



Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

Resumo Executivo

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas.

Taxa de cesáreas em populações

A OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos os dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Baseada nesses estudos e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

Na atualidade não existe uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar, de forma relevante e útil, as taxas de cesáreas em diferentes hospitais, cidades ou regiões. Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países. Em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis adaptações ou modificações propostas pelos usuários desse sistema.

A OMS propõe que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. Para ajudar os hospitais na adoção da classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

Introdução

Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Essa taxa surgiu de uma declaração feita por um grupo de especialistas em saúde reprodutiva durante uma reunião promovida pela OMS em 1985, em Fortaleza, no Brasil, e que diz: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa de cesárea maior do que 10-15%” (1). O grupo de especialistas baseou essa afirmação em uma revisão dos poucos dados disponíveis na época, provenientes principalmente de países no norte da Europa, que mostravam ótimos resultados maternos e perinatais com essas taxas de cesárea.

Desde essa declaração, por diversos motivos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (2, 3). Quando realizadas por motivos médicos, as cesáreas podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal (4). Porém não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados (5, 6, 7).

Em termos populacionais, a proporção de partos cesáreos reflete o nível de acesso a essa intervenção e seu uso. Essa medida é útil para os governantes e responsáveis por políticas de saúde avaliarem os avanços na área de saúde materno-infantil e para monitorar os cuidados obstétricos de emergência e o uso de recursos nessa área (8). Nos últimos anos, autoridades governamentais e médicos têm se preocupado com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materno-infantil (9, 10, 11, 12). O custo também é um fator importante nessa questão, uma vez que recursos financeiros são necessários para melhorar o acesso aos cuidados maternos e neonatais para todos que necessitam, e as cesáreas representam um gasto adicional significativo para sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e muitas vezes enfraquecidos (12, 13, 14).

Ao longo das últimas três décadas, surgiram mais informações sobre os benefícios e riscos da cesárea, houve uma melhora importante nos cuidados obstétricos e também ocorreram avanços nos métodos para avaliar evidências e para formular recomendações. Consequentemente, profissionais de saúde, cientistas, epidemiologistas e tomadores de decisão têm vindo a público pedir a revisão das recomendações sobre taxas de cesáreas formuladas em 1985 (9, 15). Porém, a tarefa de definir qual é a taxa de cesárea adequada em termos populacionais — isto é, a taxa mínima de cesáreas com indicação médica que ao mesmo tempo evite cirurgias desnecessárias — é um grande desafio. Para responder a essa pergunta, a OMS realizou duas pesquisas. A primeira foi uma revisão sistemática dos estudos que buscaram determinar qual seria a taxa ideal de cesáreas para um país ou uma população. O segundo estudo realizado pela OMS analisou todos dados mais recentes de cada país sobre esse assunto. Os principais detalhes e resultados desses dois estudos são apresentados na primeira parte desta Declaração.

Uma questão fundamental no desafio de definir qual é a taxa ideal de cesáreas, em qualquer nível, é a falta de um sistema de classificação que seja confiável e aceito internacionalmente e que forneça dados de forma padronizada. Tal sistema permitiria comparar de forma padronizada as taxas de cesáreas em diferentes populações e seria fundamental para investigar os fatores envolvidos no aumento constante nas taxas de cesáreas.

Entre os diversos sistemas existentes, a classificação dos 10 grupos (também conhecida como “Classificação de Robson”) tem sido amplamente utilizada em muitos países nos últimos anos (16, 17). Proposta originalmente pelo médico Michael Robson em 2001 (18), essa classificação agrupa as gestantes conforme suas características obstétricas, permitindo assim a comparação entre taxas de cesáreas sem tantos fatores de confusão. A OMS realizou duas revisões sistemáticas para avaliar o valor, os benefícios e os possíveis problemas decorrentes da adoção dessa classificação para analisar as taxas de cesárea e suas modificações ao longo do tempo, em todo o mundo. Os principais detalhes e resultados desses estudos são apresentados na segunda parte desta Declaração.


1. Taxas de cesáreas em populações

Os estudos ecológicos analisam e comparam populações em vez de indivíduos. Uma população é geralmente definida por fronteiras geopolíticas e é importante entender que existem diferenças entre estudos populacionais e estudos que analisam pacientes atendidos em unidades de saúde específicas (“estudos de base hospitalar”).

