

# Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro

*Cesarean section rate analysis: comparative study between two public maternity hospitals in the state of Rio de Janeiro*

Roberta Nogueira Furtado Ferreira<sup>1,2</sup>, Gabrielle Queiroz de Faria Nascimento<sup>2</sup>

## Descritores

Cesárea; Brasil; Classificação de Robson; Declaração de Nascido Vivo; Saúde pública

## Keywords

Cesarean section; Brazil; Robson classification; Birth certificates; Public health

## Submetido:

18/02/2021

## Aceito:

19/07/2021

1. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil.

## Conflito de interesses:

Nada a declarar

## Autor correspondente:

Roberta Nogueira Furtado Ferreira  
Av. Barão do Rio Branco, 1.003,  
Centro, 25680-120, Petrópolis, RJ,  
Brasil.  
robertanogueirafurtado@gmail.com

## Como citar?

Ferreira RN, Nascimento GQ. Análise da taxa de cesarianas: estudo comparativo entre duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. Femina. 2021;49(7):414-20.

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar a taxa de cesarianas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro, denominadas Maternidades A e B. **Métodos:** Foram extraídos das Declarações de Nascido Vivo (DNVs) dados sobre partos ocorridos no período de agosto a outubro de 2018, sendo realizada a classificação deles nos grupos de Robson. Foi possível identificar as características da população atendida e os grupos de maior representatividade que contribuíram para a taxa de cesarianas. **Resultados:** A idade média geral das puérperas em estudo foi de 25,7 anos. Verificou-se que ambas as maternidades apresentam taxas de cesarianas elevadas (a Maternidade A apresentou 46,4% e a Maternidade B, 34,4%), sendo a taxa geral do estudo de 40,1%. Analisando as características da população de ambas as maternidades, a maioria atendida na Maternidade A é representada por nulíparas com feto único e a termo (grupo 2 = 21,1%), e a Maternidade B é representada, em sua maioria, por múltiparas, sem cesárea prévia, com feto único e a termo (grupo 3 = 22,9%). O grupo 2 foi o que mais contribuiu para a taxa geral de cesariana em ambas as maternidades, após o grupo de pacientes com pelo menos uma cesárea prévia (grupo 5), sendo 26% na Maternidade A e 33,1% na Maternidade B. **Conclusão:** Foi possível concluir que ambas as maternidades em estudo apresentaram taxas de cesarianas menores que a nacional, porém muito acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambas apresentaram valores consideráveis de preenchimento inadequado das DNVs.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare the cesarean section rate in two public maternity hospitals in the state of Rio de Janeiro, called maternity hospitals A and B. **Methods:** Data from Certificates of Live Births (DNVs) occurred during the period from August to October 2018 were extracted and their classification was performed in Robson's groups. Through this classification it was possible to identify the characteristics of the population served and the most representative groups that contributed to the cesarean section rate. **Results:** The overall average age of the puerperal women under study was 25.7 years. Both maternities showed higher caesarean section rates (Maternity A had a rate of 46.4% and Maternity B 34.4%), with the overall study rate of

40.1%. Analyzing the characteristics of the population of both maternities, the majority attended at Maternity A is represented by nulliparous women with single and full-term fetuses (group 2 = 21.1%), and Maternity B is mostly represented by multiparous women, without previous cesarean section, with single and full-term fetus (group 3 = 22.9%). It was group 2 that most contributed to the overall cesarean section rate after the group of patients with at least one previous cesarean section (group 5), being 26% in Maternity A and 33.1% in Maternity B. **Conclusion:** It was concluded that both maternity hospitals under study had caesarean section rates lower than the national rate, but much higher than recommended by World Health Organization (WHO). In addition, both presented considerable values of inadequate filling of DNVs.

