

## DESFECHOS OBSTÉTRICOS DE GESTANTES NULÍPARAS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

## OBSTETRIC OUTCOMES OF NULIPAROUS PREGNANT WOMEN ACCORDING TO ROBSON'S CLASSIFICATION

## RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE NULIPARAS EMBARAZADAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ROBSON

Izabella Rodrigues Rosa<sup>1</sup>  
 Agnes Ludwig Neutzling<sup>2</sup>  
 Ana Paula Fernandes Pacheco Budel<sup>3</sup>  
 Camila Borba da Luz<sup>4</sup>  
 Carolina de Castilhos Teixeira Canassa<sup>5</sup>  
 Gregório Corrêa Patuzzi<sup>6</sup>  
 Dinara Dornfeld<sup>7</sup>  
 Raquel Vieira Schuster<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9164-1297>

<sup>2</sup>Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6796-4750>

<sup>3</sup>Enfermeira pelo Instituto Porto Alegre (IPA). Pós-graduada em Obstetrícia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3724-0820>

<sup>4</sup>Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2922-2232>

<sup>5</sup>Enfermeira e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6412-9661>

<sup>6</sup>Enfermeiro pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5358-0916>

<sup>7</sup>Enfermeira e Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7566-4966>

<sup>8</sup>Enfermeira pela Universidade Feevale. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Porto Alegre, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8021-1443>

**Autor correspondente**

Izabella Rodrigues Rosa, Rua Professor Abílio Azambuja, 555/410, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP 91410-130. Fone +55 (51) 992711326, E-mail [Izabel-larr@gmail.com](mailto:Izabel-larr@gmail.com)

**Submissão:** 22-08-2022

**Aprovado:** 27-04-2023

**RESUMO**

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar o desfecho obstétrico de gestantes nulíparas pertencentes aos grupos 1 e 2 da Classificação de Robson (CR), atendidas em uma maternidade de grande porte de Porto Alegre/RS. **Método:** Trata-se de um estudo documental, quantitativo, com abordagem transversal e descritiva com amostra constituída de 478 parturientes que tiveram seu parto vaginal ou cesárea assistidos no hospital no período de 01/07/2018 a 01/01/2019. **Resultados:** Observou-se que 82,9% das gestantes incluídas no Grupo 1 tiveram parto vaginal, já das incluídas no grupo 2, a maioria (57,3%) tiveram cesariana como desfecho obstétrico. **Conclusões:** O estudo apontou uma porcentagem elevada de cesarianas em nulíparas, evidenciando a necessidade de melhoria nas estratégias para reduzir, cada vez mais, esse índice, principalmente para as mulheres que estão parindo pela primeira vez.

**Palavras-chave:** Obstetrícia; Cesárea; Parto Normal; Trabalho de Parto Induzido; Gestantes

**ABSTRACT**

**Objective:** This study aimed to analyze the obstetric outcome of nulliparous pregnant women belonging to groups 1 and 2 of the Robson Classification (RC), attended at a large maternity hospital in Porto Alegre/RS. **Method:** It was a documentary study, quantitative, with a cross-sectional and descriptive approach, with a population consisting of 478 parturients who had their vaginal delivery or cesarean section assisted at the hospital from 07/01/2018 to 01/01/2019. **Results:** It was observed that 82.9% of the pregnant women included in Group 1 had a vaginal delivery, while those included in group 2, the majority (57.3%) had cesarean section as an obstetric outcome. **Conclusions:** This study demonstrated a high percentage of cesarean sections in nulliparous women, highlighting the need to improve strategies to increasingly reduce this rate, especially for women who are giving birth for the first time.

**Keywords:** Obstetrics; Cesarean Section; Normal Birth; Induced Labor; Pregnant women

**RESUMEN**

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo analizar el resultado obstétrico de gestantes nulíparas pertenecientes a los grupos 1 y 2 de la Clasificación de Robson (CR), atendidas en una gran maternidad de Porto Alegre/RS. **Método:** Fue un estudio documental, cuantitativo, con enfoque transversal y descriptivo, con una población conformada por 478 parturientas que tuvieron su parto vaginal o cesárea asistidas en el hospital del 01/07/2018 al 01/01/2019. **Resultados:** Se observó que 82,9% de las gestantes incluídas en el Grupo 1 tuvo parto vaginal, mientras que las incluídas en el grupo 2, la mayoría (57,3%) tuvo como resultado obstétrico la cesárea. **Conclusiones:** El estudio señaló un alto porcentaje de cesáreas en mujeres nulíparas, destacando la necesidad de mejorar las estrategias para reducir cada vez más esa tasa, especialmente para las mujeres que dan a luz por primera vez.