As taxas de cesáreas em diferentes hospitais variam bastante em função das características obstétricas das mulheres atendidas naquele local, sua capacidade e recursos, e também conforme os protocolos clínicos de conduta que são usados em cada local. Portanto, a taxa de cesárea recomendada para uma população não pode ser interpretada como a taxa ideal de cesáreas recomendada para hospitais individuais.

Com o objetivo de avaliar a associação entre taxas de cesáreas e desfechos maternos, perinatais e infantis, em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática de todos os estudos ecológicos disponíveis sobre esse tema, com o objetivo de identificar, avaliar criticamente e resumir os achados desses estudos (19). No mesmo ano, a OMS também realizou um estudo ecológico usando os dados mundiais mais recentes, para avaliar a associação entre taxas de cesárea e mortalidade materna e neonatal (20). Os resultados desses dois estudos foram apresentados e discutidos por um painel de especialistas internacionais que se reuniram na sede da OMS, em Genebra, na Suíça, em 8 e 9 de outubro de 2014. Esse painel de especialistas fez as seguintes observações:

1. Baseados na revisão sistemática da OMS, taxas populacionais de cesáreas de até 10-15% estão associadas a uma diminuição na mortalidade materna e neonatal (19). Não existe associação entre aumento nas taxas de cesáreas acima desses valores e redução da mortalidade. Porém, a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade ficou mais fraca ou desapareceu por completo nos estudos que controlaram para fatores socioeconômicos (3, 21). Como é provável que os fatores socioeconômicos poderiam explicar a associação entre o aumento nas taxas de cesáreas e a redução da mortalidade identificada na revisão sistemática, a OMS realizou um outro estudo para analisar mais a fundo essa questão.
2. O estudo ecológico mundial da OMS concluiu que uma parte substancial da associação entre taxas de cesáreas e mortalidade era explicada por fatores socioeconômicos (20). Porém, quando as taxas de cesáreas de uma população são menores do que 10%, a mortalidade materna e neonatal diminui conforme a taxa de cesárea aumenta. Quando as taxas populacionais de cesáreas ultrapassam os 10% e chegam até 30%, não se observa nenhum efeito sobre a mortalidade. Foi realizada uma análise longitudinal, usando os dados nacionais ajustados conforme o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada país. Essa abordagem supera algumas das limitações dos estudos transversais que foram incluídos na revisão sistemática, porém deve-se enfatizar que



associações ecológicas não significam que exista uma relação causal.

3. Os dados populacionais atualmente disponíveis não permitem avaliar a relação entre taxas de cesáreas acima de 30% e mortalidade materna e neonatal.
4. A qualidade da assistência, especialmente em relação à segurança, é um aspecto importante a ser levado em consideração quando se analisam taxas de cesáreas e mortalidade. O risco de infecção e complicações cirúrgicas são perigos potenciais especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura.
5. Devido à falta de dados populacionais sobre as taxas de natimortos e sobre a morbidade materna ou perinatal, não foi possível avaliar

a associação entre as taxas de cesáreas e esses desfechos. Os estudos ecológicos existentes analisaram apenas indicadores de mortalidade materna e neonatal provavelmente porque esses dados são facilmente disponíveis ao nível nacional, o que não ocorre com indicadores de morbidade materna e neonatal. Pelos mesmos motivos, essas pesquisas não levaram em consideração aspectos psicológicos e sociais relacionados ao tipo de parto. Como a mortalidade é um desfecho raro, especialmente em países desenvolvidos, novos estudos devem procurar avaliar a associação entre taxas de cesáreas e morbidade materna e perinatal, tanto imediata como tardia (por exemplo fístula obstétrica e asfixia intraparto). Outros aspectos a serem avaliados em futuros estudos incluem as implicações psicossociais associadas ao tipo de parto, o vínculo mãe-bebê, a saúde mental da mulher, a capacidade de iniciar amamentação e desfechos pediátricos.

Conclusões

Baseada nos dados atualmente disponíveis, e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, a OMS conclui que:

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou a capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.
5. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde.