## INTRODUÇÃO

O parto cesáreo era um procedimento raro no século XX e representava apenas 6% dos nascimentos nos anos 1970, no entanto a elevação da taxa de cesarianas é um fenômeno da obstetrícia mundial, sendo o Brasil um dos líderes das estatísticas.<sup>(1-4)</sup> Desde 1985, a comunidade médica internacional considera ideal que essa taxa se situe entre 10% e 15%, uma vez que não existem evidências que justifiquem taxas superiores.<sup>(4-7)</sup> Apesar dessas recomendações, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes no Brasil e no mundo. Dessa forma, muitas autoridades governamentais e profissionais da saúde vêm adotando medidas para que essa taxa não se torne cada vez maior, inclusive utilizando o indicador de número de cesáreas como modelo de atenção ao parto.<sup>(6,8,9)</sup>

A cesariana, assim como outras cirurgias, acarreta riscos imediatos e a longo prazo, podendo se estender por muitos anos depois de o parto ter ocorrido, comprometendo a saúde da mulher e do seu filho.<sup>(6)</sup> No entanto, quando há indicação médica, podem-se reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal. A compreensão da realidade epidemiológica de maternidades de alto risco e seus resultados maternos e neonatais é uma ferramenta de extrema importância para a revisão da prática obstétrica.<sup>(4)</sup>

Para facilitar o monitoramento dessa taxa de cesarianas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um sistema para o preenchimento dos dados, levando em conta as características das mulheres que são atendidas nesses locais. Esse sistema, denominado Classificação de Robson, é um instrumento padrão, utilizado mundialmente para monitorar e comparar as taxas de cesarianas em um mesmo hospital e entre hospitais diferentes, sendo considerado a classificação mais adequada para as necessidades locais e internacionais, por ser simples, reprodutível e clinicamente relevante.<sup>(9-11)</sup>

O maior estudo realizado no Brasil, considerado como referência, é um estudo de base hospitalar realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, intitulado "Nascer no Brasil", que utilizou a classificação de Robson para fornecer uma visão nacional do parto

e nascimento no Brasil, estabelecendo a taxa geral de cesarianas.<sup>(12)</sup>

Em virtude da grande relevância do tema e da escassez de estudos transversais que possam trazer um panorama das maternidades brasileiras, esse estudo se justifica por trazer uma contribuição por meio de estratégias e intervenções que possam promover mudanças objetivando alcançar a taxa de cesarianas proposta pela OMS. Por meio dos resultados expostos a seguir, poderá ser feita uma revisão da prática obstétrica nesses dois hospitais, o que poderá ser feito também em outras maternidades do Brasil, nas quais são preparados alunos de graduação e especialização, tendo em vista a grande mobilização dos serviços sociais de saúde para o resgate do nascimento como processo biológico natural, reservando as cesarianas para situações com indicações justificadas cientificamente. Portanto, o objetivo do nosso estudo é analisar comparativamente a taxa de cesarianas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro, denominadas Maternidades A e B, além de comparar os dados de ambas as maternidades com valores de referência nacional.

## MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido em duas maternidades públicas do estado do Rio de Janeiro designadas Maternidades A e B, a fim de preservar a confidencialidade dos nomes das instituições. Realizou-se um estudo de natureza descritiva do tipo transversal, no qual foram analisadas as taxas de cesarianas realizadas no período de 1º de agosto de 2018 a 31 de outubro de 2018, bem como a classificação dessas pacientes nos 10 grupos de Robson. A hipótese levantada é de que ambas as maternidades apresentam taxa de cesarianas acima dos valores recomendados pela OMS.

Os dados coletados foram alocados na planilha do programa Excel 2010 e analisados estatisticamente. Eles produziram diferentes bases para análises descritivas, qualitativas e quantitativas, cujos resultados são apresentados em tabelas e gráficos.

Foi realizado o levantamento de dados por meio das Declarações de Nascido Vivo (DNVs) coletadas em duas maternidades públicas no estado do Rio de Janeiro. A Maternidade A, onde foi realizada parte do estudo, situa-se na região serrana do Rio de Janeiro, sendo atualmente referência regional em atendimento de gestantes de alto risco e unidade de terapia intensiva neonatal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) dos demais municípios da microrregião.<sup>(13)</sup> Já a Maternidade B se encontra localizada na Baixada Fluminense, RJ, onde também foi realizada a coleta de dados, sendo a maternidade pública de referência em atendimento de gestantes e bebês de médio e alto risco dessa região, tendo um fluxo mensal semelhante ao da Maternidade A.<sup>(14)</sup>

De modo mais específico, foram avaliados os dados referentes aos antecedentes obstétricos/paridade, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de

parto (espontâneo, induzido, cesárea antes do trabalho de parto) e idade gestacional das pacientes admitidas em ambas as maternidades, classificando-as em 10 grupos (1-10), de acordo com a Classificação de Robson, recomendada pela OMS. Em seguida foram realizadas a análise estatística dos dados, a confecção de gráficos e tabelas e a avaliação da relevância deles, permitindo, assim, avaliar não só as taxas de cesarianas, mas também as características da população atendida e a comparação dos dados das duas maternidades. Por fim, foram redigidos os resultados para publicação e divulgação do estudo.