**Palabras clave:** Obstetricia; Cesárea; Parto Normal; Trabajo de Parto Inducido; Mujeres Embarazadas

## INTRODUÇÃO

No ano de 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sugeriu o uso da Classificação de Robson (CR) dentro das maternidades como uma ferramenta para auxílio na redução das taxas de cesariana. A CR possibilita avaliar, monitorar e comparar as taxas de cirurgias. Esse sistema classifica todas as mulheres a partir de 10 grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos. As categorias são baseadas em 5 características obstétricas básicas: paridade, número de fetos, cesariana anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional (IG) e apresentação fetal<sup>(1)</sup>.

A OMS recomenda que essas taxas de redução de cirurgia cesariana cheguem a porcentagens entre 10-15%, pois valores superiores não contribuem para a diminuição da mortalidade materna e neonatal<sup>(2)</sup>. Entretanto, o Brasil apresenta indicadores muito acima dos preconizados pela OMS, e a cirurgia cesariana atualmente é a via de nascimento mais comum no território brasileiro, representando 56% das vias de nascimento e no Rio Grande do Sul (RS) esse índice chega a 62%<sup>(3,4)</sup>.

A redução da taxa de mortalidade materna é um desafio e a dificuldade em reduzi-la está diretamente relacionada aos índices elevados de cesariana. Os desfechos desfavoráveis também estendem-se aos neonatos que, muitas vezes, sofrem com a interrupção precoce, a prematuridade tardia iatrogênica, que contribui para desconfortos respiratórios neonatais e internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Além disso,

essa cirurgia é capaz de interferir negativamente na vinculação mãe-bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher, além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança<sup>(5,6)</sup>.

Sendo assim, visando a redução dos índices de cesariana, é necessário que tenhamos uma assistência obstétrica mais criteriosa para aquelas mulheres nulíparas, gestando pela primeira vez, com fetos a termo, em apresentação típica (cefálico), já que as principais indicações cirúrgicas estão associadas ao número de cesáreas realizadas previamente, à apresentação fetal anômala, entre outros. Além disso, evitar a primeira cicatriz uterina auxilia a prevenir que estas mulheres necessitem realizar cesarianas em gestações futuras<sup>(7)</sup>.

Diante do cenário obstétrico atual, é necessário que ocorra a implantação de um método que possibilite a análise da assistência prestada com o intuito de criar estratégias que possam auxiliar na redução do indicador de cesárea e consequentemente de desfechos negativos maternos e neonatais, principalmente para mulheres que estão passando pela experiência de parir pela primeira vez. Desse modo, este estudo teve como objetivo principal analisar o desfecho obstétrico de gestantes nulíparas pertencentes aos grupos 1 e 2 da classificação de Robson, atendidas em uma maternidade de grande porte de Porto Alegre/RS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, quantitativo, com abordagem transversal e descritiva, construído a partir de um projeto guarda-chuva desenvolvido pelo Grupo de Estudos da Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB), que tinha como objetivo principal a descrição do desfecho da via de parto dos dez grupos da classificação de Robson das parturientes atendidas em um hospital público de grande porte, 100% SUS no Sul do Brasil.

O presente estudo teve a amostra constituída apenas pelas gestantes pertencentes aos grupos 1 e 2 da CR. Entende-se por grupo 1, as gestantes nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq$  37 semanas, em trabalho de parto espontâneo e grupo 2 as nulíparas com feto único, cefálico,  $\geq$  37 semanas, cujo parto foi induzido ou que foram submetidas a cesariana antes do início do trabalho de parto. A fim de realizar uma análise mais adequada, o grupo 2 foi dividido em 2a quando as gestantes foram submetidas a indução de parto e 2b quando foram submetidas a cesariana sem passar por indução de parto.

