

Hygor Alessandro Firme Elias

**ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COM AS VARIÁVEIS
OBSTÉTRICAS E COM OS DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS
EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

São Paulo

2023

Hygor Alessandro Firme Elias

**ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COM AS VARIÁVEIS
OBSTÉTRICAS E COM OS DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS
EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade Israelita de Ciências da Saúde
Albert Einstein para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane do Prado

São Paulo

2023

Elias, Hygor Alessandro Firme
Associação da classificação de Robson com as variáveis obstétricas e com os desfechos maternos e perinatais em um centro de parto normal /
Hygor Alessandro Firme Elias -- São Paulo, 2023.
xi, 107 f, il.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Título em inglês: *Association of Robson's classification with obstetric variables and maternal and perinatal outcomes in a normal delivery center.*

1. Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. 2. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde. 3. Enfermagem Obstétrica. 4. Cesárea. 5. Transferência de Pacientes.

Elaborada pelo Sistema Einstein Integrado de Bibliotecas

FACULDADE ISRAELITA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ALBERT EINSTEIN

Coordenador do curso de Pós-Graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem:
Prof. Dr. Ramon Antônio Oliveira

Hygor Alessandro Firme Elias

**ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COM AS VARIÁVEIS
OBSTÉTRICAS E COM OS DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS
EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Presidente da banca: Dra. Cristiane do Prado

BANCA EXAMINADORA

Membros titulares:

Dra. Daphne Rattner

Dr. Rômulo Negrini

Membros suplentes:

Dra. Elaine Auxiliadora Vilela Maia

Profa. Dra. Mariana Lucas da Rocha Cunha

Data de aprovação: 23/08/2023.

Sumário

Lista de quadros	vi
Lista de tabelas	vii
Lista de abreviaturas	viii
Resumo	x
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos.....	3
2 REFERENCIAL TEÓRICO	4
3 MÉTODOS	20
3.1 Tipo de estudo	20
3.2 Local do estudo	20
3.3 População e amostra.....	22
3.4 Fonte de dados, coleta e operacionalização	24
3.5 Processamento e análise dos dados.....	28
3.6 Procedimentos éticos e legais	29
4 RESULTADOS	30
4.1 Análise descritiva.....	30
4.2 Análise descritiva – bivariada	54
4.3 Artigo submetido.....	67
5 DISCUSSÃO	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
7 REFERÊNCIAS	101
Abstract	
Apêndice	

Lista de quadros

Quadro 1. Classificação de Robson	11
Quadro 2. Número de admissões realizadas no serviço de 2018 a 2021 (por mês)	23
Quadro 3. Número de partos realizados no serviço de 2018 a 2021 (por mês).....	23
Quadro 4. Transferências de parturientes para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)	23
Quadro 5. Transferências de puérperas para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)	23
Quadro 6. Transferências de neonatos para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)	24

Lista de tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos	30
Tabela 2. Dados do pré-natal.....	31
Tabela 3. Classificação de Robson.....	32
Tabela 4. Protocolo institucional e triagem sorológica na admissão	33
Tabela 5. Variáveis obstétricas	35
Tabela 6. Desfechos maternos	38
Tabela 7. Desfechos neonatais.....	42
Tabela 8. Remoção para o hospital de referência.....	44
Tabela 9. Caracterização das variáveis contínuas gestacionais	52
Tabela 10. Caracterização das variáveis contínuas neonatais	52
Tabela 11. Apgar 1º e 5 º minuto (variável categórica)	53
Tabela 12. Tabela cruzada de variáveis qualitativas e variável grupo “Classificação de Robson”	55
Tabela 13. Classificação de Robson x escolaridade	59
Tabela 14. Classificação de Robson x atendimento ao protocolo.....	59
Tabela 15. Classificação de Robson x ocitocina	60
Tabela 16. Classificação de Robson x laceração perineal.....	60
Tabela 17. Classificação de Robson x sutura perineal	61
Tabela 18. Classificação de Robson x posição do parto.....	61
Tabela 19. Classificação de Robson x remoção intraparto	62
Tabela 20. Classificação de Robson x remoção da puérpera	62
Tabela 21. Classificação de Robson x motivo de remoção da puérpera	63
Tabela 22. Classificação de Robson x remoção do recém-nascido.....	64
Tabela 23. Tabela cruzada entre variáveis quantitativas e variável desfecho grupo	64
Tabela 24. Idade x Classificação de Robson	65
Tabela 25. Paridade x Classificação de Robson.....	65
Tabela 26. Peso ao nascer x Classificação de Robson	66

Lista de abreviaturas

ABENFO	Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes
ACOG	Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia
AFU	Altura de Fundo Uterino
ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Casa de parto
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>)
CPSS	Casa de Parto de São Sebastião
CPN	Centro de parto normal
CPNp	Centro de parto normal peri hospitalar
CR	Classificação de Robson
DNV	Declaração de nascido vivo
DUM	Data da última menstruação
EO	Enfermagem obstétrica
ESF	Equipe saúde da família
FC	Frequência cardíaca
FCF	Frequência cardíaca fetal
FDA	<i>Food drugs administration</i>
HIAE	Hospital Israelita Albert Einstein
HPP	Hemorragia pós-parto
HRL	Hospital da região leste
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IMC	Índice de massa corpórea
IQQ	Intervalo Interquartil (1º e 3º quartis)
MBE	Medicina baseada em evidências
MS	Ministério da Saúde

NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCLH	Posto de coleta de leite humano
PDAD	Pesquisa distrital por amostra de domicílios
PDOT	Plano diretor de ordenamento territorial
PPA	Projeto parto adequado
PPP	Pré-parto, parto e puerpério
PVAC	Parto vaginal após cesárea
RA	Regiões administrativas
RAS	Redes de atenção à saúde
ReHuNa	Rede pela humanização do parto e do nascimento
RC	Rede cegonha
RDC	Resolução da diretoria colegiada
RedCap	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RN	Recém-nascido
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SINASC	Sistema de informações sobre nascidos vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TFT	Taxa de fecundidade total
TP	Trabalho de parto
TTRN	Taquipneia transitória do recém-nascido
UBS	Unidade básica de saúde
UPA	Unidade de pronto atendimento
UPT	Unidades de planejamento territorial
UTIN	Unidade de terapia intensiva neonatal
VBAC	<i>Vaginal Birth After Cesarean</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VPP	Ventilação por pressão positiva

Resumo

Introdução: Historicamente, o parto tornou-se tecnocrático, intervencionista, hospitalar e exclusivamente médico. No Brasil, as taxas de cesáreas estão entre as maiores do mundo. Em países desenvolvidos, parir em Centros de Partos Normais com enfermeiros obstetras é corriqueiro, seguro e incorporado aos sistemas de saúde. A Rede Cegonha e a Classificação de Robson destacam-se entre as estratégias que estimulam a criação de Centros de Partos Normais, a assistência multiprofissional e a redução das taxas de cesáreas. **Objetivos:** Associar a Classificação de Robson com as variáveis obstétricas, necessidade de intervenções, indicações de transferências e desfechos maternos e perinatais das pacientes assistidas em um centro de parto normal. **Métodos:** Estudo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo realizado na Casa de Parto de São Sebastião-DF. Avaliados dados sociodemográficos, pré-natal, exames da admissão, assistência ao parto e recém-nascido, intercorrências e necessidade de remoção de 570 pacientes, entre 2018 e 2021. Aplicado teste Qui-quadrado ou Fisher nas associações do grupo da Classificação de Robson com as variáveis qualitativas e Kruskal-Wallis ou ANOVA para as quantitativas, além de ajuste do p-valor para as comparações múltiplas dos resultados (nível de significância 5%). **Resultados:** Há diferenças significativas entre os grupos da Classificação de Robson e as variáveis: idade, escolaridade, atendimento ao protocolo institucional, uso de ocitocina no período expulsivo, lacerações e suturas perineais, posição da paciente no parto, peso ao nascer e necessidade de remoção intra e pós-parto. **Considerações finais:** O uso da Classificação de Robson nos Centros de Partos Normais prediz a necessidade de intervenções e transferências, evitando desfechos desfavoráveis, aumentando a segurança para usuárias e profissionais.

Descritores: Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde. Enfermagem Obstétrica. Cesárea. Transferência de Pacientes.

Disposição legal

Trabalho apresentado sob a forma de artigo científico com a obrigatoriedade de publicação em revista indexada e classificada pela CAPES no extrato mínimo B2 ou superior.

Sua disponibilidade integral em repositório institucional ocorrerá mediante publicação.

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto passou por inúmeras transformações nas últimas décadas. Tal fato ocorreu principalmente em função dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da Medicina ocorrido a partir do final do século XIX. O parto, antigamente considerado evento natural e fisiológico, tornou-se mecanizado e cercado de riscos. Com o surgimento do paradigma tecnocrático, desenvolveu-se o modelo biomédico de assistência, que abriu caminho para a transferência do parto domiciliar para o hospital, uso de instrumentos obstétricos, administração de medicamentos para abreviar o processo de parto, redução da mortalidade materna, aumento de cesáreas e uso de intervenções médicas.⁽¹⁾

Muitas intervenções foram adotadas como práticas necessárias e indissociáveis à assistência ao parto, tais como a episiotomia (incisão realizada na região do períneo para ampliar o canal de parto), as manobras de extração fetal e o parto operatório, por vezes com indicações desnecessárias e não baseadas em evidências científicas, violando os princípios bioéticos fundamentais ao subjugar a autonomia exercida pelas mulheres em relação ao seu próprio corpo.^(1,2)

A origem do termo humanização do parto reconhece sua assistência como “desumanizante”, além de construir uma crítica técnica à assistência. Este novo olhar levou ao surgimento de um movimento nacional e internacional de humanização do parto, às políticas de humanização do parto desenvolvidas no Brasil e à criação do movimento pela medicina baseada em evidências (MBE). Entre os diferentes sentidos no emprego do termo estão o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, o acesso universal e o consumo da tecnologia, o tratamento acolhedor e respeitoso, o manejo da dor do parto e a prevenção da dor iatrogênica, as novas atribuições profissionais e as disputas corporativas, a relação custo-benefício, entre outros.⁽³⁾

Além disso, nas últimas décadas, as taxas de cesariana aumentaram substancialmente em todas as regiões do mundo, especialmente em países de média e alta renda, representando 21,1% de todos os nascidos vivos. Os países da América Latina concentram as maiores taxas, sendo que o Brasil se destaca negativamente como o segundo país do mundo que mais faz cesáreas, alcançando 57,6% dos nascimentos registrados no país em 2022, segundo o Ministério da Saúde (MS).

Sabe-se que a cesariana com indicação clínica adequada pode salvar a mãe e o feto. Entretanto, taxas superiores a 10-15% não estão associadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal. Ao contrário, as evidências científicas revelam que as taxas elevadas de cesárea estão associadas a piores desfechos perinatais, nascimentos prematuros ou termos precoces e cesarianas recorrentes. É possível observar ainda desigualdades na distribuição das taxas de cesariana nas regiões do país, sendo maiores nas regiões mais desenvolvidas; e de acordo com o tipo de instituição hospitalar, sendo mais prevalentes nos hospitais privados, com maior prevalência de recém-nascidos (RN) pré-termos tardios (34-36 semanas) e termos precoces (37-38 semanas de idade gestacional), quando comparados aos hospitais públicos.⁽⁴⁾

A Classificação de Robson (CR), proposta em 2001 pelo médico Michael Robson e indicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, surge como uma ferramenta para ajudar na redução das taxas de cesariana. Ela consiste em agrupar gestantes em 10 grupos de acordo com suas características obstétricas. De acordo com a classificação, é possível antever quais as gestantes com maior possibilidade de partos vaginais e aquelas que a cesariana é a opção mais provável. Permite ainda avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas em nível local, bem como regional e mundial, além de diminuir as cesarianas sem reais indicações dentro das instituições obstétricas.

Contudo, o uso da CR também tem sido incentivado para avaliar práticas assistenciais e desfechos da gestação, pois através dela é possível conhecer o perfil das pacientes atendidas nos serviços obstétricos e orientar as condutas. Portanto, a proposta de implantação deste instrumento nos Centros de partos normais (CPN) pode subsidiar condutas e intervenções a serem tomadas durante a internação das parturientes, além de corroborar as indicações de transferência para o hospital de referência, quando necessário. A identificação precoce das pacientes com maiores chances de partos vaginais, assim como a correlação da CR com as variáveis do processo de parturição e seus desfechos pode aumentar a segurança do serviço para as usuárias e para os profissionais que a assistem.

1.1 Objetivos

1. Associar a aplicação da Classificação de Robson com variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais em um centro de parto normal;
2. Caracterizar o perfil obstétrico das pacientes atendidas em um centro de parto normal;
3. Aplicar a Classificação de Robson retrospectivamente e avaliar se a evolução do trabalho de parto e intervenções realizadas correlaciona-se com a ferramenta;
4. Identificar o grupo da Classificação de Robson das pacientes transferidas ao hospital de referência;
5. Avaliar a aplicação da Classificação de Robson na predição de desfechos desfavoráveis evitáveis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Desde a década de 1950, movimentos internacionais como o “parto sem dor” na Europa; “o parto sem medo” dos ativistas do método inglês Dick-Read, e posteriormente, o “parto sem violência” do método dos franceses Lamaze e Leboyer, já questionavam o modelo tecnocrático de assistência ao parto. O parto natural do movimento hippie e da contracultura, associado ao feminismo nas suas muitas versões, tiveram um papel central, iniciado em 1950, com o movimento de usuárias pela Reforma no Parto nos EUA e continuado nas décadas de 1960 e 1970. Além disso, a proposta de assistência baseada em direitos pela OMS em 2005, a proposta de parto ativo por Janet Balaskas e a redescritção da fisiologia do parto por Michel Odent foram fundamentais para a mudança de paradigmas.⁽³⁾

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado a partir da década de 1970 por profissionais inspirados por práticas de parteiras e indígenas, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes (profissionais de saúde que atuaram na implantação de serviços ou na pesquisa, usuárias e profissionais liberais) e instituições (universidades, Organizações não Governamentais(ONG)).⁽³⁾

Esses movimentos sociais começaram a questionar o uso irracional das tecnologias na assistência ao parto, motivando a construção de novas políticas de saúde, nas quais a inserção da Enfermagem Obstétrica (EO) foi pensada como uma potência para a transformação do modelo de atenção ao parto e ao nascimento. A presença da EO nas instituições hospitalares representou um redirecionamento para um modelo de cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo e autonomia, bem como na prática obstétrica baseada em evidências científicas.⁽⁵⁾

Em países como a Holanda, Austrália, Nova Zelândia e países escandinavos, caracterizados pela maior participação de obstetizes, os resultados de vários estudos demonstram que as mulheres com gravidez de baixo risco, que planejaram seus partos em centros de partos ou em casa, tiveram chances significativamente menores de intervenção e morbidade grave no trabalho de parto (TP) e nascimento.⁽⁶⁾ Há evidências que o local de parto parece ter pouco impacto

sobre os resultados perinatais adversos. Tais descobertas têm implicações importantes para o custo dos serviços de saúde e apoiam a expansão dos centros de parto. Também ampliam o conhecimento existente sobre os riscos e resultados potenciais de diferentes locais de nascimento, bem como as circunstâncias necessárias para otimizar a segurança e o bem-estar dos sujeitos envolvidos no processo.⁽⁷⁾

Nos Estados Unidos e no Canadá, as casas de parto (CP) são utilizadas por mulheres altamente motivadas, com nível social e educacional elevados e que culturalmente acreditam que são fortalecidas pela experiência do parto. Nesses países, acredita-se que os gestores em saúde devem considerar o apoio ao modelo de centro de parto para melhorar os resultados maternos locais, estaduais e nacionais; além dos planos de saúde garantirem que as mulheres tenham acesso aos centros de parto.^(8,9) No Reino Unido e na França, as CPs fazem parte do sistema nacional de saúde e são estimuladas pelos governos locais pois, entre muitas outras vantagens, o parto sem intervenções médicas é percebido como menos oneroso, permitindo economia significativa para o sistema de saúde do país.⁽¹⁰⁾

Já no Brasil, o uso de tecnologias hospitalares (equipamentos e instrumentais) e o processo de medicalização constituem o modelo de assistência ao parto que ainda predomina, o que explica as elevadas taxas de cesarianas e intervenções desnecessárias. A quase totalidade dos partos é realizada em hospitais (98,4%) e assistidos, predominantemente, por médicos obstetras (88,7%). Tal modelo de assistência tradicional, também denominado modelo de atenção liderado pelo médico obstetra (*obstetrician-led mode of care*), é o prevalente no Brasil, no qual os demais profissionais da equipe são coadjuvantes e a mulher não exerce autonomia sobre o processo. Existem outros dois modelos de assistência ao parto: o colaborativo (*shared care*), no qual a organização do cuidado à mulher é compartilhada pela equipe multiprofissional; e o modelo liderado por enfermeiros obstetras/obstetrizes (*midwife-led-care*), sendo esses profissionais os provedores da assistência à mulher com gestação de risco habitual, em qualquer nível de atenção à saúde, com um serviço de referência ao médico obstetra ou outro especialista assegurado à parturiente ou puérpera, nas situações de intercorrências.^(11,12)

Desde a década de 1990, o Brasil iniciou, de forma institucionalizada, o processo de organização de ambientes de assistência que fossem diferenciados da experiência hospitalar. Das discussões sobre humanização que fervilhavam naqueles anos, surgiram os CPNs. Eles são divididos em intra-hospitalar

(quando são instalados nas dependências internas de um hospital, podendo ou não compartilhar espaços de uso comum) e peri hospitalar, que são as CPs (espaços independentes, próximos a hospitais ou maternidades de referência). Os CPNs estão inseridos no sistema de saúde local, vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos territórios.⁽¹³⁾

A criação das CP no Brasil teve influência do trabalho do médico David Capistrano da Costa Filho, que atuava como coordenador do Projeto Qualidade Integral em Saúde (conhecido como Qualis, o programa de saúde da família vigente na época). Depois de conhecer uma CP fundada por uma parteira alemã na comunidade Monte Azul (a atual Casa Ângela), na periferia sul de São Paulo/SP, o médico criou a Casa de Parto de Sapopemba, que funciona na zona leste da mesma cidade. A casa foi a primeira implementada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com equipe composta unicamente por enfermeiras obstetras. O nome do médico ainda batiza a Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo, no Rio de Janeiro/RJ; e um CPN intra-hospitalar no Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG.⁽¹³⁾

Entretanto, apesar da garantia da continuidade assistencial e o suporte oferecido pelo hospital de referência, as CPs enfrentam resistência e desconfiança por parte de alguns segmentos da população e dos profissionais de saúde, acerca de sua qualidade e segurança dos cuidados prestados, em comparação com os recursos médicos e tecnológicos dos hospitais, sendo estes vistos como ambientes mais seguros para a mulher e seu filho.^(2,14)

A Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011, institui a política da Rede Cegonha (RC) no âmbito do SUS. Esta, além de reforçar outras leis, portarias e compromissos já firmados anteriormente pelo MS, estabelece uma cadeia de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dentre as ações do Componente Parto e Nascimento está o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal. No que tange ao financiamento, a portaria estabelece recursos financeiros com repasse fundo a fundo entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) para construção, ampliação, reforma, compra de equipamentos e custeio mensal dos CPNs, com valores, normas e metas estabelecidas na norma legal.⁽¹⁵⁾

O ano de 2020 foi designado pela OMS como o “Ano da Enfermeira e da Enfermeira Obstétrica/Obstetriz”, como forma de chamar a atenção do mundo para o papel essencial dessa categoria profissional na transformação da saúde das mulheres e bebês. Estudos demonstraram avanços significativos na atenção ao parto vaginal e melhoria das boas práticas nas maternidades públicas vinculadas à RC, quando comparados a uma pesquisa nacional realizada há uma década intitulada “Nascer no Brasil”. Houve aumento dos partos vaginais atendidos por enfermeiros, redução nas intervenções durante o TP e aumento das boas práticas, independentemente do profissional que prestou assistência, sugerindo efeito positivo dessa política no alcance de seu principal objetivo, que é proporcionar às mulheres e RN um parto e nascimento respeitosos, seguro e com base nas melhores evidências científicas.⁽¹⁶⁾

A partir dos dados do Sistema Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Regional de Enfermagem (COREN), a Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetrizes (ABENFO) calcula que, em 2022, o Brasil tenha mais de 13 mil enfermeiros obstetras e mais de 300 obstetrizes, além de mais de três mil enfermeiras especialistas em saúde da mulher e enfermeiras neonatais. Enfermeiras(os) obstetras podem trabalhar sem a necessidade de acompanhamento médico na condução e no acompanhamento de partos sem distocia em todos os espaços de assistência obstétrica: hospitais, maternidades, CP, domicílios etc.⁽¹³⁾

Apesar dos avanços, o número de partos vaginais por enfermeiros obstetras ainda é baixo no país, apesar da legislação facultar a estes profissionais a assistência ao parto de risco habitual desde a admissão à alta, a identificação das distocias e tomada de decisão até a transferência do cuidado ao profissional médico. Dentre as dificuldades de atuação estão o investimento ainda insuficiente na formação destes profissionais, a baixa contratação pelos hospitais públicos e menor ainda pelos privados, salários pouco atrativos, falta de carreira profissional específica e principalmente, a resistência dos médicos obstetras na realização de um trabalho colaborativo, incluindo as disputas expressas pelos conselhos profissionais de Medicina.^(16,17)

Um estudo dinamarquês, realizado com dois grupos de parturientes de baixo risco (839 mulheres em cada grupo), comparou os locais de nascimento escolhidos por elas (unidades de partearas autônomas *versus* hospitais) e as diferenças entre os desfechos. Nas primeiras houve uma incidência significativamente maior de

partos espontâneos e sem complicações, com maior propensão ao parto na água, bons resultados perinatais e risco significativamente menor de cesariana intraparto, além de menor probabilidade de indução, analgesia peridural, parto instrumental ou readmissão hospitalar. A paridade (se primípara ou multípara) não modificou o efeito do local de nascimento sobre os resultados do parto.^(7,18,19)

Entretanto, um estudo americano revela que, em gestações de baixo risco, os cuidados das parteiras autônomas no TP foram associados com a diminuição das intervenções, das taxas de cesarianas e dos partos vaginais operatórios. Em mulheres multíparas, houve um risco aumentado de distocia de ombro. A atuação da equipe multiprofissional nos cuidados de obstetrícia em serviços de maternidade nos Estados Unidos pôde reduzir a intervenção no TP e, potencialmente, até mesmo a cesariana, em gestações de baixo risco.⁽²⁰⁾

Com relação às taxas de transferência das unidades de parteiras autônomas foram observadas diferenças substanciais entre primíparas e multíparas (36,7 e 7,2%, respectivamente), sendo a falha de progressão o motivo mais frequente, independentemente da paridade. Outras causas de transferências citadas foram trauma perineal complicado, líquido amniótico meconial, anormalidades da frequência cardíaca fetal (FCF), solicitação de analgesia epidural, apresentações fetais anômalas, fase latente prolongada, placenta retida e hemorragias pós-parto. Ainda segundo o estudo, a paridade e o local de parto podem influenciar na incidência de cesarianas. Entre as primíparas que planejaram dar à luz em uma unidade de parteiras autônomas ou CP, a probabilidade de cesariana intraparto foi 60% menor do que para as primíparas que planejaram dar à luz em hospitais. Além disso, o número reduzido de intervenções para todas as mulheres foi relevante. Esse resultado é consistente com outros estudos desenvolvidos no Canadá e no Reino Unido.^(18,21)

O aumento das taxas de cesarianas é uma preocupação global, tendo dobrado nos últimos 15 anos para 21%, com aumento anual de 4%. O índice é de quase 60% em algumas partes da América Latina, inclusive no Brasil. Dados disponíveis de 154 países, entre 2010 e 2018, abrangendo 94,5% dos nascidos vivos no mundo, mostram que 21,1% das mulheres deram à luz por cesariana em todo o mundo, com médias variando de 5% na África Subsaariana a 42,8% na América Latina e no Caribe.⁽²²⁾

A taxa de cesárea aumentou em todas as regiões do planeta desde 1990. As sub-regiões com os maiores aumentos foram a Ásia Oriental, a Ásia Ocidental

e o Norte da África (aumento de 44,9%, 34,7% e 31,5%, respectivamente), enquanto a África Subsaariana e a América do Norte (aumento de 3,6% e 9,5%, respectivamente) apresentaram o menor aumento. As projeções mostraram ainda que até 2030, 28,5% das mulheres em todo o mundo darão à luz por cesariana (38 milhões de cesarianas), variando de 7,1% na África Subsaariana a 63,4% na Ásia oriental.⁽²²⁾

Percebe-se que a prática de cesarianas vem aumentando constantemente em todo o mundo e continuará subindo na década atual, onde se espera que a necessidade não atendida (a situação imperativa de intervenção cirúrgica no parto) e o uso excessivo coexistam. Na ausência de intervenções globais efetivas para reverter a tendência, o sul da Ásia e a África Subsaariana enfrentarão um cenário complexo com morbidade e mortalidade associadas à necessidade não atendida, ao fornecimento inseguro de cesarianas e ao uso excessivo concomitante do procedimento cirúrgico, que drena recursos e adiciona morbidade e mortalidade evitáveis.

No Brasil, entre 1996 e 2022, a taxa de cesarianas aumentou de 40% para aproximadamente 58%, tornando o país a segunda maior taxa do mundo, atrás apenas da República Dominicana. Se considerarmos a realidade do sistema privado de saúde, a proporção cresce para 86%. Cabe destacar que a taxa considerada como referência para a população brasileira deve variar entre 25% e 30%. Desde 1985, a OMS considera que taxas superiores a 10-15% estão associadas a maiores riscos de morbimortalidade para mãe e RN, o que a comunidade internacional científica já questiona, considerando a necessidade de revisão dessas taxas.⁽²³⁻²⁵⁾

Ressalte-se que, quando justificado do ponto de vista médico, o parto operatório pode prevenir a mortalidade e morbidade materna e perinatal.⁽²⁶⁾ Segundo o Manual de Gravidez de Alto Risco do MS, são contraindicações de indução do TP e consideradas indicações de cesáreas: depressão fetal aguda, apresentações anômalas (feto córmico), desproporção fetopélvica absoluta, tumor prévio com obstrução do canal de parto, placenta prévia centro total, vasa prévia, descolamento prematuro da placenta com feto vivo, tumores fetais de grande volume, gêmeos unidos, herpes genital ativo, infecção pelo HIV com risco de transmissão vertical, carcinoma invasivo de colo uterino e urgência na resolução da gestação.⁽²⁷⁾

Apesar disso, não há evidências que relacionem os benefícios do procedimento para mulheres ou bebês sem a indicação adequada. Pelo contrário, a cesárea desnecessária está associada a riscos de curto e longo prazo, que podem se

estender além do parto atual e afetar futuras gestações. Mesmo assim, o aumento das taxas de cesarianas segue sem sinais de desaceleração. A situação é agravada pelo fato de que as causas do aumento não são totalmente compreendidas, envolvendo múltiplos fatores tais como os sistemas de saúde, as práticas profissionais variáveis, o medo de litígios médicos e até mesmo fatores culturais, como o medo da dor de parir e o receio de mudança da anatomia da genitália após o parto vaginal.^(26,28,29)

Tendo em vista a utilização crescente de cesáreas, particularmente sem indicação médica, tornou-se crucial uma maior compreensão de seus efeitos na saúde de mulheres e crianças. A prevalência de mortalidade e morbidade maternas é maior após a cesariana do que após o parto vaginal. A cesárea está associada a um risco aumentado de ruptura uterina, placentação anormal, gravidez ectópica, natimorto e parto prematuro. Há evidências emergentes de que os bebês nascidos por meio de partos cirúrgicos têm diferentes exposições hormonais, físicas, bacterianas e médicas, e que essas exposições podem alterar sutilmente a fisiologia neonatal. Os riscos a curto prazo da cesariana incluem desenvolvimento imunológico alterado, maior probabilidade de alergia, atopia e asma e redução da diversidade do microbioma intestinal. A persistência desses riscos na vida adulta é menos investigada, embora uma associação entre o uso de cesáreas e maior incidência de obesidade infantil tardia e asma seja frequentemente relatada. Existem poucos estudos que evidenciam os efeitos das cesáreas nos resultados cognitivos e educacionais. Por isso, se faz importante compreender os mecanismos potenciais que ligam a cesariana aos resultados da infância, como o papel do microbioma neonatal em desenvolvimento, pois tais estudos apresentam potencial para informar novas estratégias e pesquisas para otimizar o uso de cesáreas e promover processos e desenvolvimento fisiológicos ideais.⁽³⁰⁾

A CR, criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, foi adotada pela OMS em 2015 como instrumento padrão para avaliar e monitorar as taxas de cesárea em diferentes serviços hospitalares. Devido à clareza, objetividade e fácil aplicabilidade desse método, ele tem sido usado para pesquisar, monitorar e comparar as taxas de cesárea dentro e entre as instituições; permitindo tanto a análise dos dados, como a identificação de alternativas seguras para auxiliar na redução das taxas de cesárea.^(23,31-33)

Segundo manual de implementação da CR proposto pela OMS, as gestantes são distribuídas em 10 grupos (quadro 1) com base em seis variáveis

obstétricas: paridade (nulípara ou múltipara); cesárea prévia (sim ou não; se sim, uma ou mais); início do TP (espontâneo, induzido ou fora de TP); número de fetos (gestação simples ou múltipla); idade gestacional (premature – antes de 37 semanas ou termo – 37 semanas ou mais); apresentação e situação fetal (longitudinal cefálico, longitudinal pélvico ou transverso/oblíquo). Trata-se de um sistema de classificação no qual os grupos são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivo, o que significa que cada mulher pode ser classificada em apenas um dos 10 grupos e nenhuma mulher ficará de fora desta classificação.⁽³³⁾

Quadro 1. Classificação de Robson

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
1	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
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. 2a – nulípara, termo, cefálico, trabalho de parto induzido. 2b – nulípara, termo, cefálico, cesárea antes do trabalho de parto.
3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
4	Múltiparas 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. 4a – múltipara, termo, cefálico, trabalho de parto induzido. 4b – múltipara, termo, cefálico, cesárea antes do trabalho de parto.
5	Todas as múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas. 5.1 – com 1 cesárea prévia. 5.2 – com ≥ 2 cesáreas prévias.
6	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica.
7	Todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
8	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
9	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
10	Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

Fonte: World Health Organization. Robson classification: implementation manual. Geneva: WHO;2017.⁽³³⁾

De acordo com a CR, as gestantes abrangidas pelos grupos de 1 a 4 são consideradas pacientes com cesárea muito evitável, enquanto as classificadas nos demais grupos são mulheres com cesáreas pouco evitáveis.