Foram incluídas todas as pacientes que tiveram parto vaginal ou cesariano de fetos vivos em ambas as maternidades, cujas DNVs foram preenchidas adequadamente (n 1.403), e excluídas todas aquelas que não puderam ser classificadas nos 10 grupos de Robson devido ao mau preenchimento das DNVs (n 131), sendo descritas nas tabelas como NaN (não classificadas). Isso permitiu avaliar não só as taxas de cesarianas, mas também as características da população atendida, e comparar os dados das duas maternidades.

Para a análise dos dados, foram utilizadas as medidas de tendência central, medidas de dispersão e distribuição de frequência. Para verificar a associação entre o tipo e o trabalho de parto com as maternidades, foi utilizado o teste qui-quadrado. Para verificar a relação entre o tipo de parto e a Classificação de Robson, foi utilizada a regressão logística. O *software* utilizado para a análise foi o SPSS para Windows, versão 23.

## RESULTADOS

No período de agosto a outubro de 2018, foram efetuadas 563 cesarianas em nossas instituições para um total de 1.403 partos realizados, sendo a taxa geral de cesarianas nesse período de 40,1%. Analisando separadamente

as maternidades, verificou-se que a Maternidade A apresentou um total de 673 partos, dos quais 312 foram cesarianas, com uma taxa de cesáreas de 46,4%. A Maternidade B apresentou um total de 730 partos, com 251 cesarianas e uma taxa de 34,4% (Tabela 1). No teste qui-quadrado, foi verificada associação entre o tipo de parto e a maternidade ( $\chi^2 = 22,4$ ;  $p = 0,001$ ).

Verificamos que as cesarianas realizadas nas pacientes antes de elas entrarem em trabalho de parto, ou seja, anteparto, e que não foram submetidas a indução do parto foram mais frequentes na Maternidade A do que na Maternidade B, representando 27,8% e 18,5%, respectivamente, do total de partos. Nessa mesma análise, nosso estudo evidenciou uma taxa de partos induzidos de 26,6% na Maternidade A e de 18,2% na Maternidade B, sendo isso de extrema importância em questão de saúde pública (Tabela 2). No teste qui-quadrado, foi verificada associação entre o trabalho de parto e a maternidade ( $\chi^2 = 58,3$ ;  $p = 0,001$ ).

As puérperas participantes dessa pesquisa apresentaram idade média geral de 25,7 anos ( $\pm 6,9$ ), com idade mínima de 12 anos e máxima de 48 anos; 1.292 (95%) puérperas apresentaram idade inferior a 40 anos. Com relação ao número de gestações em ambas as maternidades, a maioria teve abaixo de três gestações, totalizando 1.136 puérperas (81%). Por outro lado, temos um número reduzido de puérperas acima de quatro gestações, que totalizou 118 gestantes (8,4%).

As tabelas 3, 4 e 5 mostram a Classificação de Robson geral nas Maternidades A e B, respectivamente. A análise da taxa de cesáreas por grupo mostrou que, no grupo 2 (nulíparas, cefálico, a termo, com trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto), a taxa de cesáreas foi maior na Maternidade A (54,2%) do que na Maternidade B (48,3%), o mesmo ocorrendo no grupo 10 (gravidez pré-termo, feto único, cefálico, qualquer paridade, inclui cesariana anterior),

**Tabela 1.** Tipo de parto por maternidade

Tipo de parto				
Hospital	Cesáreo n (%)	Vaginal n (%)	NaN (%)	Total geral
Maternidade A	312 (55,4)	361 (43,1)	0 (0,0)	673 (48,0)
Maternidade B	251 (44,6)	477 (56,9)	2 (100,0)	730 (52,0)
<b>Total geral</b>	<b>563 (100)</b>	<b>838 (100)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>1.403 (100)</b>

**Tabela 2.** Trabalho de parto por maternidade

Trabalho de parto				
Hospital	Espontâneo	Induzido	Cesário anteparto	NaN
Maternidade A	261	179	187	46
Maternidade B	432	133	135	30
<b>Total geral</b>	<b>693</b>	<b>312</b>	<b>322</b>	<b>76</b>

no qual a taxa de cesáreas foi de 50% na Maternidade A e de 37,9% na Maternidade B. O grupo que mais contribuiu para a taxa geral de cesarianas em ambas as maternidades foi o grupo 5 (multíparas, a termo, feto único, com cesárea anterior), sendo a contribuição relativa na Maternidade A de 26% e na Maternidade B de 33,1%.