2. Taxas de cesárea ao nível hospitalar e a necessidade de um sistema de classificação universal

É essencial monitorar as taxas de cesáreas em hospitais levando em conta as características das mulheres que são atendidas nesses locais. Na atualidade, não existe um sistema padronizado de classificação de cesáreas que permita comparar as taxas de cesáreas entre diferentes hospitais, cidades, países ou regiões de forma que esses dados possam ser utilizados para promover ações relevantes. Por isso, ainda não é possível trocar informações de forma relevante, focada e transparente para monitorar desfechos maternos e perinatais (22).

Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas existentes para classificar cesáreas e concluiu que a Classificação de Robson é o sistema mais adequado para preencher as necessidades locais e internacionais. A OMS recomendou que essa classificação deveria servir de base para o desenvolvimento de um sistema de classificação de cesáreas a ser usado internacionalmente (16).

Esse sistema classifica todas gestantes em um dentre 10 grupos que são mutuamente exclusivos e totalmente inclusivos (veja Quadro 1). Os grupos são criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades:

- Paridade (nulípara ou multípara com e sem cesárea anterior);
- Início do parto (espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto);
- Idade gestacional (pré-termo ou termo);
- Apresentação/situação fetal (cefálica, pélvica ou transversa); e
- Número de fetos (único ou múltiplo).

A classificação é simples, robusta, reproduzível, clinicamente relevante, e prospectiva – o que significa que todas as gestantes internadas para o parto podem ser imediatamente classificadas em um dos 10 grupos, usando apenas algumas características básicas. A classificação permite a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre esses grupos.

Em 2014, a OMS realizou uma segunda revisão sistemática para analisar a experiência dos profissionais que haviam usado a Classificação de Robson. Essa revisão avaliou os prós e contras envolvidos na adoção, implementação e interpretação dessa classificação, além de identificar as barreiras, os facilitadores e as possíveis modificações apontados pelos usuários desse sistema de classificação de cesáreas (17).

Entre 8 e 9 de outubro de 2014, a OMS reuniu um painel de especialistas em Genebra para avaliar as evidências. Para estabelecer um ponto de partida para a comparação de dados maternos e perinatais em um mesmo hospital ao longo do tempo e entre diferentes hospitais, o painel fez várias recomendações:

1. Os hospitais devem adotar a Classificação de Robson para todas as gestantes internadas para dar à luz.
2. Para que possam ser feitas comparações padronizadas, a estrutura original da classificação deve ser mantida. Porém, caso os usuários tenham interesses ou necessidades específicas locais e queiram analisar variáveis adicionais (por exemplo, características epidemiológicas, custos, desfechos ou indicações), eles poderão criar mais subdivisões dentro dos 10 grupos.
3. Sempre que possível, os relatórios com os resultados da classificação devem ser divulgados publicamente.

A OMS espera que essa classificação irá ajudar os hospitais a:

- Otimizar o uso das cesáreas ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam particularmente relevantes em cada local;
- Avaliar a efetividade de estratégias ou intervenções criadas para otimizar o uso de cesáreas;
- Avaliar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupo;
- Avaliar a qualidade dos dados colhidos e chamar a atenção dos funcionários para a importância desses dados e do seu uso.

Quadro 1: Classificação de Robson

Grupo 1



Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 6



Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica

Grupo 2



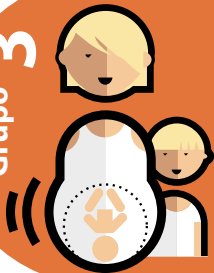
Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto

Grupo 7



Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 3



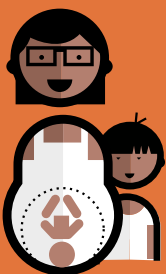
Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

Grupo 8



Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

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 9



Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Grupo 5



Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas

Grupo 10



Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Conclusão

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja 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.

Para ajudar os hospitais na adoção da Classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação de Robson, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

Referências

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
3. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-43.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
8. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
9. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet*. 2006;367(9525):1796-7.
10. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet*. 2009;374(9691):675-6.
11. Caesarean section--the first cut isn't the deepest. *Lancet*. 2010;375(9719):956.
12. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014;383(9927):1463-4.
13. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
14. Connolly ML. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.
15. What is the right number of caesarean sections? *Lancet*. 1997;349:815-6.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
17. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.



19. 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.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).
21. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
22. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.