

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
CURSO DE ENFERMAGEM**

THAYNA GOULART MACHADO

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON PELOS
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA
2023**

THAYNA GOULART MACHADO

**APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON PELOS
ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL NO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado
ao Curso de Enfermagem da Universidade do
Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Denise Maccarini Tereza


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Denise Maccarini Tereza (Orientadora)



Prof. Ms Cecília Marly Spiazzi dos Santos (UNESC)



Enf.ª Esp. Obstétrica Manoela da Silva Bortoluzzi Mattos (Membro externo)

CRICIÚMA
2023

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Ao meu marido Everton e familiares, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste sonho.

Aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso.

Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Aos meus colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

A minha orientadora Denise, por todo o suporte e dedicação para a realização deste trabalho.

E a enfermeira Manoela, por todo seu incentivo e dedicação ao longo desses anos, para que esse sonho se tornasse realidade.

À instituição de ensino UNESC, essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

“Antes que te formasse no ventre já te conhecia, e antes do seu nascimento já havia te consagrado.” Jeremias 1:5

RESUMO

Introdução: No Brasil, a taxa de cesárias é alarmante, representando o segundo país com maior índice, alcançando 57% na rede pública e 84% na rede privada. A Classificação de Robson, desenvolvida pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, procura identificar prospectivamente grupos de mulheres clinicamente relevantes, nos quais existem diferenças nas taxas de Cesária. Essa classificação permite comparações dentro de uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. **Objetivo:** Investigar a eficácia da aplicabilidade e a compreensão da Classificação de Robson como ferramenta para fortalecer a assistência segura durante o parto em um hospital privado localizado na região extremo sul catarinense. **Método:** Estudo transversal descritivo, exploratório de natureza qualitativa e quantitativa. A pesquisa foi conduzida em um hospital privado localizado na cidade de Criciúma, estado de Santa Catarina. **Resultados:** Com base nas 6 entrevistas realizadas neste estudo, foi constatado que todos os profissionais entrevistados eram enfermeiros, com uma média de idade de 35,16 anos ($\pm 14,39$). Em relação ao tempo de atuação como enfermeiros, a média foi de 8,20 anos ($\pm 4,14$). Não houve prevalência específica em relação ao ano de formação, uma vez que cada profissional se formou como enfermeiro em anos diferentes, como 2009, 2010, 2011, 2014 e 2017. O mesmo ocorreu com todos os seis profissionais entrevistados afirmaram fazer uso da Classificação de Robson e no ano de conclusão da especialização, com uma média de 11,4 anos ($\pm 2,30$). **Conclusão:** Com base nesta pesquisa, foi observada uma relativa facilidade na implementação da Classificação de Robson na instituição estudada. No entanto, os resultados obtidos suscitam reflexões relevantes sobre a importância de fomentar a realização de pesquisas adicionais nesse campo.

Palavras-chave: Enfermagem, Hospital, Parto, Cesária, Classificação de Robson

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação das profissões dos funcionários entrevistados	21
Tabela 2. Relação da idade dos profissionais pesquisados	22
Tabela 3. Tempo de atuação na profissão dos profissionais entrevistados	22
Tabela 4. Ano de formação dos profissionais entrevistados.....	22
Tabela 5. Ano de formação na especialização dos profissionais entrevistados.	22
Tabela 6. Profissionais entrevistados que utiliza a classificação de Robson.....	22
Tabela 7. Profissional entrevistados que já sabia utilizar a Classificação de Robson anteriormente	23
Tabela 8. O profissional teve treinamento para usar a Classificação de Robson.....	23
Tabela 9. Em sua prática clínica, quando usas a Classificação de Robson	25
Tabela 10. O profissional que tem o entendimento da Classificação de Robson.....	25
Tabela 11. Contribuição por grupo de Robson para taxa geral de cesárea	26
Tabela 12. A classificação de Robson é de fácil aplicação?	28
Tabela 13. Na opinião do profissional entrevistado, o quanto ele acredita que sabe aplicar a classificação de Robson.....	28
Tabela 14. Na opinião do profissional entrevistado, o quanto ele acredita ser importante a aplicação da classificação de Robson?	29
Tabela 15. A classificação de Robson modificou a prática do profissional entrevistado na assistência ao parto?.....	29
Tabela 16. Após a implantação da classificação de Robson, na opinião do profissional entrevistado, o número de cesarianas diminuiu?	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
IHI	Institute for Healthcare Improvement
MS	Ministério da Saúde
CR	Classificação de Robson
DUM	Data da última Menstruação
IG	Idade Gestacional
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
RC	Rede Cegonha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 HIPÓTESES.....	9
2 OBJETIVO	10
2.1 OBJETIVO GERAL.....	10
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 MÉTODO PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL	11
3.2 CESÁRIA, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SEUS RISCOS E BENEFÍCIOS	11
3.3 CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON E CESÁRIAS DESNECESSÁRIAS.....	13
3.3 INDICAÇÕES PARA CESÁRIAS	14
3.4 MODELO ATUAL DE ATENÇÃO AO PARTO.....	15
4 MÉTODOS	17
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	17
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	17
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	17
4.4.1 Critério de inclusão	17
4.4.2 Critério de exclusão	17
4.5 VARIÁVEIS	18
4.5.1 Dependente.....	18
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETAS	18
4.6.1 instrumento de coleta de dados.....	18
4.6.2 Riscos e Benefícios.....	19
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
APÊNDICES	35

1 INTRODUÇÃO

Estudos demonstram que o aumento contínuo das cesarianas é uma realidade tanto no Brasil quanto no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma taxa de cesariana ideal entre 10% e 15%. No entanto, o Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em realização desse procedimento cirúrgico, com uma taxa de 57% na rede pública e representando 84% dos partos na rede privada. Na região Nordeste, a taxa é de 51%, e o estado do Rio Grande do Norte é pioneiro na região, com 60% (PETRÔNIO, 2019).

O Projeto Parto Adequado é uma iniciativa conjunta da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Hospital Israelita Albert Einstein e do Institute for Healthcare Improvement (IHI), com apoio do Ministério da Saúde (MS), que busca melhorar a atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2015)

Um dos principais fatores que levaram ao desenvolvimento do Projeto Parto Adequado foi uma ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal (BRASIL, 2015) contra a ANS, exigindo uma ação mais efetiva na redução do alto índice de cesarianas desnecessárias no Brasil, uma vez que as medidas adotadas anteriormente não surtiram o efeito esperado.

