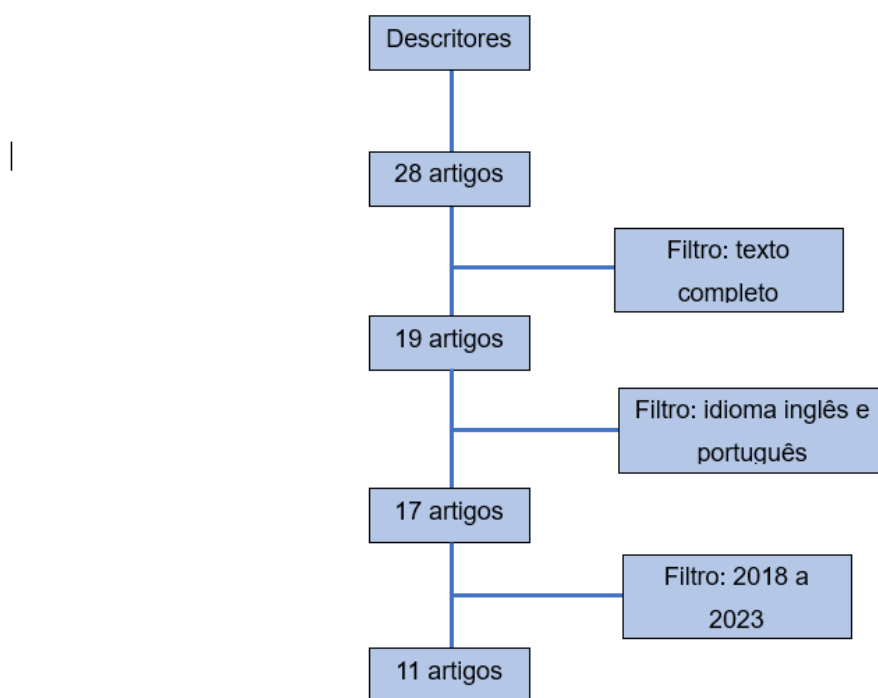


Figura 1: Fluxograma da primeira seleção de artigos da BVS, 2024.

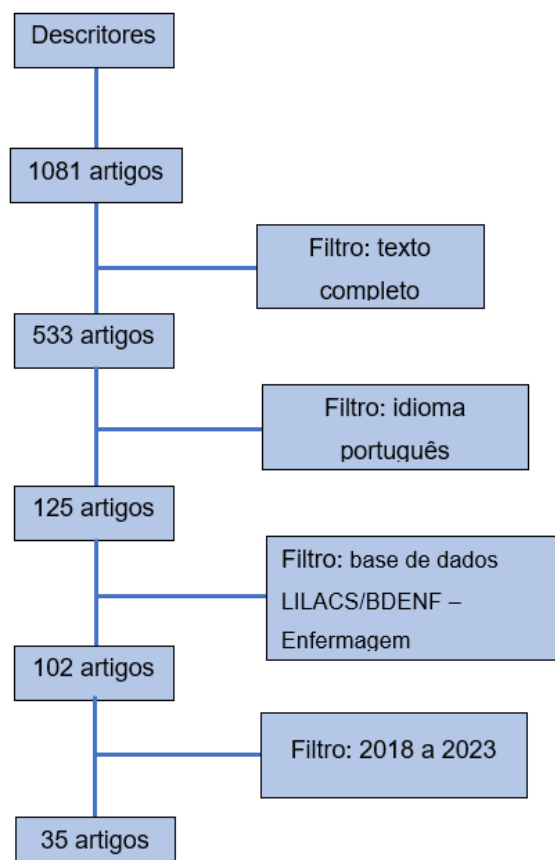


Figura 2: Fluxograma da segunda seleção de artigos da BVS, 2024.

Os nove artigos selecionados na revisão tiveram como tema foco: risco gestacional como fator determinante para cesariana de acordo com os grupos da Classificação Robson; padrão de nascidos vivos, segundo os grupos Robson e a classificação do índice Kotelchuck; taxas de cesarianas a partir da classificação de Robson; características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson; perfil das mulheres submetidas à cesariana segundo Classificação de Robson; Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana; implementação do Sistema de Classificação Robson e otimização da cesárea; análise das complicações clínico-obstétricas em gestantes adolescentes segundo a Classificação de Robson; Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana e sua associação com perfil institucional.

Todos os artigos têm em comum o uso da Classificação de Robson como uma ferramenta para analisar e comparar diferentes aspectos relacionados aos partos cesáreos e vaginais. Esses artigos indicam uma variedade de estudos e análises que utilizam a Classificação de Robson para investigar padrões de partos cesáreos e características obstétricas em diferentes contextos, como hospitais universitários, hospitais públicos, e diferentes estados brasileiros. Além disso, eles mostram a aplicabilidade da Classificação de Robson em diferentes cenários, como na identificação de grupos de gestantes com maior risco de cesariana, na análise das complicações obstétricas de gestantes adolescentes e na comparação das taxas de cesariana entre perfis público e privado de assistência à saúde.

Com a revisão realizada e breve análise dos métodos de pesquisa em cada artigo e quais foram os resultados coletados com tais estudos, foi notável que a classificação de Robson é uma grande aliada para reduzir o número de cesáreas nos hospitais, podendo notar que em todas as publicações é possível classificar as gestantes conforme a especificidade de cada uma e assim alinhando a conduta para um bom parto de forma humanizada e com o cuidado integral a mãe e ao bebê.

Quadro 1: Seleção de artigos da revisão integrativa da literatura.

Ano	Título	Revista	Objetivo	Tipo de estudo	Resumo
2018	Implementation of the Robson 10-Group Classification System at Hospital de Manises Optimization of the cesarean delivery rate.	Prog. Obstet. Ginecol.	Avaliar a implementação do Sistema de Classificação de 10 Grupos no Hospital de Manises Foi realizado como critério objetivo para estudo de identificar os grupos de gestantes retrospectivo com maior risco de parto cesáreo e as condições clínicas que mais afetam a taxa geral	Estudo de corte retrospectivo	O sistema de classificação de 10 grupos é de fácil implementação e permitem a identificação dos grupos de risco para cesariana e das condições clínicas que mais impactam nessa abordagem
2019	Classificação de Robson uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas a cesariana	Enfermagem em Foco	Descrever as características obstétricas das Gestantes submetidas a cesariana segundo o sistema de classificação de Robson	Pesquisar documental, retrospectiva e descritiva	Foi demonstrada a facilidade do uso da classificação de Robson e os grupos com maior impactos são a população alvo para as intervenções a serem planejadas com o objetivo de otimizar as taxas de cesarianas na maternidade
2019	Perfil das mulheres submetidas a cesariana segundo classificação de Robinson pesquisa de campo	Online Brasil j.nurse.	Caracterizar o perfil das mulheres submetidas a cesariana segundo a classificação da escala Robson em um hospital público da Baixada Litorânea do Estado do Rio de Janeiro	Pesquisa de campo, descritiva, natureza quantitativa, utilizando a técnica documental retrospectiva	A escala de Robson pode ser uma ferramenta útil na identificação dos grupos que efetivamente necessitam de intervenção com vistas a redução das taxas de cesáreas desnecessárias
2019	Características obstétricas das Gestantes submetidas a cesariana segundo a classificação de Robson	Revista de enfermagem UERJ	Descrever as características obstétricas das Gestantes submetidas a cesariana segundo a classificação de Robson em um hospital universitário	Estudo descritivo e retrospectivo com abordagem quantitativa	Com a classificação fora mais fácil de relacionar os dados com os fatos, mas o número de cesárias continua sendo algo relevante e acima da média

2020	Uso do sistema de classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua Associação com perfil institucional	J health biol. Sci.	Analisar as diferenças nas taxas de cesariana em Santa Catarina ao comparar os perfis públicos e privado, de acordo com grupos do sistema de classificação de Robson	Estudo transversal	Foi constatado que há um número elevado de cesarianas eletivas especialmente no setor privado, em detrimento do manejo ativo do trabalho de parto sugerindo a realização de cesarianas sem indicação médica e potenciais riscos para mãe e recém-nascido, nesse contexto a utilização da classificação de Robson pode ser uma importante ferramenta para redução dessas taxas
2020	Taxas de cesariana em um hospital universitário a partir da classificação de Robson	Ciência cuidados em saúde	Descrever as taxas de cesáreas de um hospital universitário a partir da classificação de Robson	Estudo descritivo e transversal	O uso da classificação de Robson permitiu conhecer, cidade, duas mulheres submetidas a cesárea no serviço que pode subsidiar a elaboração de estratégias mais efetivas e condizentes com a realidade no enfrentamento das taxas elevadas de cesariana
2020	Pattern of Live Births in Rio de Janeiro State, Brazil, according to Robson Groups and the Kotelchuck: Index 2020 Classification 2015/2016.	Revista brasileira de ginecologia e Obstetrícia	Investigar os padrões dos partos hospitalares no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2015 e 2016, considerando a classificação de características obstétricas de Robson e a dos cuidados pré-natais por Kotelchuck.	Estudo de análise descritiva	Fora descrito que o padrão de partos cesáreas são muito elevados e com a classificação de Robinson é possível observar que esse número poderia ser reduzido
2021	Análise das complicações Clínicas obstétricas em gestantes adolescentes segundo a classificação de Robson	Revista de enfermagem UERJ	Analisar as complicações obstétricas de gestantes e adolescentes por meio da classificação de Robson	Trata-se de uma análise quantitativa documental	Foi possível evidenciar que o tipo de parto das Gestantes e adolescentes que foram afetadas por uma complicação Clínica obstétrica foi o parto cesáreo.
2021	Risco gestacional como fator determinante para cesariana de acordo com os grupos de classificação de Robson	Revista brasileira de ginecologia e Obstetrícia	Analisar e comparar a frequência de parto cesáreas e vaginais através da escala de Robson em gestantes	Estudo transversal retrospectivo	A classificação de Robson mostra ser uma ferramenta útil para identificar o perfil das parturientes e os grupos com maiores riscos de cesarianas em diferentes períodos em um mesmo serviço. Desta forma, se monitorar de forma dinâmica as indicações e vias de parto e desenvolver ações para a redução das taxas de cesariana

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Ao longo da gravidez, a mulher desempenha um papel significativo na escolha do método de parto. Embora seja um direito dela, é essencial que receba informações precisas sobre as opções de parto, destacando tanto os benefícios quanto as limitações de cada uma. Nesse contexto, o diálogo entre a equipe de saúde e a mulher possibilita uma discussão aberta e a troca de conhecimentos, abordando dúvidas, mitos e receios, a fim de capacitar a gestante a fazer escolhas informadas e autônomas em relação ao seu parto. (SILVA et.al, 2014).

