

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON: UMA FERRAMENTA PARA CARACTERIZAR AS GESTANTES SUBMETIDAS À CESARIANA

Talita Ribeiro Algarves¹
Rivaldo Lira Filho¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8238-8587>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3673-210X>

Objetivo: descrever as características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana segundo o Sistema de Classificação de Robson. **Metodologia:** Pesquisa documental, retrospectiva e descritiva, que avaliou mulheres que realizaram cesariana em uma maternidade do estado do Maranhão no ano de 2017. **Resultados:** Analisados 319 prontuários, predominando as nulíparas (46,71%), submetidas à cesárea antes de iniciar trabalho de parto (61,13%), com gestação à termo (91,54%), feto único (98,43%) e cefálico (95,30%). A maior contribuição para a taxa de cesariana foi do grupo 5, com 28,84% das gestantes e a menor parcela foi classificada no Grupo 9. **Conclusão:** Foi demonstrada a facilidade do uso da Classificação de Robson e os grupos com maior impacto são a população alvo para as intervenções a serem planejadas com o objetivo de otimizar as taxas de cesárea na maternidade.

Descritores: Cesariana; Classificação; Gestantes.

ROBSON CLASSIFICATION: A TOOL TO CHARACTERIZE PREGNANT WOMEN SUBMITTED TO CESARIAN

Objective: to describe the obstetric characteristics of pregnant women submitted to cesarean section according to the Robson Classification. **Methodology:** Documentary, retrospective and descriptive research that evaluated women who underwent cesarean section in a maternity hospital in the state of Maranhão in the year 2017. **Results:** 319 medical records were analyzed, predominantly nulliparous women (46.71%) submitted to cesarean section before starting labor (61.13%), with full term gestation (91.54%), single fetus (98.43%) and cephalic fetus (95.30%). The major contribution to the cesarean rate was in group 5, with 28.84% of the pregnant women and the smallest portion was classified in Group 9. **Conclusion:** It was demonstrated the ease of use of the Robson Classification and the groups with the greatest impact are the target population for the interventions to be planned with the aim of optimizing the rates of cesarean section at maternity.

Descriptors: Cesarean Section; Classification; Pregnant woman.

CLASIFICACIÓN DE ROBSON: UNA HERRAMIENTA PARA CARACTERIZAR LAS GESTANTES SUBMETIDAS A LA CESARIANA

Objetivo: describir las características obstétricas de las mujeres embarazadas sometidas a cesárea según la Clasificación de Robson. **Metodología:** investigación documental, retrospectiva y descriptiva que evaluó a las mujeres que se sometieron a cesárea en un hospital de maternidad en el estado de Maranhão en el año 2017. **Resultados:** se analizaron 319 registros médicos, predominantemente mujeres nulíparas (46,71%) sometidas a cesárea antes de comenzar trabajo de parto (61,13%), con gestación a término (91,54%), feto único (98,43%) y feto cefálico (95,30%). La mayor contribución a la tasa de cesárea fue en el grupo 5, con el 28,84% de las mujeres embarazadas y la porción más pequeña se clasificó en el grupo 9. **Conclusión:** se demostró la facilidad de uso de la Clasificación Robson y los grupos con mayor impacto son la población objetivo para las intervenciones que se planifican con el objetivo de optimizando las tasas de cesárea en maternidad.

Descriptores: Cesárea; Clasificación; Mujeres embarazadas.

¹Universidade Estadual do Maranhão
Autor correspondente: Talita Ribeiro Algarves; e-mail: talitalgarves@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os avanços da obstetrícia contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal em todo o mundo, mas as mulheres ainda são expostas a intervenções, muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia e o uso rotineiro de ocitocina⁽¹⁾. Por isso é comum a visão do parto normal como um episódio de dor e sofrimento, sujeito a complicações, e da cesariana como uma fuga dessa condição ameaçadora que seria o momento do parto vaginal, o que vem aumentando a frequência de cesarianas sem indicação clínica^(1,2).

Estudos da Organização Mundial de Saúde sugerem que as taxas de cesariana não deveriam ultrapassar os 10-15% dos nascimentos, já que acima dessa frequência não se observaram benefícios e diminuição da mortalidade materna e perinatal⁽³⁾. Considerando as características da população brasileira e o elevado número de mulheres com cesariana prévia, a taxa de referência ajustada para o Brasil seria em torno de 25-30%, mas o país vive uma epidemia de cesarianas, com números que tem aumentado progressivamente⁽⁴⁾.