De acordo com evidências científicas, os fatores clínicos não são os principais determinantes das altas taxas de cesariana (KHUNPRADIT et al., 2011). As taxas registradas no país refletem um cenário complexo, influenciado pela organização e financiamento dos sistemas de saúde, bem como pela predominância de uma cultura médica intervencionista (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Considerando a diversidade de fatores que influenciam a escolha entre cesariana e parto normal, a ANS propôs a realização de um projeto em hospitais privados que atendem o setor de saúde suplementar. Esse compromisso envolveu a elaboração de um programa de mudança no modelo de atenção ao parto, com estratégias baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. O projeto foi planejado para ser desenvolvido em várias fases, incluindo avaliação exploratória e, finalmente, uma intervenção definitiva no problema. O objetivo do projeto é adotar modelos de atenção ao parto e nascimento que promovam a qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias.

A Classificação de Robson, criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, tem como objetivo identificar prospectivamente grupos clinicamente relevantes de mulheres, nos quais as taxas de cesariana podem variar. Isso permite comparações dentro de uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. A OMS recomenda a adoção da Classificação de Robson por todos os hospitais para auxiliar no monitoramento desse indicador e ajudar a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo de estratégias. (ROBSON. 2001)

Com essa reflexão a pesquisa teve como problema: Qual a eficácia da Classificação de Robson como ferramenta para reduzir cesáreas desnecessárias?

1.1 HIPÓTESES

a) Acredita-se que a aplicação adequada da Classificação de Robson reduziria significativamente o número de cesáreas desnecessárias.

b) Considera-se que uma compreensão completa e efetiva da Classificação de Robson resultaria em uma menor prevalência de partos por cesariana, favorecendo o parto normal.

c) Presume-se que um sistema de classificação de cesáreas possa ser um instrumento válido para avaliar e monitorar os casos de nascimentos prematuros.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a eficácia da aplicabilidade e a compreensão da Classificação de Robson como ferramenta para fortalecer a assistência segura durante o parto em um hospital privado localizado na região extremo sul catarinense.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Descrever o perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem no hospital em questão.
2. Avaliar a utilização do protocolo de Classificação de Robson no cotidiano das enfermeiras obstétricas da instituição.
3. Verificar se a Classificação de Robson está sendo aplicada de acordo com as diretrizes estabelecidas.
4. Avaliar o nível de compreensão das enfermeiras obstétricas em relação à Classificação de Robson.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MÉTODO PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Diversos critérios podem ser utilizados para caracterizar a idade gestacional ao nascer, tais como a data da última menstruação (DUM), a ultrassonografia e a avaliação obstétrica. A DUM representa o primeiro dia do último ciclo menstrual e a partir dela é possível calcular a idade gestacional em semanas e dias (BARRA RIBEIRO, 2016).

No entanto, quando comparada à ultrassonografia realizada precocemente, a DUM tende a superestimar tanto a pós-maturidade quanto à prematuridade. A ultrassonografia permite avaliar a idade gestacional no primeiro trimestre por meio da medida do comprimento cabeça-nádegas do feto, mas pode apresentar uma margem de erro de ± 6 dias. A avaliação obstétrica também pode estimar a idade gestacional por meio da palpação abdominal e da medida da altura do fundo uterino até a sínfise púbica com uma fita métrica, mas perde acurácia após 28-30 semanas de gestação, tornando-se menos precisa para datar a gestação (BARRA RIBEIRO, 2016).

Diante das dificuldades enfrentadas em países como o Brasil, onde as informações sobre a DUM não são precisas e há pouca cobertura de ultrassonografias precoces, é necessário um método preciso para determinar a idade gestacional. Desde os anos 90, vários algoritmos têm sido propostos com o objetivo de utilizar diferentes fontes de dados disponíveis para determinar a idade gestacional e reduzir os erros associados a ela (PETRÔNIO, 2019).

3.2 CESÁRIA, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SEUS RISCOS E BENEFÍCIOS

Ao longo dos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem em um movimento constante para construção de um novo paradigma de atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. Desta maneira, busca-se o atendimento obstétrico integral permeado por uma assistência de qualidade, pautada em práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, no direito de escolhas das mulheres e minimização de intervenções neste momento (PINTO et al. 2016), assim é a escolha da via parto, que apesar de respeitar a opinião e o direito da mulher de escolher como parir, deverá ser pautada em evidências científicas.

Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Entretanto, é frequentemente utilizada de forma desnecessária, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2016). O parto por via vaginal é mais seguro, tanto para a mãe quanto para o bebê, pois a morbidade materna é frequente e mais grave após a cesariana (REIS et al. 2009). As cesáreas sem indicação médica estão associadas a um maior risco de infecção puerperal, mortalidade e morbidade materna, prematuridade, mortalidade neonatal e consequente elevação de gastos para o sistema de saúde. A busca por fatores que justifiquem esses aumentos é essencial para que soluções possam ser pensadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020).

A cesárea é um procedimento cirúrgico seguro, que deve ser realizado para resolver uma emergência obstétrica a partir de recomendações específicas para preservar a vida da mãe e do recém-nascido (ABDULRAHMAN. 2019). Em inúmeras situações esse procedimento tem sido realizado sem recomendação, empregado por conveniência médica ou por solicitação da gestante (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2017). As cesáreas podem desencadear complicações que acarretam prejuízos à mulher e ao recém-nascido quando aplicadas de forma inoportuna, sem real indicação (SALLES e BARROS. 2020). Para o feto, os riscos incluem o nascimento prematuro e aumento da incidência de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Para a mulher, os agravos podem ocorrer no procedimento e no puerpério (ABDULRAHMAN. 2019).