É claro que a implementação de programas educativos nos serviços de saúde durante o pré-natal, com base na promoção da saúde, é crucial para capacitar as mulheres a fazer escolhas autônomas sobre o tipo de parto que desejam. (SANTOS et al., 2016). No entanto, o aumento significativo na taxa de cesarianas é uma preocupação para os administradores dos serviços de saúde, especialmente quando se considera os riscos desnecessários enfrentados pelas mães e bebês quando a realização de uma cesariana não é devidamente justificada, ou seja, quando é realizada sem indicação clínica (NASCIMENTO et al., 2015).

Em junho de 2011 através da portaria Nº 1.459 é instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma iniciativa do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, criada em 2011, que visa promover a melhoria da atenção à saúde materna e infantil. Seu objetivo principal é garantir uma atenção humanizada e de qualidade desde o pré-natal até o puerpério, buscando reduzir a mortalidade materna e infantil, bem como as taxas de cesarianas desnecessárias. (BRASIL, 2011)

Essa rede é fundamentada em uma série de diretrizes que visam oferecer uma assistência integral e personalizada às gestantes, parturientes e recém-nascidos. Entre os principais pilares da Rede Cegonha estão o pré-natal de qualidade, o incentivo ao parto normal, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a qualificação dos profissionais que atuam nessa área. (BRASIL, 2011)

Uma das formas pelas quais a Rede Cegonha ajuda as gestantes é através da oferta de uma atenção pré-natal ampliada, que inclui consultas regulares, exames específicos, acompanhamento nutricional e psicológico, além de orientações sobre os cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto. (BRASIL, 2011)

Além disso, a Rede Cegonha busca promover a humanização do parto e do nascimento, garantindo às gestantes o direito de escolherem o tipo de parto que desejam, desde que seja seguro para elas e para o bebê. Isso é feito por meio de estratégias que visam reduzir a medicalização do parto, como o estímulo ao parto normal, a criação de Centros de Parto Normal e a capacitação de profissionais para atuarem em equipe multidisciplinar durante o processo de parturição. (BRASIL, 2011)

As vivências durante a gravidez e o parto, quando devidamente acompanhadas e esclarecidas, têm o potencial de impactar positivamente a autoconfiança das mulheres, ao mesmo tempo que promovem a sua autonomia e empoderamento. Embora a chegada do bebê seja aguardada com grande expectativa, não se pode subestimar o fato de que também pode gerar ansiedade e receios diante do desconhecido, da dor intensa ou de estar sozinha, resulta na preocupação com a segurança e o bem-estar tanto da mulher quanto do bebê. (FREIRE et al., 2017).

De acordo com certos pontos de vista, um parto por cesárea pode oferecer vantagens, permitindo a marcação precisa da data e hora do nascimento, evitando imprevistos e tendo uma duração consideravelmente mais curta em comparação com o parto vaginal. Além disso, a cesárea pode significar uma redução significativa nos níveis de estresse e ansiedade tanto para a mãe quanto para o pai da criança, bem como para toda a família ansiosa para dar as boas-vindas ao novo membro. No entanto, há desvantagens a serem consideradas. Qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos, como infecção ou hemorragia, e o período pós-operatório pode ser mais complicado. Ademais, a presença de uma cicatriz é mais uma desvantagem a ser ponderada. (FREIRE et al., 2017).

A classificação de Robson veio para auxiliar nas taxas elevadas de cesarianas em que não se fazia necessário a conduta cirúrgica, essa classificação foi criada pelo médico irlandês Michel Robson em 2001 com o objetivo de classificar as gestantes dentro dos grupos que existem nessa ferramenta. Para nortear o questionário Michel Robson utiliza 6 conceitos básicos como: Paridade; Cesárea anterior; Início do trabalho de parto; Idade gestacional; Apresentação fetal; Número de fetos; com esses conceitos a classificação torna-se totalmente inclusiva e exclusiva pois todas as gestantes que se submeterem a essa classificação estarão dentro de apenas um dos dez grupos que contemplam a ferramenta. (FIOCRUZ, 2018).

Como relatado a classificação de Robson é reconhecida como uma ferramenta eficaz e importante para avaliar e monitorar as taxas de cesarianas em todo o mundo.

Sua simplicidade, robustez e capacidade de reprodução facilitam sua aplicação em diferentes ambientes de assistência à saúde. Além disso, ela é clinicamente relevante, fornecendo informações essenciais sobre o perfil obstétrico das pacientes, auxiliando na tomada de decisões clínicas. Em suma, a classificação de Robson desempenha um papel fundamental na compreensão e gestão dos cuidados obstétricos em escala global, contribuindo para uma prática clínica mais informada e baseada em evidências. (ROBSON, 2015)

5. MÉTODO

Este estudo é caracterizado com uma abordagem quantitativa, transversal e descritiva. Foi realizado na maternidade da Fundação Hospitalar Santa Terezinha (FHST) de Erechim-RS. Teve a duração de três meses, iniciando em agosto de 2024, com término em outubro de 2024.

Trata-se de um hospital de grande porte com média e alta complexidade localizado num município de médio porte da região norte do Rio Grande do Sul, ficando há 370km de distância de Porto Alegre, a cidade deferida possui, segundo o IBGE 2022, cerca de 105.705 pessoas. O hospital serve de referência do atendimento em saúde de média a alta complexidade, incluindo atendimento de obstetrícia para a Região Norte do RS que abrange 33 municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde.

11ª Coordenadoria Regional de Saúde



Sendo a FHST referência no SUS para atendimento de gestantes da região que abrange em torno de 33 municípios que pertencem a 11ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Possui, em relação a área obstétrica e neonatal, uma unidade denominada Maternidade, com 12 leitos, para internações de gestantes em trabalho de parto, gestantes de alto risco e as puérperas e seus filhos após o parto. Ainda a unidade possui o Centro de Parto Normla (CPN), com três salas de parto, uma sala de

admissão e uma sala de atendimento do recém-nascido. Quando necessário, o Centro Cirúrgico atende os partos cesariana.

Este estudo não teve seleção ou cálculo de amostra, pois foram convidadas apenas para participar do estudo todas as puérperas hospitalizadas no FHST que queiram participar da coleta de dados no período de agosto a outubro de 2024 e que se enquadram nos critérios de inclusão. Em função da instituição servir de campo prático para as disciplinas do curso de graduação em enfermagem no qual desenvolve-se atividades, é de conhecimento que nascem em torno de 100 a 180 crianças por mês, oriundas de diferentes municípios da região. Considerando uma média de 140 nascimentos mensais, estima-se um total de 420 nascimentos/puérperas no período de três meses a serem convidadas para participar do estudo. O número de participantes pode ser menor devido as perdas e recusas.

Critérios de inclusão: puérperas internadas na maternidade da Fundação Hospitalar Santa Terezinha no período de 01 de agosto de 2024 a 20 de novembro de 2024, no pós-parto, independente da via de parto e da cidade de origem.

Critérios de exclusão: mães menores de 18 anos que não tenham como solicitar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para seu responsável legal.

Coleta de Coleta de Dados

A coleta de dados aconteceu num período de três meses, iniciando somente após a autorização do CEP, da instituição e do setor hospitalar. Após o projeto ser aprovado pelo CEP, foi realizada a solicitação de pesquisa junto a FHST, através do Termo de Autorização da Instituição (TAI) (Anexo A), explicando os objetivos e metodologia da pesquisa. Após o projeto ser autorizado pela instituição, fora entrado em contato com a enfermeira gestora da maternidade, para explanação do projeto e objetivos, visando autorização com a assinatura do TAI do setor (Anexo B).

Nestes documentos TAI, será solicitado autorização para a entrada maternidade para acesso às pacientes puérperas que estiverem ali internadas para convidá-las para pesquisa. Para saber quais os quartos e quem são as puérperas/mães alvos do estudo, foi solicitado autorização da instituição para entrar nos quartos da maternidade e fazer o levantamento das puérperas. Após a instituição aceitar a realização da pesquisa foi conversado com as enfermeiras gestoras para organização da logística da coleta de dados.

Na maternidade, haviam quartos de dois e três leitos, e nenhum quarto individual. A entrevistadora se dirigiu ao quarto e fez um convite geral a todas as puérperas ali internadas. Em seguida, foi explicado brevemente, de forma coletiva, sobre a pesquisa e os temas que seriam abordados. A entrevistadora informou que as entrevistas seriam realizadas individualmente à beira do leito, utilizando um tom de voz baixo. Para as puérperas que aceitaram participar da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Anexo C) foi lido individualmente, também em tom de voz baixo. Uma via ficará com a participante, uma com a instituição e a outra com a pesquisadora que guardará o mesmo por cinco anos em local seguro e de sua responsabilidade, e após este período irá descartar conforme as definições ambientais e legais da época.

