

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo deste trabalho será disponibilizado somente a partir de 02/02/2019.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Cláudia Vicari Bolognani

**Estudo de prevalência e proposição de estratégias para
a redução dos índices de cesárea na rede pública do
Distrito Federal/Brasil**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia.

Orientadora: Profa. Dra. Iracema de Mattos Paranhos Calderon
Coorientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Cláudia Vicari Bolognani

Estudo de prevalência e proposição de estratégias
para a redução dos índices de cesárea na rede
pública do Distrito Federal/Brasil

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora em Ginecologia
Obstetrícia e Mastologia.

Orientadora: Profa. Dra. Iracema de Mattos Paranhos Calderon
Coorientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Bolognani, Cláudia Vicari.

Estudo de prevalência e proposição de estratégias para a redução dos índices de cesárea na rede pública do Distrito Federal/Brasil / Cláudia Vicari Bolognani. - Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Iracema de Mattos Paranhos Calderon

Coorientador: Adriano Dias

Capes: 40101150

1. Cesariana. 2. Parto(Obstetrícia). 3. Gravidez - Complicações. 4. Cesariana - Classificação.

Palavras-chave: Cesárea; Classificação de Robson; Complicações na gravidez; Gravidez de alto risco; Parto obstétrico.

“Transformar o medo em respeito, o respeito em confiança.

Descobrir como é bom chegar quando se tem paciência.

E para se chegar onde quer que seja,

Não é preciso dominar a força, mas a razão.

É preciso antes de mais nada, querer”.

Amyr Klink

Dedicatória

Aos meus amores **Márcio Luís Guedes Bolognani, Mariah Vicari Bolognani**
e Manuela Vicari Bolognani, dedico a vocês os méritos dessa conquista, porque ela
lhes pertence, ela é tão de vocês quanto minha. Vocês dão sentido e luz à minha vida!

Agradecimientos

Deus

“Quem me dera, ao menos uma vez, fazer com que o mundo saiba que Seu nome está em tudo e mesmo assim, ninguém Lhe diz ao menos obrigado!”

Renato Russo

Família

Pais: Nilton Vicari (*in memorian*) e Maria do Carmo Faria Vicari; Marcos Bolognani (*in memorian*) e Ana Maria Guedes Bolognani.

Irmãos: Luciano e Adriano; Flaviana (*in memorian*) e Joana; Joselane e Bruna; Glauber e Glauco.

E os sobrinhos mais lindos do mundo: Luciano Júnior, Helena, Bernardo, Luísa, Gabriela (*in memorian*), Letícia e Júlia!

De tudo, a minha família serei atenta

Antes, e com tal zelo, e sempre, e tanto

Que mesmo em face dos maiores desencantos

Deles se encante mais meu pensamento.

Quero vivê-los em cada vão momento

E em louvor hei de espalhar meu canto

E rir meu riso e derramar meu pranto

Aos seus pesares ou seus contentamentos.

E assim, quando mais tarde nos procure
Quem sabe a morte, angústia de quem vive
Quem sabe a solidão, fim de quem ama

Eu possa dizer do amor
à família que me deu a vida e à que a vida me deu:
Que não seja imortal, posto que é chama
Mas que seja infinito enquanto durarmos.

Vinicius de Moraes/ Eu

Amigos

“Bendito seja Deus que nos deu amigos e flores. E fez da amizade a flor mais bela de todos os jardins”.

Machado de Assis

Escolhi você **Lilian Barros** para representar os meus amigos que me apoiaram e estiveram ao meu lado nesta longa jornada, nossa amizade me fez ver flores em você! E a **Solange Sako**, para representar todos os profissionais da área de saúde e acadêmica que no anonimato dos seus trabalhos, tornaram possível a realização dessa pesquisa e dessa tese de doutorado. Que Deus te abençoe!

“... o mestre que caminha à sombra do templo, rodeado de discípulos, não dá de sua sabedoria, mas sim de sua fé e de sua ternura. Se ele for verdadeiramente sábio, não vos convidará a entrar na mansão de seu saber, mas antes vos conduzirá ao limiar de vossa própria mente.”