Por considerar esses problemas, a OMS destaca a necessidade de reduzir as taxas de cesáreas em todo o mundo. A incidência de cesáreas passou a ser vista como epidemia mundial, e o Brasil é considerado líder na realização de cesáreas, chegando a 88% em hospitais particulares e 55% em hospitais públicos (EINARSDÓTTIR. 2019). Em países europeus a taxa é de 20% a 22% e nos Estados Unidos 32,8%. Colômbia e República Dominicana também apresentam números elevados, 42% e 43%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2020)

Os avanços da obstetrícia contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo, mas as mulheres ainda são expostas a intervenções, muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia e o uso rotineiro de ocitocina (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017). Por isso é comum a visão do

parto normal como um episódio de dor e sofrimento, sujeito a complicações, e da cesariana como uma fuga dessa condição ameaçadora que seria o momento do parto vaginal, o que vem aumentando a frequência de cesarianas sem indicação clínica (PASCHE. et. al. 2010). Considerando as características da população brasileira e o elevado número de mulheres com cesariana prévia, a taxa de referência ajustada para o Brasil seria em torno de 25-30%, mas o país vive uma epidemia de cesarianas, com números que tem aumentado progressivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2016). A proporção de cesarianas no país aumentou cerca de 40% do ano de 2000 para 2010, com maior crescimento nas regiões Norte e Nordeste, apesar das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste seguirem com a maior proporção de cesarianas. As taxas são maiores nos serviços privados de saúde, mas ainda assim a frequência de cesarianas nos serviços públicos é extremamente alta (MOURA; FEITOSA, 2016)

3.3 CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON E CESÁRIAS DESNECESSÁRIAS

Em 2001 foi proposto por Michael Robson o Sistema de Classificação de Dez Grupos, também conhecido como Classificação de Robson, um instrumento simples e de fácil implementação, onde todas as gestantes internadas para o parto podem ser classificadas em um dos grupos (ROBSON. 2001). É uma classificação que permite a comparação padronizada e a análise das taxas de cesariana dentro de cada grupo, pode servir de base para a elaboração de estratégias específicas e direcionadas e foi recomendada pela OMS em 2015 como instrumento para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesariana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2015).

Esse sistema classifica todas as gestantes dentre 10 grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos. Os grupos são criados baseando-se em cinco parâmetros que são colhidos rotineiramente em todas as maternidades, o que permite uma comparação entre as taxas de cesáreas sem muitos fatores de confusão: paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior); início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto); idade gestacional (pré-termo ou a termo); apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa) e número de fetos (único ou múltiplo). A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva - o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos

10 grupos, usando apenas algumas dessas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015). A OMS propõe que a Classificação de Robson seja aplicada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015)

A Classificação auxilia os hospitais a otimizar o uso de cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam de relevância local e avaliar a eficácia de estratégias e intervenções criadas para otimizar o uso da cesariana. Além disso, é imprescindível avaliar a qualidade da assistência, dos dados contidos, do cuidado clínico e os desfechos por grupo, bem como é fundamental que toda equipe multidisciplinar esteja atenta para a importância desse registro (KINDRA, 2017).

Com o uso padronizado dessa classificação a OMS espera otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam relevantes em cada local; avaliar a qualidade da assistência, as práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupos; avaliar a qualidade dos dados colhidos e informar aos profissionais a importância desses dados e de seu uso; além de avaliar estratégias e intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas (RIBEIRO, 2016).

3.3 INDICAÇÕES PARA CESÁRIAS

A indicação para a realização da cesárea deve ser verificada com cautela, pois na maioria das vezes, as justificativas registradas em prontuários não são coerentes conforme a literatura científica. Em seu estudo realizado no setor de saúde suplementar, dentre as indicações de cesárea com justificativas médicas, a análise dos prontuários evidenciou que 91,8% das indicações foram inadequadas, principalmente por não ter havido prova de trabalho de parto para aquelas sem indicações médicas de cesárea. Em relação ao manejo do trabalho de parto, 64,9% foram avaliados como inadequados com a ausência do uso de práticas benéficas e o com o uso de práticas consideradas prejudiciais pela OMS (RIBEIRO, 2016).

De acordo com a OMS (2015), pelos estudos baseados em evidências científicas, publicados nas Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, ,

as indicações para a realização das cesáreas são: 1) gestações a termo com apresentação pélvica. Neste caso a cesariana é recomendada devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Mas para a realização da cesárea deve-se aguardar as 39 semanas de gestação e se possível o início do trabalho de parto; 2) gestação gemelar não complicada, cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica; 3) Em casos de placenta prévia (centro-total ou centro-parcial); 4) Em gestantes HIV positivo, sem uso de antirretrovirais ou com carga viral > 400 cópias/ml, ou em gestantes HIV positivo, com início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com ≤ 3 cm de dilatação. Neste caso, a cesárea é indicada para prevenir a transmissão vertical do HIV; 4) Na presença do vírus da Hepatite C, apenas em 29 gestantes com esta co-infecção, para prevenir a transmissão vertical 5) gestantes que desenvolvem infecção primária ativa do herpes vírus no terceiro trimestre de gestação, neste caso a cesárea é indicada, pois reduz o risco de infecção neonatal do herpes.

Mas, apesar de todas as desvantagens das cesáreas desnecessárias, a gestante tem o direito de solicitar junto ao seu médico o procedimento eletivo, caso seja da sua vontade, sendo esta considerada uma indicação de cesárea. Porém, nesses casos a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia recomenda que a mulher assine um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde autorize o procedimento, informando estar ciente das vantagens e desvantagens desse tipo de parto e dos riscos associados à cirurgia (RIBEIRO, 2016).

3.4 MODELO ATUAL DE ATENÇÃO AO PARTO

O Brasil nas últimas décadas passou por várias mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização e assistência à saúde, principalmente, no âmbito da saúde materno-infantil. Nesse contexto, ações de políticas públicas tem buscado reduzir as taxas de cesáreas desnecessárias no país, promovendo alterações no modelo de atenção ao parto. Recentemente novas regras foram regulamentadas pela ANS, visando estimular o parto normal na rede privada e conscientizar as gestantes sobre os riscos representados pela cesárea sem indicação clínica.

O programa Parto adequado desenvolvido pela ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement, também tem demonstrado

resultados positivos na redução das cesáreas desnecessárias. Ele tem por objetivo mudar o modelo de atenção ao parto, promovendo o parto normal, qualificando os serviços de assistência no pré-parto, parto e pós-parto, favorecendo a redução de cesáreas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado.

Além disso, busca também reduzir riscos desnecessários, melhorar a segurança do paciente e a experiência do cuidado para mães e bebês. A Rede Cegonha (RC), criada pela portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011 também trouxe avanços na área materno-infantil, pois assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, no processo de parto e no puerpério, bem como assegura às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. (RIBEIRO, 2016).

4 MÉTODOS

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem de pesquisa adotada neste estudo combina elementos qualitativos e quantitativos. O estudo é do tipo transversal descritivo, que tem como objetivo investigar fenômenos que ocorrem em um contexto específico, levando em consideração aspectos de tempo, localidade e cultura.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, exploratório de natureza qualitativa e quantitativa.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital da rede privada, localizado na cidade de Criciúma, estado de Santa Catarina.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi composto por 6 (seis) enfermeiras obstetras da rede privada.