Foram coletados dados do perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico: idade (em anos completos); raça/cor (branca/preta/parda); escolaridade (1º grau/2º grau/superior) e situação conjugal (solteira/casada/divorciada/outra); número de consultas no pré-natal ( $<$  6 consultas/  $\geq$  6 consultas); número de gestações (primeira gestação/histórico de aborto); idade gestacional (média); método de definição da idade gestacional (ultrassonografia obstétrica precoce

ou tardia/Data da última menstruação (DUM)); comorbidades (prévias ou obstétricas); desfecho de via de parto (parto normal/cesariana); indicação de cesárea (Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)/falha de indução/Estado Fetal não Tranquilizador (EFNT)/relacionadas a condições maternas ou fetais/a pedido materno); e Classificação de Robson (1/2a/2b).

A coleta de dados foi realizada, no período de 01/07/2018 a 31/01/2019, em prontuários eletrônicos/físicos, de forma retrospectiva, por enfermeiros obstetras participantes do Grupo de Estudo LCMB. Foi elaborado um instrumento eletrônico de coleta, e, posteriormente, os dados foram transferidos para uma planilha construída com auxílio do software Excel®. Após os dados foram analisados estatisticamente por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences*® v. 18 (SPSS). A análise das variáveis contínuas foi expressa como média, as variáveis categóricas foram apresentadas como número absoluto e percentual, e para a análise de associações foi utilizado o teste de Q-quadrado, considerando os dados estatisticamente significativos ( $p$ -valor  $\leq$  0,05).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em estudo sob o nº 05684919.1.0000.5530. Considerando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>, foram respeitadas as normas éticas, procurando proteger os direitos dos envolvidos na pesquisa.

## RESULTADOS

O estudo incluiu 478 gestantes, que tiveram como características sociodemográficas uma média de idade de 23 anos, sendo a maioria de raça/cor branca (69,9%) e solteira (87,9%), com escolaridade de 2º grau completo (48,7%).

Em relação aos dados obstétricos, a minoria (11,3%) delas tinham histórico de aborto e, quanto ao método de definição da Idade Gestacional (IG), a maioria (84,9%) foi por ultrassonografia obstétrica precoce (IG até 20 semanas) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e dados obstétricos das mulheres atendidas em um hospital público do sul do Brasil, Porto Alegre/RS, 2021 (n=478).

Variáveis	N	%
<b>Idade<sup>#</sup></b>	23	
<b>Raça/cor</b>		
Branca	334	69,9
Preta	81	16,9
Parda	63	13,2
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	420	87,9
Casada	43	9
Divorciada	3	0,6
Outra	12	2,5
<b>Escolaridade</b>		
1º grau	199	41,6
2º grau	233	48,7
Superior	46	9,6
<b>Nº consultas de pré-natal</b>		
< 6 consultas	49	10,3
≥ 6 consultas	429	89,7
<b>IG parto/cesárea*</b>	39	

Dados expressos em número absoluto e porcentagem. \*Dados expressos em média.

O desfecho obstétrico O desfecho obstétrico das gestantes variou dependendo do grupo da CR (Tabela 2). A maioria das nulíparas pertencentes ao Grupo 1 tiveram parto vaginal (82,9%), já as do Grupo 2 teve como desfecho a cesariana (61,8%). Quanto as cesarianas, a principal indicação tanto no Grupo 1 quanto no 2a, foi por DCP (54% e 37,1% respectivamente), já no Grupo 2b a principal indicação foi EFNT (61,5%).

**Tabela 2** - Classificação de Robson, os desfechos obstétricos e os motivos de indicação de cesariana das mulheres atendidas em um hospital público do sul do Brasil, Porto Alegre/RS, 2021 (n=478).

Variáveis	N	%
<b>Classificação de Robson Grupo 1</b>	<b>292</b>	
<b>Desfecho Via de Parto</b>		
Parto vaginal	242	82,9
Cesárea	50	17,1
<b>Indicações de cesárea</b>		
DCP	27	54,0
EFNT	23	46,0
<b>Classificação de Robson Grupo 2a</b>	<b>160</b>	
<b>Desfecho Via de Parto</b>		
Parto vaginal	71	44,4
Cesárea	89	55,6
<b>Indicações de cesárea</b>		
DCP	33	37,1
EFNT	26	29,2
Falha de indução	26	29,2
Relacionado a condições materna <sup>1</sup> ou fetal <sup>2</sup>	3	3,4
A pedido materno	1	1,1
<b>Classificação de Robson Grupo 2b</b>	<b>26</b>	
<b>Indicações de cesárea</b>		
EFNT	16	61,5
Relacionado a condições materna <sup>1</sup> ou fetal <sup>2</sup>	8	30,8
A pedido materno	2	7,7

Dados expressos em número absoluto e porcentagem. <sup>1</sup>HIV com CV >1000 cópias ou CV desconhecida, eclampsia, Placenta Prévia, descolamento prematuro da placenta com feto vivo, herpes genital ativa, Prolapso de cordão. <sup>2</sup>malformações congênitas, fetos macrossômicos, RCIU.