Um estudo retrospectivo brasileiro, entre os anos de 2014 e 2016, com dados obtidos do DataSUS, analisou mais de 8 milhões de nascimentos e

evidenciou 56% de taxa de cesárea. Os partos vaginais foram mais frequentes nos grupos 1 (53,6%), 3 (80,0%) e 4 (55,1%). As maiores taxas de cesáreas foram encontradas nos grupos 5 (85,7%), 6 (89,5%), 7 (85,2%) e 9 (97,0%). A taxa geral de cesáreas variou de 46,2% na região Norte a 62,1% no Centro Oeste. O grupo 5 foi a maior população obstétrica das regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste e o grupo 3 foi a maior nas regiões Norte e Nordeste. O grupo 5 foi ainda o que mais contribuiu para a taxa geral de cesáreas, respondendo por 30,8% dos casos.⁽²⁴⁾

É importante destacar que as mulheres classificadas no grupo 5, com as mais altas taxas de cesarianas encontradas no estudo, corroboram a cultura de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”, porém contrastam com evidências atualizadas de que os benefícios do “*vaginal birth after cesarea*” (VBAC) são muito maiores que o risco de ruptura uterina, o que é comumente utilizado como justificativa para o procedimento cirúrgico.^(24,34,35)

É cada vez mais reconhecido que o modo de parto no primeiro nascimento influencia o modo de parto e os resultados nos partos subsequentes, o que sugere fortemente que a chave para restringir o uso crescente da cesariana está em prevenir a realização sem necessidade ou indicações equívocas de cesáreas no primeiro nascimento.⁽¹⁸⁾

Outra intervenção que objetiva reduzir as taxas de cesarianas no país, especialmente nos hospitais privados, cuja grande maioria apresenta taxas de cesarianas muito elevadas, é o projeto parto adequado (PPA).⁽³⁶⁾ A proposta do PPA consiste em adequar o modelo de assistência ao parto com base nas evidências científicas. É resultado de uma parceria entre a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI). O projeto foi realizado em três fases, com ações focadas na gestante, na equipe multiprofissional, e nas instalações hospitalares.

A primeira fase (fase piloto) ocorreu entre 2015 e 2016, e contou com a participação de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde. Essa fase foi caracterizada por testes iniciais, que demonstraram a viabilidade do projeto. Dentre as estratégias aplicadas destacam-se as reuniões clínicas da equipe multiprofissional, a criação de comitês de qualidade, a expansão da equipe de Enfermagem, o estabelecimento de protocolos estruturados e prescrições padrões, os treinamentos em centros de simulação realística, a criação de uma política de agendamento de

cesarianas; além de canais de comunicação em grupo no *WhatsApp* para discussão de casos e resolução de situações.

Da segunda fase, entre 2017 e 2019, participaram 108 hospitais e 60 operadoras de planos de saúde, caracterizando-se por estender a intervenção a uma variedade de prestadores e operadoras que representam o país. No Ciclo Intensivo da Fase 2, de 2020 a 2022, participaram 27 binômios que foram atendidos em hospitais com serviços contratados por operadoras de planos de saúde e outros hospitais privados, com acompanhamento mais próximo, confirmando estratégias preparatórias para a fase de disseminação do movimento Parto Adequado.

Também na segunda etapa houve *feedback* individual aos membros da equipe, auditoria dos registros médicos e encaminhamentos de não conformidades, estabelecimento de novo protocolo para casos de hemorragias pós-parto, criação de formulário de consentimento específico para o parto e vídeos explicativos sobre os processos de admissão e parto, atualização do curso preparatório para o parto, e criação de um centro de parto exclusivo para partos vaginais.

Todas essas ações contribuíram para a redução do número de cesarianas desnecessárias e consequentemente dos riscos associados a estes procedimentos. No HIAE, um hospital privado aberto a profissionais externos, um estudo realizado com 26094 parturientes admitidas entre 2014 e 2019 evidenciou que a adesão dos hospitais ao PPA aumentou o uso das boas práticas de atenção ao parto e reduziu o número de partos cirúrgicos, sem aumento de desfechos perinatais adversos.⁽³⁶⁻³⁸⁾

A terceira fase contemplou medidas para promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão do conjunto de maternidades e operadoras do país. Nesta etapa foram tratados a inclusão do pré-natal, a segurança (protocolos de vitalidade e indução de parto) e o conforto no parto (analgesia).

Em estudo realizado com base na análise de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 34 estabelecimentos de saúde das redes pública e privada participantes da primeira fase do PPA, entre os anos de 2014 a 2018, observou-se redução da porcentagem de cesarianas de 70,49% para 62,16% nos hospitais públicos e de 81,86% para 73,09% nos hospitais não públicos participantes. A partir da CR, a redução nos grupos 1, 2, 3 e 4 agrupados foi de 58,31% para 52,83% nos hospitais públicos e de 65,69% para 57,85% nos privados. A média

da taxa de cesárea das participantes do projeto diminuiu de 62,14% em 2014 para 55,34% em 2018. O estudo revelou ainda menor taxa de cesáreas para os hospitais selecionados no PPA em relação aos demais hospitais não participantes para a maior parte dos grupos de Robson.⁽³⁹⁾

O CPN de São Sebastião/DF, popularmente conhecido como Casa de Parto de São Sebastião (CPSS), é uma unidade do SUS, do tipo centro de parto normal peri hospitalar (CPNp), que oferece atendimento às gestantes de baixo risco no TP, parto e puerpério. A unidade é referência de atendimento humanizado na capital federal e possui fluxo de clientela por atendimento de demanda espontânea e referenciada, oferecendo atendimento às gestantes de baixo risco da Região de Saúde Leste que desejam o parto humanizado na rede pública. Foi criada em 2001, com o objetivo de assistir e conduzir o parto normal com foco na parturiente e na criança. A casa realiza, em média, 36 (trinta e seis) partos por mês.

À época de sua criação, compunha a Unidade Mista de Saúde de São Sebastião, onde além da CP, que prestava atendimentos ginecológicos e obstétricos, funcionava também o serviço de pronto atendimento em Clínica Médica e Pediatria. As equipes de saúde eram compostas por médicos obstetras, pediatras, clínicos gerais, enfermeiros e técnicos em enfermagem, além de serviços complementares como laboratório e radiologia. Entretanto, a partir de março de 2009, os médicos obstetras foram transferidos para outras unidades de saúde do Distrito Federal e a CP passou a ser gerenciada e assistida por enfermeiros obstetras. O atendimento de Pediatria e Clínica Médica permaneceu na Unidade Mista até 2012, quando foi inaugurada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de São Sebastião, permanecendo somente a CP no local.

Desde 2012, com a saída dos médicos pediatras da Unidade, a equipe de Enfermagem também assumiu os cuidados aos neonatos. A partir de então, passou a ser a única unidade da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) que possui o modelo de assistência ao binômio centrado no enfermeiro obstetra e, devido a essa especificidade, possui um protocolo exclusivo que orienta as ações da equipe.

A CPSS cumpre os requisitos estabelecidos nas Portarias de Consolidação do MS nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2017, tais como condução da assistência por enfermeiros obstetras às mulheres e RN da admissão à alta, garantia da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, com pactuação do

estabelecimento hospitalar de retaguarda, rotinas que favorecem as boas práticas obstétricas e neonatais, dentre outros.^(40,41)

A assistência do enfermeiro obstetra ao RN em CPNs também é pautada pela Portaria GM/MS nº 371, de 7 de maio de 2014, que institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS, e por outras recomendações do MS, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS e evidências científicas atuais.⁽⁴²⁾ Além disso, todos os enfermeiros obstetras da CP são capacitados em reanimação neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

O quadro de funcionários da CPSS conta com 35 (trinta e cinco) profissionais de saúde, sendo 16 (dezesesseis) enfermeiros obstetras, 13 (treze) técnicas em enfermagem, 02 (duas) nutricionistas, 03 (três) técnicos em nutrição e 01 (uma) lactarista. A CPSS funciona de forma ininterrupta e a equipe de cada plantão é composta por 02 (dois) enfermeiros obstetras, 02 (dois) técnicos em enfermagem e 01 (uma) lactarista.

São inúmeras as atividades realizadas na CP pela equipe de Enfermagem: triagem e acolhimento, atendimento no consultório (anamnese, exame físico, classificação de risco obstétrico, solicitação de exames, tratamentos das principais queixas gestacionais e internação, caso a parturiente esteja dentro dos critérios de admissão, ou sua transferência seja inviável por risco de parto iminente), admissão no leito pré parto, parto e puerpério (PPP), teste rápido para diagnóstico de sífilis, HIV e hepatites B e C, oferecimento de métodos não farmacológicos de alívio da dor, estímulo ao parto ativo e à participação do acompanhante, identificação precoce de distocias (intercorrências ao longo do TP que possam implicar na necessidade de transferência ao hospital de referência), assistência ao parto vaginal de risco habitual, atuação nas distocias e nas emergências obstétricas, quando necessário, recepção do RN em sala de parto e cuidados de Enfermagem neonatal (antropometria, banho de aspersão, vacinação contra hepatite B e tuberculose-BCG, administração de vitamina K), exame físico do RN e puérpera durante a internação pelo menos uma vez a cada 12 horas de plantão, estímulo e auxílio à amamentação desde a primeira hora de vida, realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho e do coraçãozinho), revisão de parto, encaminhamentos para teste da orelhinha no hospital de referência e para primeira consulta do neonato nas unidades da Atenção Primária em Saúde (APS), dentre outras funções.

A CPSS conta ainda com um posto de coleta de leite humano (PCLH), que realiza o acompanhamento dos binômios internados na CP, principalmente aqueles com dificuldades na amamentação. Também atendem as puérperas que precisam de auxílio após a alta da unidade, realizam atividades educativas de estímulo ao aleitamento materno e cadastro de doadoras, além da captação de leite para os hospitais da Rede que atendem os nascituros que precisam de unidades de cuidados intermediários ou terapias intensivas neonatais. O quadro de funcionários do PCLH conta com 01 (uma) pediatra, 02 (duas) enfermeiras generalistas e 04 (quatro) técnicas em enfermagem.

A CPSS atende às gestantes de risco habitual e que estejam dentro do protocolo clínico de atendimento. Quando não atendem ao protocolo ou em caso de intercorrências com o binômio durante o período de internação são encaminhadas para o hospital de referência, Hospital da Região Leste (HRL), localizado na região administrativa do Paranoá, situado cerca de 22 Km da CP, com tempo de deslocamento em ambulância de 15 a 20 minutos entre as Unidades de Saúde.

No protocolo assistencial da CPSS estão descritos os critérios para admissão: gestação única, feto em apresentação cefálica, idade gestacional a termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias, baseada na data da última menstruação (DUM) bem datada ou exame ultrassonográfico precoce -preferencialmente entre a 9ª e a 12ª semana de gestação), paridade menor que 5 partos anteriores (permitido o quinto parto na Unidade), estar em TP ativo, com dinâmica uterina de pelo menos duas contrações em 10 minutos e 4 centímetros de dilatação cervical, ter ocorrido ruptura prematura das membranas com possibilidade de iniciar TP ativo e previsão estimada do parto nas próximas 18h, exames laboratoriais e de imagem dentro da normalidade e sinais vitais normais no momento da admissão, bem estar fetal, com ausculta tranquilizadora e reatividade fetal normal, no momento da admissão.

São contra indicações para a admissão no Serviço: intercorrências clínicas pregressas como cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, diabetes, doenças hematológicas, hipertensão arterial, doenças neurológicas, doenças psiquiátricas, doenças autoimunes, antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis não tratada e outras infecções sexualmente transmissíveis; portadoras de hanseníase ou tuberculose; dependência de drogas lícitas ou ilícitas; isoimunização Rh; ginecopatias que possam dificultar ou até impedir a evolução do TP,

cirurgias uterinas que impeçam o parto normal; varizes importantes na vulva; altura de fundo uterino (AFU) incompatível com a idade gestacional, com suspeitas de restrição de crescimento fetal intraútero ou macrossomia fetais.

As pacientes que não se enquadram nos critérios de admissão são encaminhadas ao hospital de referência por meios próprios, quando não há risco para o binômio durante o trajeto, ou em ambulância do serviço, acompanhada por uma técnica em Enfermagem ou pelo enfermeiro obstetra plantonista, a depender do risco e da gravidade da situação.

Por se tratar de um serviço “porta aberta” é comum a chegada de pacientes fora dos critérios de admissão e elas serem atendidas por estar em período expulsivo ou ainda pelo risco do parto em trânsito. Nestes casos, o parto ocorre no serviço e o binômio é removido posteriormente, dependendo da condição clínica da mãe ou do RN, após cuidados imediatos e estabilização do quadro.

Também são removidas as pacientes que se enquadram nos critérios de admissão, mas que o TP não tenha evoluído por algum motivo ou que mudaram o risco de classificação durante o TP (risco habitual para alto risco). As causas mais frequentes costumam ser parada de progressão do primeiro estágio do TP, alterações na FCF e ruptura prematura das membranas sem evolução do TP.

A CR é um sistema de classificação inclusivo e mutuamente exclusivo, cujo objetivo inicial é classificar, monitorar e avaliar as taxas de cesáreas nos serviços obstétricos, sendo geralmente utilizada de forma prospectiva. Entretanto, sua utilização de forma retrospectiva pode ser utilizada para monitorar os desfechos maternos perinatais, proposta que também vem sendo incentivada pela OMS. A avaliação das taxas de morbimortalidade de cada grupo e outros desfechos corrobora a importância da referida classificação, pois, de acordo com a literatura, é esperado que alguns grupos apresentem melhores desfechos que outros. A observação de desfechos adversos em grupos no qual estes não são esperados devem ser monitorados e investigados.

A CR é passível de implantação em qualquer serviço que atende gestantes, seja nos hospitais, com equipes constituídas por médicos e enfermeiros obstetras, como naqueles apenas com médicos ou só com enfermeiros obstetras. O benefício da utilização da CR em equipes compostas por profissionais e serviços distintos é permitir que os gestores possam avaliar o percentual de atendimento de cada grupo, por instituição e por categoria profissional que assiste o parto,

possibilitando ajustar e otimizar os fluxos de atendimentos e encaminhamentos nas redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS são arranjos organizadores de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil é uma das redes temáticas de atenção à saúde e está vinculada ao programa federal RC, que incentiva e financia o componente Parto e Nascimento com recursos para construção, ampliação, adequação da ambiência, reforma, compra de equipamentos e materiais e custeio para os Centros de Parto Normal (CPN), mediante repasse de verbas fundo a fundo, de acordo com o cumprimento das metas estabelecida por Portaria.

A utilização da CR permite análise mais aprofundada sobre a atuação das equipes de saúde dentro dos fluxos de atendimentos das RAs. A atenção básica pode empregá-la para direcionar os encaminhamentos das pacientes. Segundo a CR, aquelas classificadas nos grupos 1 e 3, com maior possibilidade de partos espontâneos, podem ser direcionadas para as CP ou CPN; enquanto as pacientes classificadas em grupos com maior propensão à cesáreas devem ser direcionadas aos hospitais.

Outra vantagem na classificação da CR é que o gestor pode avaliar o percentual de atendimento em cada um dos cenários de atenção ao parto e propor medidas que corrijam as possíveis distorções nos fluxos das parturientes. Também é possível identificar as flutuações de atendimentos por cada grupo da CR e analisar suas causas. Por exemplo, a redução de pacientes nos grupos 1 e 3, associada ao aumento nos grupos 2 e 4, aponta aumento de partos induzidos, cesáreas eletivas e iatrogenias. A elevada taxa de cesáreas nas parturientes classificadas como grupo 5 reflete a perpetuação da cultura que “uma vez cesárea, sempre cesárea”, o que indica a necessidade de conscientização e capacitação da equipe.

O melhor momento para fazer a CR é de forma prospectiva, no momento de admissão para o parto, pois a paciente pode mudar de classificação ao longo da gestação. Existe ainda a possibilidade de mudar de grupo até mesmo durante o TP. Entretanto, uma classificação criteriosa de acordo com a anamnese e exame clínico pode evitar surpresas ao longo do processo ou desfechos desfavoráveis.

Por outro lado, é possível fazer a CR retrospectivamente a partir da Declaração de Nascido Vivo (DNV) ou análise de registros em prontuários, apesar das dificuldades relacionadas à incompletude de informações nestes documentos.

A utilização da CR retrospectivamente para avaliar práticas e desfechos da gestação é uma prática importante que tem sido incentivada, pois olhar os desfechos maternos e perinatais segundo a classificação pode contribuir para conhecer o perfil das pacientes que são atendidas nos serviços, além de subsidiar condutas e intervenções a serem tomadas durante a internação, inclusive corroborar as indicações de transferência para o hospital de referência. A identificação precoce das parturientes com maiores chances de partos vaginais, junto com a correlação das variáveis do processo de parturição e seus desfechos pode garantir maior segurança tanto para a parturiente quanto para o profissional que a assiste.

Cabe ressaltar que o uso da CR ainda é uma prática pouco utilizada nas instituições que prestam assistência ao parto no Brasil, bem como há poucos estudos da aplicação dessa estratégia em CPN. À vista disso, esse estudo busca apresentar a possibilidade de ampliação de sua aplicação para outros CPN, contribuindo para a criação de estratégias de avaliação do pré-natal e protocolos dessas unidades de assistência ao parto. A utilização da CR pode reduzir as taxas de cesáreas nos hospitais de referência e melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como os desfechos perinatais.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, analítico, transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O Plano Diretor de Ordenamento Territorial (PDOT) do Distrito Federal estabelece 7(sete) Unidades de Planejamento Territorial (UPT). Estas constituem subdivisões territoriais que agregam regiões administrativas (RA) contíguas. A Região Administrativa São Sebastião - RA XIV está inserida na Unidade de Planejamento Territorial Leste (UPT) Leste. A UPT Leste é composta pelas RAs do Paranoá, São Sebastião, Jardim Botânico e Itapoã. Dentre as características dessa UPT estão: é a segunda maior em extensão; as RAs que a compõe surgiram de forma não planejada; São Sebastião é uma das RAs com maior densidade urbana do DF; e quanto à distribuição de renda, São Sebastião, Paranoá e Itapoã estão no grupo de média-baixa renda.⁽⁴³⁾

Segundo a pesquisa distrital por amostra de domicílios (PDAD) 2018, São Sebastião apresentava população urbana de 115.256 pessoas, sendo 51% do sexo feminino. A idade média era de 28,9 anos. Quanto à raça/cor da pele declarada, a resposta mais comum foi parda, para 53,2% dos moradores. Sobre o estado civil, 55% da população com 14 anos ou mais de idade se declararam solteiros. Sobre a cobertura de plano de saúde, 88,9% não possuem plano de saúde.⁽⁴³⁾

O estudo foi realizado no CPN de São Sebastião, popularmente conhecido como CPSS, localizada no Distrito Federal. O estabelecimento é habilitado pelo MS como CPN peri hospitalar e possui como referência hospitalar o HRL. Ambas as Unidades compõem uma das sete Regiões de Saúde do Plano de Desenvolvimento Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, a Região Leste.⁽⁴⁴⁾

Em São Sebastião, existem 11 UBSs, com 23 equipes de saúde da família (ESF), além de uma UPA, que referenciam as avaliações obstétricas para a CP, pois não há outro serviço que realiza atendimentos de urgência em obstetrícia na

região administrativa. Portanto, a CP é um serviço que atende em regime de porta aberta e que recebe as mulheres da região por livre demanda ou encaminhadas pelos referidos serviços. Após a avaliação da equipe, a gestante é contra referenciada para os serviços de atenção básica ou, em situações emergenciais, encaminhada para o hospital de referência, que fica aproximadamente a 20km da CP.

O local é referência para partos normais de baixo risco para pacientes que residem em toda Região de Saúde Leste. Possui quatro quartos amplos denominados PPP, sendo um deles com banheira, o que possibilita o parto na água, de acordo com a indicação e preferência da paciente.

Conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a ambiência para centros obstétricos não mais deve preconizar as tradicionais salas de parto e pré-parto coletivo, pois estes não oferecem privacidade e dificultam o acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor.⁽⁴⁵⁾

O quarto PPP é um ambiente único, de um leito só, em que a parturiente pode viver os três estágios do parto no mesmo local, sem necessidade de ir para o Centro Obstétrico no momento do parto. O ambiente dá acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, que facilitam o processo de TP normal, além de oferecer conforto lumínico e conforto térmico. O quarto PPP também garante a presença do acompanhante de livre escolha e um TP mais tranquilo, pois estimula a mulher a ser mais ativa, deambular, utilizar a bola, o cavalinho e outros recursos facilitadores da do processo de parir, o que garante um ambiente de conforto e segurança.^(45,46)

A Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da RC e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito local. Ainda de acordo com a portaria, deverá ser garantida pelo menos uma visita de vinculação obstétrica à maternidade de referência durante o acompanhamento pré-natal.⁽⁴⁴⁾

Conforme Portaria, a CP oferece mensalmente visitas de vinculação para que os casais da região sejam acolhidos, conheçam o trabalho realizado pela equipe, os critérios necessários para a admissão durante o TP e para que visitem o ambiente físico onde são assistidos. Dentre os objetivos da visita estão realizar triagem prévia das gestantes que se enquadrem no protocolo da instituição, estabelecer o

vínculo inicial com a equipe e fazer educação em saúde (ex. trabalhar os sinais e sintomas que caracterizam o TP ativo, caracterizar os sinais que representam risco para a gestação e momentos nos quais se deve procurar atendimento no serviço).

3.3 População e amostra

O estudo foi realizado com as pacientes assistidas na CP São Sebastião entre janeiro de 2018 a dezembro de 2021.

Considerando o período do estudo, a média anual de partos foi 408, em ascendência ao longo dos 4 anos (Quadro 2). Foram admitidas 1838 pacientes (Quadro 3). Com relação às transferências, 168 ocorreram durante o TP (Quadro 4) e 248 após o parto, sendo 72 por motivos relacionados à puérpera (Quadro 5) e 176 relacionados ao neonato (Quadro 6), perfazendo a taxa de transferência total de 22,63%.

Quadro 2. Número de admissões realizadas no serviço de 2018 a 2021 (por mês)

ADMISSÕES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	34	46	43	25	40	32	42	34	37	22	41	31	427
2019	31	30	44	49	38	48	44	37	30	45	38	28	462
2020	39	35	40	46	39	44	46	35	41	31	34	35	465
2021	40	31	47	36	45	45	50	42	39	38	36	35	484

Quadro 3. Número de partos realizados no serviço de 2018 a 2021 (por mês)

PARTOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	30	40	41	24	39	26	38	31	33	19	35	29	385
2019	27	29	41	44	32	40	42	34	30	35	27	25	406
2020	36	35	36	37	33	38	39	30	36	30	27	31	408
2021	37	28	45	33	44	36	44	35	33	34	31	33	433

Quadro 2. Transferências de parturientes para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)

TRANSFERÊNCIAS DE PARTURIENTES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	4	6	2	1	1	6	3	3	4	3	6	2	41
2019	4	0	3	4	6	7	1	3	0	10	11	3	52
2020	3	0	4	7	5	6	6	5	2	1	5	4	48
2021	3	2	2	3	0	2	4	4	2	0	3	2	27

Quadro 3. Transferências de puérperas para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)

TRANSFERÊNCIAS DE PUÉRPERAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	2	7
2019	3	2	1	2	3	2	2	1	3	1	1	0	21
2020	0	0	3	2	1	3	4	5	5	1	1	2	27
2021	5	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	17

Quadro 4. Transferências de neonatos para o hospital de referência de 2018 a 2021 (por mês)

TRANSFERÊNCIAS DE NEONATOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
2018	2	10	9	2	6	8	4	7	5	1	3	0	57
2019	5	4	5	5	4	9	3	3	1	4	6	4	53
2020	5	3	5	2	0	2	1	2	1	5	1	4	31
2021	3	4	2	2	2	5	1	3	2	4	4	3	35

Os dados que constam nos quadros acima foram obtidos através dos registros no livro virtual (*e-book*), instalado numa pasta dos computadores da CP, com acesso a todos os plantonistas.

As informações que constam no livro são transcritas da ficha de admissão preenchida pela equipe através de perguntas realizadas diretamente à paciente, registros do cartão da gestante e procedimentos realizados pela equipe durante a internação, desde admissão até a alta ou transferência. Como esses dados são preenchidos pela equipe de enfermagem do plantão, há maior vulnerabilidade para ocorrência de vieses ou ausência de informações.

3.4 Fonte de dados, coleta e operacionalização

Os dados do estudo foram coletados a partir do livro virtual (*e-book*) do serviço e do prontuário eletrônico (Trackcare@).

A criação do livro virtual para registro dos dados das pacientes admitidas no serviço iniciou-se durante o ano de 2017, com o objetivo de facilitar a obtenção dos indicadores exigidos pelo MS, após o credenciamento do serviço como CPN.

O anexo II da Portaria nº11 de 07 de janeiro de 2015 prevê os indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN, tais como dados do parto, percentual de episiotomias, ocorrência de

lacerações perineais (classificação em graus), necessidade de ruptura artificial das membranas ovulares, dados do RN, percentual de transferências dos CPN para outros estabelecimentos.⁽⁴⁷⁾

Anteriormente a esse período, os registros eram realizados em livros, impressos padronizados pela SES-DF e no prontuário eletrônico (sistema unificado de informações de saúde *InterSystems TrakCare®*). Este foi utilizado como fonte de pesquisa de dados como a paridade das pacientes, registros faltantes e confirmação de dados essenciais que suscitaram dúvidas no pesquisador. Cabe ressaltar que uma das variáveis da CR é a paridade da paciente, que não é registrada no livro virtual.

Os dados registrados no livro virtual são coletados através da anamnese (triagem, consulta de enfermagem e preenchimento de um formulário no momento da admissão), do cartão de pré-natal (consultas e exames realizados), dos resultados da triagem sorológica de admissão (teste rápido para sífilis, HIV e hepatites), dos procedimentos durante a internação (parturiente e RN), das intercorrências no parto e pós-parto imediato e da necessidade de remoção para o hospital de referência.

Seguem as variáveis coletadas através dos registros no livro virtual e que foram relevantes para análise descritiva e inferencial do estudo:

- Dados sociodemográficos: idade, estado civil e escolaridade.
- Anamnese e pré-natal: número de consultas; classificação de risco obstétrico (risco habitual ou alto risco); admissão conforme critérios estabelecidos em protocolo institucional ou exceções previstas no plano de contingência da pandemia de COVID-19 (cesárea prévia, infecção de trato urinário tratada ou idade gestacional superior a 41 semanas em TP ativo ou por ruptura prematura de membranas amnióticas); motivo da admissão das pacientes fora do protocolo institucional (TP em estágio avançado com risco de parto em trânsito, urgências e emergências obstétricas

com necessidade de resolução imediata, e casos em que a paciente não tenha procurado o hospital de referência, conforme vinculação estabelecida pelo pré-natal).