Vale destacar que o terceiro grupo que mais contribuiu para a taxa relativa de cesarianas em ambas as maternidades foi o grupo de parto pré-termo (<37 semanas)

– grupo 10 –, com contribuição relativa da taxa total de cesáreas em cerca de 13,3%, sendo 9,9% da taxa relativa na Maternidade A e 17,5% na Maternidade B. Esse número é pouco maior que os dados do Brasil de 9,4% e de países onde as taxas de prematuridade são baixas, como os Países Baixos (7,1%) e a França (8,3%).

Na tabela 6 apresentamos a regressão logística. A Classificação de Robson 3 possui 2,8 vezes mais para o desfecho para o parto vaginal, assim como o grupo 5 tendeu a evoluir para parto cesáreo.

**Tabela 3.** Classificação de Robson geral – Maternidades A e B

Grupo	Número de cesáreas no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesáreas do grupo (%)	Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%)
1	31	186	13,3	16,7	2,2	5,5
2	120	231	16,5	51,9	8,6	21,3
3	18	274	19,5	6,6	1,3	3,2
4	34	114	8,1	29,8	2,4	6,0
5	164	222	15,8	73,9	11,7	29,1
6	15	16	1,1	93,8	1,1	2,7
7	28	33	2,4	84,8	2,0	5,0
8	13	18	1,3	72,2	0,9	2,3
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	75	178	12,7	42,1	5,3	13,3
NaN	65	131	9,3	49,6	4,6	11,5
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>1.403</b>	<b>100</b>	<b>40,1</b>	<b>40,1</b>	<b>100</b>

**Tabela 4.** Classificação de Robson – Maternidade A

Grupo	Número de cesáreas no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesáreas do grupo (%)	Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%)
1	17	78	11,6	21,8	2,5	5,4
2	77	142	21,1	54,2	11,4	24,7
3	4	107	15,9	3,7	0,6	1,3
4	22	70	10,4	31,4	3,3	7,1
5	81	106	15,8	76,4	12,0	26,0
6	5	5	0,7	100,0	0,7	1,6
7	14	16	2,4	87,5	2,1	4,5
8	3	4	0,6	75,0	0,4	1,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	31	62	9,2	50,0	4,6	9,9
NaN	58	83	12,3	69,9	8,6	18,6
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>673</b>	<b>100</b>	<b>46,4</b>	<b>46,4</b>	<b>100</b>

**Tabela 5.** Classificação de Robson – Maternidade B

Grupo	Número de cesáreas no grupo	Número de partos no grupo	Tamanho do grupo (%)	Taxa de cesáreas do grupo (%)	Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%)
1	14	108	14,8	13,0	1,9	5,6
2	43	89	12,2	48,3	5,9	17,1
3	14	167	22,9	8,4	1,9	5,6
4	12	44	6,0	27,3	1,6	4,8
5	83	116	15,9	71,6	11,4	33,1
6	10	11	1,5	90,9	1,4	4,0
7	14	17	2,3	82,4	1,9	5,6
8	10	14	1,9	71,4	1,4	4,0
9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10	44	116	15,9	37,9	6,0	17,5
NaN	7	48	6,6	14,6	1,0	2,8
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>730</b>	<b>100</b>	<b>34,4</b>	<b>34,4</b>	<b>100</b>

**Tabela 6.** Regressão logística

	Estimativa	Erro-padrão	Odds ratio	z	Wald statistic	df	p
(Intercept)	1.609	0.197	5.000	8.180	66.916	1	< 0,001
Classificação de Robson (2)	-1.687	0.237	0.185	-7.127	50.798	1	< 0,001
Classificação de Robson (3)	1.045	0.313	2.844	3.336	11.132	1	< 0,001
Classificação de Robson (4)	-0.754	0.284	0.471	-2.655	7.047	1	0,008
Classificação de Robson (5)	-2.649	0.249	0.071	-10.634	113.080	1	< 0,001
Classificação de Robson (6)	-4.317	1.051	0.013	-4.107	16.864	1	< 0,001
Classificação de Robson (7)	-3.332	0.524	0.036	-6.361	40.461	1	< 0,001
Classificação de Robson (8)	-2.565	0.562	0.077	-4.565	20.844	1	< 0,001
Classificação de Robson (10)	-1.292	0.248	0.275	-5.200	27.040	1	< 0,001

Nota: Parto vaginal foi codificado como classe 1.