Gibran Khalil Gibran

Querida Profa. Dra. **Iracema de Mattos Paranhos Calderon**, mais que uma orientadora, uma amiga. Foram seis anos de trabalho em que compartilhamos sabedoria, conquistas, alegrias e também sofrimentos. Abriu-me as portas do conhecimento e da sua casa, me apresentou o mundo fascinante da pesquisa, passando pelo mestrado e agora o doutorado, fundamentais para a incorporação da docência na minha carreira de médica. Seu profissionalismo, compaixão e senso de justiça são exemplos para mim e contribuíram para o meu crescimento.

Querido coorientador **Adriano Dias**, com seu cérebro matemático que mais parece um computador cheio de programas instalados, mas que tem um coração digno dos grandes poetas, me fez ver que a estatística não parece algo complicado, ela de fato é. E, para a compreendermos temos que saber mais que simplesmente raciocinar, temos que ter paixão por ela.

A vocês, procuro entre palavras, aquela que gostaria que seus corações ouvissem do meu, e só encontro uma, simples e sincera: Obrigada!

Resumo da Pesquisa

RESUMO DA PESQUISA

Introdução – as taxas de cesárea cresceram globalmente nas últimas décadas, sendo o Brasil responsável por uma das maiores taxas em todo o mundo. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou que não havia justificativa para que as taxas de cesáreas ultrapassassem 15%, com base nos índices de nações com baixa mortalidade materna e perinatal, e esses valores tem sido referência para instituições de todos os países pelos últimos 30 anos. Em 2015 OMS propôs que a Classificação de Robson fosse usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais de uma mesma região ou país. A classificação de Robson foi proposta em 2001 como uma ferramenta de monitoramento e auditoria das taxas de cesáreas. O protocolo baseia-se em características da mulher, da gestação e do parto – paridade, via de parto anterior (vaginal ou cesárea), tipo de gestação (única ou múltipla), de trabalho de parto (TP) (espontâneo ou induzido) e idade gestacional, totalmente inclusivas e mutuamente exclusivas, definindo os 10 grupos. Objetivo – avaliar, em dois hospitais de referência para a atenção obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília/Brasil, os índices e os grupos de maior risco para cesárea, utilizando a classificação de Robson e considerando o alto e baixo risco obstétrico, as indicações e a idade materna nos extremos da vida reprodutiva. A partir dos resultados, propor estratégias para a redução desses índices. Método – estudo de corte transversal realizado no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013 e incluiu 6579 partos assistidos no Hospital A (HA) e no Hospital B (HB), hospitais públicos da SES-DF. Esses dois hospitais foram selecionados por serem referência para o alto risco obstétrico e atenderem a aproximadamente 20% do total de partos da SES-DF, Brasília/Brasil. As variáveis foram: idade gestacional (IG), em semanas completas no momento do parto; tipo de gestação: única (presença de feto único) ou múltipla (mais de um feto); apresentação fetal: cefálica ou pélvica, ou situação transversa; paridade: nulípara ou múltipara; presença de cicatriz uterina por cesárea anterior; início do trabalho de parto (TP): espontâneo, induzido ou cesárea realizada antes (ou fora) do TP. Essas características definiram os 10 grupos de Robson. Os critérios de alto e baixo risco obstétricos, foram definidos pelos médicos assistentes segundo critérios do Ministério da Saúde (MS) do Brasil em: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, diabetes em todas as suas formas, cardiopatia materna,