- Triagem sorológica no momento da admissão: resultados dos testes rápidos de HIV e sífilis; teste rápido de hepatites somente para aquelas sem registro das sorologias hepáticas prévias.

- Assistência ao parto e nascimento: idade gestacional do nascituro por DUM ou exame ecográfico (em semanas e dias); rotura da bolsa das águas (espontânea ou artificial) e tempo de ocorrência; se houve emprego da ocitocina no 2º estágio do TP e o motivo que o justificou (parada de progressão do TP, exaustão materna, solicitação da paciente, alterações da FCF ou outros não especificados); se foi realizada episiotomia ou houve laceração de trajeto; na ocorrência de lacerações, qual o grau e se foi indicada sutura; se a dequitação foi completa e espontânea e qual o tempo para sua ocorrência.

- Assistência ao RN: índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida; medidas antropométricas (peso, estatura e perímetro cefálico).

- Intercorrências no parto e pós-parto imediato: ocorrência de hemorragia pós-parto (HPP); retenção placentária; distocia de ombros; parto pélvico; necessidade de reanimação neonatal e procedimentos realizados (aquecimento e aspiração do RN, ventilação por pressão positiva (VPP), massagem cardíaca e outras etapas); se RN apresentou desconforto respiratório e utilizou pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP - *continuous positive airway pressure*).

- Remoções para o hospital de referência: momento da remoção (durante o TP ou no puerpério); caso tenha ocorrido no puerpério, qual componente do binômio (puérpera ou RN) que motivou a indicação (hipótese diagnóstica).

O número do telefone de contato das pacientes também foi obtido através dos registros no livro virtual, no qual, além de todas as variáveis já citadas, constam os dados pessoais como nome, endereço, data de nascimento e dois ou três contatos telefônicos solicitados à paciente no momento da admissão. Tal solicitação procura evitar divergências que possam ocorrer no cadastro da paciente no prontuário eletrônico.

A autorização para uso dos dados se deu após o contato prévio do pesquisador pelo *WhatsApp*, após aceitarem participar da pesquisa. O convite e o termo de consentimento foram enviados para 1779 pacientes ao longo de dois meses consecutivos (agosto e setembro de 2022), em três tentativas de contato.

Em um primeiro momento, a seguinte mensagem era enviada individualmente por *WhatsApp*: “Olá (nome da paciente), tudo bem? Sou enfermeiro Hygor da Casa de Parto de São Sebastião. Estou fazendo minha pesquisa de Mestrado com todas as pacientes que pariram conosco de 2018 a 2021. Gostaria muito que pudesse me ajudar. Será muito importante sua participação. Vou enviar um vídeo e um *link*. Quando clicar no *link*, abrirá um termo de consentimento. Após leitura, basta dar o aceite, preencher o nome e seu e-mail (você receberá uma cópia explicando toda a pesquisa). É como uma autorização para que eu possa acessar o seu prontuário, sem nenhum tipo de identificação. Pode ficar tranquila!”

Em seguida, a paciente recebia um vídeo gravado de dentro da CP, com imagens do local e do pesquisador fazendo o convite, para que elas pudessem se certificar da veracidade da mensagem. Na sequência, a mensagem: “Posso contar com sua participação?” e o link do *Research Electronic Data Capture* (RedCap): <https://redcap.link/pesquisadorcasadeparto>. Ao final, foi enviada uma mensagem ressaltando que não haveria questionário para responder e era só seguir os passos: ler o termo, dar o “aceito”, preencher os campos nome e e-mail e clicar em “submeter”. Caso a paciente ficasse com alguma dúvida, o pesquisador colocava-se à disposição pelo próprio *WhatsApp* ou telefone (números incluídos no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)).

Após uma semana, caso a paciente não respondesse ao convite, nova mensagem era enviada: “Olá, (nome da paciente). Tudo bem? Você conseguiu acessar o *link* para fazer o aceite da minha pesquisa? Ficou com alguma dúvida? Aguardando seu aceite. Obrigado!”. Na sequência, enviava novamente o *link* do RedCap.

Caso não respondessem ao segundo convite, uma nova mensagem pelo *WhatsApp* era enviada: “Olá, (nome da paciente). Tudo bem? Passando novamente para te lembrar de dar o aceite para a minha pesquisa. Será muito importante sua participação. No aguardo. Obrigado”. E pela última tentativa, um novo *link* do RedCap.

Ao longo das tentativas de contato, os principais problemas encontrados foram: muitas pacientes haviam mudado de número telefônico e o proprietário(a) atual do número afirmava desconhecer a paciente; algumas que recusaram abrir o *link* do RedCap, com medo de se tratar de algum golpe para obtenção de dados; outras que, mesmo tendo visualizado as mensagens, não

aceitaram participar da pesquisa, mas também não declararam a opção através do “não aceito” no TCLE. Para as primeiras, foi realizada nova busca dos dados cadastrais no prontuário eletrônico com objetivo de obter algum número telefônico distinto daqueles que havia registro no livro virtual. Outras foram contactadas com êxito após envio do número correto da paciente por algum familiar ou amigo(a) proprietário(a) do número que constava no cadastro e não era propriamente da paciente. Das 1779 pacientes contactadas, 567 deram o aceite de participação na pesquisa.

À medida que elas aceitavam participar, os dados do livro virtual eram importados para o sistema RedCap e planilhados. Os dados faltantes foram acessados pelo prontuário eletrônico, dentre eles a paridade, condição essencial para classificar as pacientes nos grupos segundo a CR. O prontuário eletrônico também foi utilizado na confirmação de algumas informações que pareciam muito divergentes do observado entre as pacientes atendidas, pois em função do protocolo institucional, é esperado um padrão típico nas admissões no serviço. Após preenchimento dos dados faltantes e confirmação daqueles que suscitaram dúvidas no pesquisador, deu-se o início ao processamento e análise dos dados.

3.5 Processamento e análise dos dados

O conjunto de dados corresponde a um recorte de pacientes atendidas no CPN localizado no Distrito Federal entre janeiro de 2018 a dezembro de 2021. Os dados das pacientes foram importados para o REDcap pelo Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, os quais após gerenciamento, foram exportados para análise estatística no dia 07/02/2023.

O *dataset* exportado foi composto de 680 linhas (pacientes) e 76 colunas, sendo algumas colunas retiradas, por não serem necessárias para análise do pesquisador. No conjunto de dados existiam casos de pacientes duplicadas (pacientes que responderam mais de uma vez ao *link* de aceite do TCLE, até mesmo com diferentes *e-mails*). Após a retirada destes casos, o total de pacientes no conjunto de dados restou em 567. Em decorrência de algumas análises exploratórias de consistência foram identificados casos de mulheres menores de idade na ocasião do aceite (7 parturientes) que por questões éticas foram excluídas da análise. Aquelas que eram menores de idade à época do parto, mas que já haviam atingido a maioridade na

ocasião do aceite, foram mantidas. Desta feita, a amostra final é de 560 pacientes. A variável “idade gestacional calculada” foi criada através da junção das variáveis “idade gestacional em semanas” e “idade gestacional em dias”, pois são variáveis expressas em unidades de tempo diferentes.

Inicialmente, os dados foram descritos considerando a média, o desvio padrão, o mínimo e máximo, a mediana e os quartis para as variáveis quantitativas. Para as variáveis qualitativas foram consideradas as tabelas de frequência.⁽⁴⁸⁾

As associações do Grupo CR com as variáveis qualitativas e desfechos foram realizadas pelos teste Qui-quadrado ordinal ou teste exato de Fisher; a depender dos pressupostos para cada teste.⁽⁴⁹⁾ A comparação entre as variáveis desfecho e as variáveis quantitativas foi efetuada pelo teste de Kruskal-Wallis⁽⁵⁰⁾ ou ANOVA, a depender da distribuição de probabilidade do conjunto de dados.

As comparações múltiplas dos resultados significativos foram realizadas pelo método de ajuste do p-valor de Benjamini-Hochberg,⁽⁵¹⁾ Correção de Bonferroni, Teste de Tukey ou Teste de Dunn's. A verificação da normalidade das variáveis qualitativas foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk.⁽⁵²⁾ O nível de significância adotado para essas análises foi de 5%. As análises foram executadas na linguagem computacional R, versão 4.1.1.⁽⁵³⁾

3.6 Procedimentos éticos e legais

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HIAE, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 e Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifestou-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto em 20/04/2022, parecer nº: 5.359.964, CAAE: 55194521.7.0000.0071.

O TCLE enviado às pacientes através do *link* do Redcap consta no apêndice 1.

4 RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas partes: análise descritiva e análise inferencial - estatísticas bivariadas. No primeiro tópico foi apresentada breve descrição do conjunto de dados e no segundo foram realizados os testes estatísticos de hipóteses.

4.1 Análise descritiva

As tabelas 1 a 7 referem-se à distribuição de frequências das variáveis categóricas (N=560), assim como os valores de “NA” (*missing ou* dados faltantes) de cada uma das variáveis quando estas não ocorreram, devido às falhas de registro desses dados no livro virtual.

A tabela 1 caracteriza a amostra socio demograficamente quanto à escolaridade e estado civil. No tocante à escolaridade, predominam as pacientes com ensino médio (N=297), seguidas daquelas com ensino superior completo (N=105) e superior incompleto (N=45). Menos de 20% cursaram somente o ensino fundamental (N=100) ou se declararam sem escolaridade (N=1). Já em relação ao estado civil, 73,27% se declararam casadas (N=181) ou em união estável (N=222). Pouco mais de um quarto da amostra declarou ser solteira (N=146) ou divorciada (N=1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos

Variável	Classes	N (%)
Escolaridade		
*NA=12	Sem escolaridade	1 (0,18)
	Fundamental I (1 ^a a 4 ^a série)	8 (1,46)
	Fundamental II (5 ^a a 8 ^a série)	92 (16,79)
	Médio	297 (54,2)
	Superior incompleto	45 (8,21)
	Superior completo	105 (19,16)
Estado civil		
*NA=10	Solteira	146 (26,55)
	Casada	181 (32,91)
	União Estável	222 (40,36)
	Divorciada	1 (0,18)

*NA: *missing*

A tabela 2 apresenta os dados referentes ao pré-natal, com quase totalidade da amostra (N=554) tendo realizado alguma consulta. Destas, 87,32% das pacientes (N=489) fizeram 6 ou mais consultas, sendo a maior parte entre 7 e 11, o que está acima do número mínimo preconizado pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, que são 6 consultas.

Tabela 2. Dados do pré-natal

Variável	Classes	N (%)
Fez pré-natal?		
*NA=3	Não	3 (0,54)
	Sim	554 (99,46)
Número de consultas		
*NA=10	1	1 (0,18)
	2	3 (0,55)
	3	8 (1,45)
	4	14 (2,55)
	5	35 (6,36)
	6	38 (6,91)
	7	72 (13,09)
	8	84 (15,27)
	9	91 (16,55)
	10	88 (16)
	11	57 (10,36)
	12	30 (5,45)
	13 ou +	29 (5,27)

*NA: *missing*

A tabela 3 categoriza as pacientes de acordo com a CR, sendo o grupo 3 (N=301) o mais prevalente. O grupo 1 (N=240) é o segundo com maior número de pacientes e o grupo 5 concentra somente 3,05% do total. Não foram observados os demais grupos da CR, uma vez que o serviço, de acordo com o protocolo institucional, atende pacientes de risco habitual, as quais estão em grande maioria concentradas nos grupos 1 e 3, conforme o estudo.

Até o primeiro semestre de 2020, o serviço não atendia pacientes do grupo 5, pois este caracteriza-se por gestantes com cirurgias uterinas prévias (cesariana), não contemplado no protocolo da CP, o que justifica o pequeno número de pacientes (N=17) neste grupo. No entanto, com o advento da pandemia de Covid-19 em março de 2020, o grupo passou a ser atendido em função da elaboração de um Plano de Contingência para diminuir o fluxo das gestantes no hospital de referência e minimizar os riscos de exposição ao vírus.

Tabela 3. Classificação de Robson

Variável	Classes	N (%)
Grupo Classificação de Robson		
*NA=2	Grupo 1	240 (43,01)
	Grupo 3	301 (53,94)
	Grupo 5	17 (3,05)

*NA: *missing*

Os grupos 2 e 4 da CR preveem indução do TP ou a cesariana antes mesmo de seu início; os grupos 6, 7 e 9 caracterizam-se por apresentações fetais anômalas (pélvico ou oblíquo) e o grupo 10 pelo TP com nascimentos de fetos prematuros, os quais não são atendidos na CP; excetuando-se as situações emergenciais, quando o nascimento é iminente ou há forte risco de nascimento em trânsito (dentro da ambulância, durante a remoção para o hospital de referência). Portanto, nenhum desses grupos foram encontrados na amostra.

A tabela 4 indica se a paciente atendia ao protocolo institucional e a triagem sorológica (testes rápidos de HIV e sífilis) realizados no momento da admissão, conforme Portaria nº 12, de 19 de abril de 2021 da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do MS, que atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.⁽⁵⁴⁾

Mais de 90% das pacientes (N=515) atendia ao protocolo da CP. A assistência organizada por protocolos assistenciais uniformiza ações, padroniza a abordagem durante o atendimento da mulher e do RN pelos profissionais de saúde, alinha os fluxos de encaminhamento ao hospital de referência, favorece a continuidade da oferta de um serviço humanizado e baseado em evidências científicas, proporcionando maior segurança ao usuário.

As situações que estão em desacordo com o protocolo (N=38) decorrem do fato do serviço atender em regime de “porta aberta”, com a possibilidade de atendimentos emergenciais de pacientes classificadas como alto risco obstétrico, porém em TP avançado, ou as que evoluíram para o período expulsivo em domicílio e chegaram na unidade somente para os cuidados de pós-parto imediato, mesmo não estando nos critérios de admissão previstos no protocolo. Em algumas dessas situações, o binômio precisou ser transferido para o hospital de referência para avaliação e condutas especializadas.

Tabela 4. Protocolo institucional e triagem sorológica na admissão

Variável	Classes	N (%)
Atende ao protocolo da Casa de Parto *NA=7	Não Sim	38 (6,87) 515 (93,13)
Se não, por quê? *NA=36	Parto domiciliar Trabalho de parto avançado	1 (2,94) 1 (2,94)
Teste rápido HIV *NA=8	Não reagente T1 Reagente/ T2 Não reagente	550 (99,64) 2 (0,36)
Teste rápido sífilis *NA=8	Não reagente Reagente	545 (98,73) 7 (1,27)

*NA: *missing*

Acerca dos testes rápidos para rastreamento de HIV, duas apresentaram resultado reagente no primeiro teste (T1) e não reagente no segundo teste (T2). Os imunoensaios para HIV, sejam rápidos ou convencionais, podem apresentar resultados falso-reagentes. Dados da literatura identificaram alguns fatores que podem interferir no resultado, dentre os quais a vacinação recente contra influenza, rotina no pré-natal das gestantes, e até mesmo o próprio estado gravídico. Nestes casos, deve-se repetir os testes utilizando os mesmos conjuntos diagnósticos e na mesma ordem. Tratando-se de segunda discordância, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e encaminhada para testagem em laboratório.⁽⁵⁵⁾

No rastreamento sorológico para sífilis, 07 (sete) apresentaram resultado reagente no teste rápido. Dado o aumento constante dos casos de sífilis adquirida em gestantes e sífilis congênita no Brasil e, considerando o aumento do número de notificações de sífilis congênita no Distrito Federal nos últimos anos, no momento da admissão na CP, é avaliado o histórico materno quanto à infecção por sífilis, e em casos positivos, qual foi o tratamento e seguimento realizado durante a gestação.

Quando o teste rápido de sífilis é reagente e a mãe foi tratada de forma adequada na gestação (com comprovação no cartão pré-natal), realiza-se o teste não treponêmico *venereal disease research laboratory* (VDRL) em sangue periférico do binômio a fim de comparação da titulação de ambos. Caso o VDRL da criança seja não reagente ou inferior em pelo menos duas diluições que o materno e exame físico do RN esteja completamente normal, considera-se criança exposta à sífilis, sem necessidade de tratamento imediato. No momento da alta, realiza-se encaminhamento por escrito à

UBS de referência do RN e reforça-se a importância do seguimento. O enfermeiro responsável pela alta anexa à caderneta da criança as orientações de seguimento pela UBS, agenda o teste da orelhinha o mais breve possível e o RN será monitorizado via busca ativa pela CP até a certificação de acompanhamento pela UBS. A Gerência de Enfermagem ou Supervisão do núcleo de qualidade e segurança do paciente (NQSP) deve ser comunicada sobre estes casos de crianças expostas à sífilis para agendamento no ambulatório de seguimento especializado.

Em casos de teste não treponêmico da criança com titulação maior que o da mãe em pelo menos duas diluições ou alguma alteração do exame físico do RN (hepatomegalia, icterícia, corrimento nasal, *rash* cutâneo, linfadenopatia generalizada ou anormalidades esqueléticas), o binômio será removido para o hospital de referência para investigação completa da sífilis congênita. Quando a mãe não foi tratada de forma adequada durante o pré-natal, não deverá ser admitida na unidade, uma vez que as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares. Em caso de admissão de paciente em período expulsivo nesta situação, a equipe procede os cuidados imediatos ao binômio e remove ao hospital de referência para investigação.

A tabela 5 relaciona as variáveis obstétricas durante o primeiro e segundo estágios do parto (dilatação e expulsão, respectivamente), tais como a rotura das membranas ovulares (espontânea ou artificial), a posição da paciente no período expulsivo, a necessidade do uso da ocitocina e de realização de episiotomia.

A rotura das membranas ovulares ocorreu de forma espontânea em 84,74% (N=433) dos casos e artificialmente em 14,13% (N=78).

A amniotomia consiste em realizar a ruptura artificial das membranas ovulares com o objetivo de encurtar o TP espontâneo, ou determinar as características do líquido amniótico, como complemento à avaliação da vitalidade fetal em suspeita de hipóxia. Entretanto, está associada a riscos, devendo ser realizada apenas em casos específicos.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, o uso de amniotomia não é recomendado como intervenção e medida de rotina no primeiro período do parto. Não está recomendado também o uso de amniotomia precoce (dilatação inicial), associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no TP. Entretanto, diante de suspeita de falha na progressão no primeiro estágio do TP, deve-

se considerar a sua realização, se as membranas estiverem íntegras, explicando à parturiente o motivo deste procedimento e alertando que isso pode ocasionar aumento da intensidade e dor das contrações.⁽⁵⁶⁾

Tabela 5. Variáveis obstétricas

Variável	Classes	N (%)
Rotura de membrana *NA=49	Espontânea	433 (84,74)
	Artificial	78 (14,13)
Se artificial, qual o motivo?		
*NA=9	Falha de progresso do primeiro período do parto (dilatação)	38 (55,07)
	Falha de progresso do segundo período do parto (expulsão)	25 (36,23)
	Complemento à avaliação da vitalidade fetal em suspeita de hipóxia	6 (8,7)
Posição do parto *NA=63	Banqueta de parto	130 (26,16)
	Semi sentada	129 (25,98)
	Quatro apoios	93 (18,71)
	Litotômica	10 (2,01)
	Cócoras	5 (1,00)
	Outra	7 (1,40)
Ocitocina no 2ºestágio? *NA=50	Não	435 (85,29)
	Sim	75 (14,71)
Se sim, por quê?		
*NA=2	Falha de progresso do segundo período do parto (expulsão)	67 (91,78)
	Outros	6 (8,22)
Episiotomia *NA=50	Não	506 (99,22)
	Sim	4 (0,78)

*NA: *missing*

No segundo estágio do TP, para as nulíparas (primeiro parto), quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação fetal), após uma hora do segundo estágio, houver suspeita de período expulsivo prolongado, há que se considerar a realização da amniotomia, se as membranas estiverem intactas. Já para as múltíparas, esse tempo é de 30 minutos. Entretanto, as mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto, em múltíparas, em até 2 horas.⁽⁵⁶⁾

No estudo, das pacientes que tiveram rotura de membrana de forma artificial, 38 delas ocorreu por falha de progresso do primeiro período e 25 por falha de progresso no segundo estágio.

A amniotomia também foi realizada em complemento à avaliação da vitalidade fetal em suspeita de hipóxia, em pacientes participantes deste estudo (N=6).

O estresse fetal foi descrito como um padrão de FCF que não é considerado normal, podendo ainda o feto não se encontrar em hipoxemia. Sobre a presença de mecônio no líquido amniótico, ela não é patognomônica de “sofrimento fetal”, pois ocorre em cerca de 10% das gestações a termo normais. Entretanto, a propedêutica do líquido amniótico assume fundamental importância, uma vez que a hipoxia intraútero é mais frequente na presença de mecônio, registrando índice de Apgar mais baixo e possibilidade de ocorrer a síndrome de aspiração meconial.⁽⁵⁷⁾

No que tange à posição do parto, prevaleceu a opção do parto em banqueta (N=130), seguidas pelas posições semissentada (N=129), decúbito lateral (N=123), quatro apoios (N= 93), litotômica (N=10), cócoras (N=5) e outras (N=7).

A posição materna pode ser classificada como vertical ou horizontal. As posições horizontais podem ser simplesmente descritas como aquelas em que os pés da mulher estão no chão. Já nas posições verticais, a mulher deita-se principalmente na cama com o peso apoiado nas costas. No entanto, tal classificação pode não ser rigorosa o suficiente. A posição materna também pode ser dividida em duas categorias: posições eretas e posições neutras. Na posição ereta, a linha que conecta os centros da terceira e quinta vértebras lombares da mulher é mais vertical do que horizontal; na posição neutra, a linha é mais horizontal do que vertical. Geralmente, as posições eretas incluem sentado, agachado, ajoelhado e em pé. As posições supina, litotomia e lateral são consideradas como posições horizontais.⁽⁵⁸⁾

É sabido que parir na posição vertical é benéfico tanto para a mãe quanto para o bebê por várias razões fisiológicas. Um posicionamento ereto ajuda o útero a se contrair com mais força e eficiência, o bebê fica em uma posição melhor e assim pode passar pela pelve mais rapidamente. As posições vertical e lateral permitem flexibilidade na pelve e facilitam a extensão da saída. Alguns estudos revelam que a duração do segundo estágio do parto foi reduzida em casos de posição de parto sacro flexível. Embora a redução na duração varie entre os estudos com considerável heterogeneidade, as mulheres em TP devem ser encorajadas a escolher sua posição de parto confortável.⁽⁵⁹⁾

O uso da ocitocina no segundo estágio de TP ocorreu em somente 14,71% (N=75). A ocitocina é indicada e aprovada pelo *Food Drugs Administration* (FDA) para dois períodos específicos na prática obstétrica: anteparto e pós-parto. No período pré-parto, a ocitocina exógena é utilizada para fortalecer as contrações uterinas com o objetivo de parto vaginal bem-sucedido do feto. Dentre as situações indicadas no período anteparto estão: mães com pré-eclâmpsia, diabetes materna, ruptura prematura das membranas, útero inativo que requer estimulação para o TP, seja no primeiro ou segundo estágio do parto. Já no pós-parto, a ocitocina é utilizada de forma universal no manejo ativo do terceiro período, na prevenção e controle da HPP.⁽⁶⁰⁾ Mais de 90% das pacientes (N=67) do estudo que utilizaram a ocitocina anteparto foi em função de falha de progresso do segundo período.

A episiotomia (corte no períneo com o objetivo de ampliar a abertura vaginal para a saída do feto e que pode ser realizada por médicos e enfermeiros obstetras) foi inferior a 1% (N=4). A OMS recomenda que a taxa de episiotomia em uma instituição não ultrapasse 10%. A episiotomia aumenta o risco de infecção materna, hemorragia, disfunção do assoalho pélvico, dispareunia, fístulas retovaginais, hematomas, dentre outras. Atualmente, não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia de rotina.

O uso de analgesia peridural, o parto instrumental, a aplicação de ocitocina sintética para a indução do TP e partos acima de 41 semanas também apresentam maior possibilidade de realização de episiotomia. De modo geral, mulheres atendidas em hospitais públicos possuem mais acesso às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, tais como métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre escolha de posições durante o parto e maior probabilidade de se movimentarem, o que reduz a chance de serem submetidas à episiotomia. A assistência prestada por enfermeiros obstetras também se relaciona fortemente com a redução das taxas de episiotomia.⁽⁶¹⁾

A tabela 6 ressalta as variáveis relacionadas aos desfechos maternos relacionados ao estudo.

Tabela 6. Desfechos maternos

Variável	Classes	N (%)
Laceração		209 (40,98)
	1º grau	113 (22,16)
	2º grau	3 (0,59)
	3º e 4º graus	1 (0,2)
	De colo	
Sutura		
*NA=51	Sim	231 (45,38)
	Não	40 (7,85)
Hemorragia pós-parto		
*NA=55	Não	486 (96,24)
	Sim	19 (3,76)
Se sim, passos do protocolo de HPP para resolução?		
	Ocitocina venosa	7 (36,84)
	Methergin	12 (63,16)
Retenção placentária		
*NA=55	Não	504 (99,8)
	Sim	1 (0,2)
Distocia de ombros		
*NA=55	Não	502 (99,41)
	Sim	3 (0,59)
Se sim, manobras utilizadas para resolução?		
	MC Roberts	1 (33,33)
	Manobra Wood reverso	1 (33,33)
	Posição de Gaskin (4 apoios)	1 (33,33)

*NA: missing

No que diz respeito às lacerações perineais, a maior parte das pacientes (N=209) apresentou laceração de 1º grau, seguidas pelas que apresentaram lacerações de 2º grau (N=113). Já as lacerações de 3º e 4º grau ou aquelas que acometem o colo do útero apresentaram frequência menor que 1%.

As lacerações perineais são classificadas em graus, de acordo com os tecidos atingidos. Definidas como de primeiro grau são aquelas que afetam somente a pele e as mucosas; as de segundo grau estendem-se até os músculos perineais; as de terceiro grau acometem o complexo esfinteriano anal, subdividindo-se em 3a e 3b, a depender da espessura do esfíncter anal externo acometido (menos ou mais que

50%, respectivamente) ou 3c (acometimento do esfíncter anal interno). Nas lacerações de 4º grau, de ocorrência mais rara, a mucosa retal é atingida.

Cabe ressaltar que é possível a ocorrência de um viés de classificação das lacerações pelos profissionais de qualquer serviço de assistência ao parto, pois esta envolve variáveis relacionadas à parturiente e ao profissional. Quanto à mulher, existem variações individuais nas estruturas anatômicas da região vulvo-perineal, como a espessura do tecido subcutâneo e muscular, a tonalidade e o sangramento local durante o parto. A localização, o número e o formato da laceração podem interferir em sua classificação, assim como a falta de instrumentos testados e padronizados que reduzam a subjetividade e a incerteza na avaliação. Quanto ao profissional, a sua capacitação e experiência são importantes para identificar e discriminar os tecidos afetados na laceração. Outro aspecto que deve ser considerado refere-se à tendência, não intencional, do profissional em subestimar o grau da laceração. Talvez, isso possa ser atribuído à preocupação em causar sempre o menor dano e o maior benefício possível com a assistência prestada.⁽⁶²⁾

O número de lacerações totais foi 326, sem NA (dados não registrados). Sabe-se que as lacerações de 3º e 4º graus devem ser obrigatoriamente suturadas, assim como as lacerações de colo, quando não se consegue a hemostasia com a técnica de tamponamento. Entretanto, nas lacerações de 1º e 2º graus não há evidências sobre a necessidade ou não de suturar, o que vai depender do ambiente em que o parto ocorreu (hospital, CP ou domicílio), possibilidade do acompanhamento regular e frequente da laceração não suturada no pós-parto mediato, presença de alterações anatômicas perineais importantes ou sangramento ativo. Nas duas últimas condições, a sutura também é recomendada.

Na CPSS, as pacientes com lacerações de 3º e 4º graus são removidas ao hospital de referência para sutura pelo profissional especializado (médico obstetra, cirurgião geral ou proctologista, se disponível no plantão). Já as lacerações de 2º grau, é consenso entre os profissionais da Casa, que todas sejam rafiadas. Apesar da revisão de parto ser realizada pelos próprios enfermeiros obstetras lotados no serviço, a mesma só é agendada entre o sétimo e o décimo dia pós-parto e é realizada pelo enfermeiro plantonista, não por quem assistiu a paciente na ocasião do parto. Outra justificativa considerada na decisão da equipe por rafiar todas as lacerações de 2º grau ocorre pelo fato de o banheiro ser compartilhado entre dois PPPs; não exclusivo, como ocorre nos partos domiciliares por exemplo, o que pode aumentar as

chances de infecção. As lacerações de 1º grau são rafiadas apenas quando há sangramento ativo que não cessa com compressão hemostática local, ou nas alterações anatômicas aparentes ou ainda aquelas que o profissional que assiste o parto julgar necessário, com o consentimento da paciente.