Para aumentar o sigilo, foi utilizado um biombo para isolar a puérpera entrevistada das demais hospitalizadas. Não se fez necessário o acesso ao prontuário físico e eletrônico e nem entrevista com profissionais. A coleta foi realizada diariamente de segunda a sábado, no período da tarde ou conforme a rotina da unidade, visando alcançar todas as puérperas hospitalizadas no período, uma vez que a internação para parto ou cesárea é de no mínimo 36 horas.

Para as pacientes menores de 18 anos que desejarem participar, foi solicitado que o responsável legal assine o TCLE para responsáveis por participantes de 7 anos a menores de 18 anos, alfabetizados – sem acesso a prontuários (Anexo D) e ela assinará o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para participantes de 7 anos a menores de 18 anos alfabetizados com e sem acesso a prontuário médico (Anexo E). Caso o responsável não estiver presente na primeira abordagem, será realizada uma segunda tentativa no dia seguinte. Caso a assinatura pelo responsável legal não tenha sido possível, a paciente foi informada de que, sem o termo, não poderia participar devido a questões legais. Em seguida, foi realizado um agradecimento pela atenção.

Após a assinatura dos termos a entrevistadora procedeu com a entrevista utilizando um questionário impresso, contendo perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico e o questionário validado com perguntas para a Classificação de Robson (ROBSON, 2015). Caso a paciente tenha se sentido desconfortável para responder alguma pergunta, ela foi informada previamente de que estava livre para não responder. O questionário não incluiu o nome da participante ou qualquer outro dado pessoal que pudesse identificá-la. Ele foi identificado apenas por um número sequencial

de entrevistas, começando pelo número 1. Os termos de consentimento e assentimento foram identificados com o mesmo número correspondente ao questionário.

Foram realizadas entrevistas individuais com as puérperas, em tom de voz baixo, utilizando um questionário com perguntas fechadas. As perguntas incluíram itens elaborados pelos próprios pesquisadores (Apêndice A) e um questionário validado da Classificação de Robson (Anexo F) (ROBSON, 2015). As informações que serão coletadas referem-se a variáveis sociodemográficas: idade (em anos), estado civil (casada, união estável, solteira, divorciada, viúva), número de filhos (incluindo o recém-nascido), escolaridade da mãe (não sabe ler/escrever, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo), cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena), e ocupação/profissão (resposta aberta). E variáveis obstétricas para Classificação de Robson= idade gestacional (em semanas), data do parto (dia/mês/ano). Sobre paridade: quantos filhos já teve antes desta gravidez (Nenhum, 1 filho, 2 filhos, 3 ou mais filhos). Se múltipara, como foi o parto de seu(s) filho(s) anterior(es) (parto vaginal sem intervenções, parto vaginal com intervenções - uso de fórceps, ventosa, episiotomia, etc., cesariana eletiva, cesariana de emergência, não se aplica (se esta for a primeira gravidez). Sobre esta gestação atual: quantidade de feto (um filho(a); dois filhos(as), mais de três filhos(as)). Sobre apresentação fetal: qual a posição do bebê nesta última gravidez (cefálica, pélvica, transversa). Sobre o início do trabalho de parto nesta última gestação: parto vaginal espontâneo, parto vaginal induzido, cesárea antes de iniciar o trabalho de parto, cesariana de emergência). A entrevista terá duração de 10 a 15 minutos.

Posteriormente as respostas coletadas em questionário impresso serão digitadas em planilha Excel sem identificação da participante, que será armazenada em uma pasta de um computador privado, acessado por senha, para manter a segurança dos dados. A entrevistada será identificada no questionário impresso e no banco de dados por número de ordem sequencial de entrevista. No TCLE será inserido um código numérico, para cada participante, que será utilizado na planilha de dados. Como esse termo ficará arquivado em local diferente da planilha, que apenas a pesquisadora terá acesso, não terá risco de identificação da participante.

Riscos: o risco de perda de invasão eletrônica e perda de material, e para amenizar este risco será utilizado número/código no banco de dados para identificar as entrevistadas e o banco de dados será armazenado em um computador privado, acessado

por senha, para aumentar a segurança dos dados. A entrevistada terá seu nome identificado por assinatura apenas nos termos TCLE e TALE, que ficará arquivado de forma física em local diferente da planilha, onde apenas a pesquisadora terá acesso.

Benefícios: Os benefícios ao participante da pesquisa são indiretos, pois estará contribuindo com informações importantes que poderão ser utilizadas para contribuir com a assistência no processo de parto e nascimento. Para a comunidade acadêmica os benefícios serão as informações que esta pesquisa irá gerar para contribuir com o conhecimento dos estudantes e profissionais da saúde sobre o processo de parto. Para a comunidade em geral, este estudo poderá contribuir com informações para visualizarem a importância dos cuidados e atenção à saúde durante o processo de trabalho de parto. De maneira mais ampla a comunidade em geral se beneficiará por meio da melhoria na assistência e gestão hospitalar, com possibilidade de condutas assistenciais de maior qualidade e efetividade, além de fomento à educação continuada em saúde para os profissionais com vista uma assistência digna e qualificada.

Análise dos dados

Com os dados coletados e registrados na planilha do Excel, foi realizada a análise estatística descritiva, utilizando-se porcentagem, frequência, média e desvio padrão. A apresentação dos resultados será por meio de tabelas e gráficos.

A análise dos dados se deu por meio de estatística descritiva das variáveis. As variáveis quantitativas (numéricas e contínuas) foram descritas com uso de médias e desvio padrão bem como as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) descritas por meio de proporção e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%).

Para as análises de associação foi utilizado teste qui-quadrado para comparar dois grupos de duas variáveis categóricas independentes. Foi comparado os desfechos obstétricos e sociodemográficos considerando como variável de associação as análises com significância p-valor de $<0,05$.

A partir da análise estatística, cada puérpera foi classificada em apenas um dos 10 grupo da Classificação de Robson:

Grupo 1- Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto.

Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 4: 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.

Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas.

Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.

Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 9: Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Os grupos 1 a 4 possuem maior chance de parto vaginal, o grupo 5 possui alguma chance de parto vaginal, os grupos 6 a 10 possuem menor chance de parto vaginal.

6. RESULTADOS ESPERADOS

O projeto busca analisar as características obstétricas das gestantes e analisar os partos vaginais e cesáreos com base na Classificação de Robson na instituição, esperando que os resultados possam auxiliar no entendimento do processo de parto, na compreensão das indicações de cesárea e do perfil dos partos realizados. Estes resultados do estudo podem trazer subsídios para a melhoria dos cuidados a gestante no momento do parto e revelar a necessidade do planejamento de ações para o monitoramento das cesáreas e ajudar a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias para redução de cesarianas, qualificando a assistência a parturiente.

7. CRONOGRAMA DO PROJETO

ATIVIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
Avaliação do projeto pelo Comitê de ética da URI	Junho de 2024	Junho de 2024
Contato com a instituição	Julho de 2024	Julho de 2024
Contato com o Setor	Julho de 2024	Julho de 2024
Coleta de dados	Agosto de 2024	Novembro de 2024
Organização do Banco de Dados	Novembro de 2024	Novembro de 2024
Análises estatística	Novembro de 2024	Novembro de 2024
Apresentação para a banca avaliadora	Dezembro de 2024	Dezembro de 2024

8. ORÇAMENTO

PRODUTO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Cópias	2000	0,15	300,00
Caneta	04	1,00	4,00
Telefone	Disponível	-	-
Computador	Disponível	-	-
Deslocamento para pesquisa	350 litros	6,00	500,00
TOTAL			804,00

*As despesas serão de responsabilidade do pesquisador.

9. DESENVOLVIMENTO

O início da pesquisa se deu a partir do dia 01º de agosto de 2024 no período da tarde na FHSTE até o último dia que fora dia 21 de outubro de 2024, em torno de 100 dias de pesquisa resultaram em 120 puérperas entrevistadas e apenas duas perdas por motivos de alta hospitalar enquanto a pesquisadora não estava presente.

10.RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para análise dos dados foram utilizadas as entrevistas realizadas no período de um de agosto a 21 de outubro em que alcançou-se uma amostra de **120 puérperas**. Neste período de coleta de dados houveram duas perdas e nenhuma recusa a pesquisa. Com o auxílio do questionário disposto no apêndice A e com a autorização assinada da puérpera fora dado início a pesquisa. A tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e obstétrico das puérperas entrevistadas.

Tabela 1- Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres parturientes em um hospital público da região Norte do Rio Grande do Sul. Brasil, RS, 2024.

Variáveis	n	%
Idade		
Até 19 anos	11	9,2
20 a 29 anos	60	50,0
30 a 39 anos	40	33,3
40 ou mais	9	7,5
Estado civil		
Com acompanhante	87	72,5
Sem acompanhante	33	27,5
Nº filhos		
1 filho	42	35,0
2 filhos	37	30,8
3 filhos	26	21,7
4 filhos	12	10,0
5 filhos	3	2,5
Escolaridade		
Fundamental completo	85	70,8
Médio completo	27	22,5
Superior completo	8	6,7
Cor/raça		
Branca	87	72,5
Preta	33	27,5
Ocupação		
Do lar	36	30,0
Carteira assinada	67	55,8
Sem carteira assinada	17	14,2
Bolsa família		
Não	83	69,17

Sim	37	30,83
Idade gestacional		
Pré-termo	21	17,5
À termo	99	82,5
Pós-termo	0	0,0
Tipo de parto		
Vaginal sem intervenção	76	63,33
Vaginal com intervenção	1	0,83
Cesaria	32	26,67
Cesaria de emergência	11	9,17
Número de filhos antes		
Zero	41	34,17
Um	39	32,5
Dois	25	20,83
Três	15	12,5
Tipo do primeiro parto		
Vaginal sem intervenção	54	45
Cesária	23	19,17
Cesária de emergência	1	0,83
Primeiro filho	42	35
Tipo do segundo parto		
Vaginal sem intervenção	28	23,33
Cesária	11	9,17
Cesária de emergência	1	0,83
Ignorado	80	66,67
Tipo do terceiro parto		
Vaginal sem intervenção	12	10
Cesária	3	2,5
Cesária de emergência	0	0
Ignorado	105	87,5
Número de fetos		
1 feto	119	99,17
2 fetos	1	0,83
Posição do bebê		
Cefálica	100	83,33
Pélvica	15	12,5
Transversa	5	4,17
Início do trabalho de parto		
Espontâneo	77	64,17
Cesária antes do TP	35	29,17
Cesária de emergência	8	6,67

A amostra foi composta predominantemente por mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, que representaram 50% do total (n=60). Mulheres com até 19 anos constituíram 9,2% da amostra (n=11), enquanto a menor frequência foi observada entre aquelas com 40 anos ou mais, totalizando 7,5% (n=9). Quanto ao estado civil, 72,5% das mulheres (n=87) disseram viver com um acompanhante, 35% das mulheres (n=42) referiram ter um filho, seguidas por 30,8% (n=37) com dois filhos (Tabela 1).