pneumopatias crônicas, doenças psiquiátricas, malformação fetal, doença renal materna, anemia severa, doença infecciosa (aids, hepatites) isoimunização Rh, doenças do colágeno / autoimunes, placenta prévia e neoplasias. Na avaliação dos resultados, considerou-se apenas uma indicação de cesárea, agrupadas de acordo com a ocorrência e orientadas pelo consenso de cuidados obstétricos do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia em: distócias, sofrimento fetal, cicatriz prévia, hipertensão arterial e outras causas. A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics v.20. As proporções foram comparadas pelo teste de comparação de proporções Z com correção de Bonferroni e o valor de p foi obtido pelo teste Quiquadrado. As estimativas de risco foram definidas pela razão das chances comum de Mantel-Haenszel, com cálculo de odds ratio (OR) e respectivo intervalo de confiança a 95% (IC_{95%}). Para todos os testes estatísticos foi definido o limite de significância de 95% ($p < 0,05$). Resultados – as taxas hospitalares de cesárea atingiram índices de 50,8% no HA e de 42,3% no HB, com risco aumentado em 1,4 vezes (IC_{95%} = 1,3-1,6) no HA. Os maiores índices foram observados nos grupos G5, G1 e G2 de Robson; no HA o G1 apresentou 21,5% de cesárea, maior que no HB (13,8%) ($p < 0,05$); os índices dos grupos G2 e G5 foram maiores no HB (respectivamente, 18,6 e 38,1%) que no HA (respectivamente, 14,8 e 32,5%) ($p < 0,05$). As taxas de cesárea foram de 35,5% no baixo risco e de 73,9% no alto risco, com risco aumentado em 5 vezes (IC_{95%} = 4,59-5,76) no alto risco. Houve diferença significativa entre os hospitais nos partos de baixo risco ($p = 0,039$), sendo observado no HA o maior risco para a ocorrência de cesárea (OR = 1,15; 1,01–1,31). Os grupos G5 (44,6%) e G1 (23,6%) no baixo risco e G5 (23,7%), G2 (18,6%) e G1 (16,0%) no alto risco ultrapassaram os 15% de cesáreas aceitos pela OMS. Nas gestantes com idade ≤ 19 anos, 20-24 anos e em idade ≥ 35 anos as taxas de cesárea foram, respectivamente, 36,3%, 49,0% e 59,6% ($p < 0,001$). A idade ≤ 19 anos reduziu (OR = 0,55; IC_{95%} = 0,483 – 0,634) e a ≥ 35 anos aumentou o risco (OR = 1,70; IC_{95%} = 1,473 – 1,958) para esta ocorrência.. Os grupos de maior risco para a ocorrência de cesárea, entre as adolescentes foram G1, G2 e, na idade ≥ 35 anos, o grupo G5. Distócias, sofrimento fetal e cicatriz prévia foram as principais indicações com percentuais diferenciados entre as faixas etárias, nos grupos G1, G5 e G6. Conclusão – Esses resultados indicam a necessidade de estratégias para reduzir os índices alarmantes de cesárea nos dois hospitais, com prioridade para prevenir a primeira cesárea e romper o paradigma “uma vez cesárea, sempre cesárea”. A classificação de Robson também evidenciou que, pertencer ao grupo G5 resultou em

risco aumentado para cesárea tanto no alto (OR = 8,52) quanto no baixo (OR = 13,16), e nas gestações de alto risco, pertencer ao grupos G2 representou risco para cesárea (OR = 4,2), sugerindo que estratégias de prevenção sejam implementadas primordialmente nesses grupos. A diferenciação das indicações nas faixas etárias maternas e, nos grupos de Robson, permitiu evidenciar a necessidade de intervenções específicas, sobretudo, em nulíparas adolescentes e naquelas com idade ≥ 35 anos.

Palavras-chave: Cesárea; Classificação de Robson; Parto obstétrico; Gravidez de alto risco; Complicações na gravidez; Adolescência.

Sumário

SUMÁRIO

a Pesquisa.....	01
INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVOS.....	03
MÉTODO.....	04
RESULTADOS.....	11
Artigo 1 - Índices de cesárea em dois hospitais públicos do Distrito Federal/Brasil – a classificação de Robson identificando estratégias de prevenção.....	12
Resumo.....	13
Introdução.....	15
Método.....	17
Discussão.....	22
Conclusão.....	27
Referências.....	27
Artigo 2 - Classificação de Robson aplicada no alto e baixo risco obstétrico.....	34
Resumo.....	35
Introdução.....	37
Método.....	39
Discussão.....	46
Conclusão.....	51
Referências.....	52
Artigo 3 - Classificação de Robson nos extremos da vida reprodutiva - ocorrência, grupos de maior risco e indicações de cesáreas no setor público do Distrito Federal / Brasil.....	59
Resumo.....	60
Introdução.....	62
Método.....	64
Discussão.....	71
Conclusão.....	76
Referências.....	76
Conclusões da Pesquisa.....	84
Referências da Pesquisa.....	86
ANEXO.....	88
Termo de aprovação do CEP/FEPECS.....	