No estudo, apesar de terem ocorrido 326 lacerações entre as participantes da amostra, foram realizadas 231 suturas e outras 51 informações não registradas, além dos poucos casos (N=4) que foram corrigidas no hospital de referência. Essa diferença entre o número de lacerações e a quantidade de suturas realizadas pode ser explicada pelos casos de períneos íntegros e pelas lacerações de 1º grau nos quais não houve necessidade de suturar. É possível ainda que os dados não registrados sejam de “períneo íntegro” (sem laceração).

Ocorreram 3,76% (N=19) casos de HPP. Segundo a OMS, a HPP é definida quando há perda sanguínea acima de 500mL após parto vaginal, ou acima de 1000mL após cesariana nas primeiras 24h, ou ainda qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica.⁽⁶³⁾

A principal causa de HPP é a ausência de tônus uterino (70%), sendo adotados vários protocolos de uterotônicos para o tratamento. A ocitocina endovenosa é o uterotônico de primeira escolha no tratamento da HPP. Caso o sangramento persista, o protocolo sugerido pela OPAS e pelo MS utiliza a metilergometrina e o misoprostol. A massagem uterina bimanual e o anti-fibrinolítico ácido tranexâmico devem ser associados ao uterotônico.⁽⁶³⁾ Na amostra da pesquisa, a ocitocina endovenosa e a metilergometrina foram utilizados em 7 e 12 casos de HPP, respectivamente.

O trauma (lacerações, hematomas perineais, inversão e rotura uterina) representam 19% dos casos de HPP; enquanto a retenção de tecido placentário, presença de coágulos na cavidade intrauterina e o acretismo placentário respondem por 10%.⁽⁶³⁾ No estudo, não há registros de HPP por trauma e somente 1 caso de retenção placentária. Neste último, a puérpera precisou ser removida para o hospital de referência (tabela 7).

A distocia de ombros é uma complicação do parto vaginal em que o ombro do bebê fica preso acima do osso púbico da mãe. É caracterizada pela falha na expulsão dos ombros fetais, após 60 segundos do desprendimento do pólo cefálico. Esta é uma emergência obstétrica que requer avaliação, diagnóstico preciso e manobras de resolução para entregar o bebê com complicações mínimas.⁽⁶⁴⁾

A macrosomia fetal é o fator de risco mais significativo para a distocia de ombro. Outros fatores de risco conhecidos incluem diabetes pré-gestacional e gestacional, histórico de distocia de ombro e parto vaginal instrumentalizado, particularmente com o uso do vácuo extrator. Já a obesidade materna, o ganho excessivo de peso materno e a disfunção do TP são riscos controversos, devido aos resultados conflitantes de alguns estudos. As tentativas de prever a distocia de ombro com base nesses fatores de risco mostraram baixa confiabilidade e baixo valor preditivo.⁽⁶⁴⁾

Somente 3 pacientes do estudo apresentaram distocia de ombros, solucionadas com Manobra de Mc Roberts (N=1), Wood reverso ou “manobra do parafuso” (N=1) e posição de Gaskin (N=1). A primeira consiste em hiperflexionar a coxa da paciente em direção ao abdome, alinhando o sacro materno na coluna lombar, e ampliando o diâmetro anteroposterior da pelve. Na segunda manobra, o profissional que assiste o parto coloca os dedos na parte da frente do ombro posterior do feto e gira o ombro em direção às costas do feto em 180 graus, objetivando a descida fetal durante a rotação. A manobra de Gaskin consiste em colocar a paciente em posição de quatro apoios ou em uma posição de início de corrida, e fazer uma leve tração para baixo na parte posterior do ombro (o ombro contra o sacro materno) ou uma tração para cima no ombro anterior (o ombro contra a sínfise materna). A primeira e última manobras resolvem a grande parte das distocias de ombro.

A tabela 7 evidencia as variáveis relacionadas aos desfechos neonatais relacionados ao estudo.

Tabela 7. Desfechos neonatais

Variável	Classes	N (%)
Óbito do RN *NA=49	Não	511 (100)
Reanimação neonatal *NA=58	Não Sim	469 (93,43) 33 (6,57)
Se sim, passos do protocolo de reanimação utilizados?		
*NA=1	Aquecimento e aspiração Ventilação por pressão positiva	23 (71,88) 9 (28,13)
Uso de CPAP *NA=59	Não Sim	476 (95,01) 25 (4,99)

RN: Recém-nascido. *NA: *missing* CPAP: *Continuous positive airway pressure*.

Não houve registro de óbitos durante o período do estudo. Cabe salientar que desde 2009, quando a CP passou a funcionar no modelo assistencial vigente (assistência materna prestada somente por enfermeiros obstetras, assistência neonatal em sala de parto até 2012 compartilhada com médicos pediatras e depois assumida integralmente pela equipe de enfermagem) até dezembro de 2022, não houve registros de óbitos neonatais ou maternos no local.

Com relação à necessidade de reanimação neonatal, 6,57% (N=33) necessitaram de alguma manobra para auxiliar na adaptação à vida extrauterina. Segundo as Diretrizes da SBP para reanimação neonatal no ciclo 2022-2026, cerca de 2 RN em cada 10 não choram ou não respiram; 1 RN em cada 10 precisa de ventilação com pressão positiva, 1 a 2 em cada 100 requerem intubação traqueal; e 1 a 3 RN em cada 1.000 necessitam de reanimação avançada, ou seja, ventilação acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações.⁽⁶⁵⁾

Se, ao nascimento, o RN tem idade gestacional ≥ 34 semanas, não está respirando ou chorando ou não inicia movimentos respiratórios regulares e/ou o tônus muscular está flácido, ele não apresenta boa vitalidade e deve ser conduzido à mesa de reanimação, indicando-se os passos iniciais da estabilização. Os passos iniciais compreendem ações para manutenção da normotermia e das vias aéreas pérvias, e devem ser executados em, no máximo, 30 segundos, seguidos da avaliação da respiração e da frequência cardíaca (FC) do RN. Esses procedimentos atuam como um estímulo sensorial para o início da respiração.⁽⁶⁵⁾

Dos RN que necessitaram de reanimação, 71,88% (N=23) foram submetidos somente aos passos iniciais (colocar o RN em fonte de calor radiante, secar o corpo e a fontanela, posicionar cabeça em leve hiperextensão e aspirar vias aéreas, caso obstruídas). Os 28,13% restantes (N=9) precisaram de VPP, procedimento realizado com o ventilador manual mecânico com peça T, conhecido também como “*baby puff*”, que controla o fluxo do ar comprimido e limita a pressão de insuflação alveolar.

A ventilação pulmonar é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação do RN ao nascimento. O sucesso da reanimação depende da substituição do líquido que preenche sáculos e/ou alvéolos por ar ao nascimento. A VPP está indicada na presença de FC menor que 100 batimentos cardíacos por minuto e/ou apneia ou respiração irregular, após os passos iniciais. No RN ≥ 34 semanas, a VPP deve ser iniciada com ar ambiente (concentração de oxigênio a 21%) e uma vez iniciada a VPP, a oximetria de pulso é necessária para monitorar a saturação de oxigênio e decidir quanto à indicação de oxigênio suplementar.⁽⁶⁵⁾

Somente 5% (N=25) dos RN necessitaram de CPAP. O ventilador manual mecânico com peça em T possibilita a realização de CPAP facial. Segundo as diretrizes da SBP para reanimação neonatal ciclo 2022-2026, são situações de uso de CPAP durante a assistência na sala de parto: RN que apresenta respiração espontânea, FC >100 bpm, mas com desconforto respiratório; e RN que precisou de VPP por máscara facial ou laríngea, está com a FC >100 bpm e respiração espontânea, mas apresenta saturação de oxigênio abaixo do alvo e/ou desconforto respiratório.⁽⁶⁵⁾

Sobre as remoções para o hospital de referência (Tabela 8), há uma taxa total de 18,2% (N=99), considerando causas maternas e neonatais. As remoções no pós-parto (N=54) predominam em relação às realizadas no intraparto (N=42). Ocorreram ainda 3 transferências maternas e neonatais, por necessidade de ambos.

Tabela 8. Remoção para o hospital de referência

Variável	Classes	N (%)
Houve remoção? *NA=16	Não	445 (81,8)
	Sim	99 (18,2)
Remoção da parturiente?	Não	54 (56,25)
	Sim	42 (43,75)
Se parturiente, qual o motivo?	Parada de progressão	28 (66,67)
	Hemorragia intraparto	2 (4,76)
	Alterações da frequência cardíaca fetal	2 (4,76)
	Fora do protocolo	2 (4,76)
	Taquissistolia	2 (4,76)
	Outras	6 (14,29)
Remoção de puérpera + recém-nascido (RN)?	Não	42 (42,4)
	Sim	57 (57,8)
	Retenção placentária ou suspeita de restos placentários	1 (1,75)
	Lacerações que necessitem de procedimentos médicos	5 (8,77)
	Alterações pressóricas	4 (7,01)
	Teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz	4 (7,02)
	Alterações de hemograma	4 (7,02)
	Covid 19 ou suspeita	1 (1,75)
	Acompanhamento do recém-nascido	37 (64,91)
	Outros	1 (1,75)
	Alterações do padrão respiratório	11 (19,3)
	Icterícia	10 (17,54)
	Prematuridade	2 (3,51)
	RN exposto à sífilis	4 (7,02)
	Alterações na ausculta cardíaca	4 (7,02)
	Dificuldade na amamentação	1 (1,75)
	Pequeno para idade gestacional ou baixo peso	3 (5,26)
	Malformações congênitas ou suspeita	4 (7,02)
	Febre a esclarecer	1 (1,75)
	Acompanhando puérpera	16 (28,07)
	Outro	1 (1,75)

*NA: missing

Entre as causas de remoções intraparto (parturiente), a parada de progressão representa dois terços dos casos (N=28), seguidos das hemorragias

intraparto (N=2), alterações da FCF (N=2), taquissístolia (N=2) e outras causas não definidas (N=6). Além disso, 2 pacientes foram removidas no intraparto por estarem fora do protocolo.

Segundo o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), a parada de progressão só pode ser caracterizada nas pacientes com mais de 6 cm de dilatação cervical (critério que deve ser utilizado para caracterizar a fase ativa do TP), com bolsa rota e com dilatação que não progride em 4 horas, estando com um bom padrão de contração. No caso de contrações inadequadas, após 6 cm de dilatação e 4 horas sem evolução do TP, há que se avaliar a possibilidade de correção com amniotomia (no caso de membranas íntegras) e considerar o uso de ocitocina sintética, sem desconsiderar outras intervenções no ambiente em que a mulher está sendo assistida, como a atitude da equipe e da parturiente em relação a seu TP. Outros fatores também devem ser analisados, como a descida da apresentação, afinamento do colo, rotação fetal, variedade de posição e paridade. A parada de progressão também pode ser caracterizada quando por, pelo menos 6 horas, com uso de ocitocina, a atividade uterina (padrão de contrações) permanecer inadequada, sem modificação do colo uterino.⁽⁶⁶⁾

As hemorragias intraparto podem ocorrer em função do alto fluxo sanguíneo que passa pelas artérias uterinas na hora do parto. São fatores que podem contribuir para aumentar o sangramento: TP ou expulsivo prolongados, gestação múltipla, multiparidade, macrossomia fetal e polidramnia. Os sangramentos também podem estar associados a alterações placentárias não diagnosticadas durante a gestação, tais como o acretismo placentário em diferentes graus (placenta inserida profundamente no endométrio, podendo penetrar no miométrio e avançar para o perimétrio) e placenta prévia (inserção baixa da placenta, em alguns casos, com obstrução parcial ou total do colo uterino).

Alterações na FCF podem associar-se à oxigenação fetal inadequada. A identificação das alterações leva à aplicação de intervenções oportunas para redução de risco de lesão hipóxica ou morte. A FCF normalmente varia entre o mínimo de 110 e o máximo de 160 batimentos por minuto (bpm). Os sinais de alerta durante a ausculta intermitente são: FCF menor que 110 bpm ou maior que 160 bpm; desacelerações (FCF < 110 bpm mantidas por vários segundos); ausência de acelerações da FCF após movimentação fetal ou contrações; e padrões monótonos de ausculta, que podem associar-se à variabilidade comprometida.⁽⁶⁷⁾ Uma queda

significativa na FCF nos últimos 150 minutos antes do nascimento é observada em todos os RN com resultado normal. Entretanto, a queda mais precoce pode indicar uma luta fetal para suportar a tensão física do TP e que uma intervenção precoce poderia potencialmente salvar vidas.⁽⁶⁸⁾

A taquissistolia uterina é uma complicação intraparto potencialmente significativa observada mais comumente em trabalhos de parto induzidos ou com contrações aumentadas, mas também pode ocorrer em mulheres com TP espontâneo. Quando isso ocorre, complicações maternas e perinatais podem surgir se não forem identificadas e tratadas prontamente pelos prestadores de cuidados obstétricos.⁽⁶⁹⁾ Há alguma evidência de que o aumento da atividade uterina possa ser um preditor não específico de função neurológica deprimida no RN, mas é inconsistente e insuficiente para apoiar a conclusão de que geralmente exista uma associação.⁽⁷⁰⁾

Entre as pacientes removidas ao hospital de referência já no puerpério, 64,91% dos casos (N=37) ocorreu para acompanhamento do RN; portanto, sem que a motivação da remoção tenha ocorrido por causas relacionadas a problemas no pós-parto imediato ou mediato. As lacerações que necessitaram de procedimentos médicos para correção foram a segunda causa mais prevalente (N=5), seguidas das alterações pressóricas (N=4), teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz (N=4), alterações de hemograma (N=4), Covid-19 ou suspeita (N=1) e outra não especificada (N=1).

As lacerações obstétricas são uma complicação comum do parto vaginal, podendo levar à dor crônica e incontinência urinária e fecal. As lacerações envolvendo o complexo do esfíncter anal requerem experiência, exposição e iluminação adicionais, e a transferência para uma sala de cirurgia deve ser considerada.⁽⁷¹⁾ Portanto, as lacerações de 3º e 4º grau (N=3) e cervical (N=1) foram removidas ao hospital de referência para correção, conforme recomendação da literatura. Contudo, não ficou claro o motivo que levou à remoção da outra paciente com laceração que precisou de procedimento médico.

Quanto às alterações pressóricas, existem dados limitados sobre os fatores de risco, patogênese e fisiopatologia dos distúrbios hipertensivos pós-parto. No entanto, há certas evidências de que a pré-eclâmpsia pode ser em grande parte responsável por hipertensão no puerpério. As mulheres que apresentaram pré-eclâmpsia durante a gravidez, embora consideradas curadas após o parto e eliminação da placenta, continuam apresentando disfunção endotelial e renal no período pós-

parto. O cérebro e os rins são particularmente sensíveis a essa condição vascular patológica. Por vezes as complicações que podem ocorrer após uma hipertensão pós-parto mal diagnosticada ou sub-tratada são subestimadas.⁽⁷²⁾ Na CP pode ocorrer a chegada de parturientes com alterações pressóricas em TP avançado, sem que haja tempo hábil de encaminhamento por meios próprios ou remoção em ambulância. Nesses casos, a paciente é removida após o parto, caso os valores pressóricos permaneçam elevados.

A sífilis congênita é o resultado da transmissão da espiroqueta do *Treponema pallidum* da corrente sanguínea da gestante infectada para o concepto por via transplacentária ou, ocasionalmente, por contato direto com a lesão no momento do parto (transmissão vertical). A maioria dos casos acontece porque a mãe não foi testada para sífilis durante o pré-natal, ou porque recebeu tratamento inadequado para sífilis antes ou durante a gestação. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em parto pré-termo ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RNs que apresentarão sinais sugestivos da doença. Ressalta-se que, para que o tratamento seja considerado adequado, o esquema terapêutico com penicilina benzatina para o estágio clínico definido no diagnóstico deve ser iniciado pela gestante pelo menos 30 dias antes e já ter sido finalizado no momento do parto. É essencial garantir o seguimento de todas as crianças expostas à sífilis, excluída ou confirmada a doença em uma avaliação inicial, uma vez que elas podem desenvolver sinais e sintomas tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento na maternidade.⁽⁷³⁾

Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar teste não treponêmico no sangue periférico. No teste não treponêmico do neonato, um título maior que o materno em pelo menos duas diluições (ex.: titulação do VDRL materno 1:4 e do RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita, devendo ser notificado, investigado, tratado e acompanhado quanto aos aspectos clínicos e laboratoriais. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade da transmissão vertical da infecção. Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma inadequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares. Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, incluindo punção lombar para análise do líquido

cefalorraquidiano e radiografia de ossos longos.⁽⁷³⁾ Dessa forma, as puérperas que se enquadraram nesses casos (N=4) precisaram ser removidas da CP para o hospital de referência para tratamento e acompanhamento de seus RN, que necessitaram avaliação médica e conduta especializada (exames específicos e tratamento).

As alterações no hemograma no pós-parto (N=4), especialmente a anemia, estão relacionadas à ocorrência dos quadros não corrigidos durante a gestação e às hemorragias agudas durante o parto. Embora não exista recomendação para pesquisa rotineira de anemia no puerpério, essa condição está associada à redução das habilidades cognitivas, instabilidade emocional e depressão, prejudicando a qualidade de vida dessas mulheres, o que torna relevante sua identificação. É interessante avaliar laboratorialmente pacientes que apresentam quadro clínico sugestivo (por exemplo: palidez, intolerância aos esforços físicos e humor deprimido), levando também em consideração os dados hematológicos do período gestacional e situações especiais relativas ao parto, tais como ocorrência de lacerações de terceiro ou quarto grau e hemorragias pós-parto.⁽⁷⁴⁾

A transfusão sanguínea pode ser necessária nos casos graves de anemia para corrigir a hipóxia tecidual, revertendo as alterações adaptativas relacionadas à carência de oxigênio, com consequente melhora do desempenho metabólico. Entretanto, pacientes hemodinamicamente estáveis parecem não se beneficiar da hemotransfusão, evitando-se ainda os riscos associados a esse procedimento (infecções, hipercalcemia, sobrecarga de volume de ferro, reações imunológicas ou não). Nesse caso, recomenda-se a utilização de parâmetros laboratoriais, paralelamente à avaliação clínica, sendo habitualmente candidatas à transfusão as pacientes com hemoglobina menor que 7g/dL. Esse parâmetro não é rígido, sendo possível transfundir pacientes sintomáticas com níveis de hemoglobina mais altos, bem como é plausível retardar a transfusão em pacientes portadoras de anemia crônica e assintomáticas.⁽⁷⁴⁾

Durante a pandemia de COVID-19, com o intuito de apoiar o hospital de referência, diminuir o fluxo de gestantes de risco habitual no cenário hospitalar e reduzir o risco de transmissão do vírus para um binômio saudável, o serviço estabeleceu um Plano de Contingência e flexibilizou o protocolo da instituição para atendimentos de pacientes. Nesse período foram atendidas gestantes com uma cesariana prévia e intervalo entre partos maior que 2 anos; gestantes com histórico de infecção urinária de repetição, independentemente do número de episódios, desde que

adequadamente tratados; e pacientes em TP ativo com idade gestacional entre 41 e 42 semanas. Entretanto, os casos de COVID-19 confirmados ou suspeitos (N=1), após acolhimento pela equipe e atendimento inicial, com as devidas precauções padrão para doenças de transmissão por gotículas, foram removidas em ambulância para atendimento médico hospitalar.

O motivo principal para as remoções de RN não ocorreu por causas atribuídas diretamente a eles, e sim para acompanhamento da mãe (puérperas), com 28,07% (N=16) dos casos.

Dentre as causas relacionadas ao neonato que mais motivaram as remoções estão as alterações do padrão respiratório (N=11) e a icterícia (N=10). Outros 20 foram transferidos por causas diversas, em quantidade decrescente: exposição à sífilis (N=4), alterações na ausculta da FC (N=4), malformações congênitas ou suspeitas (N= 4), pequeno para idade gestacional ou baixo peso ao nascer (N=3), prematuridade (N=2), dificuldade na amamentação (N=1), febre a esclarecer (N=1) e outro motivo não especificado (N=1). Por se tratar de um serviço que funciona em regime de “porta aberta” para as gestantes da região, pelo fato de o pré-natal não ser realizado pela própria equipe da CP e pelo desconhecimento acerca do protocolo de admissão por profissionais de outros serviços que referenciam para a Unidade, algumas causas não puderam ser evitadas.

Dentre as alterações do padrão respiratório, a taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN) é uma das patologias que mais acometem os neonatos. Trata-se de uma condição respiratória de caráter autolimitado, também conhecida como síndrome do pulmão úmido. Uma das hipóteses mais aceitas na etiologia da TTRN é a do retardo na absorção do líquido pulmonar fetal pelo sistema linfático pulmonar, o que causa redução da complacência pulmonar. São fatores de risco: o sexo masculino, nascimento por cesariana, a ausência de TP, a prematuridade, o RN grande ou pequeno para a idade gestacional, a gravidez múltipla, a nuliparidade, a asfixia perinatal, a mãe asmática ou diabética e exposição a drogas ou fármacos. Os sinais e sintomas mais frequentes são respiração rápida com mais de 60 incursões respiratórias por minuto, dificuldade para respirar, gemência, batimento das aletas nasais, cianose de extremidades, especialmente nas narinas, lábios, mãos e pés, e tiragem intercostal.⁽⁷⁵⁾

A icterícia é a patologia mais frequente no período neonatal, ocorrendo na primeira semana de vida em 60% dos RN, sendo o maior desafio

diagnosticar a causa, se decorrente de estados patológicos ou não, e saber quando intervir, além de quais medidas terapêuticas adotar. A icterícia decorre do aumento da fração indireta ou lipossolúvel da bilirrubina. Quando presente em grande quantidade, somando-se a outras alterações, pode cruzar a barreira hematoencefálica e ser extremamente neurotóxico para o RN. A hiperbilirrubinemia, quando presente nas primeiras horas ou semanas de vida, indica uma desordem de extrema gravidade, como sepse neonatal, infecções congênitas, atresia biliar, fibrose cística, galactosemia, cistos de colédoco e deficiência de alfa 1 antitripsina. Deve-se obter a história obstétrica da mãe e do parto para que sejam analisados os fatores que possam contribuir para o desenvolvimento da hiperbilirrubinemia, como drogas maternas (benzodiazepínicos, ocitócitos), tipo de parto, retardo no clampeamento no cordão umbilical, grupo sanguíneo, fator RH e *Coombs* materno.⁽⁷⁶⁾

O clampeamento tardio do cordão umbilical pode levar à hiperemia neonatal, eritrocitose e hiperbilirrubinemia, o que aumenta o risco de icterícia; entretanto traz benefícios significativos para os RN, aumentando os níveis de hemoglobina neonatal e reduzindo o risco de anemia. Um estudo clínico randomizado que avaliou 261 nascimentos revelou que o clampeamento tardio do cordão aumentou o risco de icterícia significativamente em RN de mães diabéticas, mas não teve efeito em RN de mães com gestações normais.⁽⁷⁷⁾

Assim como em outros estudos, os principais motivos para remoção neonatal devem-se a razões clínicas frequentes entre neonatos, não representando emergências e não estando relacionados com a assistência prestada durante o parto. Dessa forma, o parto de mulheres de baixo risco em ambiente extra-hospitalar oferece condições de segurança para os bebês. Portanto, remoções neonatais de centros de parto para o hospital são um indicador indireto da segurança desse local para RN.⁽⁷⁸⁾

As tabelas 9 e 10 são compostas pelo resumo numérico das medidas estatísticas de tendência central e dispersão: média, desvio padrão, mínimo, máximo, mediana e quartis. A tabela 9 mostra a caracterização das variáveis gestacionais e a tabela 10, das variáveis neonatais. Em ambas, por serem tratadas de variáveis contínuas e não apresentarem uma distribuição normal (valor- $p < 0,001$), os resultados são interpretados através das medidas de posição mediana e intervalo interquartil (IQQ) (1º e 3º quartis).

Considerando a mediana das variáveis apresentadas na tabela 9, as pacientes admitidas na CP no período do estudo tinham 26 anos de idade; eram

secundigestas (segunda gestação); apresentavam gestação a termo (39 semanas de idade gestacional, se considerarmos somente o número de semanas de gestação ou 39,43 quando calculada a mediana considerando o número de semanas e dias); o tempo de bolsa rota de 45 minutos, seja de forma espontânea ou artificial (amniotomia); e demoraram 9 minutos para a dequitação (saída da placenta).

Tabela 9. Caracterização das variáveis contínuas gestacionais

Variável (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.- Máx.	Teste de normalidade
Idade (560)	26,73 (5,88)	26 [22 - 31]	14 - 43	<0,001
Paridade (558)	2,09 (1,21)	2 [1 - 3]	01 - 09	<0,001
Idade gestacional semanas (537)	39 (1,02)	39 [38 - 40]	34 - 43	<0,001
Tempo de dequitação (502)	11 (8,85)	9 [6 - 12,75]	0 - 86	<0,001
Bolsa rota (491)	02:26:50 (04:00:77)	00:45:00 [00:05:00 - 02:46:30]	00:00:00 - 23:50:00	<0,001
Idade gestacional calculada (498)	39,43 (0,98)	39,43 [38,71 - 40,14]	34 - 43	<0,001

IIQ: Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). DP: Desvio padrão. Teste de normalidade: Teste de Shapiro-Wilk (níveis de significância de 5%).

As variáveis contínuas neonatais analisadas foram os índices de Apgar de 1º e 5º minutos (vitalidade fetal) e o peso ao nascer. Ainda considerando as medianas, o Apgar de 1º minuto foi 9 e o de 5º minuto igual a 10. Já o peso do neonato foi 3230 gramas.

Tabela 10. Caracterização das variáveis contínuas neonatais

Variável (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.- Máx.	Teste de normalidade
Apgar 1º minuto (501)	8,77 (0,79)	9 [9 - 9]	04 - 10	<0,001
Apgar 5º minuto (501)	9,77 (0,54)	10 [10 - 10]	05 - 10	<0,001
Peso (RN) (516)	3251,4 (378,80)	3230,0 [3020,0 - 3487,50]	2040,0 - 4160,0	0,0355

Nota: IIQ: Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). DP = Desvio padrão. Teste de normalidade: Teste de Shapiro-Wilk (níveis de significância de 5%). RN: Recém-nascido.

O Apgar de 1º e 5º minutos também foram descritos de forma categórica, devido suas características e método de análise. A tabela 11 mostra a distribuição de frequências destas variáveis.

Observa-se somente 2,4% dos RNs (N=12) com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 0,4% (N=2) no quinto minuto de vida, o que representa que 97,2% dos recém-nascidos na CP apresentaram boa vitalidade ao nascer.

Em 1952, a médica anesthesiologista Dra. Virginia Apgar, desenvolveu uma escala para avaliar a vitalidade fetal ao nascer, a qual atribuiu seu nome. Esta baseia-se em uma pontuação para cada um dos cinco elementos que compõe a escala, com somatório ao final., feita de forma simples e rápida, para avaliar os RN imediatamente após o nascimento e em resposta à ressuscitação. Os elementos da pontuação de Apgar incluem cor, FC, reflexos, tônus muscular e respiração. A pontuação é projetada para avaliar sinais de comprometimento hemodinâmico, como cianose, hipoperfusão, bradicardia, hipotonia, depressão respiratória ou apnéia. Cada elemento é pontuado como 0 (zero), 1 ou 2. A pontuação é registrada em 1 minuto e 5 minutos de vida em todos os bebês, e expandida em intervalos de 5 minutos para aqueles que marcam somatório igual ao menor a 7 no 5º minuto e também naqueles que requerem ressuscitação como um método para monitorar a resposta.⁽⁷⁹⁾

A pontuação de Apgar pode ser realizada por um médico, parteira ou enfermeira. A variabilidade entre avaliadores é bastante comum, pois alguns componentes da pontuação são subjetivos; portanto, idealmente, a mesma pessoa deve calcular as pontuações iniciais e contínuas para consistência. Pontuações de 7 a 10 são consideradas tranquilizadoras.⁽⁷⁹⁾

Tabela 11. Apgar 1º e 5º minuto (variável categórica)

Variável	Classes	N (%)
Apgar 1º minuto		
*NA=59	4	1 (0,2)
	5	4 (0,8)
	6	7 (1,4)
	7	28 (5,59)
	8	46 (9,18)
	9	385 (76,85)
	10	30 (5,99)
Apgar 5º minuto		
*NA=59	5	1 (0,2)
	6	1 (0,2)
	7	1 (0,2)
	8	11 (2,2)
	9	80 (15,97)
	10	407 (1,24)

*NA: missing

4.2 Análise descritiva – bivariada

O teste de associação entre a variável grupo da CR e as variáveis qualitativas é apresentado na tabela 12. As variáveis significantes foram: “Escolaridade”, “Atende ao protocolo da Casa de Parto?”, “Ocitocina no 2º estágio?”, “Laceração”, “Sutura”, “Posição do parto”, “Remoção parturiente?”, “Remoção puérpera?”, “Remoção puérpera? - Se puérpera, qual o motivo?” e “Remoção recém-nascido?”.