A proporção de cesarianas no país aumentou cerca de 40% do ano de 2000 para 2010, com maior crescimento nas regiões Norte e Nordeste, apesar das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste seguirem com a maior proporção de cesarianas. As taxas são maiores nos serviços privados de saúde, mas ainda assim a frequência de cesarianas nos serviços públicos é extremamente alta⁽⁵⁾.

Além da alta frequência de cesarianas realizadas existe o problema da falta de informações precisas e detalhadas sobre quais as características das pacientes submetidas a esse procedimento cirúrgico⁽⁶⁾. Taxas gerais de cesariana se tornam inúteis e nunca serão boas ou ruins se separadas dos desfechos e das características obstétricas/epidemiológicas da população atendida, por isso a importância da análise por grupos-padrão para discussão sobre taxas apropriadas⁽⁷⁾.

Em 2001 foi proposto por Michael Robson o Sistema de Classificação de Dez Grupos, também conhecido como Classificação de Robson, um instrumento simples e de fácil implementação, onde todas as gestantes internadas para o parto podem ser classificadas em um dos grupos⁽⁶⁾. É uma classificação que permite a comparação padronizada e a análise das taxas de cesariana dentro de cada grupo, pode servir de base para a elaboração de estratégias específicas e direcionadas e foi recomendada pela Organização Mundial de Saúde em 2015 como instrumento para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesariana⁽³⁾.

Considerando as altas taxas de cesariana e tendo em vista a importância de monitorar não apenas o número de cirurgias realizadas, o presente estudo objetivou descrever as características obstétricas das gestantes submetidas à

cesariana segundo o Sistema de Classificação de Robson.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Pesquisa documental, retrospectiva e descritiva, que procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos⁽⁸⁾. A característica da pesquisa documental é que as fontes de coleta de dados são documentos, escritos ou não, contemporâneos ou retrospectivos⁽⁹⁾.

Participantes da pesquisa

Mulheres cuja cesariana aconteceu na maternidade pesquisada no ano de 2017. Critérios que excluía participantes foram: prontuários de pacientes cujas informações de identificação não estavam legíveis, assim como os prontuários de mulheres que tiveram como produto do nascimento um feto morto (considerando-se feto morto aquele que nasce pesando mais de 500g e que não tem evidência de vida após o nascimento).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Maternidade Carmosina Coutinho, considerada a maternidade pública de referência para os sete municípios da região de saúde de Caxias, no estado do Maranhão.

Coleta de dados

Os prontuários utilizados para a coleta de dados se referem ao período de janeiro a dezembro de 2017, quando ocorreram 3451 partos na maternidade pesquisada, sendo 1852 cesarianas. A partir do número total de cesarianas foi realizado um cálculo amostral, feito com uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo como resultado o valor de 319, que foi o número de prontuários analisados. Para a estratificação da amostra utilizou-se como parâmetro o percentual de cesarianas realizadas em cada mês de 2017, sendo posteriormente realizada a distribuição amostral proporcional para cada mês.

A coleta foi feita a partir do preenchimento de um formulário baseado nos critérios utilizados pela Classificação de Robson.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica Excel e posteriormente analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Maranhão, sob parecer nº 3.047.695.

RESULTADOS

Foram avaliados 319 prontuários de mulheres submetidas ao procedimento de cesariana no ano de 2017. A tabela 1 expõe as características sociodemográficas das gestantes que compõem a amostra. As idades mais frequentes estavam entre 21 a 30 anos (42,32%) e as menos frequentes foram menor que 15 anos e maior que 40 anos (1,88%, ambas). Entre as mulheres pesquisadas predominou a situação conjugal de união estável (32,92%). Em relação a escolaridade, 29,15% das gestantes possuem nível fundamental incompleto e apenas 8,15% possuem ensino superior, seja completo ou incompleto. No que diz respeito a raça, 72,1% dos prontuários não possuíam informações sobre o assunto e 23,51% das mulheres foram declaradas como pardas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres submetidas à cesariana no ano de 2017, Caxias-MA, 2019.