No que tange à escolaridade, a maioria havia concluído apenas o ensino fundamental, representando 70,8% (n=85). A maioria das participantes da pesquisa se identificou como raça/cor branca, representando 72,5% (n=87). Em relação à ocupação, 55,8% (n=67) possuem vínculo empregatício com carteira assinada, 36% (n=43) se dedicam exclusivamente ao lar, e 14,2% (n=17) trabalham sem carteira assinada (autônomas). Quanto à idade gestacional, 82,5% (n=99) das mulheres tiveram gestações a termo, enquanto 17,5% (n=21) tiveram partos pré-termo. Em relação ao recebimento do benefício Bolsa Família, 30,83% (n=37) das mulheres que relataram o pedido, enquanto 69,17% (n=83) não eram beneficiárias (Tabela 1).

No que se refere ao tipo de parto, a maioria realizou parto vaginal sem intervenção, correspondendo a 63,3% (n=76), enquanto 26,7% (n=32) tiveram cesárea eletiva. A análise incluiu a avaliação de todos os partos que a mulher já teve até o momento da pesquisa, podendo o tipo de parto ser diferente no primeiro, segundo e terceiro parto. Quando analisado o número de filhos antes da gestação atual, 34,17% (n=41) não tinham filhos prévios e 39,17% (n=47) tinham um filho. Por fim, quanto aos tipos de partos anteriores, prevalece o parto vaginal sem intervenção, seguido por cesárea eletiva.

Quanto ao número de fetos, a grande maioria das gestantes (99,17%, n=119) apresentou gestação única, enquanto apenas 0,83% (n=1) tiveram gestação gemelar (Tabela 1). No que diz respeito à posição fetal no momento do parto, a apresentação cefálica foi predominante, representando 83,33% (n=100) dos casos, seguida pela posição pélvica em 12,5% (n=15). A avaliação do início do trabalho de parto revelou que em 64,17% (n=77) dos casos, o parto teve início espontâneo e 29,17% (n=35) das parturientes foram submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto.

Esses dados fornecem um panorama quantitativo e detalhado sobre os aspectos obstétricos analisados, sendo fundamentais para compreender os padrões e intervenções relacionados à classificação de Robson. Os dados sociodemográficos e obstétricos descritos são fundamentais para a aplicação e análise da Classificação de Robson, que é

amplamente utilizada para monitorar e avaliar taxas de cesárea. Esse sistema classifica as mulheres em grupos homogêneos com base em características como idade gestacional, número de filhos, tipo de parto anterior e condições obstétricas atuais. Essas variáveis ajudam a identificar padrões, instruções obstétricas e estratégias planejadas para reduzir cesáreas desnecessárias (ROBSON, 2015).

Por exemplo, a predominância de partos vaginais sem intervenção (63,3%) e cesáreas eletivas (26,7%) entre os participantes refletem práticas obstétricas locais que podem ser comprovadas pelo grupo de Robson. Mulheres com partos prévios (número de filhos) e tipo de parto anterior influenciam diretamente a classificação, já que o histórico obstétrico é um dos critérios principais. Além disso, o percentual de gestantes a termo (82,5%) é relevante porque muitas das periodicidades de cesáreas eletivas ocorrem nesse período, reforçando a necessidade de avaliar a indicação real para cirurgias.

Dados recentes revelam que o Grupo 5 da Classificação de Robson (mulheres múltiplas com cesárea prévia, gravidez a termo e feto único em apresentação cefálica) tem contribuído significativamente para as cesáreas no Brasil, já que há uma tendência a repetir o procedimento em gestações subsequentes. Além disso, mulheres de menor escolaridade, como apresentadas no perfil descrito (com predominância do ensino fundamental completo), apresentam maior adesão a partos cesarianos hospitalares, sendo que há maior frequência de intervenções entre as mulheres de baixa escolaridade, conforme estudo (NAKAMURA et.al.,2016). Entretanto, resultados de outro estudo divergem com o presente, evidenciando maior índices de cesariana entre as mulheres com maior nível de escolaridade (COPELLI et al., 2015).

A escolaridade e a condição socioeconômica também desempenham um papel crucial. Mulheres com menor acesso à educação e programas sociais, como evidenciado pelo percentual de beneficiários do Bolsa Família (30,8%), podem enfrentar barreiras no acesso a informações sobre tipos de parto, sendo mais suscetíveis à decisão médica. Esses dados ajudam a compreender como as desigualdades afetam o desenvolvimento obstétrico e a tomada de decisão, e a importância de abordar a temática em grupos vulneráveis, para promover mudanças positivas.

A análise desses dados no contexto da Classificação de Robson pode auxiliar na formulação de políticas públicas e estratégias hospitalares para reduzir cesáreas desnecessárias. Por exemplo, programas de incentivo ao parto vaginal em gestações de baixo risco, disseminação de informações às mulheres sobre o parto, capacitação de

equipes médicas e o uso de protocolos baseados em evidências são medidas que podem ser direcionadas aos grupos mais afetados. Desta forma, os dados apresentados não só enriquecem a análise sobre a aplicação da Classificação de Robson, como também refletem desafios do cenário obstétrico brasileiro e oportunidades de intervenção para melhorar a assistência ao parto no país.

Tabela 2 – Prevalência de cesarianas conforme características sociodemográficas das mulheres parturientes em um hospital público da região Norte do Rio Grande do Sul. Brasil, RS, 2024.

Variáveis	n	%	p-valor*
Parto cesáreo	43	35,8	
Idade			0,035
Até 29 anos	20	28,17	
30 ou mais	23	46,94	
Estado civil			0,075
Com acompanhante	27	31,03	
Sem acompanhante	16	48,48	
Nº filhos			0,184
Até 2 filhos	25	31,65	
3 filhos ou mais	18	43,90	
Escolaridade			0,541
Fundamental completo	29	34,12	
Médio completo ou mais	14	40,00	
Cor/raça			0,027
Branca	26	29,89	
Preta/Parda	17	51,52	
Ocupação			0,578
Do lar	33	33,33	
Carteira assinada	23	34,33	
Sem carteira assinada	8	47,06	
Bolsa família			0,258
Não	27	32,53	
Sim	16	43,24	

*Teste Qui-quadrado

A prevalência de cesarianas entre as parturientes estudadas foi de 35,8% nesta pesquisa, conforme Tabela 2. No Brasil, as taxas de cesáreas são elevadas, representando cerca de 57,7% de todos os nascimentos, um número muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Conforme a OMS, a comunidade internacional de saúde considera desde 1985 que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Nas instituições privadas brasileiras, essa taxa chega a ultrapassar 80%, enquanto no Sistema Único de Saúde (SUS), está em torno de 40% (OPAS, 2021)), corroborando com achados deste estudo. A Classificação de Robson permite identificar os grupos de mulheres com maior contribuição para essas taxas de cesáreas e assim permite desenvolver intervenções direcionadas.

Com o objetivo de aprimorar o atendimento materno e infantil no país, o que envolve a diminuição das cesarianas sem justificativa médica, várias táticas vêm sendo postas em prática desde os anos 1980. Dentre as iniciativas, destacam-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (2000), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a expansão e revisão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (2006), a Rede Cegonha (2011), as Resoluções Normativas no 368 e 398 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (2015) e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017).

A Portaria nº 306, de 28 de março de 2016, do Ministério da Saúde do Brasil, aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana. Essa normativa foi elaborada com o objetivo de padronizar e qualificar a assistência prestada às gestantes, promovendo práticas seguras e fundamentadas em evidências científicas para a escolha da via de parto. Reconhece-se o parto vaginal como uma via preferencial devido aos seus benefícios para a saúde da mãe e do bebê, buscando reduzir a alta taxa de cesarianas realizadas sem indicação médica adequada no país. As diretrizes estabelecem critérios claros para a realização de cesarianas, recomendando esta intervenção apenas em casos em que haja necessidade médica ou risco à saúde da mãe ou do bebê, como sofrimento fetal agudo ou complicações obstétricas graves. Além disso, ressaltamos a importância do acompanhamento pré-natal para identificar precocemente condições que possam influenciar a escolha do tipo de parto, garantindo que essa decisão seja compartilhada entre os profissionais de saúde e a gestante (BRASIL, 2016).

A portaria também incentiva a capacitação de profissionais da saúde para que possam orientar gestantes de maneira clara e fundamentada, respeitando sua autonomia

na escolha informada sobre a via de parto. Essa iniciativa foi uma resposta à preocupação com as taxas elevadas de cesarianas no Brasil, que superava os índices recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Por meio dessa regulamentação, o Ministério da Saúde reforça o compromisso com a promoção do parto seguro, equilibrando a saúde pública com o respeito às escolhas individuais das mulheres. (BRASIL, 2016).