As variáveis “Estado Civil”, “Fez pré-natal?”, “Número de consultas”, “Atende ao protocolo da Casa de Parto – Se não, por quê?”, “Teste rápido HIV”, “Teste rápido sífilis”, “Rotura de membrana”, “Rotura de membrana – Se artificial, qual o motivo?”, “Ocitocina no 2ºestágio? - Se sim, por quê?”, “Episiotomia”, “Acompanhante”, “Sexo (RN)”, “Clampeamento”, “Amamentação na 1ª hora”, “Óbito do RN”, “Houve remoção”, “Remoção parturiente – Se sim, qual o motivo?”, “Remoção recém-nascido? Se sim, qual o motivo?”, “Apgar 1º minuto” e “Apgar 5º minuto” não apresentaram diferenças entre os grupos.

Tabela 12. Tabela cruzada de variáveis qualitativas e variável grupo “Classificação de Robson”

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Escolaridade	Fundamental I (1ª a 4ª série) (8)	0 (0)	8 (2,73)	0 (0)	<0,001
	Fundamental II (5ª a 8ª série) (93)	24 (10,17)	66 (22,53)	3 (17,65)	
	Médio (295)	122 (51,69)	159 (54,27)	14 (82,35)	
	Superior incompleto (45)	30 (12,71)	15 (5,12)	0 (0)	
	Superior completo (105)	60 (25,42)	45 (15,36)	0 (0)	
Estado civil	Solteira (147)	68 (28,81)	75 (25,34)	4 (23,53)	0,914
	Casada (179)	74 (31,36)	100 (33,78)	5 (29,41)	
	União Estável (222)	94 (39,83)	120 (40,54)	8 (47,06)	
	Divorciada (1)	0 (0)	1 (0,34)	0 (0)	
Fez pré-natal?	Não (3)	0 (0)	3 (1)	0 (0)	0,322
	Sim (553)	239 (100)	297 (99)	17 (100)	
Número de consultas	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,337
	1 (1)	0 (0)	1 (0,34)	0 (0)	
	2 (3)	0 (0)	3 (1,02)	0 (0)	
	3 (8)	2 (0,84)	6 (2,05)	0 (0)	
	4 (14)	3 (1,26)	11 (3,75)	0 (0)	
	5 (35)	12 (5,02)	22 (7,51)	1 (5,88)	
	6 (38)	17 (7,11)	19 (6,48)	2 (11,76)	
	7 (71)	27 (11,3)	43 (14,68)	1 (5,88)	
	8 (84)	40 (16,74)	41 (13,99)	3 (17,65)	
	9 (91)	33 (13,81)	53 (18,09)	5 (29,41)	
	10 (88)	47 (19,67)	40 (13,65)	1 (5,88)	
	11 (57)	27 (11,3)	27 (9,22)	3 (17,65)	
	12 (30)	16 (6,69)	13 (4,44)	1 (5,88)	
	13 ou + (29)	15 (6,28)	14 (4,78)	0 (0)	
Atende ao protocolo da Casa de Parto	Não (38)	8 (3,38)	25 (8,39)	5 (29,41)	<0,001
	Sim (514)	229 (96,62)	273 (91,61)	12 (70,59)	
Atende ao protocolo da Casa de Parto - Se não, por quê?	Parto domiciliar (1)	0 (0)	1 (4,17)	0 (0)	0,999
	Trabalho de parto avançado (1)	0 (0)	1 (4,17)	0 (0)	
	Outros (32)	7 (100)	22 (91,67)	3 (100)	
Teste rápido HIV	Não reagente (549)	238 (99,58)	294 (99,66)	17 (100)	0,999 continua...
	T1 Reagente/ T2 Não reagente (2)	1 (0,42)	1 (0,34)	0 (0)	

...continuação

Teste rápido sífilis	Não reagente (544)	238 (99,58)	290 (98,31)	16 (94,12)	0,097
	Reagente (7)	1 (0,42)	5 (1,69)	1 (5,88)	
Rotura de membrana*	Espontânea (432)	173 (83,57)	246 (85,12)	13 (92,86)	0,4264
	Artificial (78)	34 (16,43)	43 (14,88)	1 (7,14)	
	Falha de progresso do primeiro período do parto (dilatação) (38)	18 (60)	20 (52,63)	0 (0)	0,128
	Falha de progresso do segundo período do parto (expulsão) (25)	9 (30)	16 (42,11)	0 (0)	
Rotura de membrana - Se artificial, qual o motivo?	Complemento à avaliação da vitalidade fetal em suspeita de hipóxia (6)	3 (10)	2 (5,26)	1 (100)	
Ocitocina no 2ºestágio? *	Não (434)	165 (80,1)	255 (88,24)	14 (100)	0,003
	Sim (75)	41 (19,9)	34 (11,76)	0 (0)	
	Falha de progresso do segundo período do parto (expulsão) (67)	38 (95)	29 (87,88)	0 (0)	0,4
	Outros (6)	2 (5)	4 (12,12)	0 (0)	
Episiotomia	Não (505)	204 (99,03)	287 (99,31)	14 (100)	0,999
	Sim (4)	2 (0,97)	2 (0,69)	0 (0)	
Laceração	Sem laceração (184)	35 (19,02)	144 (78,26)	5 (2,72)	0,039
	1º grau (209)	97 (46,41)	108 (51,67)	4 (1,91)	
	2º grau (112)	72 (64,29)	36 (32,14)	4 (3,57)	
Sutura	Não (231)	56 (27,32)	168 (58,13)	7 (50)	<0,001
	Sim (277)	149 (72,68)	121 (41,87)	7 (50)	
Acompanhante	Não (24)	6 (2,93)	16 (5,57)	2 (14,29)	0,065
	Sim (482)	199 (97,07)	271 (94,43)	12 (85,71)	
Posição do parto	Semi sentada (129)	37 (18,05)	90 (31,25)	2 (14,29)	<0,001
	Banqueta de parto (130)	75 (36,59)	53 (18,4)	2 (14,29)	
	Decúbito lateral (123)	54 (26,34)	65 (22,57)	4 (28,57)	
	Quatro apoios (93)	35 (17,07)	53 (18,4)	5 (35,71)	
	Litotômica (10)	1 (0,49)	9 (3,12)	0 (0)	
	Cócoras (5)	2 (0,98)	3 (1,04)	0 (0)	
	Outra (7)	0 (0)	7 (2,43)	0 (0)	
Sexo (RN)	Masculino (262)	106 (51,21)	150 (51,37)	6 (42,86)	0,693
	Feminino (250)	101 (48,79)	142 (48,63)	8 (57,14)	
Clampeamento	Não (13)	8 (3,92)	5 (1,76)	0 (0)	0,347
	Sim (488)	196 (96,08)	279 (98,24)	13 (100)	continua...

...continuação

Amamentação na 1ª hora	Não (42)	18 (8,87)	23 (8,04)	1 (7,14)	0,9
	Sim (461)	185 (91,13)	263 (91,96)	13 (92,86)	
	Condição clínica da puérpera (7)	2 (11,11)	5 (21,74)	0 (0)	
	A pedido da mãe (2)	1 (5,56)	1 (4,35)	0 (0)	
	Parto domiciliar/Trânsito (2)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	
	Dificuldade na pega (4)	3 (16,67)	1 (4,35)	0 (0)	
Óbito do RN	Não (510)	206 (100)	290 (100)	14 (100)	0,999
	Sim (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Houve remoção? *	Não (444)	182 (77,12)	252 (86,3)	10 (66,67)	0,076
	Sim (99)	54 (22,88)	40 (13,7)	5 (33,33)	
Remoção parturiente?	Não (54)	20 (37,74)	32 (84,21)	2 (40)	<0,001
	Sim (42)	33 (62,26)	6 (15,79)	3 (60)	
Remoção parturiente? - Se parturiente, qual o motivo?	Parada de progressão (28)	21 (63,64)	4 (66,67)	3 (100)	0,898
	Hemorragia intraparto (2)	2 (6,06)	0 (0)	0 (0)	
	Alterações da frequência cardíaca fetal (2)	2 (6,06)	0 (0)	0 (0)	
	Fora do protocolo (2)	1 (3,03)	1 (16,67)	0 (0)	
	Taquissistolia (2)	2 (6,06)	0 (0)	0 (0)	
Remoção puérpera + RN?	Não (44)	33 (61,11)	6 (15,00)	3 (60)	<0,001
	Sim (54)	21 (38,89)	34 (85,00)	2 (40)	
Remoção puérpera? - Se puérpera, qual o motivo?	Retenção placentária ou suspeita de restos placentários (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0,033
	Lacerações que necessitem de procedimentos médicos (5)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	
	Alterações pressóricas (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Alterações de hemograma (4)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	
	Covid 19 ou suspeita (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
	Acompanhamento do recém-nascido (35)	15 (42,86)	20 (57,14)	0 (0)	
Remoção recém-nascido? - Se recém-nascido, qual o motivo?	Alterações do padrão respiratório (11)	5 (45,45)	6 (54,55)	0 (0)	0,302
	Icterícia (10)	3 (30)	7 (70)	0 (0)	continua...

...continuação	Prematuridade (2)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	
	RN exposto à sífilis (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Alterações na ausculta cardíaca (4)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	
	Dificuldade na amamentação (1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	
	Pequeno para idade gestacional ou baixo peso (3)	2 (66,67)	1 (33,33)	0 (0)	
	Malformações congênitas ou suspeita (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Febre a esclarecer (1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	
	Acompanhando puérpera (16)	6 (37,5)	8 (50)	2 (12,5)	
	Outro (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
Apgar 1º minuto	4 (1)	0 (0)	1 (0,35)	0 (0)	0,615
	5 (4)	1 (0,49)	3 (1,06)	0 (0)	
	6 (7)	4 (1,94)	2 (0,71)	1 (7,69)	
	7 (27)	14 (6,8)	13 (4,61)	0 (0)	
	8 (46)	20 (9,71)	25 (8,87)	1 (7,69)	
	9 (385)	156 (75,73)	218 (77,3)	11 (84,62)	
	10 (31)	11 (5,34)	20 (7,09)	0 (0)	
Apgar 5º minuto	5 (1)	1 (0,49)	0 (0)	0 (0)	0,904
	6 (1)	0 (0)	1 (0,35)	0 (0)	
	7 (1)	1 (0,49)	0 (0)	0 (0)	
	8 (11)	5 (2,43)	6 (2,13)	0 (0)	
	9 (80)	34 (16,5)	44 (15,6)	2 (15,38)	
	10 (407)	165 (80,1)	231 (81,91)	11 (84,62)	

Nota: Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%. * Teste de Qui-quadrado Ordinal - Cochran-Armitage (níveis de significância de 5%). RN: Recém-nascido.

No tocante à escolaridade (Tabela 13), observa-se que há diferenças entre os grupos 1 e 3 da CR, assim como entre os grupos 1 e 5. O grupo 3 concentra a totalidade das pacientes com menor nível de instrução (1ª a 4ª série) e o nível de escolaridade predominante é o Ensino Fundamental II. No grupo 1, predominam as pacientes com nível superior.

Tabela 13. Classificação de Robson x escolaridade

Variável	Classe (N)	Grupo Classificação de Robson			Valor-p
		Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	
Escolaridade*	Fundamental I (1ª a 4ª série) (8)	0 (0)	8 (2,73)	0 (0)	<0,001
	Fundamental II (5ª a 9ª série) (93)	24 (10,17)	66 (22,53)	3 (17,65)	
	Médio (295)	122 (51,69)	159 (54,27)	14 (82,35)	
	Superior incompleto (45)	30 (12,71)	15 (5,12)	0 (0)	
	Superior completo (105)	60 (25,42)	45 (15,36)	0 (0)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,002	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,011	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,310	

* Razão. * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%). *** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Com relação ao atendimento do protocolo da CP (Tabela 14), no qual um dos critérios de admissão é a adesão ao pré-natal (mínimo de 6 consultas) há diferenças entre os 3 grupos comparados. É predominante entre as pacientes dos grupos 3 e 5 não atenderem ao protocolo.

Tabela 14. Classificação de Robson x atendimento ao protocolo

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Atende ao protocolo da Casa de Parto*	Não (38)	8 (3,38)	25 (8,39)	5 (29,41)	<0,001
	Sim (514)	229 (96,62)	273 (91,61)	12 (70,59)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,018	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,002	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,018	

* Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%). *** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Sobre o uso de ocitocina no período expulsivo ou 2º estágio do parto (Tabela 15), a maior necessidade ocorreu no grupo 1 da CR, enquanto tendeu a não ser utilizada em pacientes do grupo 3. Não ocorreram diferenças entre os grupos 1 e 3 em relação ao grupo 5.

Tabela 15. Classificação de Robson x ocitocina

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Ocitocina no 2º estágio? **	Não (434)	165 (80,1)	255 (88,24)	14 (100)	0,003
	Sim (75)	41 (19,9)	34 (11,76)	0 (0)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,018	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,135	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,353	

** Teste de Qui-quadrado Ordinal - Cochran-Armitage (níveis de significância de 5%).

*** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

A tabela 16 reflete a ocorrência e intensidade das lacerações. Na amostra analisada não ocorreram lacerações de grau 3 (lesões que envolvem o complexo do esfíncter anal) e grau 4 (que atingem a mucosa retal). As lacerações de grau 1 (que envolvem somente pele e mucosa) e grau 2 (quando atingem a fáscia muscular e os músculos perineais) ocorreram em maior proporção nas pacientes do grupo 1. As pacientes com períneo íntegro (sem laceração) são majoritariamente do grupo 3.

Tabela 16. Classificação de Robson x laceração perineal

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Laceração*	Sem laceração (184)	35 (19,02)	144 (78,26)	5 (2,72)	0,039
	1º grau (209)	97 (46,41)	108 (51,67)	4 (1,91)	
	2º grau (112)	72 (64,29)	36 (32,14)	4 (3,57)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,063	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,037	

* Razão. * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%). *** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Em função da maior incidência de lacerações nas pacientes do grupo 1, houve maior necessidade de suturas perineais em pacientes deste grupo quando comparado ao grupo 3 (Tabela 17). Não houve diferenças estatísticas significativas na comparação dos demais grupos entre si.

Tabela 17. Classificação de Robson x sutura perineal

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Sutura**	Não (231)	56 (27,32)	168 (58,13)	7 (50)	<0,001
	Sim (277)	149 (72,68)	121 (41,87)	7 (50)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,131	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,746	

Razão. ** Teste de Qui-quadrado Ordinal - Cochran-Armitage (níveis de significância de 5%). * Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Houve diferenças entre os grupos 1 e 3 relativas à posição adotada pela paciente no segundo estágio. As pacientes do grupo 3 adotam posições mais horizontalizadas, como a litotômica, semi-sentada e decúbito lateral; enquanto as do grupo 1 são mais receptivas à adoção de posições verticalizadas (Tabela 18).

Tabela 18. Classificação de Robson x posição do parto

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Posição do parto*	Semi sentada (129)	37 (18,05)	90 (31,25)	2 (14,29)	<0,001
	Banqueta de parto (130)	75 (36,59)	53 (18,4)	2 (14,29)	
	Decúbito lateral (123)	54 (26,34)	65 (22,57)	4 (28,57)	
	Quatro apoios (93)	35 (17,07)	53 (18,4)	5 (35,71)	
	Litotômica (10)	1 (0,49)	9 (3,12)	0 (0)	
	Cócoras (5)	2 (0,98)	3 (1,04)	0 (0)	
	Outra (7)	1 (0,49)	15 (5,21)	1 (7,14)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,122	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,473	

* Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%). *** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

A respeito das remoções intraparto para o hospital de referência (Tabela 19), há diferenças entre o grupo 1 e 3, sendo o primeiro com maior número de remoções. Observa-se ainda grande número de remoções no grupo 5; entretanto, não foi possível captar a diferença através dos testes estatísticos empregados devido à insuficiência amostral deste grupo. As complicações intraparto e o uso de intervenções obstétricas são mais comuns no parto de primíparas (grupo 1) do que no parto de multíparas (grupo 3).

Tabela 19. Classificação de Robson x remoção intraparto

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Remoção parturiente? *	Não (54)	20 (37,74)	32 (84,21)	2 (40)	<0,001
	Sim (42)	33 (62,26)	6 (15,79)	3 (60)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,999	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,080	

* Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%). *** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Já no puerpério, a necessidade de remoção (Tabela 20) predomina entre as puérperas do grupo 3, quando comparadas ao grupo 1. Não houve diferenças na comparação dos demais grupos.

Tabela 20. Classificação de Robson x remoção da puérpera

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Remoção puérpera? *	Não (44)	33 (61,11)	8 (20,51)	3 (60)	<0,001
	Sim (54)	21 (38,89)	31 (79,49)	2 (40)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,999	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,136	

* Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

*** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Quando se avalia a motivação para a remoção da puérpera (Tabela 21), observam-se diferenças entre todos os grupos. As lacerações que necessitam procedimentos médicos para correção e as alterações no hemograma prevalecem entre as pacientes do grupo 1; enquanto a retenção placentária ou suspeita de restos

placentários, alterações pressóricas, teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz predominam no grupo 3.

Tabela 21. Classificação de Robson x motivo de remoção da puérpera

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Remoção puérpera? - Se puérpera, qual o motivo? *	Retenção placentária ou suspeita de restos placentários (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0,033
	Lacerações que necessitem de procedimentos médicos (5)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	
	Alterações pressóricas (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Alterações de hemograma (4)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	
	COVID-19 ou suspeita (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
	Acompanhamento do recém-nascido (35)	15 (42,86)	20 (57,14)	0 (0)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,059	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,040	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,027	

*** Razão. * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

*** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

A Tabela 22 expõe que também há diferenças entre os grupos 1 e 3 da CR em relação a necessidade de remoção do RN, apesar de não haver diferenças entre os grupos quando se avalia a motivação para tal. Observa-se que do total de RN removidos (N=57), mais da metade (N=34) a mãe pertencia ao grupo 3.

Tabela 22. Classificação de Robson x remoção do recém-nascido

Variável	Classe (N)	Grupo 1 N (%)	Grupo 3 N (%)	Grupo 5 N (%)	Valor-p
Remoção recém-nascido? *	Não (41)	33 (61,11)	5 (12,82)	3 (60)	<0,001
	Sim (57)	21 (38,89)	34 (87,18)	2 (40)	
Comparações múltiplas***				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,999	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,052	

* Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

*** Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

A tabela 23 apresenta os resultados da comparação entre variáveis contínuas e os Grupos de CR. As variáveis não seguem uma distribuição normal; desse modo foram utilizados testes não-paramétricos para comparar as classes. As variáveis significantes foram: “Idade”, “Paridade” e “Peso (RN)”.

Tabela 23. Tabela cruzada entre variáveis quantitativas e variável desfecho grupo

Variável	Classe (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.- Máx.	Valor-p
Idade	Grupo 1 (241)	24,37 (5,52)	23 [20 - 28]	14 - 43	<0,001
	Grupo 3 (301)	28,39 (5,5)	28 [24 - 32]	16 - 43	
	Grupo 5 (17)	29,94 (6,77)	29 [25 - 35]	19 - 41	
Paridade	Grupo 1 (241)	1,11 (0,34)	1 [1 - 1]	1 - 3	<0,001
	Grupo 3 (301)	2,82 (1,1)	2 [2 - 3]	2 - 9	
	Grupo 5 (17)	2,94 (1,14)	2 [2 - 4]	2 - 5	
Idade gestacional - semanas	Grupo 1 (225)	38,95 (1,06)	39 [38 - 40]	36 - 41	0,731
	Grupo 3 (294)	39,03 (1)	39 [38 - 40]	34 - 43	
	Grupo 5 (17)	39,12 (0,78)	39 [39 - 40]	38 - 40	
Tempo dequitacao	Grupo 1 (206)	10,62 (8,88)	8 [6 - 11,75]	1 - 86	0,098
	Grupo 3 (282)	11,05 (8,75)	10 [6 - 13]	0 - 75	
	Grupo 5 (14)	15,5 (9,94)	15 [7 - 21,5]	2 - 33	
Apgar 1º minuto	Grupo 1 (206)	8,74 (0,78)	9 [9 - 9]	5 - 10	0,460
	Grupo 3 (282)	8,81 (0,8)	9 [9 - 9]	4 - 10	
	Grupo 5 (13)	8,69 (0,85)	9 [9 - 9]	6 - 9	
Apgar 5º minuto	Grupo 1 (206)	9,75 (0,6)	10 [10 - 10]	5 - 10	0,810
	Grupo 3 (282)	9,79 (0,5)	10 [10 - 10]	6 - 10	
	Grupo 5 (13)	9,85 (0,38)	10 [10 - 10]	9 - 10	
Peso (RN)	Grupo 1 (207)	3169,4 (352,34)	3165 [2960 - 3387,5]	2085 - 4045	0,002
	Grupo 3 (289)	3284,81 (385,38)	3270 [3040 - 3530]	2010 - 4160	
	Grupo 5 (14)	3332,5 (385,04)	3282,5 [3210 - 3447,5]	2400 - 4120	
Idade gestacional calculada	Grupo 1 (212)	39,39 (1)	39,5 [38,57 - 40,14]	36,71 - 41,43	0,827
	Grupo 3 (271)	39,46 (0,98)	39,43 [38,71 - 40,14]	34 - 43	
	Grupo 5 (14)	39,52 (0,75)	39,64 [39,29 - 40]	38 - 40,43	

Teste de Kruskal-Wallis. DP = Desvio padrão, IIQ = Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). RN: Recém-nascido.

As tabelas seguintes referem os resultados das comparações múltiplas para identificação das diferenças encontradas nas variáveis significantes da tabela 23. As comparações múltiplas com valor- $p < 0,05$ significam que houve diferença entre os grupos de CR.

A tabela 24 evidencia uma média de idades crescente entre os grupos 1 (24,37 anos), grupo 3 (28,39) e grupo 5 (29,94), sendo menor e já naturalmente esperada no primeiro grupo, em função da própria característica da primiparidade quando comparada à multiparidade (grupos 3 e 5).

Tabela 24. Idade x Classificação de Robson

Variável	Classe (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.- Máx.	Valor-p
Idade	Grupo 1 (174)	24,37 (5,52)	23 [20 - 28]	14 - 43	<0,001
	Grupo 3 (248)	28,39 (5,5)	28 [24 - 32]	16 - 43	
	Grupo 5 (14)	29,94 (6,77)	29 [25 - 35]	19 - 41	
Comparações múltiplas*				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		<0,001	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,485	

Teste de Kruskal-Wallis (níveis de significância de 5%). *Método de comparações múltiplas de Dunn's. DP: Desvio padrão, IIQ: Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). RN: Recém-nascido.

Considerando que a paridade (Tabela 25) é uma das variáveis obstétricas utilizadas na CR, é evidente haver diferenças de significância estatística entre os grupos 1 e 3 ou entre os grupos 1 e 5, já que os 3 e 5 são de múltiparas em detrimento ao grupo 1 (nulíparas). Logo, não há diferenças entre os grupos 3 e 5.

Tabela 25. Paridade x Classificação de Robson

Variável	Classe (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.- Máx.	Valor-p
Paridade	Grupo 1 (174)	1,11 (0,34)	1 [1 - 1]	1 - 3	<0,001
	Grupo 3 (247)	2,82 (1,1)	2 [2 - 3]	2 - 9	
	Grupo 5 (14)	2,94 (1,14)	2 [2 - 4]	2 - 5	
Comparações múltiplas*				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		<0,001	
Grupo 1	-	Grupo 5		<0,001	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,834	

*Razão Teste de Kruskal-Wallis (níveis de significância de 5%). *Método de comparações múltiplas de Dunn's. DP: Desvio padrão, IIQ: Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). RN: Recém-nascido.

Com relação ao peso ao nascer (Tabela 26), ocorre menor média de peso no grupo 1 (3169,4g, DP 352,34g), quando comparados aos grupos 3 (3284,81g, DP 385,38g) e 5 (3332,5g, DP 385,04g). Portanto, a incidência de fetos macrossômicos em primíparas (grupo 1) é menor que em múltíparas.

Tabela 26. Peso ao nascer x Classificação de Robson

Variável	Classe (N)	Média (DP)	Mediana [IIQ]	Mín.-Máx.	Valor-p
Peso (RN)	Grupo 1 (152)	3169,4 (352,34)	3165 [2960 - 3387,5]	2085 - 4045	0,002
	Grupo 3 (239)	3284,81 (385,38)	3270 [3040 - 3530]	2010 - 4160	
	Grupo 5 (11)	3332,5 (385,04)	3282,5 [3210 - 3447,5]	2400 - 4120	
Comparações múltiplas*				Valor-p	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,003	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,172	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,526	

Teste de Kruskal-Wallis (níveis de significância de 5%). *Método de comparações múltiplas de Dunn's. DP: Desvio padrão, IIQ: Intervalo interquartil (1º e 3º quartis). RN: Recém-nascido.

4.3 Artigo submetido

Artigo será submetido para publicação no período científico Texto & Contexto em Enfermagem, ISSN: 0104-0707. Fator de impacto: 0.134. Classificação Qualis-Capes: A3.

IMPLICAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON NOS DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS EM CENTRO DE PARTO NORMAL

RESUMO

Objetivo: Associar a Classificação de Robson às variáveis obstétricas e aos desfechos maternos e perinatais das pacientes assistidas em um Centro de Parto Normal.

Método: Estudo epidemiológico, observacional, transversal, retrospectivo e quantitativo realizado na Casa de Parto de São Sebastião localizada no Distrito Federal, Brasil. Avaliados dados sociodemográficos, pré-natal, exames da admissão, assistência ao parto e recém-nascido, intercorrências e necessidade de remoção de 570 pacientes, entre 2018 e 2021. Aplicados teste Qui-quadrado ou Fisher nas associações do grupo da Classificação de Robson com as variáveis qualitativas e Kruskal-Wallis ou ANOVA para as quantitativas, além de ajuste do p-valor para as comparações múltiplas dos resultados (nível de significância 5%).

Resultados: Há diferenças significativas entre os grupos da Classificação de Robson e as variáveis: idade, escolaridade, atendimento ao protocolo institucional, uso de ocitocina no período expulsivo, lacerações e suturas perineais, posição da paciente no parto, peso ao nascer e necessidade de remoção intra e pós-parto.

Conclusão: O uso da Classificação de Robson nos Centros de Partos Normais prediz a necessidade de intervenções e transferências, evitando desfechos desfavoráveis, aumentando a segurança para usuárias e profissionais.