4.4.1 Critério de inclusão

- a. Ser graduado em enfermagem e pós-graduado em obstetrícia.
- b. Ser funcionário contratado do hospital.
- c. Assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido por livre e espontânea vontade.
- d. Ter recebido capacitação da classificação de Robson e aplicar na instituição.

4.4.2 Critério de exclusão

Indivíduos que não se enquadram nos quesitos dos critérios de inclusão.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 Dependente

Estas consistem em todos os itens que serão perguntados no questionário construído pelo próprio pesquisador.

Assim tendo: utilização da Classificação de Robson, orientação da utilização, ano que iniciou a utilizar, obteve treinamento, a quanto tempo utiliza, solicitação da instituição para aplicabilidade, pertinência da classificação no dia a dia clínico, funcionalidade, relevância, momento da aplicação, entendimento do protocolo, dificuldade na aplicação, importância da aplicabilidade.

4.5.2 Independentes

Não se aplica.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETAS

Após a obtenção do consentimento informado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), o estudo foi conduzido no período de janeiro a junho de 2023. As enfermeiras participantes responderam a um questionário contendo as informações necessárias para a conclusão da pesquisa (APÊNDICE B). A análise dos resultados foi realizada por meio da tabulação dos dados. A pesquisadora, uma acadêmica do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), foi responsável pela aplicação do questionário, com uma duração média de 60 minutos por entrevista.

O estudo teve início em um hospital privado localizado na cidade de Criciúma/SC, sendo selecionado o hospital da rede privada devido à sua conveniência geográfica para a aplicação e coleta de dados primários.

4.6.1 instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi empregado um questionário estruturado elaborado pelo pesquisador (APÊNDICE B), que continha perguntas destinadas a

obter as informações necessárias para a condução da pesquisa. Essas questões abordaram os processos, procedimentos operacionais e logísticos relacionados ao atendimento de gestantes em trabalho de parto, seguindo os critérios de inclusão estabelecidos.

4.6.2 Riscos e Benefícios

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois foi desenvolvida a partir da análise do conhecimento das enfermeiras obstetras. Os questionamentos foram realizados de forma a respeitar o sigilo. Entretanto, como toda pesquisa apresenta riscos inerentes a sua aplicabilidade, destacamos a possibilidade de identificação dos dados individuais de cada entrevistado, ou possíveis constrangimentos nos momentos de avaliação e aplicação dos questionários, que foram amenizados pelo treinamento, respeito ético com base nos preceitos de bioética correntes, e estrutura da rede de pesquisa em armazenar os dados originais, digitados e tabulados de maneira mais inviolável possível.

Destacamos como principal benefício desta pesquisa a capacidade de auxiliar a gestão do hospital em identificar os pontos fortes e as fragilidades relacionados à escolha do procedimento de parto. Dessa forma, será possível contribuir para a melhoria da organização dos serviços e para a prestação de assistência aos usuários, em especial às gestantes.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram submetidos a uma dupla digitação no programa Microsoft Excel, versão 2019. Em seguida, foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo. As variáveis qualitativas, foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%), enquanto as variáveis quantitativas foram descritas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). As análises foram conduzidas utilizando o software spss, versão 28.0.4.8 aspectos éticos.

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). De acordo com a Resolução 466/12

que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem deve ser assegurada aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa será utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

5 RESULTADOS e DISCUSSÃO

Com base nas 6 entrevistas realizadas neste estudo, constatou-se que todos os profissionais entrevistados eram enfermeiros obstétricas, com uma média de idade de 35,16 anos ($\pm 14,39$). Quanto ao tempo de atuação como enfermeiros, a média foi de 8,20 anos ($\pm 4,14$). Não houve predominância específica em relação ao ano de formação, uma vez que cada profissional se formou como enfermeiro em anos diferentes, como 2009, 2010, 2011, 2014, 2017 e 2019. O mesmo ocorreu com o ano de conclusão da especialização, com uma média de 11,4 anos ($\pm 2,30$), mostrando correlação em relação ao estudo de Frota (2019), que relatou que todas as entrevistadas eram especialistas em enfermagem obstétrica, sendo uma delas mestre em saúde coletiva, desta forma o presente trabalho mostra uma coerência nos dados pesquisados e o que encontrou-se na literatura para ter base de comparação, pois o presente estudo todos tinham especialização na área, porém nenhuma das entrevistadas havia feito o mestrado.

Em relação ao uso da Classificação de Robson, todos os 6 profissionais entrevistados afirmaram utilizá-la. No entanto, constatou-se que apenas 3 deles tinham conhecimento de como aplicá-la antes de trabalhar nessa instituição. Essa constatação levanta a reflexão de que, sem uma capacitação uniforme, podem ocorrer erros na aplicação da escala, o que pode afetar a identificação precisa das vias de parto mais adequadas para o procedimento de nascimento. Dos 6 profissionais, apenas 4 receberam treinamento adequado.

Esses resultados divergem do estudo de Frota (2019), no qual as entrevistadas afirmaram não conhecer a ferramenta estudada. De acordo com Vogt (2014), o conhecimento e a prática da enfermagem obstétrica desempenham um papel crucial no equilíbrio das intervenções durante o processo fisiológico do parto, ao trabalhar em colaboração com uma equipe multiprofissional. Estudos também têm demonstrado a eficácia do atendimento autônomo realizado por enfermeiros obstétricas na redução de intervenções desnecessárias em mulheres de risco habitual, desde que os profissionais sejam especializados e sigam protocolos e diretrizes estabelecidos.

Tabela 1. Relação das profissões dos funcionários entrevistados.

Variável	N	%
Enfermeira	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 2. Relação da idade dos profissionais pesquisados.

Variável	N
Média	35,16
Mediana	35,50
Desvio padrão	4,39
Erro padrão	1,95

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 3. Tempo de atuação na profissão dos profissionais entrevistados.

Variável	N
Média	8,20
Mediana	9
Desvio padrão	4,14
Erro padrão	1,85

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 4. Ano de formação dos profissionais entrevistados.

Variável	N	%
2009	1	20
2010	1	20
2011	1	20
2014	1	20
2017	1	20
2019	1	20

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 5. Ano de formação na especialização dos profissionais entrevistados.