Em relação às gestantes incluídas no Grupo 2a, que induziram o trabalho de parto (TP), grande parte teve a indicação de iniciar o processo devido às comorbidades prévias (51,9%), sendo este realizado de forma mecânica com a inserção de sonda Foley através do cérvix, medicamentosa através da inserção de misoprostol intravaginal ou Ocitocina exógena intravenosa, ou ainda o uso combinado dos dois métodos (mecânico + medicamentoso). O

desfecho obstétrico teve grande relação ao tempo total de indução, quanto maior o tempo utilizado para a indução, maior foi o percentual de cesariana (Tabela 3). O motivo de indicação, o tipo e o tempo de indução não demonstraram diferença estatisticamente significativa com o desfecho, entretanto, evidenciou-se que as gestantes do Grupo 2a tiveram 3,2 vezes mais probabilidade de ter cesariana como desfecho obstétrico quando comparadas ao Grupo 1 (IC 95% 2,4-4,3).

**Tabela 3** - Dados relacionados a indução de TP e desfechos obstétricos do Grupo 2a (N=160).

Variáveis	N (%)	Prevalência		P valor
		Vaginal	Cesárea	
<b>Motivos de Indução</b>				0,402
Comorbidades materna	83 (51,9)	34 (41)	49 (59)	
Pós datismo	42 (26,3)	18 (42,9)	24 (57,1)	
Bolsa rota	35 (21,8)	19 (54,3)	16 (45,7)	
<b>Tipo de Indução</b>				0,096
Medicamentosa	82 (51,3)	41 (50)	41 (50)	
Mecânica	4 (2,5)	0	4 (100)	
Combinada	74 (46,2)	30 (40,5)	44 (59,5)	
<b>Tempo de Indução</b>				0,065
Até 12 horas	74 (46,3)	40 (54,1)	34 (45,9)	
Acima de 12 horas	86 (53,75)	31 (36)	55 (64)	

Dados expressos em número absoluto e porcentagem. O Pvalor foi obtido através do teste qui-quadrado realizado.

Na amostra, 56,3% apresentaram uma ou mais comorbidade(s) (Tabela 4). Evidenciou-se que as gestantes com comorbidades como

distúrbios hipertensivos e diabetes tiveram maior probabilidade de ter a cesariana como desfecho de via de nascimento ( $p$ -valor  $\leq 0,05$ ).

**Tabela 4** - Comorbidade identificadas nas parturientes dos Grupos 1, 2a e 2b da CR (N=478).

Variáveis	N (%)	Prevalência		P valor
		Vaginal (n = 313)	Cesárea (n = 165)	
<b>Comorbidades</b>				
Distúrbios hipertensivos	82 (17,2)	35 (11,2)	47 (28,5)	<0,001
Diabetes	55 (11,5)	25 (8)	30 (18,2)	0,001
Infecções Sexualmente Transmissíveis	27 (5,6)	16 (5,1)	11 (6,7)	0,484
Alterações do volume de líquido amniótico	17 (3,6)	5 (1,6)	12 (7,3)	0,001
Asma/ doença pulmonar	17 (3,5)	7 (2,2)	10 (6,1)	0,032
Tireoidopatias	21 (4,4)	12 (3,8)	9 (5,5)	0,411
Infecção urinária	16 (3,3)	10 (3,2)	6 (3,7)	0,799
Cardiopatias/ coagulopatias	13 (2,7)	8 (2,6)	5 (3)	0,762
Transtornos psiquiátricos, uso de tabaco, álcool e drogas	13 (2,7)	9 (2,9)	4 (2,4)	0,773
Desvios do crescimento fetal	8 (1,7)	4 (1,3)	4 (2,4)	0,353

Dados expressos em número absoluto e porcentagem. O P valor foi obtido através do teste qui-quadrado realizado.



## DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das gestantes em estudo demonstrou que a maioria (69,9%) eram da raça/cor branca. Essa característica também foi observada na pesquisa *Nascer no Brasil*, realizada com 3.317 puérperas e evidenciou que na região Sul a maioria (54,1%) eram de raça/cor branca, diferentemente de outras regiões do Brasil<sup>(9,10)</sup>.

Em relação às consultas de pré-natal, foi identificado que 89,7% das parturientes realizaram no mínimo seis consultas. Segundo o Ministério da Saúde (MS), esse é um número de consultas adequado<sup>(11)</sup> e está relacionado a melhores desfechos obstétricos e neonatais, pois realizando seis consultas ou mais é possível acompanhar melhor o desenvolvimento da gestação, realizar diagnósticos precoces de possíveis alterações, além de possibilitar intervenções adequadas em tempo oportuno<sup>(12,13)</sup>.

Quanto ao desfecho obstétrico das gestantes, observou-se que no Grupo 1 o desfecho mais comum foi o parto vaginal. Mas, apesar de não ser o desfecho mais comum, a realização de cirurgia cesariana teve uma porcentagem de 17,1% dos desfechos obstétricos, o que representa uma taxa elevada para este grupo, que segundo a OMS é recomendada até 10%<sup>(1)</sup>.

As gestantes do Grupo 2 também apresentaram porcentagens de cesariana elevadas com 61,82% dos desfechos obstétricos, o que também representa uma taxa acima da

recomendada pela OMS de 20-35%<sup>(1)</sup>. A porcentagem alta de realização de cesariana neste Grupo pode ter sido influenciada pelas mulheres incluídas no Grupo 2a, não somente por terem passado pela intervenção de indução de TP, mas também pelo método de indução utilizado. Outra característica observada, foi que as gestantes incluídas neste grupo apresentaram um percentual elevado de comorbidades, e a maior parte da indicação de indução foi por esta razão (51,3%).

Além dos casos de comorbidade, uma parcela das induções foi indicada por pós-datismo (26,3%), que é quando a IG atinge entre 40 e 42 semanas, sendo a partir das 42 semanas considerada pós-termo e a indução de TP indicada a partir de 41 semanas<sup>(11,14)</sup>. Uma revisão sistemática que comparou estudos que realizaram indução de TP em gestações de risco habitual com IG acima de 41 semanas *versus* IG acima de 42 semanas identificou que a indução realizada antes das 42 semanas teve associação a uma diminuição do risco de complicações como líquido amniótico tinto de mecônio (LATM) e oligodrâmnio, por outro lado também apresentou risco aumentado para outras reações adversas e até mesmo de o desfecho obstétrico ser cesariana<sup>(15)</sup>.

Nesse sentido, torna-se necessário discutir protocolos assistenciais, principalmente, para gestações de risco habitual e estabelecer critérios para limite de IG para as induções de parto por pós-datismo, visto que muitas vezes ocorrem erros na datação devido a DUM incertas ou ecografias obstétricas tardias, sobretudo

porque nestes casos os riscos relacionados ao processo de indução podem superar os danos de manter uma gestação prolongada<sup>(14)</sup>.

Ainda sobre as gestantes que foram submetidas às induções, foi observado que as que tiveram o tempo de indução acima de 12 horas tiveram a porcentagem de cesariana maior (64%) quando comparado às com menos tempo de indução (45,9%). Além disso, o método de indução também está associado a cesariana, a indução combinada (medicamentosa + mecânica) apresentou maiores porcentagens de cesarianas (59,5%) quando comparada aos métodos isolados. Um estudo randomizado controlado realizado com 2056 parturientes que passaram pelo processo de indução utilizando o índice de Bishop, evidenciou que as que induziram com método combinado tiveram um tempo médio menor de indução e mais parto normal como desfecho obstétrico em comparação às que utilizaram métodos isolados<sup>(16)</sup>.

Esses dados demonstram a importância em utilizar formas de induções apropriadas, como o uso do índice de Bishop, que é uma ferramenta que avalia dois parâmetros: a altura da apresentação fetal e o colo uterino. Ele atribui pontos para identificar qual método de indução é o mais indicado, tanto mecânico quanto medicamentoso, para que cada método seja utilizado na hora mais oportuna, favorecendo que a indução possa ser mais efetiva e talvez possa ser realizada em menos tempo para que haja o sucesso no desfecho do parto vaginal<sup>(17)</sup>.