Idade	n	%
< 15 anos	6	1,88%
15 a 20 anos	100	31,35%
21 a 30 anos	135	42,32%
31 a 40 anos	72	22,57%
>40 anos	6	1,88%
Situação conjugal		
União estável	105	32,92%
Casada	75	23,51%
Solteira	105	32,92%
Sem informação	34	10,66%
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	5	1,57%
Nível Fund. Completo	15	4,70%
Nível Fund. Incompleto	93	29,15%
Nível Médio completo	85	26,65%
Nível Médio Incompleto	48	15,05%
Superior Completo	8	2,51%
Superior Incompleto	18	5,64%
Sem Informação	47	14,73%
Raça/Cor		
Branca	3	0,94%
Negra	11	3,45%
Parda	75	23,51%
Sem Informação	230	72,10%

Fonte: Prontuários

A tabela 2 expõe os resultados das características obstétricas das gestantes incluídas na pesquisa. Entre as mulheres pesquisadas 46,71% foram classificadas como nulíparas, e mais da metade das gestantes múltiparas possuía cesariana prévia. Com relação ao início do trabalho de parto, 61,13% das gestantes foram submetidas à cesárea antes de apresentarem trabalho de parto espontâneo. Quanto à idade gestacional nota-se que a grande maioria das cesarianas (90%, foram em gestações a termo, com apenas 10% de prematuros. No que diz respeito à apresentação/situação fetal, 95,30% dos fetos apresentavam-se cefálicos. Em relação ao número de fetos predominou as gestações com feto único, compreendendo 98,43% das gestantes analisadas.

Tabela 2- Características obstétricas das gestantes submetidas à cesariana em 2017, Caxias-MA, 2019.

Paridade	N	%
Nulípara	149	46,71%
Múltipara sem Cesária anterior	72	22,57%
Múltipara com Cesária anterior	98	30,72%
Início de Trabalho de Parto		
Espontâneo	99	31,03%
Induzido	25	7,84%
Cesárea antes do início do TP	195	61,13%
Idade Gestacional		
≥ 37 semanas	292	91,54%
< 37 semanas	27	8,46%
Apresentação/Situação Fetal		
Cefálica	304	95,30%
Pélvica	14	4,39%
Transversa	1	0,31%
Número de Fetos		
Único	314	98,43%
Múltiplo	5	1,57%

Fonte: Prontuários.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes submetidas à cesariana em 2017 segundo a Classificação de Robson, Caxias-MA, 2019

GRUPO	Características	n	%
Grupo 1	Nulíparas com feto único, a termo, em TP espontâneo	37	11,60%
Grupo 2	Nulíparas com feto único, cefálico, a termo, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do TP	87	27,27%
Grupo 3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo, em TP espontâneo	21	6,58%

Grupo 4	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, a termo, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do TP	41	12,85%
Grupo 5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, a termo e cefálico	92	28,84%
Grupo 6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	8	2,51%
Grupo 7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	5	1,57%
Grupo 8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	5	1,57%
Grupo 9	Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1	0,31%
Grupo 10	Todas gestantes com feto único e cefálico, pré-termo, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	22	6,90%

Fonte: Autores. Nota: Feto a termo = maior ou igual a 37 semanas de gestação; Feto pré-termo = menor que 37 semanas de gestação. Abreviações: TP = Trabalho de parto.

Ao realizar a categorização das mulheres em grupos de acordo com a Classificação de Robson foram obtidos os resultados expostos na tabela 3. Das gestantes analisadas a maior parte pertence ao Grupo 5, que compreende as múltiparas com cesariana prévia (28,84%). O segundo maior foi o Grupo 2 com 27,27% das gestantes, seguido do Grupo 4 (12,85%). A menor parcela da amostra foi classificada no Grupo 9, com apenas 0,31% das gestantes.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou que o número de gestantes com idade até 20 anos foi de 33,23%, o que contrapõe a pesquisa Nascer no Brasil, realizada entre os anos de 2011 e 2012, que apresentou 19,1% de mulheres nessa mesma faixa etária na admissão para o parto⁽¹⁰⁾. Esse fato chama a atenção para gravidez na adolescência, evidenciando a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção de gestações nessa faixa etária⁽¹¹⁾.