## DISCUSSÃO

Conseguimos inferir que, não diferente dos dados de referência no Brasil, ambas as maternidades apresentaram altas taxas de cesarianas (>15%) e as mesmas características populacionais das outras 266 maternidades avaliadas no estudo “Nascer no Brasil”.<sup>(12,15)</sup> O Brasil é um país conhecido internacionalmente por suas altas taxas de cesarianas, esse percentual supera o de partos vaginais, chegando a 54,4% em 2013.<sup>(16)</sup> De acordo com os últimos dados publicados em 2016 pelo “Nascer no Brasil”, a taxa de cesarianas (51,9%) continua excedendo o total de partos vaginais, exigindo preocupação com essa tendência devido aos potenciais riscos desse procedimento. As maternidades em estudo apresentaram taxas de cesarianas menores que a taxa nacional, porém muito acima do recomendado pela OMS (<15%).

No Brasil, a taxa de cesáreas é maior do que a encontrada em outros países em grupos com baixas probabilidades de cesariana (nulíparas e multíparas com trabalho de parto espontâneo, e multíparas com parto induzido) – grupos 1, 3 e 4, respectivamente –, semelhante aos dados encontrados em ambas as maternidades – A e B.<sup>(12)</sup> Além disso, a prática generalizada de cesarianas eletivas tanto em nulíparas quanto em multíparas foi observada em ambas as maternidades, representadas pelos grupos 2 e 4.

Devemos destacar a alta taxa de cesáreas no grupo 4 – relacionado a pacientes submetidas a cesárea aneparto. Esses dados refletem, mais uma vez, a hipótese de preferência pela cesárea eletiva em detrimento da indução do parto, principalmente em gestações de alto risco e pacientes que desejam realizar laqueadura

tubária concomitante, já evidenciada por outros estudos.<sup>(17,18)</sup>

Analisando a característica da população atendida em ambas as maternidades, identificamos que, apesar de ambas serem do setor público, referências em gestação de alto risco e com estruturas semelhantes, as características das populações atendidas são diferentes. De forma mais detalhada, a maioria da população atendida na Maternidade A é representada por nulíparas, com feto único e a termo (grupo 2), na faixa etária de 19 a 26 anos de idade, cujos partos foram induzidos ou submetida a cesáreas anteparto. Comparativamente, a Maternidade B é representada, em sua maioria, por múltiparas, sem cesárea prévia, com feto único e a termo (grupo 3), na faixa etária de 19 a 26 anos de idade, cujo início do trabalho de parto foi espontâneo. Esses dados estão de acordo com os dados nacionais, em que os grupos 2 e 3 representaram os dois maiores grupos populacionais – 20,9% e 20%, respectivamente.<sup>(12)</sup> Entretanto, ambas as maternidades corroboram os dados de que pacientes múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único, apresentação cefálica e a termo (grupo 5) foram as que mais contribuíram para a taxa geral de cesarianas ( $p < 0,001$ ).

De acordo com a OMS, em uma análise de 2015, as taxas de cesáreas e a contribuição absoluta do grupo 5 têm aumentado nos últimos anos, evidenciando um efeito cascata do uso de cesarianas, em que o aumento das taxas, especialmente em nulíparas, gera um aumento do número de mulheres com cesáreas anterior, que consequentemente são mais susceptíveis a cesáreas de repetição.<sup>(6,19)</sup> Em contraponto, as taxas encontradas nas maternidades em estudo, embora não sejam diferentes daquelas encontradas em nível nacional, são consideravelmente maiores que as taxas encontradas na França e nos Países Baixos.<sup>(12,15)</sup>

Relacionado às cesarianas eletivas, nossas estatísticas estão abaixo dos dados de referência no Brasil, onde o percentual de cesáreas anteparto no setor público foi de 34% e 82,4% no setor privado.<sup>(12)</sup> Nessa mesma análise, nosso estudo evidenciou uma taxa de partos induzidos em ambas as maternidades acima do valor de referência no setor público nacional.<sup>(12)</sup> Dessa forma, o estímulo ao uso da indução do parto para a redução das taxas de cesarianas eletivas deve ser o foco das políticas públicas.