Ainda, em relação às que apresentaram comorbidades, houve uma porcentagem elevada na realização de cesariana (68,4%), como nos casos de diabetes e síndromes hipertensivas, comuns no presente estudo. Esse dado também foi encontrado em um estudo transversal realizado com 676 puérperas no Estado do RS e identificou que para as gestantes que apresentavam síndromes hipertensivas e diabetes gestacional, o índice de cesariana foi de 79,1% e 69,2% respectivamente<sup>(18)</sup>.

Já as gestantes classificadas no Grupo 2b, a maioria realizou cesariana por EFNT (61,5%). Essa categoria, que antigamente era chamada de “sofrimento fetal”, é caracterizada quando o feto está mal oxigenado e necessita de alguma intervenção. Ele pode ser diagnosticado através da ausculta cardíofetal tanto intermitente quanto pela monitorização por meio do cardiotocografia<sup>(19)</sup>. Mas, para uma indicação mais fidedigna, é necessário que as instituições tenham protocolos para melhor definição da classificação do EFNT e suas devidas intervenções necessárias.

## CONCLUSÕES

Como possível limitação deste estudo identifica-se o fato da instituição pesquisada ser referência para gestações de alto risco, podendo ter refletido no aumento das induções de trabalho de parto e, conseqüentemente, nos índices de cirurgias cesarianas do estudo. Além disso, por tratar-se de um estudo documental, outra limitação esperada é que, eventualmente, possa



ter ocorrido algum erro de registro em dados obtidos dos prontuários.

Os resultados encontrados no estudo demonstram uma porcentagem elevada de realização de cirurgia cesariana em nulíparas (34,5%) no hospital em estudo, ao qual é referência para assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no RS e contribui significativamente para os índices de cesariana a nível estadual. Tais índices vêm de encontro com o preconizado pela OMS e nos leva a refletir sobre as possibilidades de redução, principalmente para estas mulheres que estão parindo pela primeira vez, com fetos a termo, em apresentação típica (cefálica), o que teoricamente reduz as chances de evoluir para um desfecho cirúrgico. Assim, ao evitarmos a primeira cicatriz uterina, também prevenimos que estas mulheres tenham novos nascimentos por essa via, possibilitando, uma forma de redução nas taxas de cesarianas a nível nacional.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acesso em 20 mai 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>
2. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2015. [acesso em 20 mai 2022]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.p](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.p)
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Nascidos vivos no Brasil [Internet]. 2019. [acesso em 10 mai 2022]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
4. Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):39-47. DOI: 10.1590/1806-93042016000100005
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Rudney EL, Leal MC, Rego G. Cesarean section rates in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(17):e19880. DOI: 10.1097/MD.00000000000019880
7. Algarves TR, Lira Filho R. Classificação de Robson: uma ferramenta para caracterizar as gestantes submetidas à cesariana. *Enferm Foco*. 2019;10(5). DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2475
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.
9. Almeida AHV. Desigualdades econômicas e raciais na assistência pré-natal de grávidas adolescentes, Brasil, 2011-2012. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(1):53-62. DOI: 10.1590/1806-93042019000100003

df;jsessionid=DEB624E447F8F9A9FF3A2D8603B202E9?sequence=3

10. Lansky S et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(supl 1):192-207. DOI: 10.1590/0102-311X00133213
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Brasil. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. Guia do pré-natal na atenção básica. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
13. Thomé MT et al. Análise do pré-natal e do Apgar no 1º minuto de nascidos vivos em 2018. *Braz J Develop*. 2020;6(8):54384-92. DOI: 10.34117/bjdv6n8-015
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçao de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Rydahl E, Eriksen L, Juhl M. Effects of induction of labor prior to post-term in low-risk pregnancies: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2018;17(2):170-208. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003587
16. Levine LD et al. Mechanical and pharmacologic methods of labor induction: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2016;128(6):1357-64. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001778
17. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*. 1964;24:266-8.
18. Rasador S, Abegg C. Fatores associados à via de parto em um município da região nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2019;19(4):807-15. DOI: 10.1590/1806-93042019000400004
19. Silveira SK, Trapani JA. Monitorização fetal intraparto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018.