Entre os prontuários analisados 72,1% não possuíam registro sobre raça/cor da gestante, nem mesmo na via da Declaração de Nascido Vivo anexa ao prontuário, o que sugere incompletude das declarações. Entre os prontuários preenchidos com essa variável o maior número era de mulheres pardas, similar a um estudo de abrangência nacional realizado no Brasil, que também foi similar em relação à situação conjugal e à escolaridade das gestantes^(10,12).

As altas taxas de cesariana no Brasil foram constatadas por estudos anteriores que demonstram a frequência cada vez maior dessas cirurgias até mesmo nos serviços públicos de saúde, onde cesarianas eletivas não deveriam ser realizadas sem indicação clínica ou apenas a pedido da gestante^(4, 10). O

presente estudo registrou uma taxa de 53,6% de cesarianas na maternidade pesquisada, similar à taxa de cesariana de uma maternidade terciária referência no estado do Ceará, porém, uma taxa acima da média nacional de cesarianas no setor público, que é de 42,9%, e muito mais distante da taxa de referência ajustada para o Brasil de acordo com as características da sua população obstétrica, que é de 25% a 30%^(3,13).

Países considerados de Muito Alto Desenvolvimento Humano possuem taxas menores, com menos de 20% de cesarianas, como demonstraram estudos realizados em países como Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega, Suécia, França e Japão^(14, 15, 16). Taxas de cesariana apropriadas foram relacionadas à informação de qualidade para a população e práticas médicas realizadas em conformidade com protocolos baseados em evidências científicas⁽¹⁴⁾. Ainda assim as taxas de cesariana desses países vêm aumentando ao longo do tempo, como afirma uma pesquisa multipaíses da Organização Mundial de Saúde. Esse mesmo estudo apresenta o Brasil com a 3ª maior taxa de cesariana entre os países pesquisados⁽¹⁶⁾.

Países de baixa renda e alta fertilidade, como alguns países africanos, apesar de não possuírem taxas de cesariana extremamente altas^(16, 17), estas são associadas à profissionais em sua maioria desatualizados e à infraestrutura precária, com relatos de escassez de instrumentos para ausculta de batimentos cardíofetais, onde cesarianas estão sendo indicadas para prevenção de complicações imprevisíveis⁽¹⁷⁾.

Quase metade das cesarianas do presente estudo foram realizadas em mulheres nulíparas, o que soa incoerente às evidências atuais que as consideram menos predispostas à realização de cesarianas^(6, 7). Uma pesquisa realizada em serviços públicos de saúde do Brasil, com mais de 4000 mulheres após a primeira gestação, associou as maiores proporções de cesariana à admissão hospitalar precoce e às emergências obstétricas antes do parto⁽¹⁸⁾. Esse fato demonstra a importância de informações e cuidados adequados durante o pré-natal, que, juntamente com a mulher e a maternidade, é co-responsável na definição da via de parto.

Outra importante observação é o percentual das cesarianas realizadas antes do início do trabalho de parto, que representou 61,13% da amostra total. O dado encontrado sugere uso excessivo de cesarianas sem indicação clínica, tendo em vista que cesarianas programadas deveriam estar relacionadas a uma pequena parcela de gestantes, principalmente em casos de indicações absolutas de cesariana e emergências que contraindicariam o parto vaginal⁽¹⁹⁾.

Com relação à categorização de acordo com a Classificação de Robson, o Grupo 5 foi o maior contribuinte para a taxa de cesariana, com 28,84% das gestantes que foram

submetidas ao procedimento. Esse achado foi semelhante a estudos anteriores realizados no Brasil e também em outros países^(10, 13, 20-22).

O aumento do Grupo 5 é uma das explicações principais para o aumento das taxas de cesariana, considerando o quão é comum a realização de cirurgias somente devido a cesariana prévia⁽⁴⁾. O Japão possui um percentual de apenas 9,6% de mulheres do Grupo 5 entre as gestantes submetidas à cesariana⁽²³⁾, e foi o único país a diminuir a taxa de cesariana no período de tempo entre dois estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde, o que enfatiza a real contribuição do Grupo 5 onde são encontradas as maiores taxas⁽¹⁶⁾.

São vários os desafios para diminuir o padrão de uso excessivo de cesariana em mulheres do Grupo 5 e seria relevante a elaboração de uma diretriz de parto baseada em evidências científicas para esse grupo de gestantes, incluindo ao menos as mulheres com apenas uma cesárea prévia. É pertinente destacar que o incentivo a essas mulheres, para que conheçam os benefícios de se aguardar o trabalho de parto espontâneo e as possíveis consequências, imediatas e a longo prazo, da realização de mais uma cesariana também é uma estratégia para melhoria da qualidade da assistência^(7, 13).