Ao avaliar a prevalência de cesarianas conforme características sociodemográficas das parturientes foi possível perceber que a prevalência foi significativamente maior entre as mulheres acima de 30 anos de idade (46,9%; $p=0,035$), comparado às mais jovens; e entre as mulheres da raça/etnia preta e parda (51,5%; $p=0,027$), comparado às brancas. A prevalência de cesariana não teve diferença estatística significativa entre as demais características sociodemográficas, conforme Tabela 2.

No decorrer das entrevistas com as parturientes, uma grande parcela de mulheres com mais idade optaram por realizar cesárea por receios da dor que o parto vaginal trás para elas, o que se confirma em estudos realizados do projeto de extensão Grupo de Gestantes e Casais Grávidos da UFSC, onde as puérperas foram convidadas a participar de um questionário a respeito da escolha da via de parto. As mães relataram que optaram pela cesariana por medo de dores recorrente as contrações e além disso a duração “estendida” do trabalho de parto, cada organismo reage de uma forma diferente o que difere o tempo de trabalho de parto de cada gestante. (HANNAH et al., 2015).

Em um estudo de pesquisa qualitativa realizado em Santa Catarina realizado com gestantes no último semestre de gestação, foram utilizadas três categorias para elucidar a pesquisa: medos e preocupações, vivências e influência sociocultural. A perspectiva dessas mães entrevistadas corrobora com o presente estudo, demonstrando que muitas parturientes desistem do trabalho de parto por não aguentarem a dor, outras não querem nem passar pela experiência do parto vaginal. Na mesma pesquisa, aquelas mães que já tiveram parto vaginal recentemente, não optaram por ter novamente por conta do tempo que se sucedeu até o nascimento do bebê e por isso recorreram a cesárea. (LIVRAMENTO et.al. 2019).

Uma pesquisa conduzida em hospitais públicos e privados no Brasil revelou que a maioria de mulheres manifestaram preferência pelo parto vaginal. No entanto, ao analisar os dados referentes às cesarianas realizadas, observou-se que a taxa desse tipo de parto supera a de partos vaginais, correspondendo a 70% no setor privado, sendo

64% destas programadas (COPELLI et al., 2015). Além disso, o mesmo estudo apresentou uma relação significativa entre o tipo de parto, o grau de escolaridade e o estado civil, especialmente em primigestas. Estudos indicam que, embora a preferência pelo tipo de parto não esteja diretamente associada à escolaridade, os índices de cesariana são mais altos entre as mulheres com maior nível de escolaridade. Por exemplo, as mulheres com ensino superior completo apresentam taxas de cesariana significativamente superiores às daquelas com ensino fundamental podendo relacionar a condição financeira em que se encontram. (COPELLI et al., 2015). Uma melhor condição financeira possibilita a mulher um acompanhamento da gestação por meio de plano de privado de saúde ou mesmo particular, o que possibilita a ela uma escolha sobre o tipo de parto.

A tabela 3 apresenta a distribuição das parturientes em um hospital público da região Norte do Rio Grande do Sul em 2024, conforme os grupos da classificação de Robson. A classificação destaca o tamanho relativo dos grupos, a taxa de cesáreas em cada grupo, bem como suas contribuições absolutas e relativas para a taxa global de cesárea.

Tabela 3- Classificação de Robson das mulheres parturientes em um hospital público da região Norte do Rio Grande do Sul. Brasil, RS, 2024.

Grupos de Robson	Tamanho relativo (%) do grupo		Número e taxa de cesárea (%) em cada grupo		Contribuição absoluta (%) na taxa global de cesárea*	Contribuição relativa (%) na taxa global de cesárea**
	n	%	n	%	%	%
Grupo 1	27	22,50	0	0,0	0,0	0,0
Grupo 2	6	5,00	5	83,33	4,2	11,63
Grupo 3	31	25,83	0	0,0	0,0	0,0
Grupo 4	3	2,50	3	100,00	2,5	6,98
Grupo 5	17	14,17	11	64,71	9,2	25,58
Grupo 6	5	4,17	5	100,00	4,2	11,63
Grupo 7	9	7,50	9	100,00	7,5	20,93
Grupo 8	1	0,83	1	100,00	0,83	2,33
Grupo 9	5	4,17	5	100,00	4,2	11,63
Grupo 10	16	13,33	4	25,00	3,3	9,30

Total	120	100,0	43	35,83	35,83	100,0
P-valor				<0.001	<0.001	<0.001

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

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

De acordo com a Classificação de Robson (Tabela 3), os grupos G1, G3, G5 e G10 foram responsáveis por 75,8% dos nascimentos no período de agosto a outubro de 2024. Os grupos G5 e G7 contribuíram com mais de 45% das cesáreas, com 25,6% e 20,9% respectivamente. Olhando individualmente dentro de cada grupo, no G5, G6, G7, G8 e G9 houveram 100,0% de partos cesáreos, seguido pelos grupos G2 com 83,3% e G5 com 64,7%, conforme Tabela 3.

De forma detalhada, o Grupo 1 (nulíparas com início espontâneo do trabalho de parto) representou 22,5% da amostra e não registrou casos de cesárea, indicando contribuição nula para a taxa global de cesárea. O Grupo 2 (nulíparas com indução do trabalho de parto ou cesárea antes do início) correspondeu apenas a 5% do total, com taxa de cesárea de 83,33%, com contribuição relativa na taxa global de cesáreas foi de 11,63%.

O Grupo 4 (múltiparas sem cesárea prévia, com indução ou cesárea antes do trabalho de parto) foi menor, com 2,5% das pacientes, todas submetidas a cesárea (100%), contribuindo com 2,5% da taxa global absoluta e 6,98% na contribuição relativa. O Grupo 5 (múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior) foi expressivo, abrangendo 14,17% (n=17) das parturientes, com uma taxa de cesárea de 64,71% (n=11). Este grupo teve uma contribuição absoluta de 9,2% e uma contribuição relativa para a taxa global de cesáreas de 25,58%, refletindo a relevância histórica de cesáreas anteriores no desfecho obstétrico, conforme outros estudos trazem, esse é o grupo que mais contribui para o aumento das taxas de cesáreas.

Os Grupos 6 (gestação única, apresentação pélvica nulípara) e 7 (gestação única, apresentação pélvica múltipara) tiveram representações menores, de 4,17% e 7,50% respectivamente, na classificação de Robson, sendo todos os partos deste grupo cesáreos. Estes grupos tiveram uma contribuição relativa de 11,6% e 20,9% na taxa global de cesáreas, respectivamente.

Os Grupos 8 (gestação múltipla), 9 (gestação única, apresentação transversa) e 10 (gestação única, com trabalho de parto prematuro) tiveram menor representatividade. O Grupo 8 e 9 correspondem a 0,83% e 4,17% na Classificação de Robson e ambos apresentaram taxas de cesárea de 100%. A contribuição relativa na taxa global de cesárea foi de 2,3 e 11,6% respectivamente. Enquanto o Grupo 10 corresponde a 13,33% do total, teve uma taxa de cesárea de 25% e contribuição relativa de 9,30% na taxa global de cesáreas.

Conforme Tabela 3, os resultados destacam a contribuição desigual de determinados grupos para as cesáreas, o que é esperado considerando as características de cada grupo de gestantes dentro da classificação de Robson. Entretanto, o grupo 5, apesar de apresentar uma proporção de cesáreas menor, considera-se uma prevalência ainda elevada uma vez que, multíparas com cesáreas anteriores não é fator determinante para cesárea, esse grupo tem grande influência nas taxas gerais de cesárea, pois muitas dessas mulheres são submetidas a novas cesáreas, mesmo quando o parto vaginal é uma opção segura. Promover o parto vaginal após cesárea (PVAC) nesses casos pode reduzir a necessidade de novas cesáreas, evitando os riscos associados a várias cirurgias, como placenta prévia e aderências pélvicas. Portanto, o manejo adequado do Grupo 5 é essencial para controlar as taxas de cesárea e garantir a segurança materna e neonatal (FIOCRUZ, 2019).

Este padrão reforça a importância de intervenções baseadas em evidências para reduzir cesáreas desnecessárias, especialmente em grupos de maior risco. Nesse grupo, as cesáreas são mais frequentes devido ao receio de complicações como ruptura uterina durante o trabalho de parto. Embora algumas dessas mulheres sejam candidatas ao parto vaginal após cesárea (PVAC), a prática ainda enfrenta limitações em muitos contextos (HADDAD, S. E. M.; CECATTI, J. G.; 2011)

Já os grupos associados a apresentações fetais não cefálicas (Grupos 6 e 7) apresentam coerência com as taxas de cesáreas apresentadas. A apresentação pélvica é um fator de risco e neste caso a cesárea é frequentemente preferida para evitar complicações durante o parto vaginal (BRASIL, 2017)

O Grupo 7, composto por multíparas com apresentação pélvica, também apresenta alta taxa de cesáreas, pelos mesmos motivos do Grupo 6, mesmo que essas mulheres tenham histórico de partos vaginais prévios. Além disso, o Grupo 9, que abrange gestações múltiplas, tem taxas elevadas devido à maior complexidade dessas gestações, que frequentemente envolvem apresentações fetais desfavoráveis e riscos

adicionais, como discordância de peso entre os bebês. Por fim, o Grupo 10, que inclui gestantes com menos de 37 semanas de gestação, também é caracterizado por taxas mais altas de cesárea devido ao maior risco de complicações associadas ao parto pré-termo, como sofrimento fetal.

Foi consenso entre a maioria dos estudos que os grupos mais populosos foram os grupos 1 e 3. Apesar disso, esses foram os que menos evoluíram para o aumento da taxa de parto cesárea. A ênfase nos grupos 2 e 4 foi destacada na maior parte dos estudos brasileiros, devido ao crescimento no número de mulheres nos grupos referidos. Esse aumento foi associado à possível má condução da indução do parto e/ou à realização de cesarianas programadas antes do início da fase ativa do trabalho de parto. O que confirma o presente estudo realizado no hospital do norte do Rio Grande do Sul. No Brasil, 84,2% das cesáreas ocorrem antes do início da fase ativa, evidenciando a necessidade de revisão dos métodos e da periodicidade de indução de parto e de cesarianas eletivas. (BEZERRA et.al. 2019)

Na maioria dos estudos realizados através da classificação de Robson, o grupo 5 tem se destacado como o principal responsável pelo aumento progressivo da taxa de cesáreas no país, principalmente pela presença de cicatrização uterina prévia. Tal fator tem grande influência nas decisões sobre partos futuros, sendo o temor de ruptura uterina durante o parto vaginal em mulheres com cesárea prévia uma preocupação constante.