DESCRIPTORIOS: Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto. Avaliação de Resultados e Cuidados em Saúde. Enfermagem Obstétrica. Transferência de Pacientes. Cesárea.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto passou por inúmeras transformações nas últimas décadas. Tal fato ocorreu principalmente em função dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da Medicina ocorrido a partir do final do século XIX. O parto, antigamente tido como evento natural e fisiológico, tornou-se mecanizado e cercado de riscos. Com o surgimento do paradigma tecnocrático, desenvolveu-se o modelo biomédico de assistência, que abriu caminho para a transferência do parto domiciliar para o hospital, uso de instrumentos obstétricos, administração de medicamentos para abreviar o processo de parto, redução da mortalidade materna, aumento de cesáreas e uso de intervenções médicas.⁽¹⁾

Em vários países do mundo e no Brasil, a partir da década de 50 e 70 respectivamente, movimentos sociais começaram a questionar o uso irracional das tecnologias na assistência ao parto, motivando a construção de novas políticas de saúde, nas quais a inserção da Enfermagem Obstétrica - EO foi pensada como uma potência para a transformação do modelo de atenção ao parto e nascimento. A presença da EO nas instituições hospitalares representou um redirecionamento para um modelo de cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo e autonomia, bem como na prática obstétrica baseada em evidências científicas.⁽²⁾

Em países como a Holanda, Austrália, Nova Zelândia e países escandinavos, caracterizados pela maior participação de obstetrizas, os resultados de vários estudos demonstram que as mulheres com gravidez de baixo risco, que planejaram seus partos em centros de partos ou mesmo em casa, tiveram chances significativamente menores de intervenção e morbidade grave no trabalho de parto e nascimento. Há evidências que o local de parto parece ter pouco impacto sobre os resultados perinatais adversos. Tais descobertas tem implicações importantes para os custos dos serviços de saúde e apoiam a expansão dos centros de parto, além de ampliar o conhecimento existente sobre os riscos e resultados potenciais de diferentes locais de nascimento e as circunstâncias necessárias para otimizar a segurança e o bem-estar dos sujeitos envolvidos no processo.⁽³⁾

Desde a década de 1990, o Brasil iniciou, de forma institucionalizada, o processo de organização de ambientes de assistência que fossem diferenciados da experiência hospitalar. Das discussões sobre humanização que fervilhavam naqueles anos, surgiram o que hoje definimos como CPNs. Eles são divididos em intra-hospitalar (quando são instalados nas dependências internas de um hospital, podendo ou não compartilhar

espaços de uso comum) e peri-hospitalar, que são as Casas de Parto (espaços independentes, próximos a hospitais ou maternidades de referência). Os CPNs estão inseridos no sistema de saúde local, vinculados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos territórios.⁽⁴⁾

Entretanto, apesar da garantia da continuidade assistencial e o suporte oferecido pelo hospital de referência, os CPNs e Casas de Parto enfrentam resistência e desconfiança por parte de alguns segmentos da população e dos profissionais de saúde, acerca de sua qualidade e segurança dos cuidados prestados, em comparação com os recursos médicos e tecnológicos dos hospitais, sendo estes vistos como ambientes mais seguros para a mulher e seu filho.⁽⁵⁾

A Portaria nº1459, de 24 de junho de 2011, institui a política da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Esta, além de reafirmar outras leis, portarias e compromissos já firmados anteriormente pelo Ministério da Saúde - MS, estabelece uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Dentre as ações do Componente Parto e Nascimento está o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal. No que tange ao financiamento, a portaria estabelece recursos financeiros com repasse fundo a fundo entre os três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal) para construção, ampliação, reforma, compra de equipamentos e custeio mensal dos CPNs, com valores, normas e metas estabelecidas em portaria.⁽⁶⁾

O aumento das taxas de cesarianas é uma preocupação global, tendo dobrado nos últimos 15 anos para 21% e aumentando anualmente em 4%. O índice é de quase 60% em algumas partes da América Latina, inclusive no Brasil. Dados disponíveis de 154 países, entre 2010 e 2018, cobrindo 94,5% dos nascidos vivos no mundo, mostram que 21,1% das mulheres deram à luz por cesariana em todo o mundo, com médias variando de 5% na África subsaariana a 42,8% na América Latina e no Caribe.⁽⁷⁾

Quando justificado do ponto de vista médico, como nas situações de placenta prévia, sofrimento fetal ou apresentações anômalas, o parto operatório pode prevenir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Não há evidências, entretanto, mostrando os benefícios do procedimento sem uma boa indicação para mulheres ou bebês. Ao contrário, a cesárea desnecessária está associada a riscos de curto e longo prazo, que podem se estender além do parto atual e afetar futuras gestações. Além disso, o

aumento das taxas de cesarianas segue sem sinais de desaceleração. A situação é agravada pelo fato de que as causas do aumento não são totalmente compreendidas, envolvendo múltiplos fatores tais como os sistemas de saúde, as práticas profissionais variáveis, o medo de litígios médicos e até mesmo fatores culturais, como o medo da dor de parir e o receio de mudança da anatomia da genitália após o parto vaginal. ^(8, 9)

A Classificação de Robson, criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, foi sugerida e adotada pela OMS em 2015 como instrumento padrão para avaliar e monitorar as taxas de cesárea em diferentes serviços hospitalares. Dada a clareza, objetividade e fácil aplicação desse método de classificação, ele tem sido usado para pesquisar, monitorar e comparar as taxas de cesárea dentro e entre as instituições; permitindo ainda a análise desses dados, bem como a identificação de alternativas seguras para auxiliar na redução das taxas de cesárea.⁽¹⁰⁾

Segundo manual da OMS, essa classificação permite distribuir as gestantes em 10 grupos (quadro 1) com base em seis variáveis obstétricas: paridade (nulípara ou múltipara); cesárea prévia (sim ou não; se sim, uma ou mais); início do TP (espontâneo, induzido ou fora de TP; com cesárea prévia); número de fetos (gestação simples ou múltipla); idade gestacional (premature – antes de 37 semanas ou termo – 37 semanas ou mais); apresentação e situação fetal (longitudinal cefálico, longitudinal pélvico ou transverso/oblíquo). Trata-se de um sistema de classificação que os grupos são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivo, o que significa que cada mulher pode ser classificada em apenas um dos 10 grupos e nenhuma mulher ficará de fora desta classificação.⁽¹¹⁾

Quadro 1. Classificação de Robson⁽¹¹⁾

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
1	Nulíparas, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
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.
3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
4	Múltiparas 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.
5	Todas as múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas.
6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica.
	continua...

...continuação 7	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
8	Todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
9	Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).
10	Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es).

De acordo com a Classificação de Robson, as gestantes que entram nos grupos de 1 a 4 são consideradas pacientes com cesárea muito evitável, enquanto as classificadas nos demais grupos são mulheres com cesáreas pouco evitáveis.

A Classificação de Robson - CR pode ser implementada em qualquer serviço que atende gestantes, seja nos hospitais, com equipes constituídas por médicos e enfermeiros obstetras, como naqueles só com médicos ou só com enfermeiros obstetras. O benefício de se utilizar a CR em equipes compostas por profissionais e serviços distintos é permitir que os gestores possam avaliar o percentual de atendimento de cada grupo, por instituição e por categoria profissional que assiste o parto, possibilitando ajustar e otimizar os fluxos de atendimentos e encaminhamentos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Utilizar a Classificação de Robson retrospectivamente para avaliar algumas práticas e desfechos da gestação é um parâmetro importante que tem sido incentivado para uso com essa finalidade. Olhar os desfechos maternos e perinatais segundo a classificação pode contribuir para conhecer o perfil das pacientes que são atendidas nos serviços, subsidiar condutas e intervenções a serem tomadas durante a internação, inclusive corroborar as indicações de transferências para o hospital de referência. Identificar precocemente as parturientes com maiores chances de partos vaginais, correlacionar as variáveis do processo de parturição e seus desfechos pode garantir maior segurança tanto para a parturiente quanto para o profissional que a assiste.

No estudo em questão, a Classificação de Robson foi aplicada retrospectivamente em pacientes assistidas em um Centro de Parto Normal no Distrito Federal; a fim de correlacionar os grupos aos desfechos maternos e perinatais na unidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, analítico, transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal de São Sebastião, popularmente conhecido como Casa de Parto de São Sebastião, localizada no Distrito Federal. O estabelecimento é habilitado pelo Ministério da Saúde como CPN perinatal e possui como referência hospitalar o Hospital da Região Leste – HRL, que fica no Paranoá-DF, à 20 km da Casa de Parto.

O serviço atende em regime de porta aberta e recebe as mulheres por livre demanda ou encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde-UBS da Região Leste, Unidade de Pronto Atendimento – UPA ou pelo próprio hospital de referência, em alguns casos. Após acolhimento da paciente e avaliação da equipe, a demanda é resolvida ou ela é contra referenciada para os serviços de atenção básica ou hospital, em situações emergenciais.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2018 a dezembro de 2021, através dos registros no livro virtual do serviço e prontuário eletrônico. Os dados registrados no livro virtual são coletados através da anamnese (triagem, consulta de enfermagem e preenchimento de uma ficha no momento da admissão), do cartão de pré-natal (consultas e exames realizados), dos resultados da triagem sorológica de admissão (teste rápido para sífilis, HIV e hepatites), dos procedimentos durante a internação (parturiente e recém-nascido), das intercorrências no parto e pós-parto imediato e da necessidade de remoção para o hospital de referência.

Foram admitidas 1838 pacientes, enviados 1779 convites para participação na pesquisa e obtidos 567 aceites. Os contatos foram realizados por telefone, através de mensagens individuais por WhatsApp, seguidas de um vídeo explicativo do próprio pesquisador e envio de um link da plataforma RedCap com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE para registro do aceite. Foram feitas 3 tentativas de contato para cada paciente.

Das 567 pacientes que aceitaram a participar, 7 foram excluídas da amostra, por serem menores de 18 anos na ocasião do aceite. Aquelas que na data do parto eram menores de idade, entretanto já maiores na época do aceite do TCLE, seguem compondo a amostra final: 560 pacientes.

Os dados foram importados para o REDcap pelo Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, os quais após gerenciamento, foram exportados para análise estatística descritiva e inferencial. Os dados foram descritos considerando a média, o desvio padrão, o mínimo e máximo, a mediana e os quartis para as variáveis quantitativas e tabelas de frequência para as qualitativas. A correlação do grupo da Classificação de Robson com as variáveis qualitativas se fez com a aplicação do teste Qui-quadrado ordinal ou teste exato de Fisher; a depender dos pressupostos para cada teste. A comparação entre as variáveis desfecho e as variáveis quantitativas foi efetuada pelo teste de Kruskal-Wallis ou ANOVA, a depender da distribuição de probabilidade do conjunto de dados.

As comparações múltiplas dos resultados significativos foram realizadas pelo método de ajuste do p-valor de Benjamini-Hochberg, Correção de Bonferroni, Teste de Tukey ou Teste de Dunn's. A verificação da normalidade das variáveis qualitativas foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância adotado para essas análises foi de 5%.

RESULTADOS

Sobre os desfechos maternos, foram analisadas as seguintes variáveis: lacerações perineais, necessidade de sutura e intercorrências intraparto e no pós-parto imediato (ocorrência de hemorragia pós-parto, retenção placentária e distocias de ombros).

No que diz respeito às lacerações perineais, a maior parte das pacientes (N=209) apresentou laceração de 1º grau, seguidas das que apresentaram lacerações de 2º grau (N=113). Já as lacerações de 3º e 4º grau (N=3) ou aquelas que acometem o colo do útero (N=1) tiveram frequência menor que 1%.

No estudo, apesar de terem ocorrido 326 lacerações entre as participantes da amostra, foram realizadas 231 suturas e outras 51 informações não registradas, além dos poucos casos (N=4) que foram corrigidas no hospital de referência. Essa diferença entre o número de lacerações e a quantidade de suturas realizadas pode ser explicada pelos casos de períneos íntegros e pelas lacerações de 1º grau que não houve necessidade de suturar. É possível ainda que os dados não registrados sejam de “períneo íntegro” (sem laceração) também.

Ocorreram 3,76% (N=19) casos de hemorragias pós-parto (HPP). O protocolo adotado para tratamento da hemorragia por ausência de tônus uterino inclui a ocitocina endovenosa, a metilergometrina e o misoprostol. A massagem uterina bimanual e o anti-fibrinolítico ácido tranexâmico devem ser associados ao uterotônico. Na amostra da pesquisa, a ocitocina endovenosa e a metilergometrina foram utilizados em 7 e 12 casos de HPP, respectivamente. Não houve necessidade de uso do misoprostol e do ácido tranexâmico. Não ocorreu HPP por trauma e houve somente 1 caso de retenção placentária. Este último, a puérpera precisou ser removida para o hospital de referência.

Decorreram 3 distocias de ombros no nascimento, resolvidas com Manobra de Mc Roberts (N=1), Wood reverso ou “manobra do parafuso” (N=1) e posição de Gaskin (N=1).

Não houve registro de óbitos durante o período do estudo. Cabe salientar que desde 2009, quando a Casa de Parto passou a funcionar no modelo assistencial vigente até os dias atuais (assistência materna prestada somente por enfermeiros obstetras, assistência neonatal em sala de parto até 2012 compartilhada com médicos pediatras e depois assumida integralmente pela equipe de enfermagem), não há registros de óbitos neonatais ou maternos no local.

Com relação à necessidade de reanimação neonatal, 6,57% (N=33) necessitaram de alguma manobra para auxiliar na adaptação à vida extrauterina. Dos recém-nascidos que necessitaram de reanimação, 71,88% (N=23) foram submetidos somente aos passos iniciais (colocar o RN em fonte de calor radiante, secar o corpo e a fontanela, posicionar cabeça em leve hiperextensão e aspirar vias aéreas, caso obstruídas). Os 28,13% restantes (N=9) precisaram de ventilação por pressão positiva – VPP, procedimento realizado com o ventilador manual mecânico com peça T, conhecido também como “baby puff”, que controla o fluxo do ar comprimido e limita a pressão de insuflação alveolar.

Somente 5% (N=25) dos recém-nascidos necessitaram de CPAP, que é um gerador de fluxo de ar e corresponde à abreviação de Continuous Positive Airway Pressure, que em português significa “Pressão Positiva Continua nas Vias Aéreas”. O ventilador manual mecânico com peça em T possibilita a realização de CPAP facial.

As variáveis contínuas neonatais analisadas foram os índices de Apgar de 1º e 5º minutos (vitalidade fetal) e o peso ao nascer. Considerando a mediana, o apgar de 1º minuto foi 9 e o de 5ºminuto igual a 10. Já o peso do neonato foi 3230 gramas.

O Apgar de 1º e 5º minutos também foram descritas de forma categórica, devido suas características e método de análise. A tabela 11 mostra a distribuição de frequências destas variáveis. Observa-se somente 2,4% dos RNs (N=12) com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 0,4% (N=2) no quinto minuto de vida, o que representa que 97,2% dos recém-nascidos na Casa de Parto apresentaram boa vitalidade ao nascer.

Sobre as remoções para o hospital de referência, há uma taxa total de 18,2% (N=99), considerando causas maternas e neonatais. As remoções no pós-parto (N=54) predominam em relação àquelas realizadas no intraparto (N=42). Houve ainda 3 binômios removidos por motivações de ambos.

O teste de associação entre a variável grupo da Classificação de Robson e as variáveis qualitativas que apresentaram significância foram laceração ($p=0,039$), sutura ($p<0,001$), remoção parturiente ($p<0,001$), remoção puérpera + RN ($p<0,001$) e remoção puérpera? - Se puérpera, qual o motivo? ($p=0,033$). As variáveis “Óbito do RN”, “Apgar 1ºminuto” e “Apgar 5ºminuto” não apresentaram diferenças entre os grupos.

Acerca da ocorrência de lacerações (tabela 1), na amostra analisada não ocorreram lacerações de grau 3 (lesões que envolvem o complexo do esfíncter anal) e grau 4 (atingem a mucosa retal). As lacerações de grau 1 (envolvem somente pele e mucosa) e grau 2 (atingem a fáscia muscular e músculos perineais) ocorreram em maior proporção nas pacientes do grupo 1. As pacientes com períneo íntegro (sem laceração) são majoritariamente do grupo 3.

Tabela 1. Classificação de Robson x Laceração perineal. Casa de Parto São Sebastião – DF. Brasil, 2023. (n=505)

Variável	Classe (Nº)	Grupo 1	Grupo 3	Grupo 5	P-valor
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Laceração*	Sem laceração (184)	35 (19,02)	144 (78,26)	5 (2,72)	0,039
	1º grau (209)	97 (46,41)	108 (51,67)	4 (1,91)	
	2º grau (112)	72 (64,29)	36 (32,14)	4 (3,57)	
Comparações múltiplas***				P-valor	
Grupo 1	-	Grupo 3	<0,001		
Grupo 1	-	Grupo 5	0,063		
Grupo 3	-	Grupo 5	0,037		

Nota: * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

***Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Fonte: AUTORES 2023

Em função da maior incidência de lacerações nas pacientes do grupo 1, houve maior necessidade de suturas perineais em pacientes deste grupo quando comparado ao grupo 3. Não houve diferenças estatísticas significativas na comparação dos demais grupos entre si. (tabela 2)

Tabela 2. Classificação de Robson x Sutura perineal. Casa de Parto São Sebastião – DF. Brasil, 2023. (n=468)

Variável	Classe (Nº)	Grupo 1	Grupo 3	Grupo 5	P-valor
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Sutura*	Não (231)	56 (27,32)	168 (58,13)	7 (50)	<0,001
	Sim (277)	149 (72,68)	121 (41,87)	7 (50)	
Comparações múltiplas***				P-valor	
Grupo 1	-	Grupo 3	<0,001		
Grupo 1	-	Grupo 5	0,131		
Grupo 3	-	Grupo 5	0,746		

Nota: * Teste Qui-quadrado Ordinal - Cochran-Armitage (níveis de significância de 5%).

***Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Fonte: AUTORES 2023

A respeito das remoções intraparto para o hospital de referência (tabela 3), há diferenças entre o grupo 1 e 3, sendo o primeiro com maior número de remoções. Observa-se ainda grande número de remoções no grupo 5; entretanto, não foi possível captar a diferença através dos testes estatísticos empregados devido à insuficiência

amostral deste grupo. As complicações intraparto e o uso de intervenções obstétricas são mais comuns no parto de primíparas (grupo 1) do que no parto de múltíparas (grupo 3).

Tabela 3. Classificação de Robson x Remoção intraparto. Casa de Parto São Sebastião – DF. Brasil, 2023. (n=96)

Variável	Classe (Nº)	Grupo 1	Grupo 3	Grupo 5	P-valor
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Remoção parturiente?	Não (54)	20 (37,74)	32 (84,21)	2 (40)	<0,001
	Sim (42)	33 (62,26)	6 (15,79)	3 (60)	
Comparações múltiplas***				P-valor	
Grupo 1	-		Grupo 3	<0,001	
Grupo 1	-		Grupo 5	0,999	
Grupo 3	-		Grupo 5	0,080	

Nota: * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

***Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Fonte: AUTORES 2023

Já no puerpério, a necessidade de remoção (tabela 4) predomina entre as puérperas do grupo 3, quando comparadas ao grupo 1. Não houve diferenças na comparação dos demais grupos.

Tabela 4. Classificação de Robson x Remoção da puérpera. Casa de Parto São Sebastião – DF. Brasil, 2023. (n=98)

Variável	Classe (Nº)	Grupo 1	Grupo 3	Grupo 5	P-valor
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Remoção puérpera?	Não (44)	33 (61,11)	8 (20,51)	3 (60)	<0,001
	Sim (54)	21 (38,89)	31 (79,49)	2 (40)	
Comparações múltiplas***				P-valor	
Grupo 1	-		Grupo 3	<0,001	
Grupo 1	-		Grupo 5	0,999	
Grupo 3	-		Grupo 5	0,136	

Nota: * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

***Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Fonte: AUTORES 2023

Quando se avalia a motivação para a remoção da puérpera (tabela 5), observam-se diferenças entre todos os grupos. As lacerações que necessitam procedimentos médicos para correção e as alterações no hemograma prevalecem entre as pacientes do grupo 1; enquanto a retenção placentária ou suspeita de restos

placentários, alterações pressóricas, teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz predominam no grupo 3.

Tabela 5. Classificação de Robson x Motivo de remoção da puérpera. Casa de Parto São Sebastião – DF. Brasil, 2023. (n=54)

Variável	Classe (Nº)	Grupo 1	Grupo 3	Grupo 5	P-valor
		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
Remoção puérpera? - Se puérpera, qual o motivo?	Retenção placentária ou suspeita de restos placentários (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0,033
	Lacerações que necessitem de procedimentos médicos (5)	3 (60)	1 (20)	1 (20)	
	Alterações pressóricas (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz (4)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	
	Alterações de hemograma (4)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	
	Covid 19 ou suspeita (1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
	Acompanhamento do recém-nascido (35)	15 (42,86)	20 (57,14)	0 (0)	
Comparações múltiplas***				P-valor	
Grupo 1	-	Grupo 3		0,059	
Grupo 1	-	Grupo 5		0,040	
Grupo 3	-	Grupo 5		0,027	

Nota: * Teste Exato de Fisher (níveis de significância de 5%).

***Método de comparações múltiplas pelo método de Benjamini - Hochberg.

Fonte: AUTORES 2023

DISCUSSÃO

O trauma perineal relacionado ao parto é definido como danos à pele, músculos do períneo, bem como ao complexo do esfíncter anal e ao epitélio anal. Os fatores de risco mais comuns relatados na literatura para rupturas de terceiro e quarto graus incluem primiparidade, etnia da mãe, bebês grandes para a idade gestacional e certas intervenções usadas no trabalho de parto e nascimento, como partos instrumentais. As práticas preventivas com vários graus de eficácia e muitas vezes dependentes da

paridade incluíam: massagem perineal pré-natal, diferentes posições maternas de parto, partos na água, compressas quentes e proteção do períneo.⁽¹³⁾

Em estudo retrospectivo realizado em maternidade brasileira com análise de 765 partos vaginais, algumas variáveis como histórico obstétrico (cesarianas ou abortamentos prévios), dilatação no momento de realização da amniotomia, dilatação do colo do útero no momento da admissão, tempo de trabalho de parto, tempo de período expulsivo e idade da paciente, são relevantes na ocorrência lacerações e seus graus ou mesmo para a manutenção do períneo íntegro. Na avaliação estatística do estudo, a presença de um parto vaginal prévio, ou mais, é considerado um fator protetor para lacerações graves ($p=,0000$). Em relação ao peso fetal, não houve associação de lacerações com recém-nascidos com peso superior a 4000g. As variáveis apresentação do primeiro feto, presença das membranas amnióticas íntegras na admissão, utilização do partograma, tipo de parto e tipo de gestação, mostraram porcentagens semelhantes entre as pacientes que tiveram ou não lacerações. Partos ocorridos na emergência foram fatores de proteção para as lacerações graves.⁽¹⁴⁾

Um estudo chinês de caso-controle retrospectivo de um único centro com 7238 pacientes com laceração perineal espontânea (qualquer grau) e o grupo controle com 7879 casos com pacientes sem laceração perineal mostrou que os principais fatores de risco relacionados à laceração perineal durante o parto são: a idade das pacientes, IMC antes do parto, número de gestações e partos, diabetes gestacional diagnosticado, parto domiciliar, parto vaginal após cesariana, uso de ocitocina na segunda etapa do parto, a duração da segunda etapa do parto, o peso corporal e a circunferência da cabeça do recém-nascido. Fatores independentes que aumentam o risco de laceração perineal durante o parto são idade avançada da mulher, história de cesariana, maior peso ao nascer do recém-nascido e fatores que reduzem o risco de trauma perineal espontâneo são maior número de partos e partos domiciliares.⁽¹⁵⁾ Portanto, pacientes do grupo 3 da Classificação de Robson tem menor risco para as lacerações perineais ou menor gravidade quando ocorrem.

Dentre as recomendações para os cuidados com o períneo, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, estão: aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas; aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o

músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização; não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se apõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia; se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua; realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo; e recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.⁽¹⁶⁾

Um estudo dinamarquês revela que a escolha por dar à luz em unidades obstétricas autônomas Casas de Parto aumenta a probabilidade significativamente de evolução do trabalho de parto de forma espontânea e sem complicações, com bons resultados para a mãe e o bebê, em ambos os grupos. Em comparação com as multíparas (grupo 3), as taxas de transferência foram substancialmente mais altas para as primíparas (grupo 1), mas caíram ao longo do tempo, enquanto as taxas para as multíparas permaneceram estáveis.⁽¹⁷⁾

Uma revisão integrativa de estudos de centros de parto publicados em inglês desde 1980, com análise de vinte e três fontes quantitativas e nove fontes qualitativas que descrevem resultados maternos e neonatais, revela resultados positivos. As taxas de parto vaginal espontâneo e integridade perineal foram maiores para as mulheres que iniciaram os cuidados em uma casa de parto em comparação com as mulheres nos cuidados hospitalares. As taxas de parto cesáreo também foram menores para as mulheres que planejaram cuidados em centros de parto. Poucos desfechos maternos graves e nenhuma morte materna foram relatados em qualquer estudo. As mulheres ficaram satisfeitas com o atendimento abrangente e personalizado que receberam nos centros de parto. As taxas de transferência intraparto variaram de 11,6% a 25,4%. As nulíparas apresentaram taxas de transferência maiores do que as multíparas.⁽¹⁸⁾ A taxa de transferência intraparto da Casa de Parto durante o período do estudo foi de 9,9%, inferior às taxas obtidas na revisão integrativa.

O fato do maior número de puérperas removidas pertencerem ao grupo 3 da Classificação de Robson pode estar diretamente relacionado à menor adesão deste grupo ao pré-natal; e por conseguinte, maior descumprimento do protocolo institucional. É preciso ainda avaliar o que motivou a remoção nos diferentes grupos para melhor compreensão dessa distribuição.

Uma revisão sistemática e meta-análise de 47 estudos envolvendo 7.043.218 mulheres, os resultados mostraram que a cesariana anterior e o baixo peso pré-

gestacional aumentaram significativamente o risco de lacerações perineais graves. Os resultados também demonstraram que a episiotomia foi protetora contra lacerações perineais graves no parto a fórceps, mas não no parto vaginal espontâneo ou parto com vácuo extração. Nuliparidade, feto em posição occipitoposterior ou occipitotransversal e episiotomia na linha média também foram fatores de risco independentes para lacerações perineais graves.⁽¹⁹⁾ Neste estudo, 3 das 5 pacientes que apresentaram lacerações graves com necessidade de procedimentos médicos para correção eram do grupo 1 (nulípara) e 1 delas do grupo 5 (cesárea prévia), corroborando os achados na revisão mencionada.

A retenção placentária foi responsável somente por uma remoção de puérpera do grupo 3 da Classificação de Robson. Caracteriza-se como terceiro estágio do parto anormal que merece intervenção quando ocorre a retenção da placenta por mais de 30 minutos, já que a maioria dos terceiros estágios é concluída nos primeiros 10 a 20 minutos após o parto.

Placentações anormais, como placenta acreta, placenta increta e placenta percreta, são causas importantes de hemorragia após o parto, causando morbidade e mortalidade materna. Um estudo transversal retrospectivo feito em pacientes com placentação anormal levando à histerectomia periparto de emergência revelou que 77,7% das inserções placentárias anômalas ocorreram em múltiparas. Dentre os fatores de risco, a cesariana prévia é comumente associada à placentação anormal seguida de placenta prévia e pré-eclâmpsia.⁽²⁰⁾

Hipertensão, diabetes e obesidade são condições comuns na gravidez, sejam isoladamente ou em várias combinações (duas condições combinadas ou mesmo as três juntas). Um estudo canadense com 506.483 gestantes com mais de 20 semanas de idade gestacional revelou que a diabetes e a hipertensão aumentaram linearmente com o aumento da idade materna, juntamente com suas combinações e, até certo ponto, com maior paridade.⁽²¹⁾

Idade, paridade e interação entre os dois pode resultar em resultados mais adversos para puérperas e bebês, tais como hipertensão gestacional, eclâmpsia/pré-eclâmpsia, placenta prévia, implantação placentária, hemorragia pós-parto, parto prematuro, cesariana e índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida.⁽²²⁾ A hipertensão gestacional e eclâmpsia/pré-eclâmpsia ocorre mais em múltiparas (grupo 3) que primíparas (grupo 1), o que está de acordo com o estudo. Cabe ressaltar que

todas as remoções de puérperas por alterações pressóricas (N=4) ocorreram nas pacientes do grupo 3.

Todas as pacientes com teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz que foram removidas para o hospital de referência (N=4) pertenciam ao grupo 3 da Classificação de Robson.

Em um estudo de coorte americano de 2.566.246 mulheres, houve 991 gestações complicadas por infecção materna com sífilis (0,04%). A infecção por sífilis foi significativamente associada ao parto prematuro e com a admissão do recém nascido após 24 horas de vida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, mesmo após ajuste por regressão logística multivariada para vários fatores de confusão em potencial, incluindo idade materna, raça/etnia, educação, paridade, consultas pré-natais, índice de massa corporal, tabagismo e nível sócio-econômico das pacientes.⁽²³⁾ A morbidade associada à doença justifica a remoção para o hospital de referência para investigação de sífilis congênita neonatal (exames diagnósticos, como raio X de ossos longos, punção lombar para pesquisa do treponema em líquido, entre outros) e condutas necessárias (uso de penicilina cristalina).

Um estudo ecológico brasileiro, com dados referentes à sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil no período de 2011 a 2020, observou-se um crescimento de 459,9% do número de casos de sífilis em gestantes, com discreta redução em 2019 e 2020. Como consequência, houve aumento dos casos de sífilis congênita, com aumento de 278,9% no mesmo período. A taxa de detecção de gestantes com sífilis para cada 1.000 nascidos vivos foi de 4,7 em 2011, alcançando 21,5 em 2018, 21,8 em 2019 e 21,6 em 2020. Da mesma forma, a sífilis congênita apresentou aumento da taxa de detecção com valores de 3,3 em 2011, 8,5 em 2019 e 7,7 em 2020.⁽²⁴⁾

A análise do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil revelou maior prevalência da doença em mulheres jovens, pardas e de baixa escolaridade. A maior parte das gestantes com sífilis apresentou ensino fundamental incompleto (25,4%), sendo menor a prevalência entre as gestantes que possuíam ensino superior incompleto (1,4%), superior completo (1,1%) e analfabetas (0,7%).⁽²⁴⁾ Nesse estudo, houve associação do grupo 3 da Classificação de Robson com menor escolaridade e agora também com a necessidade de remoção da puérpera por infecção por sífilis não tratada no pré-natal ou tratada inadequadamente, o que corrobora o estudo brasileiro.