O grupo 2 foi o segundo maior contribuinte para a taxa de cesariana no presente estudo (27,27%), o que está em acordo com pesquisas anteriores, entre elas a Nascer no Brasil^(10,20). Analisando que, diferentemente de outras pesquisas^(7, 10, 20), o grupo 4 foi a terceira maior contribuição para taxa de cesariana, observa-se o significativo número de induções e cesarianas pré-parto que estão sendo realizadas na maternidade pesquisada, tornando necessária a realização de auditoria contínua para que a avaliação das indicações para esses procedimentos seja criteriosa e apropriada.

Destaca-se também a contribuição do grupo 1, com 11,6% das cesarianas, sendo esse achado uma importante fonte de informação sobre a proporção de mulheres que numa primeira gestação entram em trabalho de parto e evoluem para alguma intercorrência. Estudos demonstram que as indicações de cesariana mais comuns entre gestante do grupo 1 são as distócias e o sofrimento fetal, o que torna necessário o acompanhamento rotineiro a partir do partograma, com intervenções não-cirúrgicas para resolução de boa parte das distócias diagnosticadas e com o uso cuidadoso de ocitocina^(1, 6, 7).

Mulheres nulíparas dos grupos 1 e 2 são a chave para diminuir a tendência de aumento das cesarianas. Prevenir uma primeira cicatriz uterina é também prevenir o aumento da proporção de mulheres do grupo 5, o que consequentemente otimiza as taxas de cesariana^(7, 20).

Considerando a evolução fisiológica, um número mínimo de mulheres multíparas que entraram espontaneamente em trabalho de parto necessitaria de intervenção por cesariana⁽⁶⁾. No presente estudo a contribuição do grupo 3 foi de 6,58% da taxa global, semelhante ao estudo realizado em uma maternidade terciária no estado do Ceará⁽¹³⁾.

A contribuição dos grupos 6 e 7, que compõem as gestantes com fetos em apresentação pélvica, tiveram valores semelhantes a pesquisas em âmbito nacional e internacional^(10,14). Para a diminuição desses grupos alguns profissionais apostam em admissão hospitalar em trabalho de parto ativo e estratégias como a versão cefálica externa⁽⁶⁾. A elaboração de um protocolo baseado em evidências que encoraje e respalde o parto normal pélvico também pode ser considerada.

Menos de 2% das cesarianas foram realizadas em gestações múltiplas, que compõem o Grupo 8. O Grupo 9 da presente pesquisa possui dados semelhantes aos publicados na pesquisa Nascer no Brasil⁽¹⁰⁾ e nas considerações de Michael Robson⁽⁷⁾. O grupo 10, considerado de alto risco para cesariana, apresentou taxas menores que as encontradas em outras maternidades brasileiras de referência^(10, 13).

Durante a presente pesquisa foi percebida a facilidade para categorizar as gestantes, o que foi também afirmado em estudos que implementaram a Classificação de Robson em maternidades e a consideraram uma ferramenta eficiente para observar as taxas de cesariana e padronizar as auditorias^(7, 13, 14, 22).

Limitações do estudo

O estudo apresentou limitações pelo desenvolvimento baseado em documentos de um único ano e em apenas um cenário.

Contribuições para a prática

O presente estudo pode ser utilizado como um ponto de partida para a implementação da Classificação de Robson na maternidade pesquisada, sendo seus resultados um estímulo à discussão sobre os processos de trabalho que podem ser implementados ou modificados. Sugere-se também um estudo que analise as indicações de cesariana em cada grupo da Classificação de Robson naquela unidade.

CONCLUSÃO

Foi demonstrado facilidade do uso da Classificação de Robson, identificando também os grupos de gestantes que requerem mais atenção. Os grupos com maior impacto na taxa de cesariana foram os grupos 5, 2 e 4, sugerindo que estes são a população alvo para as intervenções a serem planejadas. Seriam importantes estratégias o encorajamento

ao parto normal em mulheres com cesárea prévia, auditoria contínua e discussão sobre as indicações de cesariana e indução.