Variável	N	%
2010	1	20
2016	1	20
2018	1	20
2019	1	20
2023	1	20
2020	1	20

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 6. Profissionais entrevistados que utiliza a classificação de Robson.

Variável	N	%
Sim	6	100
Não	0	

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 7. Profissional entrevistados que já sabia utilizar a Classificação de Robson anteriormente.

Variável	N	%
Sim	3	50
Não	3	50
Total	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 8. O profissional teve treinamento para usar a Classificação de Robson.

Variável	N	%
Sim	4	60
Não	2	40
Total	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Todos os seis profissionais entrevistados afirmaram fazer uso da Classificação de Robson, conforme evidenciado por meio das respostas abertas fornecidas durante as entrevistas. A utilização da Classificação de Robson foi apontada como uma prática comum e recorrente por parte desses profissionais.

"Na admissão do paciente, onde é avaliado o pré-natal e o histórico gestacional, assim classificando o grupo que se enquadra". (Enf. 04)

No que diz respeito a esse assunto, Frota (2019) aborda a percepção das entrevistadas em relação à Classificação de Robson:

"É útil para avaliação de possíveis mudanças."
 "Pouco conhecida, pouco empregada, mas de grande valia."
 "Auxilia-nos quanto à assistência a ser prestada a cada grupo específico de gestante."
 "Quando bem orientada pela equipe, deve surtir efeitos na assistência."
 "Benefício para a gestante."
 "É um instrumento que direciona cada caso a ser tomada uma conduta." (FROTA, 2019)

Trata-se de um sistema de classificação desenvolvido na década passada, ainda pouco conhecido e utilizado na área. Mais uma vez, chamou a atenção a utilidade e a aplicabilidade dessa classificação no cotidiano da Obstetrícia, especialmente na análise crítica da assistência obstétrica. É sabido que o profissional de obstetrícia e as orientações desempenham um papel fundamental na escolha do tipo de parto, principalmente para as primigestas. Esse profissional deve identificar as

razões que levaram a mulher a solicitar determinado tipo de parto, apresentando os benefícios e discordâncias, esclarecendo as dúvidas surgidas.

Com o entendimento da relevância na aplicabilidade desta Classificação, pode-se ter a escolha assertiva da via de parto mais adequada para aquele momento que a gestante chega em trabalho de parto, desta forma diminuída as taxas de cesariana e proporcionando um parto com maior segurança e uma experiência inesquecível a mamãe.

Dos profissionais entrevistados, todos os 6 deles tinham conhecimento da classificação.

"A classificação de Robson garante um modelo assistencial obstétrico centrado na gestação e no recém-nascido, visando a prática de cuidados humanizados e a redução das taxas de cesarianas." (Enf. 02)

Esses resultados diferem dos dados apresentados por Frota (2019), em que as entrevistadas comentaram sobre as orientações recebidas em algum momento de sua formação ou campo profissional em relação à Classificação de Robson. Alguns exemplos desses comentários foram:

"Apenas comentários no meio acadêmico e hospitalar. É um sistema padronizado para monitorar as taxas de cesarianas."
"Sistema padronizado que permite avaliar a taxa de cesariana de forma a facilitar a comparação no âmbito internacional."
"No meu local de trabalho no (...), esse instrumento já é utilizado e bem aceito. Aqui neste hospital (...), não foi implementado."
(FROTA 2019)

Foi observado que as entrevistadas possuíam compreensão acerca do objetivo e da finalidade da Classificação de Robson. No entanto, devido à falta de divulgação e implementação nas instituições acadêmicas e no ambiente de pesquisa deste estudo, as entrevistadas não possuíam um conhecimento técnico aprofundado sobre a classificação (BETRAN, 2014).

Ao analisar os dados desta pesquisa, identificou-se que todas as enfermeiras entrevistadas tinham conhecimento e compreensão adequados sobre a aplicabilidade correta dessa escala. Além disso, foi observado que elas reconheciam a relevância de utilizá-la de maneira coerente para uma determinação mais precisa da via de parto.

Tabela 9. Em sua prática clínica, quando usar a Classificação de Robson.

Variável	N	%
Na admissão do paciente, onde são avaliados o pré-natal e o histórico gestacional, assim classificando o grupo que se enquadra.	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 10. O profissional que tem o entendimento da Classificação de Robson.

Variável	N	%
A classificação de Robson garante um modelo assistencial obstétrico centrado na gestante e no recém-nascido, visando a prática de cuidados humanizados e diminuição das taxas de cesarianas	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Constatou-se que 90% (5) das enfermeiras entrevistadas concordam muito com a Classificação de Robson e que é extremamente essencial para que sejam determinadas as vias de parto, seja ela cesariana ou vaginal.

Devido à escassez de trabalhos similares disponíveis para comparação e embasamento, a discussão realizada neste estudo será de natureza observacional. Nesse contexto, o pesquisador faz uma reflexão sobre a possível explicação para os 10% dos profissionais entrevistados que não compreendem completamente a relevância da utilização da Classificação de Robson. Uma hipótese levantada é que esses profissionais possam não considerar a aplicabilidade da escala tão importante devido à falta de treinamento adequado para aplicá-la corretamente. Além disso, a ausência de orientação adequada sobre a aplicação coerente e concisa da Classificação de Robson também pode contribuir para essa falta de compreensão.

Com base nessas ponderações, sugere-se a inclusão de uma pergunta específica em estudos futuros para elucidar as razões pelas quais esses profissionais não concordam plenamente com o entendimento de cada item apresentado pela Classificação de Robson. Essa abordagem permitiria uma análise mais aprofundada das possíveis lacunas no conhecimento e na compreensão da escala, além de fornecer insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de capacitação mais eficazes e orientações adequadas para sua aplicação clínica.

Tabela 11. A definição de classificação é de fácil entendimento quando:

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

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 2 - Nulíparas com feto único, >37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas a cesárea antes do início do trabalho de parto.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 3 – Multíparas sem Cesária anterior, com feto único, > 37sem, em trabalho de parto espontâneo.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 4 - Multíparas sem cesárias anterior, com feto único, cefálico, > 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidos a Cesária antes do início do trabalho.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 5- Todas as multíparas com pelo menos uma Cesária anterior, com feto único, cefálico, > 37semanas.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 6 - Todas as Nulíparas com feto único em apresentação pélvica.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 7 - Todas os Multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com Cesária anterior.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Grupo 8- Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com Cesária anterior.

Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10

Total	6	100
Grupo 9 - Todas as gestantes com feto sem situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com Cesária anterior.		
Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100
Grupo 10 - Todas as gestantes com feto único e cefálico, > 37 sem, incluindo aquelas com cesárea anterior.		
Variável	N	%
Concordo muito	5	90
Concordo	1	10
Total	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Na perspectiva dos 6 profissionais enfermeiros entrevistados, a Classificação de Robson era de fácil compreensão. Eles descreveram o quanto acreditavam saber aplicar essa classificação da seguinte forma:

"Sim, pois é fácil e objetiva." (Enf. 02)

Quanto à importância da aplicação da referida classificação, todos os 6 entrevistados responderam:

"A Classificação de Robson é um instrumento importante para reduzir as altas taxas de cesarianas." (Enf. 04)

Em relação à prática do profissional entrevistado na assistência ao parto, os 6 entrevistados responderam:

"Nossa instituição não altera a assistência ao parto." (Enf. 06)

Após a aplicação da Classificação de Robson, todos os entrevistados, 100% (6), afirmaram ter compreendido facilmente a classificação, 100% (6) acreditaram saber aplicá-la, o que está em discordância com os dados apresentados por Frota (2019), onde nos esclarece que as entrevistadas afirmaram não conhecer a ferramenta estudada. Além disso, 100% (6) destacaram a importância da aplicação dessa classificação, e todos eles valorizaram como ela modificou a prática clínica na assistência ao parto. Por fim, 100% (6) relataram que não houve redução no número de cesarianas realizadas durante o período da pesquisa.

Observa-se, no contexto das respostas das entrevistadas que esta pesquisa foi realizada, uma compreensão e valorização da importância da aplicação da Classificação de Robson para a redução das taxas de cesarianas na prática clínica diária da equipe de enfermagem. No entanto, o autor mencionado (frota 2019) revela que esses dados não são considerados com a mesma importância em outras instituições, sejam elas de atendimento particular ou do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar do reconhecimento da relevância da escala e de seu potencial para impactar positivamente as taxas de cesarianas em favor do parto vaginal, durante o período de pesquisa não foi observada uma redução dessas taxas. Isso sugere que, mesmo quando as enfermeiras obstétricas ressaltam os benefícios e a importância do parto vaginal, ainda há muitas barreiras a ser trabalhada para a eficácia da aplicação de Robson.

Esses achados apontam para a complexidade do processo de classificação de Robson em relação ao tipo de parto. Embora as enfermeiras obstétricas esteja ciente dos benefícios do parto vaginal e trabalhe para promovê-lo, fatores individuais e socioculturais ainda podem influenciar a escolha pela cesárea.

Essa constatação ressalta a importância de abordar não apenas a capacitação das enfermeiras obstétricas, mas também a educação e o apoio às gestantes, a fim de fornecer informações claras e abrangentes sobre as opções de parto, desmistificar mitos e medos relacionados ao parto vaginal e incentivar a tomada de decisão informada com base em evidências científicas.

Tabela 12. A classificação de Robson é de fácil aplicação?

Variável	N	%
Sim	6	100
Não	0	0
Total	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 13. Na opinião do profissional entrevistado, o quanto ele acredita que sabe aplicar a classificação de Robson.

Variável	N	%
Sim, pois é fácil e objetiva	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 14. Na opinião do profissional entrevistado, o quanto ele acredita ser importante a aplicação da classificação de Robson?

Variável	N	%
A classificação de Robson é um importante instrumento para diminuir as taxas elevadas de cesarianas.	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 15. A classificação de Robson modificou a prática do profissional entrevistado na assistência ao parto?

Variável	N	%
Em nossa instituição não muda a assistência ao parto	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

Tabela 16. Após a implantação da classificação de Robson, na opinião do profissional entrevistado, o número de cesarianas diminuiu?

Variável	N	%
Sim	0	0
Não	6	100
Total	6	100

Fonte: dados do pesquisador, 2023.

6 CONCLUSÃO

Com base nesta pesquisa, constatou-se a viabilidade de implementação da Classificação de Robson na instituição estudada. No entanto, os resultados obtidos também nos levam a refletir sobre a necessidade de ampla divulgação e estímulo à pesquisa nessa área, a fim de fortalecer as evidências relacionadas à importância dessa abordagem.

A promoção do parto normal em mulheres com histórico de cesárea prévia requer a adoção de estratégias que incentivem essa prática. Além disso, é fundamental realizar auditorias contínuas e promover discussões sobre as indicações de cesariana e indução do trabalho de parto. A implementação da Classificação de Robson é apenas o primeiro passo para uma avaliação crítica da prática obstétrica, e seus resultados podem orientar o desenvolvimento de estratégias específicas para cada grupo populacional, visando a otimização das taxas de cesariana.

É importante ressaltar que a modificação de processos de trabalho e a realização de auditorias contínuas são desafios significativos, e as mudanças nem sempre ocorrem de forma imediata. No entanto, a médio e longo prazo, essas mudanças se consolidam e contribuem para a melhoria da prática obstétrica. Diante disso, é fundamental persistir na implementação e no monitoramento das estratégias propostas, com o objetivo de promover o parto normal e reduzir as taxas de cesariana desnecessárias.

Em resumo, a pesquisa reforça a importância da Classificação de Robson como uma ferramenta valiosa na abordagem obstétrica. No entanto, é necessário um esforço contínuo para sua disseminação, juntamente com a implementação de outras estratégias, a fim de promover uma mudança positiva na prática obstétrica e melhorar os desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS

ABDULRAHMAN M, ABDULLAH SS, ALAANI AFK, ALABDOOL NH, SHERIF FEY, AHMED ZS, ET AL. Exploring Obstetrical Interventions And Stratified Cesarean Section Rates Using The Robson Classification In Tertiary Care Hospitals In The United Arab Emirates. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019 Available From: <https://doi.org/10.1055/S-0038-1676524>

BARRA RIBEIRO, LUCIENE. Nascer Em Belo Horizonte: Cesarianas Desnecessárias E Prematuridade. **Universidade Federal De Minas Gerais**, Minas Gerais, Ano 2016, V. 1, Ed. 1, 2016.