Por fim, o grupo 10 (gestantes pré-termo com feto único em apresentação cefálica, independentemente de paridade ou cesárea anterior) também mostrou aumento no Brasil, conforme observado em dois estudos fato este que pode ser justificado pelas maternidades serem referências em partos de alto risco, o que não é o caso do hospital onde fora realizado a pesquisa atual, visto que o mesmo é referência para atender casos urgentes. (RIBEIRO, 2016).

Essas diferenças nas taxas de cesariana entre os grupos são influenciadas não apenas pelas características clínicas das gestantes, mas também por fatores institucionais e culturais, como protocolos hospitalares, preferências médicas e a disponibilidade de recursos. Questões estas que podem estar associadas às altas taxas de cesarianas entre grupos de mulheres que não apresentam fatores de riscos indicativos para o procedimento. Assim, conhecer as características clínicas e obstétricas das mulheres nos grupos de Robson com altas taxas de cesáreas desnecessárias, oferece ao

serviço de saúde um norte para a melhoria nos cuidados obstétricos, com foco na segurança materna e neonatal. (ROBSON, 2015).

11. CONCLUSÃO

O estudo avaliou o perfil sociodemográfico e obstétrico de 120 puérperas, destacando a predominância de mulheres de 20 a 29 anos, vivendo com acompanhante, de raça/cor branca e com ensino fundamental completo. A maioria apresentou vínculo empregatício formal, gestação única, a termo, e partos vaginais sem intervenção, enquanto as cesáreas eletivas foram mais comuns entre mulheres acima de 30 anos. A classificação de Robson revelou que os grupos 1, 3, 5 e 10 concentraram a maior parte dos nascimentos, com o grupo 5 (múltiparas com cesárea prévia) sendo o maior contribuinte para as cesáreas, destacando a necessidade de promover o parto vaginal após cesárea para reduzir intervenções desnecessárias.

As elevadas taxas de cesáreas no Brasil, muito acima do recomendado pela OMS, refletem práticas institucionais e culturais que priorizam o procedimento, especialmente em instituições privadas (OPAS, 2021). A aplicação da Classificação de Robson auxilia na identificação de grupos mais vulneráveis a cesáreas desnecessárias, como mulheres com baixa escolaridade e acesso limitado a informações sobre o parto. Estratégias como humanização do parto, protocolos baseados em evidências e capacitação de profissionais são essenciais para reduzir as cesáreas sem indicação médica, promovendo maior segurança materna e neonatal.

Diante dos resultados, sugere-se que o serviço de saúde e o município priorizem ações de educação em saúde para as gestantes, promovendo grupos de acompanhamento pré-natal que abordem os benefícios do parto vaginal e os riscos das cesáreas desnecessárias. É fundamental investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde, com ênfase na humanização do parto e no manejo adequado do trabalho de parto, seguindo protocolos baseados em evidências. Além disso, é recomendada a implementação de políticas para o incentivo ao parto normal, como a criação de centros de parto humanizado e a ampliação do acesso a doulas e enfermeiras obstétricas. O monitoramento contínuo das taxas de cesárea por meio da Classificação de Robson deve ser institucionalizado, permitindo intervenções direcionadas e ajustes nas práticas assistenciais. A colaboração intersetorial, envolvendo gestores, profissionais e a comunidade, é essencial para promover mudanças culturais e estruturais que assegurem um cuidado obstétrico mais equitativo e seguro.

REFERÊNCIAS

II PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. [s.l.: s.n.], 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf.

ABREU, L. P.; LIRA FILHO, R.; SANTANA, R. L. de. Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, p. e37858, 2019.

ALCANTARA, L. L. de M.; ALMEIDA, N. K. de O.; ALMEIDA, R. M. V. R. de. Padrão de Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, Segundo Grupos Robson e Classificação do Índice Kotelchuck - 2015/2016. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]*, v. 42, n. 7, p. 373–379, 2020.

ALGARVES, T. R.; LIRA FILHO, R. Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 5, p. 148–154, 2019.

BEZERRA, L. F.; SILVA, A. O.; MARQUES, M. C. C. Classificação de Robson nas maternidades brasileiras: estatísticas prós e contras. *Revista Remecs*, v. 4, n. 7, p. 38–46, 2019. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/43/43>. Acesso em: 26 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381 p.

COPELLI, F. H. S.; et al. Determinantes da preferência das mulheres pela cesariana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 336–343, jun. 2015.

CORTEZ, M. B.; SANTOS, A. A. P.; SANCHEZ, M. E. T. L.; et al. Análise das complicações clínico-obstétricas em gestantes adolescentes segundo a Classificação de Robson. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 29, p. e49539, 2021.

FREIRE, H. S. S.; CAMPOS, F. C.; CASTRO, R. C. M. B.; et al. Parte normal assistida por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas. *Revista Enfermagem UFPE On-line*, Recife, v. 11, n. 6, p. 2357–2367, jun. 2017.

FREITAS, P. F.; VIEIRA, H. G. M. Uso do Sistema de Classificação de Robson na avaliação das taxas de cesariana em Santa Catarina e sua associação com perfil institucional. *J Health Biol Sci*, v. 8, n. 1, p. 1–9, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Classificação de Robson. Rio de Janeiro, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: Principais Questões sobre Classificação de Robson: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação. Rio de Janeiro, 17

mar. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Principais Questões sobre Parto Vaginal Após Cesariana (PVAC – VBAC). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-parto-vaginal-apos-cesariana-pvac-vbac/>.

GONZÁLEZ LORENTE, C.; GIL RAGA, F. Implementação do Sistema de Classificação Robson de 10 Grupos no Hospital de Manises: Otimização da taxa de cesarianas. *Prog Obstet Ginecol*, v. 61, n. 1, p. 16–21, 2018.

HADDAD, S. E. M.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/tVcxRFzxs6mY84vY8g36RNK/?format=pdf&lang=pt>.

HANNAH, F.; et al. Determinantes da preferência das mulheres pela cesariana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 336–343, 1º jun. 2015.

MORESI, E. H. C.; et al. Classificação de Robson para cesárea em um Hospital Público do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 4, p. 1043–1050, out./dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 abr. 2024.

MOTA, A. et al. Indicadores de saúde materno-infantil e sua relação com a Classificação de Robson. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 22, n. 4, p. 1027–1032, 2022.

NASCIMENTO, N. M.; LEITE, M. G. M.; COSTA, M. M. Percepções de mulheres sobre parto vaginal e cesárea: abordagem qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p. 821–830, 2018.

OLIVEIRA, C. L.; SILVA, J. B. Fatores associados à realização de cesáreas em hospital público: Classificação de Robson como ferramenta avaliativa. *Revista Saúde Pública*, v. 54, p. 52, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesárea. Genebra: OMS, 2015. Disponível em:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/pt/.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação de Robson: Implementação e Monitoramento de Taxas de Cesariana. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259512>.

PAIVA, T. D. et al. Comparação das taxas de cesárea entre grupos de Robson em hospitais com diferentes modelos de assistência. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 41, n. 5, p. 305–311, 2019.

RATTNER, D.; TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, L. Causas e consequências das cesarianas desnecessárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 61, p. 411–414, 2017.

ROCHA, R. C. et al. Perfil das mulheres submetidas à cesariana segundo a Classificação de Robson em maternidade de referência. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 21, p. e42031, 2020.

ROSA, R. A. et al. Estratégias para redução da taxa de cesarianas: uso da Classificação de Robson. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, p. e03646, 2020.

SANTOS, A. C.; ALMEIDA, C. L.; COSTA, L. G. O papel da Classificação de Robson no manejo da assistência obstétrica. *Revista de Saúde Pública*, v. 52, n. 15, p. 1–10, 2018.

SOUZA, J. P.; GULMEZOGLU, A. M.; VOGEL, J. P. Implementação do Sistema de Classificação de Robson para monitorar e avaliar práticas obstétricas. *The Lancet*, v. 384, n. 9957, p. 1425–1426, 2014.

VASCONCELOS, R. B. et al. Avaliação de Indicadores de Qualidade Assistencial em Obstetrícia utilizando a Classificação de Robson. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, p. e20200117, 2020.

VIDAL, E. I. O.; ROCHA, M. G. F.; SANTOS, T. C. Indicadores obstétricos segundo a Classificação de Robson: estudo de séries temporais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 10, p. e00136019, 2019.

WAGNER, M. A questão das cesarianas desnecessárias: o papel dos médicos e sistemas de saúde. *Birth*, v. 27, n. 2, p. 98–102, 2015.

12.ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu Rafael Ayub, abaixo assinado, responsável pela Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, autorizo a realização do estudo “A Classificação De Robson Como Uma Ferramenta Para Avaliar As Taxas De Cesárea Em Um Hospital De Referência no Sistema Único de Saúde”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: após a pesquisa ser autorizada, será feito contato com a enfermeira gestora da maternidade, para que também seja orientada sobre a pesquisa e autorize a mesma com a assinatura dos TAI. A coleta será realizada diariamente de segunda a sábado, no período da tarde ou conforme a rotina da unidade, visando alcançar todas puérperas hospitalizadas no período, uma vez que a internação para parto ou cesárea é de no mínimo 36 horas.