A anemia é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna em todo o mundo, afetando cerca de dois terços das mulheres grávidas nos países em

desenvolvimento. Sabe-se que em função da hemodiluição durante a gestação e perda sanguínea no parto, é relativamente comum que os valores de hematócrito e hemoglobina estejam baixos no puerpério imediato e mediato. Por esta razão, não é rotina no serviço solicitar hemograma no pós parto, pois já são esperadas essas alterações hematológicas. Entretanto, quando a paciente apresenta perda sanguínea aumentada ou sintomas característicos de anemia (fraqueza, tontura, lipotimia e outros), faz-se a verificação da hematimetria antes da alta através do hemograma.

Segundo a OMS, a anemia severa entre puérperas é um problema de saúde pública e importante causa de morbimortalidade materna. O intervalo intergestacional inferior a dois anos e a ausência de parceiro conjugal estão associados à anemia pós-parto, enquanto o parto por via vaginal e a baixa paridade são protetores contra a anemia pós-parto.⁽²⁵⁾

Uma revisão sistemática revelou que a prevalência média de anemia gestacional nos países em desenvolvimento foi de 46,5%, variando de 18,1% a 75% em diferentes estudos. Fatores como aumento da idade materna, baixa escolaridade, alta paridade, baixo status socioeconômico, baixo estado nutricional e certas doenças foram encontrados como importantes determinantes da anemia. Há uma necessidade de melhorar o status socioeconômico, a alfabetização, a dieta e a saúde geral das mulheres pobres nesses países.⁽²⁵⁾

Sobre as alterações de hemograma que resultaram em remoção para o hospital de referência, 75% eram do grupo 1 e 25% do grupo 3, o que contraria as referências citadas, pois o primeiro considera a baixa paridade como fator protetor contra a anemia pós parto e, o segundo, associa alta paridade como determinante da anemia.

Há diferenças entre os grupos 1 e 3 da Classificação de Robson em relação a necessidade de remoção do recém-nascido ($p < 0,001$), com prevalência de maior número de remoções entre aqueles nascidos de mães do grupo 3; apesar de não haver diferenças entre os grupos quando se avalia a motivação para tal.

Um ensaio clínico randomizado com 666 primíparas em trabalho de parto foram aleatoriamente divididas em um grupo intervenção e controle (333 em cada grupo). O grupo intervenção recebeu um modelo de cuidado liderado por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto, sendo menos propenso a experimentar cesariana, hemorragia pós-parto, analgesia com opiáceos, exames vaginais, asfixia neonatal, e hospitalização neonatal e foi mais propenso a experimentar menor tempo de internação trabalho de parto e parto vaginal do que o grupo de controle (todos, $P < 0,05$). A taxa de

asfixia neonatal (apgar de 5º minuto menor que 7) no grupo intervenção foi menor do que no grupo controle (dois versus quatro casos, $P < 0,05$). Dois recém-nascidos no grupo de intervenção necessitaram de internação, em comparação com 13 no grupo controle ($P < 0,05$). Portanto, os cuidados liderados por enfermeiras obstetras melhoram os resultados do parto e promovem saúde materno-infantil em primíparas.⁽²⁶⁾ O resultado dos cuidados intra-parto refletem diretamente a menor quantidade de recém-nascidos de puérperas do grupo 1 que necessitaram de transferência.

CONCLUSÃO

Apesar da Classificação de Robson ter sido criada com o objetivo de identificar o perfil das mulheres submetidas à cesarianas e a partir da categorização, avaliar, monitorar e traçar estratégias para redução das elevadas taxas de partos cirúrgicos nos serviços obstétricos, sua utilização também pode ser útil em prever e monitorar os desfechos maternos e perinatais. Nos centros de partos normais pode subsidiar condutas e intervenções durante a internação da paciente e corroborar com as indicações de transferência para o hospital, quando necessário.

Este estudo revelou que a necessidade do uso de ocitocina durante o período expulsivo, a ocorrência de lacerações perineais e necessidade de sutura, as remoções de parturientes, puérperas e recém-nascidos correlacionam-se com os grupos 1, 3 e 5 da Classificação de Robson. Além disso, a classificação também está relacionada com a idade e escolaridade da parturiente, atendimento ao protocolo institucional e o peso do nascituro.

Pode-se, portanto, implementar e ampliar o uso da Classificação de Robson para além dos hospitais, incluindo os Centros de Partos Normais e Casas de Parto. Isto poderá contribuir para criação de estratégias de avaliação do pré-natal, subsidiar mudanças nos protocolos institucionais, melhorar a qualidade da assistência, monitorar desfechos maternos e perinatais, além reduzir as taxas de cesáreas nos hospitais de referência, garantindo mais segurança tanto para a usuária, como para os profissionais que as assistem.

REFERÊNCIAS

1. Najafi TF, Roudsari RL, Ebrahimipour H. A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electron Physician*. 2017;9(10):5446-51.
2. Silva T, Dumont-Pena É, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento D, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):235-42.
3. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240-55.
4. Cruz FL. Parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrizes: e a qualificação da atenção ao parto no Brasil desde o século XIX. 1.ed. ed. Brasília, DF.: Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA; 2023.
5. Oliveira TCdMd, Pereira ALdF, Penna LHG, Rafael RdMR, Pereira AV. Adequação da assistência pré-natal em casa de parto e causas associadas com as transferências hospitalares. *Rev gaúch enferm*. 2019;40:e20180419-e.
6. Saúde Md. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha . . Brasília, DF.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.; 2011.
7. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6).
8. Lancet T. Stemming the global caesarean section epidemic. *The Lancet*. 2018;392(10155):1279.
9. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *Bjog*. 2016;123(5):667-70.
10. Rudey EL, Leal MDC, Rego G. Cesarean section rates in Brazil: Trend analysis using the Robson classification system. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(17):e19880.
11. Organization WH. Robson Classification: Implamentation Manual. Geneva2017.
12. Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2011;24(1):61-6.
13. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management.
14. Aguiar SV, Gonçalves ER, Bezerra LRPS. Análise da incidência e prevalência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza-CE. *Revista de Medicina da UFC*. 2019;59(1):39.
15. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, et al. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13).
16. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - Versão preliminar. Brasil: Ministério da Saúde.; 2022.
17. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017;17(1).
18. Alliman J, Phillippi JC. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016;61(1):21-51.

19. Hu Y, Lu H, Huang Q, Ren L, Wang N, Huang J, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Clin Nurs*. 2022.
20. Heena AB, Kumari G. Retrospective study of placenta accreta, placenta increta and placenta percreta in Peripartum hysterectomy specimens. *Indian J Pathol Microbiol*. 2020;63(Supplement):S87-s90.
21. Berger H, Melamed N, Murray-Davis B, Hasan H, Mawjee K, Barrett J, et al. Prevalence of Pre-Pregnancy Diabetes, Obesity, and Hypertension in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(11):1579-88.e2.
22. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, et al. The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1056064.
23. Schlueter A, Doshi U, Garg B, Hersh AR, Caughey AB. Adverse pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):5828-33.
24. Ramos AM RT, Costa IL de OF, Reis APO, Lima SB de A, Paiva DS de BS. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. 2022; 15(1).
25. Mremi A, Rwenyagila D, Mlay J. Prevalence of post-partum anemia and associated factors among women attending public primary health care facilities: An institutional based cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263501.
26. Jiang XM, Chen QY, Guo SB, Jin LZ, Huang XX, Liu XW, et al. Effect of midwife-led care on birth outcomes of primiparas. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(6):e12686.

5 DISCUSSÃO

Um estudo global revelou que com o desenvolvimento dos tempos e o progresso da sociedade, a taxa de fecundidade total (TFT) mudou acentuadamente em cada país. Dentre os fatores que tendenciam a TFT estão a educação feminina, a expectativa de vida e a relação com a riqueza nacional do país ou região. A influência cumulativa dos anos de escolaridade esperados das mulheres sobre a taxa de fecundidade evidenciou que quando eram de 12 anos ou menos, a TFT diminuiu de forma estável com o aumento dela. No entanto, quando a expectativa de escolaridade das mulheres ultrapassou os 15 anos, a taxa mostrou uma ligeira recuperação. Entretanto, em regiões desenvolvidas (Europa Ocidental e países relacionados, bem como Europa Oriental), independentemente da duração dos anos de escolaridade esperados para as mulheres, não houve associação significativa entre ela e TFT.⁽⁸⁰⁾

No Brasil, um estudo comparativo entre três cidades de diferentes regiões brasileiras (1 capital nordestina e 2 cidades do interior das regiões Sul e Sudeste) mostrou a mudança do perfil das mães primíparas. As mulheres que estão dando à luz seu primeiro filho tendem a ser mais velhas, com maior escolaridade e a pertencer a grupos de renda mais ricos. Observou-se também aumento da proporção de mulheres que tiveram o primeiro filho após os 30 anos. A fecundidade na adolescência apresentou queda em toda a população, porém, o aumento da proporção de mães adolescentes primíparas, notadamente entre as de menor poder aquisitivo, segue em crescimento.⁽⁸¹⁾ Portanto, nota-se a associação do grupo 1 da CR com níveis mais altos de escolaridade (Tabela 13).

Sobre o pré-natal, fatores sociodemográficos e relacionados à gravidez, como idade entre 20 e 34 anos, ter ensino médio ou superior, pertencer a um quintil de riqueza da população que não seja o mais pobre, ter uma segunda ou terceira gravidez e ter uma gravidez desejada aumentaram a probabilidade de apresentar adesão adequada ao pré-natal.⁽⁸²⁾

Em função da alteração de fatores psicossociais durante a gestação, existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da paridade, sendo que mulheres primíparas tendem a evidenciar maiores preocupações que as multíparas. Já nas multíparas observa-se maior nível de estresse e ansiedade. Esse aumento da ansiedade em mulheres com outros filhos pode estar associado a preocupações

relativas à aceitação e às responsabilidades maternas face aos filhos pré-existentes. De fato, apesar do conhecimento prévio associado ao processo de gravidez, as mulheres multíparas experienciam outras inquietações como a necessidade de adequar as tarefas maternas, o aumento das responsabilidades e preocupações, bem como o aumento das despesas associadas aos filhos.⁽⁸³⁾ Tais fatores tendem a explicar a menor adesão ao pré-natal, especialmente das pacientes do grupo 3 da CR deste estudo, pois trata-se de uma população de nível socioeconômico predominantemente baixo (Tabela 14).

A menor adesão ao pré-natal das pacientes classificadas como grupo 5 (cesariana prévia) pode estar associada ao desejo da paciente de vivenciar a experiência de parto vaginal, porém já cerceada pelos próprios profissionais que a assistem no pré-natal, pois ainda é dominante entre eles a cultura de “uma vez cesárea, sempre cesárea”. A justificativa utilizada é de que o parto vaginal após cesárea (PVAC) pode aumentar o risco de ruptura uterina, emergência obstétrica que pode levar a um quadro hemorrágico grave, com alto risco de morbimortalidade materna e neonatal, o que atualmente já se encontra infundada.

Um estudo sueco incluiu 2017 mulheres que foram submetidas a cesarianas anteriores em duas *coortes* históricas de quatro anos cada, antes e depois da implementação de mudanças específicas na prática clínica obstétrica entre os grupos, para comparar a taxa de PVAC, incluindo os resultados maternos e perinatais. Dentre as mudanças estavam o monitoramento do pH sanguíneo do capilar fetal (padrão ouro na avaliação da vitalidade fetal intraparto) como complemento à cardiotocografia, alterações nas diretrizes clínicas locais para indução do parto (substituição das prostaglandinas por cateteres de Foley para mulheres com cesariana anterior), apoio psicológico a mulheres com medo do parto por uma equipe de enfermeiras obstetras e o acompanhamento das cicatrizes uterinas por ultrassom.⁽⁸⁴⁾

A taxa de tentativa de PVAC foi de 65,0% e 76,9% no grupo I e grupo II, respectivamente (OR 1,79; 95% CI 1,47–2,18; $p < 0,0001$) e a taxa de PVAC foi de 49,8% e 62,0% (OR 1,65, 95% CI 1,38–1,98, $p < 0,0001$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação aos resultados e complicações maternas de mulheres submetidas à tentativa de parto vaginal após cesariana. A mesma porcentagem (cerca de 1%) de ruptura uterina foi encontrada nos dois grupos. Não foram observados sinais clínicos de ruptura uterina após PVAC. Não foi encontrada associação entre ruptura uterina e método de indução. Nenhum dos

casos com ruptura ou deiscência uterina necessitou de histerectomia. Não houve óbitos intraparto ou neonatais em nenhum dos grupos.⁽⁸⁴⁾

As evidências da relação entre fatores maternos e perinatais e o sucesso do PVAC são conflitantes. Com base nas meta-análises, os seguintes fatores foram associados a um PVAC bem-sucedido: parto vaginal anterior à cesariana, PVAC anterior, raça branca, índice de Bishop (escore utilizado em Obstetrícia para determinar se uma grávida se enquadra nos critérios para uma indução de parto segura e bem-sucedida) mais alto e má apresentação fetal como indicação para cesárea anterior. Já os seguintes fatores foram associados a um PVAC sem sucesso: idade avançada, obesidade, diabetes, histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, raça não branca, macrossomia, indução do parto e desproporção céfalo-pélvica, distocias, falha na indução como indicações para cesárea anterior. Por outro lado, não há relação estatística associada ao sucesso do PVAC pelos seguintes fatores: fumo, intervalo entre partos, idade gestacional, analgesia durante o trabalho de parto e as indicações de cesárea anterior por sofrimento fetal, hipertensão gestacional e suspeita de macrossomia fetal.⁽⁸⁵⁾

Logo, compreender as influências dos fatores no PVAC pode fornecer evidências suficientes para avaliar as chances de alcançar um parto vaginal bem-sucedido entre mulheres com cesárea anterior. Também pode ajudar o profissional que assiste o pré-natal a fornecer aconselhamento baseado em evidências sobre PVAC, o que tem implicações importantes para evitar as cesarianas de repetição.⁽⁸⁵⁾

Sobre o uso de ocitocina no período expulsivo ou 2º estágio do parto (Tabela 15), a maior necessidade ocorreu no grupo 1 da CR, enquanto tendeu a não ser utilizada em pacientes do grupo 3. Não ocorreram diferenças entre os grupos 1 e 3 em relação ao grupo 5, pois neste último, por se tratar de pacientes com cesariana anterior, o uso da ocitocina nos dois primeiros estágios do trabalho de parto (dilatação e expulsão), apesar de não ser totalmente contraindicada, pode aumentar o risco para ruptura uterina; portanto, não sendo realizada na CP.

No grupo 5, existem riscos associados tanto com a prova de trabalho de parto, como na indução ou mesmo no trabalho de parto espontâneo. Ainda assim, os benefícios da prova de trabalho de parto e da indução, quando bem indicada, superam as indicações de cesariana eletiva para as mulheres desse grupo.⁽⁸⁶⁾

Em um estudo cujo objetivo foi explorar o papel da paridade, idade materna, intervenções médicas e peso ao nascer em relação à duração do TP e dilatação cervical, observou-se que o período latente, o período ativo e o segundo estágio das mulheres nulíparas e o TP total foram todos significativamente mais longos, em comparação com as mulheres multíparas ($P < 0,05$); e não houve diferença significativa entre os dois grupos na dequitação ou terceiro estágio do TP ($P > .05$). Houve ainda relação da faixa etária da paciente com o tempo do período expulsivo, com um segundo estágio significativamente prolongado em mulheres de 30 a 35 anos em comparação com mulheres com menos de 25 anos.⁽⁸⁷⁾

A ideia do apoio pró-ativo ao TP através do uso da ocitocina é iniciar a intervenção precoce quando houver sinais de progresso lento, a fim de evitar o período expulsivo (2º estágio) prolongado com exaustão da mãe, do útero e estresse fetal. Portanto, pode representar um método útil para melhorar o suporte ao TP em mulheres nulíparas (grupo 1 da CR). No entanto, mais evidências baseadas em ensaios clínicos randomizados são necessárias para saber se o uso da ocitocina nas etapas de dilatação e expulsão é comparável ou superior ao tratamento padrão (aguardar a evolução natural do processo de parturição).⁽⁸⁸⁾

O segundo estágio prolongado do TP está associado ao risco aumentado de baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida. Sabe-se ainda que a morbidade materna e neonatal aumenta significativamente quando o período expulsivo excede 3 horas.

O trauma perineal relacionado ao parto é definido como dano à pele, músculos do períneo, bem como ao complexo do esfíncter anal e ao epitélio anal. Os fatores de risco mais comuns relatados na literatura para rupturas de terceiro e quarto graus incluem primiparidade, etnia da mãe, bebês grandes para a idade gestacional e certas intervenções usadas no TP e nascimento, como partos instrumentais. As práticas preventivas com vários graus de eficácia e muitas vezes dependentes da paridade incluíram: massagem perineal pré-natal, diferentes posições maternas de parto, partos na água, compressas quentes e proteção do períneo.⁽⁸⁹⁾

Em estudo retrospectivo realizado em maternidade brasileira com análise de 765 partos vaginais, variáveis como histórico obstétrico (cesarianas ou abortamentos prévios), dilatação no momento de realização da amniotomia, dilatação do colo do útero no momento da admissão, tempo de TP, tempo de período expulsivo e idade da paciente, são relevantes na ocorrência de lacerações e seus graus, mas

também para a manutenção do períneo íntegro. Na avaliação estatística do estudo, a presença de parto vaginal prévio, ou mais, é considerado fator protetor para lacerações graves ($p=,0000$). Considerando o peso fetal, não houve associação de lacerações com RN com peso superior a 4000g. As variáveis apresentação do primeiro feto, presença das membranas amnióticas íntegras na admissão, utilização do partograma, tipo de parto e tipo de gestação, mostraram porcentagens semelhantes entre as pacientes que tiveram ou não lacerações. Partos ocorridos na emergência foram fatores de proteção para as lacerações graves.⁽⁹⁰⁾

Um estudo chinês de caso-controle retrospectivo de um único centro com 7238 pacientes com laceração perineal espontânea (qualquer grau) e o grupo controle com 7879 casos com pacientes sem laceração perineal mostrou que os principais fatores de risco relacionados à ocorrência de laceração perineal durante o parto são: a idade das pacientes, IMC antes do parto, número de gestações e partos, diabetes gestacional diagnosticado, parto domiciliar, parto vaginal após cesariana, uso de ocitocina na segunda etapa do parto, a duração da segunda etapa do parto, o peso corporal e a circunferência da cabeça do RN. Dentre os fatores que reduzem o risco de trauma perineal espontâneo estão maior número de partos e partos fora do ambiente hospitalar.⁽⁹¹⁾ Portanto, pacientes do grupo 3 da CR tem menor risco para as lacerações perineais ou menor gravidade quando ocorrem (Tabela 16).

Dentre as recomendações para os cuidados com o períneo (Tabela 17), segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde, estão: aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas; aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização; não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se apõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia; se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua; realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo; e recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.⁽⁵⁶⁾

A posição materna pode ser classificada como vertical ou horizontal. As posições horizontais podem ser descritas como aquelas em que os pés da mulher estão no chão. Já nas posições horizontais, a mulher deita-se principalmente na cama com o peso apoiado nas costas. Entretanto, essa classificação pode não ser rigorosa.

A posição materna também pode ser dividida em duas categorias: posições eretas e posições neutras. Na posição ereta, a linha que conecta os centros da terceira e quinta vértebra lombar da mulher é mais vertical do que horizontal, enquanto na posição neutra, essa linha é mais horizontal. Dessa forma, as posições eretas incluem sentado, agachado, ajoelhado e em pé. Já as posições supina, litotômica e lateral são consideradas como posições horizontais.⁽⁵⁸⁾

No segundo estágio do TP, as posições vertical e lateral podem apresentar mais benefícios potenciais para melhorar os resultados maternos e neonatais e lidar com certas complicações obstétricas. No entanto, as posições eretas, especialmente cócoras e sentada, são mais propensas aos traumas perineais, além do que, há evidências indicando que tais posições podem estar correlacionadas com perda de sangue maior que 500mL, o que precisa ser considerado quanto à necessidade de atendimento de possível emergência. Em termos de posições supina e litotomia, a menos que as mulheres se sintam confortáveis, elas devem ser evitadas pelo risco aumentado de trauma perineal grave, TP comparativamente mais longo, maior dor e ocorrência de padrões de FCF não tranquilizadores.⁽⁵⁸⁾

Acredita-se que dar à luz na posição vertical seja benéfico tanto para a mãe quanto para o bebê por várias razões fisiológicas. O posicionamento ereto ajuda o útero a se contrair com mais força e eficiência, o bebê fica em uma posição melhor e assim pode passar pela pelve mais rapidamente. As posições vertical e lateral permitem flexibilidade na pelve e facilitam a extensão da saída. Outra vantagem destas posições é a redução do tempo de período expulsivo. Uma meta análise sugeriu redução na duração do segundo estágio do TP entre as mulheres em posição sacral flexível, com duração média de 3,2 a 34,8 minutos. A diferença média ponderada combinada com o modelo de efeito aleatório foi de 21,118 (IC: 11,839–30,396) minutos, com a mesma heterogeneidade significativa entre os estudos ($I^2 = 96,8\%$, $p < 000$).⁽⁵⁹⁾

Uma metassíntese revelou uma imensa quantidade de identidades individuais e fatores socioculturais que influenciaram posições preferidas de TP e parto das mulheres, com possíveis implicações do tipo de posição de parto na saúde pós-parto, tais como: privacidade, percepções negativas de certas posições, nível de dor, saúde física, entre outras.⁽⁹²⁾

Apesar dos sentimentos contraditórios, foram observadas diferenças culturais entre os estudos africanos e euro-americanos. Mulheres africanas preferiram posições verticais de parto. Suas razões apoiam-se em descobertas de estudos

anteriores: países com pouco recursos, parto domiciliar com parteiras tradicionais devido aos costumes, inacessibilidade aos serviços de saúde, alto custo e falta de conhecimento de outras posições de parto. Contudo, estas costumam ter mais flexibilidade durante o TP e autonomia para assumir a posição de parto preferida. Já os países com muitos recursos oferecem menos opções de posições de parto e uso mais comum de posições horizontais, o que parece estar relacionado à extensa medicalização e abordagens tecnocráticas para o parto. As posições de nascimento horizontais padrão usadas em hospitais também restringiram a autonomia das mulheres na decisão. Outro estudo descobriu que a escolha das posições de nascimento durante o TP é decidido principalmente por parteiras ou profissionais de saúde, e que as mulheres que usavam uma posição ereta em oposição à posição horizontal padrão, sentiram-se mais envolvidas em sua própria tomada de decisão.⁽⁹²⁾

Apesar das evidências apontarem cada vez mais para as vantagens do parto verticalizado, pacientes do grupo 3 da CR, geralmente com experiências pregressas de partos hospitalares em posições horizontais, tendem a reproduzir o modelo do parto anterior. Elas acreditam que somente através dessas posições “tradicionais” é possível o nascimento dos seus bebês. Já aquelas que vivenciam uma primeira experiência de parto com orientação de livre escolha da posição de parir são mais receptivas às orientações dos profissionais quanto à possibilidade de partos em posição não-horizontalizadas (Tabela 18).

Um estudo dinamarquês revela que a escolha por dar à luz em unidades obstétricas autônomas (CP) aumenta a probabilidade significativamente de evolução do TP de forma espontânea e sem complicações, com bons resultados para a mãe e o bebê, em ambos os grupos. Em comparação com as múltiparas (grupo 3), as taxas de transferência foram substancialmente mais altas para as primíparas (grupo 1), mas caíram ao longo do tempo, enquanto as taxas para as múltiparas permaneceram estáveis.⁽¹⁸⁾

Uma revisão integrativa de estudos de centros de parto publicados em inglês desde 1980, com análise de vinte e três fontes quantitativas e nove fontes qualitativas que descrevem resultados maternos e neonatais, revela resultados positivos. As taxas de parto vaginal espontâneo e integridade perineal foram maiores para as mulheres que iniciaram os cuidados em uma CP em comparação com as mulheres nos cuidados hospitalares. As taxas de parto cesáreo também foram menores para as mulheres que planejaram cuidados em centros de parto. Poucos

desfechos maternos graves e nenhuma morte materna foram relatados em qualquer estudo. As mulheres ficaram satisfeitas com o atendimento abrangente e personalizado que receberam nos centros de parto. As taxas de transferência intraparto variaram de 11,6% a 25,4%. As nulíparas apresentaram taxas de transferência maiores do que as múltiparas.⁽⁸⁾ A taxa de transferência intraparto da CP durante o período do estudo foi de 9,9%, inferior às taxas obtidas nesta revisão integrativa (Tabela 19).

O fato do maior número de puérperas removidas pertencerem ao grupo 3 da CR pode estar diretamente relacionado à menor adesão deste grupo ao pré-natal, conforme já discutido anteriormente; e por conseguinte, maior descumprimento do protocolo institucional. É preciso ainda avaliar o que motivou a remoção nos diferentes grupos para melhor compreensão dessa distribuição (Tabela 20).

Uma revisão sistemática e meta-análise de 47 estudos envolvendo 7.043.218 mulheres, os resultados mostraram que a cesariana anterior e o baixo peso pré-gestacional aumentaram significativamente o risco de lacerações perineais graves. Os resultados também demonstraram que a episiotomia foi protetora contra lacerações perineais graves no parto a fórceps, mas não no parto vaginal espontâneo ou parto com vácuo extração. Nuliparidade, feto em posição occipitoposterior ou occipitotransversal e episiotomia na linha média também foram fatores de risco independentes para lacerações perineais graves.⁽⁹³⁾ Neste estudo, 3 das 5 pacientes que apresentaram lacerações graves com necessidade de procedimentos médicos para correção eram do grupo 1 (nulípara) e 1 delas do grupo 5 (cesárea prévia), corroborando os achados na revisão mencionada (Tabela 21).

A retenção placentária foi responsável somente por uma remoção de puérpera do grupo 3 da CR (Tabela 21). Caracteriza-se como terceiro estágio do parto anormal que merece intervenção quando ocorre a retenção da placenta por mais de 30 minutos, já que a maioria dos terceiros estágios é concluída nos primeiros 10 a 20 minutos após o parto.

Placentações anormais, como placenta acreta, placenta increta e placenta percreta, são causas importantes de hemorragia após o parto, causando morbidade e mortalidade materna. Um estudo transversal retrospectivo feito em pacientes com placentação anormal levando à histerectomia periparto de emergência revelou que 77,7% das inserções placentárias anômalas ocorreram em múltiparas.

Dentre os fatores de risco, a cesariana prévia é comumente associada à placentação anormal seguida de placenta prévia e pré-eclâmpsia.⁽⁹⁴⁾

Hipertensão, diabetes e obesidade são condições comuns na gravidez, sejam isoladamente ou em várias combinações (duas condições combinadas ou mesmo as três juntas). Um estudo canadense com 506.483 gestantes com mais de 20 semanas de idade gestacional revelou que a diabetes e a hipertensão aumentaram linearmente com o aumento da idade materna, juntamente com suas combinações e, até certo ponto, com maior paridade.⁽⁹⁵⁾

Idade, paridade e interação entre os dois pode resultar em resultados mais adversos para puérperas e bebês, tais como hipertensão gestacional, eclâmpsia/pré-eclâmpsia, placenta prévia, implantação placentária, parto prematuro, cesariana e índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida.⁽⁹⁶⁾ A hipertensão gestacional e eclâmpsia/pré-eclâmpsia ocorre mais em múltiparas (grupo 3) que primíparas (grupo 1), o que está de acordo com o estudo. Cabe ressaltar que todas as remoções de puérperas por alterações pressóricas (N=4) ocorreram nas pacientes do grupo 3 (Tabela 21)..

Todas as pacientes com teste rápido de sífilis positivo sem tratamento ou tratamento ineficaz que foram removidas para o hospital de referência (N=4) pertenciam ao grupo 3 da CR (Tabela 21)..

Em um estudo de coorte americano de 2.566.246 mulheres, houve 991 gestações complicadas por infecção materna com sífilis (0,04%). A infecção por sífilis foi significativamente associada ao parto prematuro e com a admissão do recém nascido após 24 horas de vida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mesmo após ajuste por regressão logística multivariada para vários fatores de confusão em potencial, incluindo idade materna, raça/etnia, educação, paridade, consultas pré-natais, índice de massa corporal, tabagismo e nível sócio-econômico das pacientes.⁽⁹⁷⁾ A morbidade associada à doença justifica a remoção para o hospital de referência para investigação de sífilis congênita neonatal (exames diagnósticos, como raio X de ossos longos, punção lombar para pesquisa do treponema em líquido, entre outros) e condutas necessárias (uso de penicilina cristalina).