a Pesquisa

INTRODUÇÃO

A cesárea é ato cirúrgico que consiste em incisar o abdômen e a parede do útero para liberar o concepto aí desenvolvido, com indicações absolutas e relativas (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2010). As indicações absolutas são medidas salvadoras, como rotura uterina e placenta prévia centro total (BETRÁN et al., 2015) porém, as indicações relativas sempre foram o foco das discussões dos especialistas, que giram em torno do melhor balanço entre o risco e o benefício dessa via de parto para a gestante e seu concepto.

As taxas de cesárea tiveram notável crescimento nas últimas décadas, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, sendo o Brasil responsável por uma das maiores taxas, não só da América do Sul e Caribe, mas de todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No nosso meio, há verdadeira “cultura de cesáreas”, principalmente entre as classes economicamente mais favorecidas, atingindo cifras acima de 80% na rede privada (BARROS et al., 2011). Apesar do domínio da técnica cirúrgica e do desenvolvimento de tecnologias e antimicrobianos, não se justifica a prática indiscriminada de cesáreas, pelo aumento dos riscos de complicações neonatais, principalmente quando indicada prematuramente; e maternas, como infecção puerperal, rotura uterina, placenta acreta, cesárea em parto futuro e até o óbito (LAVENDER et al., 2012).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou que não havia justificativa para que as taxas de cesáreas ultrapassassem 15%, com base nos índices de nações com baixa mortalidade materna e perinatal, e esses valores tem sido referência para instituições de todos os países pelos últimos 30 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). A Organização da Nações Unidas (ONU), mesmo não sendo

esse um fator isolado, apontou o excesso de cesáreas no Brasil como a principal causa do não cumprimento da meta de redução da mortalidade materna pactuada para 2015 (UNITED NATIONS, 2001). Diante disso, neste mesmo período, a OMS propôs que a Classificação de Robson fosse usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais de uma mesma região ou país (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A classificação de Robson foi proposta em 2001 como uma ferramenta de monitoramento e auditoria das taxas de cesáreas. O protocolo baseia-se em características da mulher, da gestação e do parto – paridade, via de parto anterior (vaginal ou cesárea), tipo de gestação (única ou múltipla), de trabalho de parto (TP) (espontâneo ou induzido) e idade gestacional, totalmente inclusivas e mutuamente exclusivas, definindo os 10 grupos (ROBSON, 2001). O Grupo 1 é composto por nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; Grupo 2, por nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto; Grupo 3, múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo; Grupo 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; Grupo 5, todas as múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas; Grupo 6, todas as nulíparas com feto único em apresentação pélvica; Grupo 7, todas as múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); Grupo 8, todas as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); Grupo 9, todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es); Grupo 10, todas as gestantes com feto

único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es). Para análises subsequentes, os grupos G2 e G4 podem ser subdivididos em trabalho de parto induzido e cesárea antes do início de trabalho de parto, e os grupos G5, G8 e G10, em trabalho de parto espontâneo, induzido ou cesárea antes do início de trabalho de parto. Essa ferramenta foi utilizada por muitos autores (BETRÁN et al., 2014), inclusive no Brasil (COSTA et al., 2010), mas não na capital do nosso país.

Considerando o protocolo de Robson uma ferramenta simples, reprodutível, clinicamente relevante e útil na implementação de medidas administrativas para reduzir as taxas de cesáreas, justifica-se a sua aplicação como instrumento de identificação dos grupos de risco e de proposição de medidas para a sua redução. Além disso, identificar indicadores para a redução desses índices em populações com características específicas. Esses foram os temas que definiram o projeto de pesquisa intitulado ESTUDO DE PREVALÊNCIA E PROPOSIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE CESÁREA NA REDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/BRASIL, objeto dessa tese de doutorado.