A aluna pesquisadora irá conduzir o questionário com cada parturiente internada na clínica de maternidade. Primeiramente será explicado o projeto de forma coletiva e de que forma elas participarão, sendo feito o convite para quem desejar contribuir com a pesquisa. Para as pacientes que aceitarem, então será realizada uma abordagem individual, na beira do leito, onde será lido o TCLE deixando ela livre para a assinatura do mesmo em duas vias. Uma via ficará com a participante e a outra com a pesquisadora que guardará o mesmo por cinco anos em local seguro e de sua responsabilidade, e após este período irá descartar conforme as definições ambientais e legais da época. Para as pacientes menores de 18 anos que desejarem participar, será solicitado que o responsável legal assine o TCLE e ela assinará o Termo de Assentimento. Caso o responsável não estiver presente na primeira abordagem, será realizada uma segunda tentativa no dia seguinte. Caso a assinatura pelo responsável legal não seja possível será informado a paciente que sem este termo ela não poderá participar por questões legais, e será realizado um agradecimento pela atenção.

Após a assinatura dos termos a entrevistadora irá proceder com a entrevista utilizando um questionário impresso, contendo perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico e variáveis obstétricas e da gestação. O questionário não contemplará nome da participante ou qualquer outro dado pessoal que possa identifica-la. O mesmo será identificado por número sequencial de entrevistas, iniciando pelo número 1. Os termos de consentimento e assentimento serão identificados com o mesmo número.

Os dados serão registrados em uma planilha do Excel, sem identificação da participante. No TCLE será inserido um código numérico, para cada participante, que será utilizado na planilha. Como esse termo ficará arquivado em local diferente da planilha, que apenas a pesquisadora terá acesso, não terá risco de identificação da

participante. Os pesquisadores terão acesso aos dados de identificação dos participantes, mas estes não serão utilizados para nenhum tipo de publicação e ou divulgação.

Autorizamos a utilização do seguinte material e dependência do hospital: permanência no espaço físico da maternidade, acesso aos leitos que estão ocupados na maternidade e o biombo caso necessidade de manter a privacidade da parturiente se houver mais pessoas dentro do quarto.

Declaramos ainda que, os pesquisadores devem estar cientes e sujeitos ao regramento da instituição para acesso a ambientes, profissionais, pacientes e bancos de dados (considerando o que apregoa a Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis), além da observância das regras de biossegurança, até o término da pesquisa, sob pena da retirada da autorização, sem aviso prévio.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Escrever a resolução que se aplica: Resolução CNS 510/16 que estabelece diretrizes éticas específicas para a condução de pesquisas em ciências humanas e sociais que envolvem seres humanos. Ela foi criada para garantir a proteção dos direitos e da dignidade dos participantes dessas pesquisas, reconhecendo as particularidades e as especificidades das metodologias utilizadas nas ciências humanas e sociais. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Acadêmica Fernanda Correa da Silva

Professora Marciane Kessler

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.

ANEXO B
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO
Enfermeira Maternidade

Eu Mariane Bohm de Toffol, abaixo assinado, responsável pelo setor de maternidade da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, autorizo a realização do estudo “A Classificação De Robson Como Uma Ferramenta Para Avaliar As Taxas De Cesárea Em Um Hospital De Referência no Sistema Único de Saúde”, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Serão as seguintes atividades: após a pesquisa ser autorizada, será feito contato com a enfermeira gestora da maternidade, para que também seja orientada sobre a pesquisa e autorize a mesma com a assinatura dos TAI. A coleta será realizada diariamente de segunda a sábado, no período da tarde ou conforme a rotina da unidade, visando alcançar todas puérperas hospitalizadas no período, uma vez que a internação para parto ou cesárea é de no mínimo 36 horas.

A aluna pesquisadora irá conduzir o questionário com cada parturiente internada na clínica de maternidade. Primeiramente será explicado o projeto de forma coletiva e de que forma elas participarão, sendo feito o convite para quem desejar contribuir com a pesquisa. Para as pacientes que aceitarem, então será realizada uma abordagem individual, na beira do leito, onde será lido o TCLE deixando ela livre para a assinatura do mesmo em duas vias. Uma via ficará com a participante e a outra com a pesquisadora que guardará o mesmo por cinco anos em local seguro e de sua responsabilidade, e após este período irá descartar conforme as definições ambientais e legais da época. Para as pacientes menores de 18 anos que desejarem participar, será solicitado que o responsável legal assine o TCLE e ela assinará o Termo de Assentimento. Caso o responsável não estiver presente na primeira abordagem, será realizada uma segunda tentativa no dia seguinte. Caso a assinatura pelo responsável legal não seja possível será informado a paciente que sem este termo ela não poderá participar por questões legais, e será realizado um agradecimento pela atenção.

Após a assinatura dos termos a entrevistadora irá proceder com a entrevista utilizando um questionário impresso, contendo perguntas relacionadas ao perfil sociodemográfico e variáveis obstétricas e da gestação. O questionário não contemplará nome da participante ou qualquer outro dado pessoal que possa identifica-la. O mesmo será identificado por número sequencial de entrevistas, iniciando pelo número 1. Os termos de consentimento e assentimento serão identificados com o mesmo número.

Os dados serão registrados em uma planilha do Excel, sem identificação da participante. No TCLE será inserido um código numérico, para cada participante, que será utilizado na planilha. Como esse termo ficará arquivado em local diferente da planilha, que apenas a pesquisadora terá acesso, não terá risco de identificação da participante. Os pesquisadores terão acesso aos dados de identificação dos participantes, mas estes não serão utilizados para nenhum tipo de publicação e ou divulgação.

Autorizamos a utilização do seguinte material e dependência do hospital: permanência no espaço físico da maternidade, acesso aos leitos que estão ocupados na maternidade e o biombo caso necessidade de manter a privacidade da parturiente se houver mais pessoas dentro do quarto.

Declaramos ainda que, os pesquisadores devem estar cientes e sujeitos ao regramento da instituição para acesso a ambientes, profissionais, pacientes e bancos de dados (considerando o que apregoa a Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis), além da observância das regras de biossegurança, até o término da pesquisa, sob pena da retirada da autorização, sem aviso prévio.

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Escrever a resolução que se aplica: Resolução CNS 510/16 que estabelece diretrizes éticas específicas para a condução de pesquisas em ciências humanas e sociais que envolvem seres humanos. Ela foi criada para garantir a proteção dos direitos e da dignidade dos participantes dessas pesquisas, reconhecendo as particularidades e as especificidades das metodologias utilizadas nas ciências humanas e sociais. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Acadêmica Fernanda Correa da Silva

Professora Marciane Kessler

Observação: todos os pesquisadores que vierem a participar do estudo deverão ter o seu nome informado. Poderá ser vedado o acesso à Instituição às pessoas cujo nome não constar neste documento.

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – sem acesso a prontuários

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa A classificação de Robson como uma ferramenta para avaliar as taxas de cesárea em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde e que tem como objetivo avaliar a taxa de cesariana segundo da Classificação de Robson em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde, no período de agosto a novembro de 2024.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: com base em um questionário serão coletadas informações sobre você, sobre sua gestação e sobre o parto. As informações que serão coletadas são: em relação a você: idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, cor/raça e ocupação/profissão, quantos filhos já teve antes desta gravidez, como foi o parto de seu(s) filho(s) anterior(es). Sobre sua gestação: idade gestacional e data do parto. Sobre esta gestação atual: quantidade de fetos, a posição do bebê, e sobre o trabalho de parto. O questionário demandará um tempo de 10 a 15 minutos para ser respondido.

Sua participação na pesquisa é autorizar que estas informações sejam coletadas com você. Seu nome não aparecerá na planilha que constam suas informações, isso acontece para o cuidado com a não divulgação de sua identidade. Seu nome e qualquer dado de identificação não serão utilizados para nenhum tipo de publicação e ou divulgação. Seus dados clínicos serão utilizados apenas para este projeto aprovado pelo Comitê de Ética da URI-Erechim.

Os riscos dessa pesquisa para você estão relacionados a um possível sentimento de desconforto em responder alguma pergunta. E também existe o risco não intencional de extravio/perda dos registros transcritos dos prontuários. Para reduzir esses riscos, medidas serão tomadas. Você terá seu nome identificado por assinatura apenas neste termo, que ficará arquivado de forma física em local diferente da planilha com os dados, onde apenas a pesquisadora terá acesso. Seu nome não ficará registrado na planilha de dados, será utilizado número ou código no banco de dados para identificar as entrevistadas e o banco de dados será armazenado em um computador privado, acessado por senha, para aumentar a segurança dos dados.

Durante a execução do projeto os seus benefícios ao participar da pesquisa são de estar contribuindo com informações importantes que poderão ser utilizadas para melhorar a assistência ao processo de parto e nascimento no Hospital Santa Terezinha de Erechim. Podem auxiliar a comunidade acadêmica (da universidade) com as informações que irão qualificar o conhecimento dos estudantes e profissionais da saúde sobre o processo de parto. E para a comunidade em geral (outras mulheres), você poderá contribuir com informações para que elas visualizem a importância dos cuidados durante o processo de parto.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.

3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Procurar por indenização, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Ter seus dados utilizados apenas para esta pesquisa.
7. Ter a garantia de que os pesquisadores estão cientes e sujeitos ao regramento da Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis.
8. Procurar esclarecimentos com a Sra. Marciane Kessler, por meio do número de telefone: (055) 99968-6936 ou marcianekessler@uricer.edu.br, e com a estudante pesquisadora Fernanda Correa da Silva, por meio do número de telefone (054) 99110-9087 ou 096742@aluno.uricer.edu.br em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.
9. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

O CEP tem a prerrogativa de revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões éticas pertinentes, a serem desenvolvidas na Instituição, tomadas em conformidade com os critérios estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, de modo a defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade, visando a preservação e a seguridade dos direitos e deveres dos participantes de pesquisa e da comunidade científica, contribuindo com o desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos, na Instituição.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor pesquisador:

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador:

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RESPONSÁVEIS POR PARTICIPANTES DE 7 ANOS A MENORES DE 18 ANOS, ALFABETIZADOS – SEM ACESSO A PRONTUÁRIOS

Você está sendo convidado(a), como responsável pelo(a) seu(sua) _____ para participar como voluntário(a) da pesquisa a Classificação de Robson como uma ferramenta para avaliar as taxas de cesárea em um hospital de referência no sistema único de saúde que será realizado pelo Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Câmpus de Erechim, sob orientação do(a) professor(a) pesquisadora Marciane Kessler e pela aluna Fernanda Correa da Silva e que tem como objetivo avaliar a taxa de cesariana segundo da Classificação de Robson em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde, no período de agosto a novembro de 2024. Essa pesquisa é de grande importância para melhorar a conduta dos partos realizados no hospital.