A implementação da Classificação de Robson é um primeiro passo para a avaliação crítica da prática obstétrica e seus resultados podem guiar a criação de estratégias específicas para cada grupo que necessite otimizar as taxas de cesariana. Modificar os processos de trabalho e realizar auditoria contínua são grandes desafios que na prática não promovem mudanças imediatamente, mas que precisam ser iniciados.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não têm conflito de interesse.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, revisão final: Talita Ribeiro Algarves e Rivaldo Lira Filho.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília, 2017. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
- 2 Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Colet* [internet]. 2010 [Acesso em 2018 mai 15]; 4(4): 105-17. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>
- 3 Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, 2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=6927BAD4A3FEF9477B1AD826B3158E4?sequence=3. [Acesso em 2018 mai 23].
- 4 Ministério da Saúde (BR). Diretriz de atenção à gestante: operação cesariana. Brasília, 2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf.
- 5 Rattner D, Moura EC. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Rev Bras Saude Mater Infant* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 mai 15]; 16(1): 39-47. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100039&lng=en&nrm=iso.
- 6 Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [internet]. 2001 [Acesso em 2018 fev 25]; 15(1): 179-94. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359322>
- 7 Robson MS, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining na appropriate caesarean section rate. *Best Pract & Res Clin Obstet Gynaecol* [internet]. 2013 [Acesso em 2018 fev 25]; 27(1): 297-308. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23127896>
- 8 Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 3 ed. Novo Hamburgo: Fevale; 2013.
- 9 Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2005.
- 10 Nakamura-Pereira M, Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Torres JÁ, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. *Reproduct Health* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 nov 09]; 13(supl 3): 246-56. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766941>
- 11 Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 mai 11]; 37(3):140-47. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>
- 12 Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saúde Publ* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 mai 11]; 33(supl 1): 1-17. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>
- 13 Moura VA, Feitosa FE. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubrian utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Rev Med UFC* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 jan 19]; 57(1): 25-29. Disponível em <http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/157/130>
- 14 Pyykönen A, Gisslen M, Lokkegaard E, Bergholt T, Rasmussen SC, Smárason A, et al. Cesarean section trends in the Nordic Countries – a comparative analysis with the Robson classification. *Acta Obstet Gynecol Scand* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr 13]; 96(5): 607-616. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176334>
- 15 Le Ray C, Blondel B, Prunet C, Khireddine I, Deneux-Tharaux C, Goffinet F. Stabilising the caesarean rate: which target population? *BJOG* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr 13]; 122: 690-699. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25412695>
- 16 Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* [internet]. 2015 [Acesso em 2018 nov 9]; 3: 260-270. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25866355>
- 17 Schatntz C, Ravit M, Traoré AB, Aboubakan M, Goyet S, Loezian M, et al. Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin? *Sexual Reproduct Healthcare* [internet]. 2018 [Acesso em 2019 abr 13]; 16: 10-14. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877575617303208>
- 18 Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Leal MC. Factors associated with caesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian public health system: data from a national survey. *Reproductive Health* [internet]. 2016 [Acesso em 2018 mai 10]; 13(3): 175-185. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073796/pdf/12978_2016_Article_231.pdf
- 19 Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- 20 Bolognani CV, Reis LB, Dias A, Calderon IMP. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. *Plos One* [internet]. 2018 [Acesso em 2019 abr 12]; 13(2): e0192997. Disponível em <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>
- 21 Ferreira EC, Pacagnella RC, Costa ML, Cecatti JG. The Robson ten-group classification system for appraising deliveries at a tertiary referral hospital in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2015 [Acesso em 2019 abr 13]; 129(3): 236-239. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25704253>
- 22 Abdel-Aleem H, Darwish A, Abdelaleem AA, Mansur M. Usefulness of the WHO C-Model to optimize the caesarean delivery rate in a tertiary hospital setting. *Int J Gynaecol Obstet* [internet]. 2017 [Acesso em 2019 abr 13]; 137(1): 1-5. Disponível em <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12092>
- 23 Ono T, Matsuda Y, Sasaki K, Satoh S, Tsuji S, Kimura F, et al. Comparative analysis of caesarean section rates using Robson Ten-Group Classification System and Lorenz curve in the main institutions in Japan. *J Obstet Gynaecol Res* [internet]. 2016 [Acesso em 2019 abr 13]; 42(10): 1279-1285. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27641931>