BARROS PS, AQUINO ÉC, SOUZA MR. Mortalidade Fetal E Os Desafios Para A Atenção À Saúde Da Mulher No Brasil. Rev Saude Publica. 2019 []; 53. Disponível Em: <http://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000714>

BETRAN, A.P. et al.(2014). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health; 12(1):57
Brazil: Comparison Of Methods And Algorithm Creation. BMC Research Notes, V. 6,

BRASIL 2015. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. GestaçãO De Alto Ministério Da Saúde (Br). Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. Diretrizes De Atenção À Gestante: A Operação Organização Mundial Da Saúde (OMS). Departamento De Saúde Reprodutiva E Pesquisa. Declaração Da OMS Sobre Taxas De Organização Mundial De Saúde (OMS). Declaração Da OMS Sobre Taxas De Cesáreas. Genebra, 2015. Disponível Em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_Por.Pdf;jsessionid=6927BA-D4A3FEEF9477B1AD826B3158E4?Sequence=3.

BRASIL 2016. Diretriz De Atenção À Gestante: Operação Cesariana. Brasília, 2016. Disponível Em http://conitec.gov.br/images/consul-tas/relatorios/2016/relatorio_diretrizes_cesariana_n179.pdf.

BRASIL 2016. Diretriz De Atenção À Gestante: Operação Cesariana. Brasília, 2016. Disponível Em [Http://Conitec.Gov.Br/Images/Consul- Tas/Relatorios/2016/Relatori O_Diretrizes_Cesariana_N179.Pdf](http://Conitec.Gov.Br/Images/Consul-Tas/Relatorios/2016/RelatoriO_Diretrizes_Cesariana_N179.Pdf).

BRASIL 2017. Diretriz Nacional De Assistência Ao Parto Normal. Brasília, 2017. Disponível Em [Http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publica-Coes/Diretrizes_Nacionais Assistencia_Parto_Normal.Pdf](http://Bvsms.Saude.Gov.Br/Bvs/Publica-Coes/Diretrizes_Nacionais_Assistencia_Parto_Normal.Pdf)

N.CESÁREAS. GENEVA (SWZ); 2015. Cesariana: Protocolo. Brasília (DF): Ministério Da Saúde; 2016. De Risco Habitual [Doctoral Dissertation].

EINARSDÓTTIR K, SIGURÐARDÓTTIR H, BJARNADÓTTIR RI, STEINGRÍMSDÓTTIR P, SMÁRASON AK, CAND MED & CHIR. The Robson 10- Group Classification In Iceland: Obstetric Interventions And Outcomes. Birth. 2019; 46(2). Available From: [Https://Doi.Org/10.1111/Birt.12415](https://doi.org/10.1111/Birt.12415) Epidemiológica Em Duas Maternidades No Sul Do Brasil. Rev. AMRIGS. 2009; 53(1):7-10. [Https://Doi.Org/10.12957/Reuerj.2017.14205](https://doi.org/10.12957/Reuerj.2017.14205)

FROTA, Mirna Albuquerque. Classificação de Robson: uma ferramenta para o monitoramento da saúde obstétrica. **Investigação Qualitativa em Saúde**, Bustelo - São Roque - Portugal, v. 2, n. 1, p. 1-1, 18 jun. 2019.

KINDRA, T. Análise Das Indicações De Cesáreas Com Base Na Classificação De Dez Grupos De Robson Em Uma Maternidade Pública Ministério Da Saúde (BR) - UNA-SUS. Declaração Da OMS Sobre Taxas De Cesáreas. 2017. Disponível Em: [Https://Www. Unasus.Gov.Br/Noticia/Declaracao-Da-Oms-Sobre-Taxas-De- Cesareas](https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas)

KHUNPRADIT, Suthit; TAVENDER, Emma; LUMBIGANON, Pisake; LUMBIGANON, Pisake; WASIAK, Jason; GRUEN, Russell L. **Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section**. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/215498630_Non-

clinical_interventions_for_reducing_unnecessary_caesarean_section. Acesso em: 20 mar. 2023.

MOURA, Victor de Alencar; FEITOSA, Francisco Edson de Lucena. **Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis**. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/19822/30455>. Acesso em: 28 abr. 2023.

PASCHE DF, VILELA MEA, MARTINS CP. Humanização Da Atenção Ao Parto E Nascimento No Brasil: Pressuposto Para Uma Nova Ética Na Gestão E No Cuidado. Rev Tempus Actas Saúde Colet . 2010 Perception.Rev. Enferm. UERJ . 2017; 25:E14205.

PENHAL. B. C., NERYB. L. S., & MENDONÇAG. O. M. DE. (2023). Avaliação das taxas de cesáreas em hospitais do Distrito Federal por meio da classificação de Robson. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 23(1), 11752. <https://doi.org/10.25248/reaenf.e11752.2023>.

PETRÔNIO, Carlla Cilene Alves Dantas. **Manual de orientação para Classificação de Robson**. 2019. Disponível em: <https://escoladesaude.ufrn.br/media/files/MANUAL-DE-ORIENTA%C3%87%C3%83O-PARA-CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-DE-ROBSON.pdf>. Acesso em: 18 out. 2022.

PINTO LMTR, TREZZALL MCSF, SANTOS AAP, MELO GC, SILVA JMO, OLIVEIRA LLF. Food Management During Childbirth Under Woman's Rattner D, Moura EC. Nascimentos No Brasil: Associação Do Tipo De Parto Com Variáveis Temporais E Sociodemográficas. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2016.Disponível Em Http://Www.Scielo.Br/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pi-D=S1519-38292016000100039 &Lng=En&Nrm=Iso.

REIS SLS, PENTEADO CEM, CHATKIN MN, ESTRELA MS, PORTO PG, MUNARETTO MM. Parto Normal X Parto Cesáreo: Análise Risco: Manual Técnico. Brasília (DF): Ministério Da Saúde; 2010.

RIBEIRO, Luciene Barra. **NASCER EM BELO HORIZONTE: CESARIANAS DESNECESSÁRIAS E PREMATURIDADE**. 2016. Disponível em:

[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AASPDJ/1/luciene_barra_ribeiro.pdf)

[AASPDJ/1/luciene_barra_ribeiro.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDO-AASPDJ/1/luciene_barra_ribeiro.pdf). Acesso em: 22 out. 2022.

ROBSON MS. Can We Reduce The Caesarean Section Rate? Best Pract Resclin Obstet Gynaecol . 2001; 15(1): 179-94. Disponível Em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359322>

SALES JL, QUITETE JB, KNUPP VMAO, MARTINS MAR. Assistência Ao Parto Em Um Hospital Da Baixada Litorânea Do Rio De Janeiro: Desafios Para Um Parto Respeitoso. Rev Fun Care Online. 2020; 12:108-114. Disponível Em:

<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7092>.