A participação do(a) seu(sua) _____ no referido estudo será de autorizar a coleta de informações sobre ela, sobre a gestação e sobre o parto. As informações que serão coletadas são: em relação a ela: idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, cor/raça e ocupação/profissão, quantos filhos já teve antes desta gravidez, como foi o parto de seu(s) filho(s) anterior(es). Sobre a gestação: idade gestacional e data do parto. Sobre esta gestação atual: quantidade de fetos, a posição do bebê, e sobre o trabalho de parto. O questionário demandará um tempo de 10 a 15 minutos para ser respondido.

O nome dela não aparecerá na planilha que constam as informações coletada, isso acontece para o cuidado com a não divulgação da identidade. O nome e qualquer dado de identificação não serão utilizados para nenhum tipo de publicação e ou divulgação. Os dados clínicos serão utilizados apenas para este projeto aprovado pelo Comitê de Ética da URI-Erechim.

Os riscos dessa pesquisa para ela estão relacionados a um possível sentimento de desconforto em responder alguma pergunta. Ela terá seu nome identificado por assinatura apenas neste termo, que ficará arquivado de forma física em local diferente da planilha com os dados, onde apenas a pesquisadora terá acesso. Seu nome não ficará registrado na planilha de dados, será utilizado um número ou código no banco de dados para identificar as entrevistadas e o banco de dados será armazenado em um computador privado, acessado por senha, para aumentar a segurança dos dados.

Durante a execução do projeto os benefícios ao participar da pesquisa são de estar contribuindo com informações importantes que poderão ser utilizadas para melhorar a assistência ao processo de parto e nascimento no Hospital Santa Terezinha de Erechim. Podem auxiliar a comunidade acadêmica (da universidade) com as informações que irão qualificar o conhecimento dos estudantes e profissionais da saúde sobre o processo de parto. E para a comunidade em geral (outras mulheres), você poderá contribuir com informações para que elas visualizem a importância dos cuidados durante o processo de parto.

Mesmo com seu consentimento, seu(sua) _____ só participará da pesquisa se assentir, mediante assinatura do Termo de Assentimento.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, seu(sua) representado(a), tem direito de:

1. Não ser identificado(a) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma

ecologicamente correta).

2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a).
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a), ou seja, poderá retirar a autorização para seu filo(a) participar da pesquisa.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Procurar por indenização, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Ter seus dados utilizados apenas para esta pesquisa.
7. Ter a garantia de que os pesquisadores estão cientes e sujeitos ao regimento da Lei Geral de Proteção de Dados no tocante a dados pessoais e dados pessoais sensíveis.
8. Procurar esclarecimentos com a Sra. Marciane Kessler, por meio do número de telefone: (055) 99968-6936 ou marcianekessler@uricer.edu.br, e com a estudante pesquisadora Fernanda Correa da Silva, por meio do número de telefone (054) 99110-9087 ou 096742@aluno.uricer.edu.br em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.
9. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa. Esse direito é extensivo ao(à) Senhor(a).

O CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, com múnus público, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa, no que diz respeito à integridade e à dignidade dos mesmos, e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa, dentro dos padrões éticos.

Eu, _____, _____do(a)_____,
declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, autorizando meu representado a participar da pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Responsável legal pelo Participante da Pesquisa: _____

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Pesquisador: _____

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

ANEXO E

TERMO DE ASSENTIMENTO - PARTICIPANTES DE 7 ANOS A MENORES DE 18 ANOS

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa A Classificação de Robson como uma ferramenta para avaliar as taxas de cesárea em um hospital de referência no sistema único de saúde e que tem como objetivo avaliar a taxa de cesariana segundo da Classificação de Robson em um hospital de referência no Sistema Único de Saúde, no período de agosto a novembro de 2024. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é analisar a quantidade de cesáreas que estão sendo realizadas no hospital e a partir disso melhorar a conduta dos partos realizados no hospital.

Para participar deste estudo você precisará responder a um breve questionário com perguntas referente a sua gestação. Você foi escolhido em participar porque recentemente passou por uma gestação e um parto.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: coletar informações sobre você, sobre sua gestação e sobre o parto. As informações que serão coletadas são: em relação a você: idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, cor/raça e ocupação/profissão, quantos filhos já teve antes desta gravidez, como foi o parto de seu(s) filho(s) anterior(es). Sobre sua gestação: idade gestacional e data do parto. Sobre esta gestação atual: quantidade de fetos, a posição do bebê, e sobre o trabalho de parto. O questionário demandará um tempo de 10 a 15 minutos para ser respondido.

Sua participação na pesquisa é autorizar que estas informações sejam coletadas com você. Seu nome não aparecerá na planilha que constam suas informações, isso acontece para o cuidado com a não divulgação de sua identidade. Seu nome e qualquer dado de identificação não serão utilizados para nenhum tipo de publicação e ou divulgação. Seus dados clínicos serão utilizados apenas para este projeto aprovado pelo Comitê de Ética da URI-Erechim.

Os riscos dessa pesquisa para você estão relacionados a um possível sentimento de desconforto em responder alguma pergunta. E também existe o risco não intencional de extravio/perda dos registros transcritos dos prontuários. Para reduzir esses riscos, medidas serão tomadas. Você terá seu nome identificado por assinatura apenas neste termo, que ficará arquivado de forma física em local diferente da planilha com os dados, onde apenas a pesquisadora terá acesso. Seu nome não ficará registrado na planilha de dados, será utilizado um número ou código no banco de dados para identificar as entrevistadas e o banco de dados será armazenado em um computador privado, acessado por senha, para aumentar a segurança dos dados.

Durante a execução do projeto os seus benefícios ao participar da pesquisa são de estar contribuindo com informações importantes que poderão ser utilizadas para melhorar a assistência ao processo de parto e nascimento no Hospital Santa Terezinha de Erechim. Podem auxiliar a comunidade acadêmica (da universidade) com as informações que irão qualificar o conhecimento dos estudantes e profissionais da saúde sobre o processo de parto. E para a comunidade em geral (outras mulheres), você poderá contribuir com informações para que elas visualizem a importância dos cuidados durante o processo de parto.

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Para participar deste estudo, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você ou o seu responsável poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua

participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido.

Você recebeu esse convite porque pelo menos um dos seus responsáveis autorizou sua participação.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão e do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão descartados de maneira ecologicamente correta.

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Menor Participante da Pesquisa: _____

Erechim, ____ de _____ de ____.

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura _____ do Pesquisador:

Eu, _____, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

ANEXO F

Classificação de Robson



Usa 6 conceitos obstétricos:

- Paridade (nulípara, múltipara)
- Cesárea anterior (sim, não)
- Início do trabalho de parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto)
- Idade gestacional (termo, pré-termo)
- Apresentação fetal (cefálica, pélvica, transversa)
- Número de fetos (única ou múltipla)

A classificação é totalmente inclusiva e mutuamente exclusiva, ou seja, todas as gestantes são incluídas em apenas um dos 10 grupos.



Continuidade...

Cont.:

Grupo 7



Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 9



Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 8



Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 10



Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

APÊNDICE A**QUESTIONÁRIO**

1. Identificação da gestante nº:
2. Idade (em anos): _____
3. Estado civil:
 - ☐ casada
 - ☐ união estável
 - ☐ solteira
 - ☐ divorciada
 - ☐ viúva
4. Número de filhos (incluindo o recém-nascido): _____
5. Escolaridade:
 - ☐ não sabe ler/escrever
 - ☐ ensino fundamental incompleto
 - ☐ ensino fundamental completo
 - ☐ ensino médio incompleto
 - ☐ ensino médio completo
 - ☐ ensino superior incompleto
 - ☐ ensino superior completo
6. Cor/raça:
 - ☐ branca
 - ☐ preta
 - ☐ parda
 - ☐ amarela
 - ☐ indígena
7. Profissão/ocupação: _____
8. Idade gestacional nesta gestação (em semanas): _____
9. Data do parto (dia/mês/ano): _____
10. Quantos filhos já teve antes desta gravidez:
 - ☐ Nenhum
 - ☐ 1 filho
 - ☐ 2 filhos
 - ☐ 3 ou mais filhos.
11. Se múltípara, como foi o parto de seu(s) filho(s) anterior(es):
 - ☐ parto vaginal sem intervenções
 - ☐ parto vaginal com intervenções - uso de fórceps, ventosa, episiotomia, etc.
 - ☐ cesariana eletiva
 - ☐ cesariana de emergência
 - ☐ não se aplica - se esta for a primeira gravidez.

12. Quantidade de fetos nesta gestação:
- ☐ () um filho(a);
 - ☐ () dois filhos(as),
 - ☐ () mais de três filhos(as).
13. Qual a posição do bebê nesta última gravidez:
- ☐ () cefálica
 - ☐ () pélvica
 - ☐ () transversa.
14. Sobre o início do trabalho de parto nesta última gestação:
- ☐ () parto vaginal espontâneo,
 - ☐ () parto vaginal induzido,
 - ☐ () cesárea antes de iniciar o trabalho de parto
 - ☐ () cesariana de emergência.