OBJETIVO GERAL

Avaliar, em dois hospitais de referência para a atenção obstétrica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Brasília/Brasil, os índices e os grupos de maior risco para cesárea, utilizando a classificação de Robson (ROBSON, 2001) e considerando o alto e baixo risco obstétrico, as indicações mais comuns e a idade materna nos extremos da vida reprodutiva. A partir dos resultados, propor estratégias para a redução desses índices.

CONCLUSÕES DA PESQUISA

Os resultados desse estudo, avaliados em dois hospitais de referência para a assistência ao parto na rede pública da SES-DF, Brasília/Brasil, evidenciaram que:

- (I) o percentual total de cesáreas foi de 50,8% no HA e de 42,3% no HB, diferenciando nos dois hospitais e muito além dos 15% recomendados pela OMS;
- (II) os grupos G1, G2 e G5 apresentaram as taxas mais elevadas, variando de 13,8 a 38,1%;
- (III) o grupo G1 teve índices estatisticamente maiores no HA (21,5%) que os observados no HB (13,8%);
- (IV) os grupos G2 e G5 apresentaram, respectivamente, 18,6 e 38,1% de cesáreas no HB, estatisticamente superiores aos observados no HA (respectivamente, 14,8 e 32,5%);
- (V) nos dois hospitais os índices de cesárea nas gestações de alto risco foi de 73,9% e nas de baixo risco 35,5%, com risco cinco vezes mais de cesárea para as gestantes de alto risco;
- (VI) nas gestações de baixo risco, ser do grupo G1 diminuiu o risco de cesárea em 57% em relação aos demais;
- (VII) nas gestações de alto risco, ser do grupo G1 ou G10 diminuiu o risco de cesárea em 29 e 67% respectivamente, enquanto o G2 aumentou o risco em 4,12 vezes no alto risco;
- (VIII) independente do risco obstétrico, ser do grupo G5 aumentou o risco de cesárea em 13,16 vezes no baixo e 8,52 vezes no alto risco;

-
- (IX) nas gestantes com idade ≤ 19 anos, as cesáreas ocorreram em 36,3% dos partos, na faixa etária de referência (20-24 anos) 49,0% e em mulheres com idade ≥ 35 anos 59,6% ($p < 0,001$);
- (X) o risco para a ocorrência de cesárea foi menor na faixa etária ≤ 19 anos em cerca de 45% e 63% em comparação com as faixas de 20-34 e ≥ 35 anos respectivamente;
- (XI) nas adolescentes, os maiores índices de cesárea foram observados nos grupos G1 e G2, respectivamente, 41,0 e 29,6%; e entre as gestantes com idade ≥ 35 anos, no grupo G5 (43,4%);
- (XII) distócias, sofrimento fetal e cicatriz prévia foram as principais indicações, com diferenciações específicas entre os grupos G1, G5 e G6 de Robson e as faixas de idade materna.

REFERÊNCIAS DA PESQUISA¹

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (College) et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. **Am J Obstet Gynecol**, v. 210, p. 179-93. 2014.

BARROS, Aluisio J. D. et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 635-43, ago. 2011.

BETRÁN, Ana Pilar et al. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What works, doesn't work and how to improve it. **PLoS One**, v. 9, n. 6, e97769, 2014.

BETRÁN, Ana Pilar et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, v. 12, n.1, p. 57, jun. 2015.

COSTA, Maria L. et al. Using a Caesarean Section Classification System based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. **Reproductive Health**, v. 7, p.13-7, 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Brasília: Plano de ação da Rede Cegonha do Distrito Federal**. 2012.

LAVENDER, Tina et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, n.14, mar. 2012. CD004660.

¹ De acordo com as normas da Associação brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2016)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamentp de ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília. Ministério da Saúde. 2012.

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa; REZENDE FILHO, Jorge de. **Obstetrícia**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

ROBSON, M. S. Classification of Caesarean Sections. **Fetal and Maternal Medicine Review**, v. 12, n. 1, p. 23-39, Feb. 2001.

UNITED NATIONS. **Millennium Development Goals and Beyond 2015**. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals>. Acesso em: 07 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Human Reproduction Programme. **Statement on caesarean section rates**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf. Acesso em: 10 abr. 2015. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, n. 8452, p. 436–37, Aug. 1985.