Um estudo ecológico brasileiro, com dados referentes à sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil no período de 2011 a 2020, observou-se um crescimento de 459,9% do número de casos de sífilis em gestantes, com discreta redução em 2019 e 2020. Como consequência, houve aumento dos casos de sífilis

congenita, com aumento de 278,9% no mesmo período. A taxa de detecção de gestantes com sífilis para cada 1.000 nascidos vivos foi de 4,7 em 2011, alcançando 21,5 em 2018, 21,8 em 2019 e 21,6 em 2020. Da mesma forma, a sífilis congênita apresentou aumento da taxa de detecção com valores de 3,3 em 2011, 8,5 em 2019 e 7,7 em 2020.⁽⁹⁸⁾

A análise do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil revelou maior prevalência da doença em mulheres jovens, pardas e de baixa escolaridade. A maior parte das gestantes com sífilis apresentou ensino fundamental incompleto (25,4%), sendo menor a prevalência entre as gestantes que possuíam ensino superior incompleto (1,4%), superior completo (1,1%) e analfabetas (0,7%).⁽⁹⁸⁾ Nesse estudo, houve associação do grupo 3 da CR com menor escolaridade e agora também com a necessidade de remoção da puérpera por infecção por sífilis não tratada no pré-natal ou tratada inadequadamente, o que corrobora o estudo brasileiro (Tabela 21).

A anemia é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna em todo o mundo, afetando cerca de dois terços das mulheres grávidas nos países em desenvolvimento.⁽⁷⁴⁾

Sabe-se que em função da hemodiluição durante a gestação e perda sanguínea no parto, é relativamente comum que os valores de hematócrito e hemoglobina estejam baixos no puerpério imediato e mediato. Por esta razão, não é rotina no serviço solicitar hemograma no pós parto, pois já são esperadas essas alterações hematológicas. Entretanto, quando a paciente apresenta perda sanguínea aumentada ou sintomas característicos de anemia (fraqueza, tontura, lipotimia e outros), faz-se a verificação da hematimetria antes da alta através do hemograma.

Segundo a OMS, a anemia severa entre puérperas é um problema de saúde pública e importante causa de morbimortalidade materna. O intervalo intergestacional inferior a dois anos e a ausência de parceiro conjugal estão associados à anemia pós-parto, enquanto o parto por via vaginal e a baixa paridade são protetores contra a anemia pós-parto.⁽⁷⁴⁾

Uma revisão sistemática revelou que a prevalência média de anemia gestacional nos países em desenvolvimento foi de 46,5%, variando de 18,1% a 75% em diferentes estudos. Fatores como aumento da idade materna, baixa escolaridade, alta paridade, baixo status socioeconômico, baixo estado nutricional e certas doenças foram encontrados como importantes determinantes da anemia. Há uma necessidade

de melhorar o status socioeconômico, a alfabetização, a dieta e a saúde geral das mulheres pobres nesses países.⁽⁷⁴⁾

Sobre as alterações de hemograma que resultaram em remoção para o hospital de referência, 75% eram do grupo 1 e 25% do grupo 3, o que contraria as referências citadas, pois o primeiro considera a baixa paridade como fator protetor contra a anemia pós parto e, o segundo, associa alta paridade como determinante da anemia (Tabela 21).

O resultado dos cuidados intra-parto refletem diretamente a menor quantidade de RN de puérperas do grupo 1 que necessitaram de transferência (Tabela 22). Um ensaio clínico randomizado com 666 primíparas em TP foram aleatoriamente divididas em um grupo intervenção e controle (333 em cada grupo). O grupo intervenção recebeu um modelo de cuidado liderado por enfermeiras obstetras durante o TP, sendo menos propenso a experimentar cesariana, HPP, analgesia com opiáceos, exames vaginais, asfixia neonatal, e hospitalização neonatal e foi mais propenso a experimentar menor tempo de internação TP e parto vaginal do que o grupo de controle (todos, $P < 0,05$). A taxa de asfixia neonatal (apgar de 5º minuto menor que 7) no grupo intervenção foi menor do que no grupo controle (dois versus quatro casos, $P < 0,05$). Dois RN no grupo de intervenção necessitaram de internação, em comparação com 13 no grupo controle ($P < 0,05$). Portanto, os cuidados liderados por enfermeiras obstetras melhoram os resultados do parto e promovem saúde materno-infantil em primíparas.⁽⁹⁹⁾

Destaca-se ainda a significância ao comparar pacientes do grupo 1(sem cesárea anterior) e grupo 5 (com cesariana prévia). Cabe lembrar que o Brasil é um dos países do mundo com maior índice de cesarianas e segundo a CR, pacientes do grupo 5 tem relação direta com a taxa global de cesárea e maiores chances de serem submetidas a nova cesariana, pois ainda é forte a cultura de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Segundo estudo ecológico brasileiro utilizando dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2017, as taxas de cesariana geral e recorrente são 55,1% e 85,3%, respectivamente. Mais de 60% dos RN entre 37-38 semanas ocorreram via cesariana. Os hospitais privados de todas as regiões concentraram as maiores taxas de cesariana, sobretudo os do Centro-oeste, com mais de 80% em todas as idades gestacionais. A taxa geral de cesariana foi altamente correlacionada com todas as taxas de cesariana dos subgrupos de idades gestacionais. Quanto à cesariana

recorrente, verificou-se forte correlação com as taxas de 37-38 e 39-41 semanas no hospital público/misto, diferindo do hospital privado, que apresentou correlações moderadas. Isso indica que a decisão pela cesariana não é pautada em fatores clínicos, o que pode causar danos desnecessários à saúde da mulher e do bebê. Logo, mudanças no modelo de atenção ao parto, fortalecimento de políticas públicas e maior incentivo do PVAC em gestações subsequentes são estratégias importantes para a redução das cesarianas no Brasil.⁽⁴⁾

A Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, em 2019, quando avaliado o motivo da paciente ter tido parto cirúrgico, 11,8% já haviam sido submetida a cesárea anterior, 5,9% aproveitou a cirurgia para fazer a laqueadura, 14,5% não queriam sentir a dor do parto e achavam mais conveniente sua opção, 10,4% referiu a escolha ter sido médica ainda no pré-natal, 15,3% tiveram a cesárea por indicação médica com a justificativa da paciente não ter entrado em TP e 5,5% por outros motivos não revelados na pesquisa. Somente 36,6% tiveram indicação de cesárea por complicações na gravidez ou no TP.⁽¹⁰⁰⁾

Não foram observadas diferenças entre os grupos 3 e 5, o que sugere não haver associação direta entre idade e cesárea anterior. Apesar do número de partos cesáreos não ter associação com paridade ou idade, houve uma associação estatisticamente significativa com índice de massa corpórea (IMC), laceração perineal após parto vaginal anterior e história de diabetes mellitus e diabetes gestacional.⁽¹⁰¹⁾

Considerando que a paridade (Tabela 25) é uma das variáveis obstétricas utilizadas na CR, é coerente e explícito haver diferenças de significância estatística entre os grupos 1 e 3 ou entre os grupos 1 e 5, já que no grupo 1 estão as nulíparas (mulheres que nunca pariram) e nos grupos 3 e 5, as múltiparas (mulheres que já tiveram partos de bebês com peso maior ou igual a 500 g ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas, vivo ou morto, com ou sem malformações, por qualquer via). Não há diferenças entre os grupos 3 e 5, pois ambos são de múltiparas.

É curioso verificar a medida de dispersão “intervalo mínimo e máximo” do grupo 1(nulíparas) e encontrar os valores 1 e 3, respectivamente (Tabela 25). Apesar de parecer incoerente, isso é possível porque a amostra do estudo contém pacientes que tiveram gestações anteriores, mas que não evoluíram para partos, ocorrendo a perda gestacional ou abortamento. Portanto, mesmo aquelas que já gestaram, porém não pariram; seguem classificadas como grupo 1 (nulíparas).

Outro ponto a salientar é que apesar do intervalo mínimo e máximo do grupo 5 (multípara com cesárea prévia) ser 2 e 5, respectivamente, o plano de contingência do serviço restringe a admissão na CP às mulheres com somente uma cesariana prévia. Portanto, os valores maiores que 2 representam perdas gestacionais ou partos normais nos antecedentes obstétricos da paciente.

O peso ao nascer é menor em pacientes do grupo 1, quando comparados aos grupos 3 e 5 da CR (Tabela 26). Um estudo chinês revelou que o risco de nascer uma criança macrossômica foi 1,26 vezes maior para uma multípara em comparação com uma primípara e que a possibilidade de ter fetos com maior peso também está relacionado com a idade gestacional, o nível de escolaridade materna, o nível socioeconômico da família e o diabetes gestacional. Já a idade materna menor que 25 anos, residir em áreas rurais e lactentes do sexo feminino são fatores protetores de macrosomia. Conclui ainda que é preciso fortalecer muito a educação pré-gestacional e a orientação durante a gravidez para controlar o índice de massa corporal pré-gravidez e o peso fetal, além de manter atividade física adequada e uma dieta balanceada.⁽¹⁰²⁾

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Apesar da Classificação de Robson ter sido criada com o objetivo de identificar o perfil das mulheres submetidas à cesarianas e a partir da categorização, avaliar, monitorar e traçar estratégias para redução das elevadas taxas de partos cirúrgicos nos serviços obstétricos, sua utilização também pode ser útil em prever e monitorar os desfechos maternos e perinatais. Nos centros de partos normais pode subsidiar condutas e intervenções durante a internação da paciente e corroborar com as indicações de transferência para o hospital, quando necessário.

2. Este estudo revelou que a necessidade do uso de ocitocina durante o período expulsivo, a ocorrência de lacerações perineais e necessidade de sutura, as remoções de parturientes, puérperas e recém-nascidos correlaciona-se com o grupo da Classificação de Robson. Além disso, a classificação também está relacionada com a idade e escolaridade da parturiente, atendimento ao protocolo institucional e o peso do nascituro.

3. A implementação e ampliação do uso da Classificação de Robson para além dos hospitais, incluindo os centros de partos normais e Casas de Parto, poderão contribuir para criação de estratégias de avaliação do pré-natal, subsidiar mudanças nos protocolos institucionais, melhorar a qualidade da assistência, monitorar desfechos maternos e perinatais, além reduzir as taxas de cesáreas nos hospitais de referência, garantindo mais segurança tanto para a usuária, como para os profissionais que as assistem.

7 REFERÊNCIAS

1. Najafi TF, Roudsari RL, Ebrahimipour H. A historical review of the concept of labor support in technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Electron Physician*. 2017;9(10):5446–51.
2. Hernández Garre JM, Echevarría Pérez P, Gomariz Sandoval MJ. Obstetric nemesis or decrease risk? A discussion bioethical the approach interventionist in low-risk deliveries. *Acta Bioeth*. 2017;23(1):161–70.
3. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet*. 2005;10(3):627–37.
4. Dias BA, Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variations in cesarean and repeated cesarean section rates in Brazil according to gestational age at birth and type of hospital. *Cad Saude Publica*. 2022;38(6):e00073621.
5. Silva TP, Dumont-Pena É, Sousa AM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DC, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):235–42.
6. Laws PJ, Tracy SK, Sullivan EA. Perinatal outcomes of women intending to give birth in birth centers in Australia. *Birth*. 2010;37(1):28–36.
7. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2018;62:240–55.
8. Alliman J, Phillippi JC. Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(1):21–51.
9. Vedam S, Stoll K, MacDorman M, Declercq E, Cramer R, Cheyney M, et al. Mapping integration of midwives across the United States: impact on access, equity, and outcomes. *PLoS One*. 2018;13(2):e0192523.
10. Löwy I. The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2018;25(4):1161–9.
11. Ritter SK, Gonçalves AdC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20180284.
12. Lopes GC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3139.
13. Cruz FL. Partejas, enfermeiras obstétricas e obstetrizes: e a qualificação da atenção ao parto no Brasil desde o século XIX. Brasília (DF): UNFPA; 2023.
14. Oliveira TC, Pereira AL, Penna LH, Rafael RM, Pereira AV. Adequação da assistência pré-natal em casa de parto e causas associadas com as transferências hospitalares. *Rev Gaúch Enferm*. 2019;40:e20180419-e.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 junho 2011; n.121, Seção 1.
16. Gama SG, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CK, Silva SD, et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil - 2017. *Cien Saude Colet*. 2021;26(3):919–29.
17. Diana Alegría D, Mauro Huamaní N, Milena López S, Luis Antonio Ormeño C. Dónde estamos: segmento del libro "Obstetricia y ciencia". *Rev Int Salud Matern Fetal*. 2016;1(5):10–4.
18. Christensen LF, Overgaard C. Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):14.
19. Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, et al. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):329.
20. Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstet Gynecol*. 2019;134(5):1056-65.
21. Lotshaw RR, Phillippi JC, Buxton M, McNeill-Simaan E, Newton JM. A Collaborative Model of a Community Birth Center and a Tertiary Care Medical Center. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):696–702.
22. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e005671.
23. Rudey EL, Leal MD, Rego G. Cesarean section rates in Brazil: trend analysis using the Robson classification system. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(17):e19880.
24. Knobel R, Lopes TJ, Menezes MO, Andreucci CB, Gieburowski JT, Takemoto ML. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(9):522–8.
25. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
26. Lancet T; The Lancet. Stemming the global caesarean section epidemic. *Lancet*. 2018;392(10155):1279.
27. Programáticas DdA. In: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022. p. 680-1.
28. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM, Aleem HA, Althabe F, et al.; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG*. 2016;123(5):667–70.
29. Viana TG, Martins EF, Sousa AM, Souza KV, Rezende EM, Matozinhos FP. Reasons for performing a cesarean section according to the puerperal women reports and the registry of medical records in maternity hospitals in Belo Horizonte. *REME: Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1073.

30. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349–57.
31. Soares KB, Klein VC, Lima JA, Gadenz L, Paulo LE, Konopka CK. Gestational Risk as a Determining Factor for Cesarean Section according to the Robson Classification Groups. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(2):84–90.
32. Freitas PF, Vieira HG. 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*. 2019;8(1):1-9.
33. World Health Organization. Robson classification: implamentation manual. Geneva: WHO;2017.
34. Ybaseta-Medina J. Ruptura uterina en gestantes con antecedente de cesárea previa. *Rev Mméd Panacea*. 2020;9(1):2-3.
35. Practice Bulletin No. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2017;130(5):e217–33.
36. D'Agostini Marin DF, Iser BP. Robson classification system applied to the Brazilian reality. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(2):205.
37. Negrini R, D'Albuquerque IM, de Cássia Sanchez E Oliveira R, Ferreira RD, De Stefani LF, Podgaec S. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. *BMJ Open Qual*. 2021;10(3):e001215.
38. Domingues RM, Luz PM, da Silva Ayres BV, Torres JA, do Carmo Leal M. Cost-effectiveness analysis of a quality improvement program to reduce caesarean sections in Brazilian private hospitals: a case study. *Reprod Health*. 2021;18(1):93.
39. Ferreira FS. Efeito do projeto parto adequado nas taxas de cesáreas, segundo a classificação de Robson [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2021. 98 f.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2017; n.190, Seção 1.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação GM/MS n. 6, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2017; Seção 1.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no sistema único de saúde. *Brasil: Diário Oficial da União*; 2014; n.86, Seção 1.
43. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - PDAD 2018. Brasília (DF): Codeplan; 2018.
- 44 Brasil. Governo do Distrito Federal. Portaria n. 1321, de 14 de dezembro de 2018. Institui a vinculação do componente parto e nascimento da rede cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. In: Federal. SdEdSdD, editor. Distrito Federal: Diário Oficial do Distrito Federal; 2018. n.247, p 41.

45. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União; 2008; n.105, Seção 1.

46. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017 [citado 2023 Maio 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>

47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 11 de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União. 8 jan 2015., Seção 1.

48. Costa Neto P. Estatística. 2a ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2002.

49. Agresti A. An Introduction to categorical data analysis Hoboken. New Jersey: John Wiley & Sons; 2007.

50. Siegel S. Castellan Jr N. Estatística não-paramétrica para ciência do comportamento. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

51. Benjamini Y, Hochberg y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. J R Stat Soc Ser B Methodol. 1995;57(1):289-300.

52. Royston JR. An Extension of Shapiro and Wilk's W Test for Normality to Large Samples. J R Stat Soc C Stat Soc . 1982;31(2):289-300.

53. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2018.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS n. 12, de 19 de abril de 2021. Atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Diário Oficial da União; 2018. n.194, Seção 1.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

56. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - Versão preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.

57. Souza AR, Amorim MR. Intrapartum fetal vitality assessment. Acta Med Port. 2008;21(3):229-40.

58. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. Int J Nurs Sci. 2019;6(4):460-7.

59. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):466.
60. Osilla EV, Sharma S. *Oxytocin*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
61. Aguiar BM, Silva TP, Pereira SL, Sousa AM, Guerra RB, Souza KV, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 4):e20190899.
62. Colacioppo PM, Riesco ML, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):61–6.
63. Organização Pan-Americana da Saúde. *Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica*. Washington: OPAS; 2018.
64. Davis DD, Roshan A, Canela CD, Varacallo M. *Shoulder Dystocia*. Treasure Island: StatPearls; 2022.
65. Almeida MF. *Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Principais Questões sobre Falha de Progressão e Estado Fetal Não Tranquilizador. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [citado 2023 Maio 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-falha-progressao-estado-fetal-nao-tranquilizador/>
67. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Avaliação do Bem-estar fetal intraparto. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018 [citado 2023 Maio 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/avaliacao-do-bem-estar-fetal-intraparto/>
68. Urdal J, Engan K, Eftestøl T, Haaland SH, Kamala B, Mdoe P, et al. Fetal heart rate development during labour. *Biomed Eng Online*. 2021 [cited 2023 May 17];20(1):26. Available from: <https://biomedical-engineering-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12938-021-00861-z>
69. Hobson SR, Abdelmalek MZ, Farine D. Update on uterine tachysystole. *J Perinat Med*. 2019;47(2):152–60.
70. Reynolds AJ, Geary MP, Hayes BC. Intrapartum uterine activity and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):532.
71. Arnold MJ, Sadler K, Leli K. Obstetric Lacerations: prevention and Repair. *Am Fam Physician*. 2021;103(12):745–52.
72. Katsi V, Skalis G, Vamvakou G, Tousoulis D, Makris T. Postpartum Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. 2020;22(8):58.
73. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022.

74. Mremi A, Rwenyagila D, Mlay J. Prevalence of post-partum anemia and associated factors among women attending public primary health care facilities: an institutional based cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(2):e0263501.
75. Andrade BD, Silva ME, Teixeira LB, Ribeiro AA, Pessoa MR. O protagonismo do enfermeiro frente a taquipneia transitória neonatal. *Rev Cient Multidiscip*. 2022;3(6):1-7.
76. Fonseca AS, Janicas RC. Saúde materna e neonatal. São Paulo: Martinari; 2014.
77. Pan S, Lu Q, Lan Y, Peng L, Yu X, Hua Y. Differential effects of delayed cord clamping on bilirubin levels in normal and diabetic pregnancies. *Eur J Pediatr*. 2022;181(8):3111–7.
78. Lima DM, Riesco ML, Schneck CA. Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital. *Rev Paul Enferm*. 2018;29(1/3):47-55.
79. Simon LV, Hashmi MF, Bragg BN. APGAR Score. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022.
80. Cheng H, Luo W, Si S, Xin X, Peng Z, Zhou H, et al. Global trends in total fertility rate and its relation to national wealth, life expectancy and female education. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1346.
81. Farias-Antunez S, Simões VM, Cardoso VC, Silveira MF. Sociodemographic profile of primiparous mothers from nine birth cohorts in three Brazilian cities. *Cad Saude Publica*. 2021;37(4):e00057520.
82. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and Determinants of Adequate Compliance with Antenatal Care in Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(6):442–51.
83. Gomes FC, Aragão FB, Serra LL, Chein MB, Cunha JH, Pires FK, et al. Fatores associados ao perfil psicossocial de mulheres durante o pré natal. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2022;55(1):1-7.
84. Vikhareva O, Nedopekina E, Kristensen K, Dahlbäck C, Pihlgård M, Rickle GS, et al. Strategies to increase the rate of vaginal deliveries after cesarean without negative impact on outcomes. *Midwifery*. 2022;106:103247.
85. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):360.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Principais Questões sobre parto vaginal após cesariana Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019 [citado 2023 Maio 17]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-parto-vaginal-apos-cesariana-pvac-vbac/#:~:text=O%20parto%20normal%20ap%C3%B3s%20uma,manejo%20ser%20adequado%20e%20r%C3%A1pido.>
87. Chen H, Cao L, Cao W, Wang H, Zhu C, Zhou R. Factors affecting labor duration in Chinese pregnant women. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(52):e13901.

88. Brenne Fehn M, Dahlø R, Nielsen R, Laache I, Vanky E. Proactive versus standard support of labour in nulliparous women; study protocol for a randomized, controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):358.
89. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2020;60(2):175-82.
90. Aguiar SV, Gonçalves ER, Bezerra LR. Análise da incidência e prevalência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza-CE. *Rev Med*. 2019;59(1):39.
91. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, et al. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7653.
92. Shorey S, Chan V, Lalor JG. Perceptions of women and partners on labor and birth positions: A meta-synthesis. *Birth*. 2022;49(1):19–29.
93. Hu Y, Lu H, Huang Q, Ren L, Wang N, Huang J, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Clin Nurs*. 2022;jocn.16438. [ahead of print].
94. Heena AB, Kumari G. Retrospective study of placenta accreta, placenta increta and placenta percreta in Peripartum hysterectomy specimens. *Indian J Pathol Microbiol*. 2020;63(5 Supplement):S87–90.
95. Berger H, Melamed N, Murray-Davis B, Hasan H, Mawjee K, Barrett J, et al.; Diabetes, Obesity and Hypertension in Pregnancy Research Network (DOH-NET) and the Southern Ontario Obstetrical Network (SOON) Investigators. Prevalence of Pre-Pregnancy Diabetes, Obesity, and Hypertension in Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(11):1579–88.
96. Dai J, Shi Y, Wu Y, Guo L, Lu D, Chen Y, et al. The interaction between age and parity on adverse pregnancy and neonatal outcomes. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1056064.
97. Schlueter A, Doshi U, Garg B, Hersh AR, Caughey AB. Adverse pregnancy outcomes associated with maternal syphilis infection. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(25):5828–33.
98. Ramos AM, Ramos TJ, Costa IL, Reis AP, Lima SB, Paiva DS. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. 2022; 15(1). *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2022;15(1): e9541.
99. Jiang XM, Chen QY, Guo SB, Jin LZ, Huang XX, Liu XW, et al. Effect of midwife-led care on birth outcomes of primiparas. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(6):e12686.
100. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
101. Alshammari RF, Khan FH, Alkwai HM, Alenazi F, Alshammari KF, Sogeir EK, et al. Role of Parity and Age in Cesarean Section Rate among Women: A Retrospective Cohort Study in Hail, Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1486.
102. Lei F, Zhang L, Shen Y, Zhao Y, Kang Y, Qu P, et al. Association between parity and macrosomia in Shaanxi Province of Northwest China. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):24.

Abstract

Introduction: Historically, childbirth has become technocratic, interventional, hospital and exclusively medical. In Brazil, cesarean rates are among the highest in the world. In developed countries, giving birth in Normal Birth Centers with obstetric nurses is commonplace, safe and incorporated into health systems. The “Rede Cegonha” and the Robson Classification stand out among the strategies that stimulate the creation of Normal Birth Centers, multidisciplinary assistance and the reduction of cesarean rates.

Purposes: To associate the Robson Classification with obstetric variables, need for interventions, indications for transfers and maternal and perinatal outcomes of patients assisted at a Normal Birth Center. **Methods:** Epidemiological, observational, cross-sectional, retrospective and quantitative study carried out at Casa de Parto de São Sebastião-DF. Sociodemographic data, prenatal care, admission exams, delivery and newborn care, intercurrents and need for removal of 570 patients between 2018 and 2021 were applied. Chi-square or Fisher test was applied in the associations of the Robson Classification group with qualitative variables and Kruskal-Wallis or ANOVA for quantitative variables, in addition to p-value adjustment for multiple comparisons of results (5% significance level). **Results:** There are significant differences between the Robson Classification groups and the variables: age, education, compliance with the institutional protocol, use of oxytocin during the second stage, perineal lacerations and sutures, position of the patient during childbirth, birth weight and need for removal intra and postpartum. **Final considerations:** The use of the Robson Classification in Normal Birth Centers predicts the need for interventions and transfers, avoiding unfavorable outcomes, increasing safety for users and professionals.

Keywords: Birthing Centers. Outcome and Process Assessment, Health Care. Obstetric Nursing. Cesarean section. Patient Transfer.

Apêndice

Apêndice 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Introdução

Você está sendo convidada a participar do estudo intitulado: ASSOCIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON COM OS DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL

Caso você aceite fazer parte do estudo, precisará saber dos riscos e benefícios e confirmar sua participação através deste termo de consentimento livre e esclarecido. Aqui esclarecemos aspectos de sua participação no estudo. Se houver qualquer dúvida, favor entrar em contato com o pesquisador responsável pela condução do estudo.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e você pode recusar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o seu tratamento.

O objetivo da pesquisa é correlacionar a Classificação de Robson com a assistência ao parto que lhe foi prestada durante a internação, avaliando os desfechos (resultados) e as transferências realizadas para o hospital, caso tenha sido o seu caso. Esta classificação é um instrumento utilizado mundialmente para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas e qualidade da assistência ao parto prestada nos serviços de saúde. As variáveis usadas para a Classificação de Robson são: se a mulher já tem filhos; se já teve cesárea; se o bebê está de cabeça para baixo, sentado ou transversa; se a gestação é de um só bebê ou gêmeos; se a idade gestacional no momento do nascimento está abaixo ou acima de 37 semanas; se o parto tem início espontâneo, é induzido ou se é feita uma cesárea eletiva. De acordo com essas variáveis, classificamos as mulheres quando elas são internadas para terem o bebê e com isso é possível verificar quais são aquelas com maiores chances de partos normais e aquelas que provavelmente precisarão de cesarianas.

Procedimentos realizados nesta etapa do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e de abordagem quantitativa que será realizado com as pacientes que foram admitidas, tiveram o parto na Casa de Parto ou precisaram ser transferidas para o hospital de referência no período de 2019 a 2021. Sua participação consiste na autorização de uso dos dados coletados durante sua internação no serviço, registrados no prontuário e no livro eletrônico do serviço. Como exemplos dos dados a serem coletados estão: idade, escolaridade, informações do pré-natal como número de consultas, uso de ocitocina (hormônio que induz as contrações) no período expulsivo do TP, ocorrência de lacerações no períneo, vitalidade do recém-nascido ao nascer, necessidade de reanimação neonatal, ocorrência de hemorragias no pós-parto, entre outros.

Esta pesquisa não trará benefícios diretos a você, pois se trata de uma abordagem retrospectiva (passada). Entretanto, trará maior segurança para outras gestantes que venham a ser atendidas na Casa de Parto no futuro, podendo motivar modificações no protocolo de admissão no serviço a médio e longo prazo e servir como parâmetro de aplicação em outros Centros e CP no país. Além de identificar as gestantes com maiores chances de partos normais, a aplicação da Classificação de Robson poderá estar diretamente relacionada com os desfechos obtidos e ajudará os profissionais na tomada de decisão de indicações de transferências, conferindo mais segurança às pacientes e profissionais que prestam a assistência.

Riscos e inconveniências

O acesso ao banco de dados é restrito a pessoas específicas do estudo, entretanto, existe o risco de perda de confidencialidade das informações.

Os dados serão analisados de forma anônima e apresentados em artigo científico no qual os participantes não serão identificados em nenhum momento por nomes, garantindo a confidencialidade das informações.

Alternativas à participação no estudo

Você pode negar a participação na pesquisa, não sendo assim coletados os dados do seu prontuário e do livro eletrônico do serviço.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e você pode retirar seu consentimento, ou ainda, descontinuar sua participação em qualquer momento, sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo ao participante deste estudo, assim como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Entretanto, caso haja algum custo ou dano, o participante será ressarcido ou indenizado pelo pesquisador.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não a identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição.

Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Albert Einstein (centro coordenador deste estudo) pelos telefones (11) 2151-3729/ FAX (11) 2151-0273, ou pelo e-mail cep@einstein.br. O Comitê funciona de segunda a sexta, das 7h às 17h. Além disso, as dúvidas também podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS (comitê ao qual a instituição em que o estudo será realizado está vinculada) por e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017-2132 ramal 6878.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se a vontade para entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela condução do estudo, Hygor Elias (61) 98400-5515 ou Cristiane do Prado pelo telefone (11) 2151-2320.

Reclamações, elogios e sugestões deverão ser encaminhados ao Sistema de Atendimento ao Cliente (SAC) por meio do telefone (11) 2151-0222 ou formulário identificado como “fale conosco” disponível na página da pesquisa clínica, ou pessoalmente.

Aceite de Consentimento Eletrônico

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo do qual participarei. Receberei por whatsapp uma via em formato pdf datada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando o pesquisador com outra via em pdf.

Aceito participar

Não aceito participar

Data: ____/____/____.

Nome completo:_____

e-mail:_____