SAKAE, Thiago Mamôru; FREITAS, Paulo Fontoura; D'ORSI, Eleonora. **Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário**Fatores associados a **taxas de cesárea em hospital universitário**. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/DNL5q77f9sC7znDrnbrNbFR/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 19 abr. 2023.

VOGT, S.E.; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. (2014). Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos, Rev Saúde Pública; 48(2):304-313

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Statement On Caesarean Section Rates. Geneva (Switzerland); 2015 Avai- Lable From:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_Eng.Pdf;jsessionid=3759A546CA6E8C-63358987748943C0ED?Sequence=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Statement On Caesarean Section Rates. Geneva (Swi): WHO; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título da Pesquisa: APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON PELOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL DO EXTREMO SUL CATARINENSE.

Objetivo: Investigar a eficácia da aplicabilidade e a compreensão da Classificação de Robson como ferramenta para fortalecer a assistência segura durante o parto em um hospital privado localizado na região extremo sul catarinense.

Período da coleta de dados: 10/01/2023 a 15/05/2023

Tempo estimado para cada coleta: 60 minutos

Local da coleta: Hospital UNIMED

Pesquisador/Orientador: Denise Tereza	Telefone: (48) 99259131
Pesquisador/Acadêmico: Thayna Goulart Machado	Telefone: (48) 99853168
10º fase do Curso de Enfermagem da UNESC	

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo poderá desistir a qualquer momento, bastando informar a decisão ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como despesas para com a mesma. Você tem a garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo, caso ocorra, como transporte e alimentação ou exames. O seu responsável ou acompanhante também terá os mesmos ressarcimentos, se tiver que acompanhá-lo durante a pesquisa.

Fica expressamente determinado que a pesquisa somente terá início após a autorização do seu responsável legal, perante o aceite e assinatura do TCLE.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o seu direito de assistência integral gratuita ou indenização, devido a danos diretos/ indiretos e imediatos ou tardios, pelo tempo que for necessário, decorrentes da pesquisa, garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Todos os dados de identificação pessoal decorrentes da pesquisa terão a privacidade mantida, preceito este assegurado pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde. Você poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Caso você permita que seus dados pessoais sejam divulgados, é necessário a autorização do seu responsável legal, que deve estar detalhada no TCLE.

Os procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, que envolvem você, estão detalhados a seguir:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Após a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), o estudo ocorreu de janeiro a junho de 2023. As enfermeiras responderão a um questionário contendo as informações necessárias para a conclusão da pesquisa (APÊNDICE B). As análises dos resultados serão obtidas através da tabulação dos dados. O questionário será aplicado, pela própria pesquisadora, essa sendo acadêmica do curso de enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), tendo tempo médio de 60 minutos por entrevista. A pesquisa se iniciará em um hospital particular da cidade de Criciúma/SC como base de aplicação e coleta de dados primárias, onde por conveniência geográfica foi elencado o hospital da UNIMED.

RISCOS

A pesquisa apresenta riscos mínimos, pois será desenvolvida a partir da análise do conhecimento das enfermeiras obstetras. Os questionamentos serão realizados de forma a respeitar o sigilo. Entretanto, como toda pesquisa apresenta riscos inerentes a sua aplicabilidade, destacamos a possibilidade de identificação dos dados individuais de cada entrevistado, ou possíveis constrangimentos nos momentos de avaliação e aplicação dos questionários, que serão amenizados pelo treinamento, respeito ético com base nos preceitos de bioética correntes, e estrutura da rede de pesquisa em armazenar os dados originais, digitados e tabulados de maneira mais inviolável possível.

BENEFÍCIOS

Destacamos como maior benefício da pesquisa a possibilidade de auxiliar a gestão do hospital em questão na localização dos pontos fortes e fragilidades da escolha pelo procedimento do parto. Sendo assim, será possível contribuir para a organização dos serviços e prestação de assistência aos seus usuários, mais especificamente, as gestantes.

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Thayna Goulart Machado pelo telefone (48) 9 96853168 e/ou pelo e-mail Thayna_gmachado@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Assinatura do entrevistado	Assinatura do Pesquisador(a) Responsável
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Assinatura	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Assinatura Nome: _____ CPF: _____-____

Criciúma (SC), 25 de setembro de 2022.

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
CURSO DE ENFERMAGEM

Questionário n*: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	
CARGO _____	
IDADE: _____	
TEMPO QUE ATUA NELE: _____ ANO QUE SE FORMOU: _____	
ANO QUE CONCLUIU A ESPECIALIZACAO: _____	
QUESTÕES	
A instituição utiliza a Classificação de Robson?	
(). Não	
(). Sim	
Você já sabia utilizar a Classificação de Robson antes de atuar nesta instituição?	
(). Não	
(). Sim	
Você teve treinamento para utilizar a Classificação de Robson?	
(). Não	
(). Sim	
Em que momento a Classificação de Robson é utilizada em sua prática clínica?	
Em sua opinião o quanto você acredita que entende sobre a definição da Classificação de Robson?	

A definição de classificação é de fácil entendimento quando:	Concordo Muito	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito
Grupo 1 – Nulíparas com feto único > 37 sem, em trabalho de parto espontâneo.					
Grupo 2 – Nulíparas com feto único, > 37 sem, cujo o parto é induzido ou que são submetidas a cesáreas antes do início do trabalho de parto.					
Grupo 3 – Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, > 37 sem, em trabalho espontâneo.					
Grupo 4 – Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, > 37 sem, cujo parto é induzido ou que são submetidos a cesárea antes do início do trabalho.					
Grupo 5 – Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, > 37 sem.					
Grupo 6 – Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica.					
Grupo 7 – Todas as multipartas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea anterior.					
Grupo 8 – Todas as mulheres com gestação múltipla incluindo aquelas com cesárea anterior.					
Grupo 9 – Todas as gestantes com feto sem situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea anterior.					
Grupo 10 – Todas as gestantes com feto único e cefálico, > 37 sem, incluindo aquelas com cesárea anterior.					
A Classificação de Robson é de fácil aplicação?					
Em sua opinião, o quanto você acredita que sabe aplicar a Classificação de Robson?					
Na sua opinião, o quanto você acredita ser importante a aplicação da Classificação de Robson?					

A Classifica de Robson modificou sua prática na assistência ao parto?

Após a implantação da Classificação de Robson, na sua opinião, o número de cesarianas diminuiu?