As taxas de cesarianas encontradas acima do valor recomendado pela OMS podem trazer muitos prejuízos evitáveis para a saúde do binômio mãe-feto, principalmente se a cesárea for realizada sem indicação, incluindo o aumento da morbimortalidade materna e neonatal, especialmente se antes de 39 semanas de gestação.<sup>(20,21)</sup> Os dados de nossas maternidades revelaram altas taxas de cesarianas no grupo de pré-termos, semelhante aos dados de referência no Brasil, o que levanta a hipótese de que essa prática pode estar levando ao aumento da prematuridade iatrogênica.<sup>(12,22,23)</sup>

Este estudo mostrou-se importante por diversas razões. Ele foi baseado em uma pesquisa de referência nacional (estudo Nascer no Brasil) e teve representatividade de duas maternidades públicas que são referências em atendimento a gestação de alto risco no estado do Rio de Janeiro, aplicando-se a Classificação de Robson em dados primários. O preenchimento adequado das DNVs mostrou-se fundamental para que todas as informações necessárias fossem obtidas, porém uma limitação do estudo foi o erro de preenchimento ou dados faltantes, que impossibilitaram a classificação correta nos grupos de Robson de 9,3% ( $n = 131$ ) do total de partos. Esses dados refletem a qualidade do preenchimento das DNVs, falhas que a princípio não deveriam ocorrer dentro de duas instituições de ensino e maternidades de referência, e apontam para a necessidade de ambas promoverem conscientização e capacitação dos profissionais diante da responsabilidade pelo preenchimento correto dos prontuários/DNVs.

É importante ressaltar também que outra limitação desse estudo foi o tamanho amostral pequeno, quando comparado ao estudo de referência (Nascer no Brasil), que abrangeu todo território nacional, sendo interessante ampliar o tempo de investigação para nova avaliação dos dados específicos das regiões em que o estudo se desenvolveu.

## CONCLUSÃO

Nosso estudo demonstrou que ambas as maternidades apresentaram taxas de cesarianas muito acima do recomendado pela OMS (taxa geral do estudo de 40,1%). Há diferenças significativas entre as duas; a Maternidade A apresentou maior taxa, quando comparada com a Maternidade B. O principal grupo que pode se beneficiar da implementação ou intervenções para a redução da taxa de cesáreas em ambas as maternidades é o de pacientes com cesárea prévia (grupo 5) ( $p < 0,001$ ). Além do grupo 5, o grupo representado por nulíparas (grupo 2) pode ser favorecido por ações intervencionistas visando ao estímulo à via de parto vaginal, fundamentais para a redução na taxa geral de cesarianas ( $p < 0,001$ ). Nossa análise sugere que evitar uma primeira cesariana e permitir o início espontâneo do trabalho de parto pode contribuir para o decréscimo da taxa de cesáreas. Protocolos para melhorar os índices de cesarianas no Brasil devem ser desenvolvidos baseados principalmente nessas diferentes demandas populacionais atendidas em cada região, e outros estudos como este devem ser realizados para auxiliar na compreensão da realidade epidemiológica das maternidades brasileiras.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida D, Cardoso AS, Rodrigues RM, Cunha A. Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos. *Nascer Crescer*. 2014;23(3):134-9.

2. Haddad SE, Cecatti JG. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(5):252-62. doi: 10.1590/S0100-72032011000500008
3. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:105. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000389
4. Reis ZS, Lage EM, Aguiar RA, Gaspar JS, Vitral GL, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014;36(2):65-71. doi: 10.1590/S0100-72032014000200004
5. Novo JL, Pellicciari CR, Camargo LA, Bâlsamo SB, Novo NF. Indicações de partos cesáreos em hospitais de atendimento ao Sistema Único de Saúde: baixo e alto riscos. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2017;19(2):67-71. doi: 10.23925/1984-4840.2017v19i2a4
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 13]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)
7. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436-7. doi: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3
8. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PL, Mathias TA. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):734-41. doi: 10.1590/S0080-623420160000600004
9. Torres JA, Domingues RM, Sandall J, Hartz Z, Gama SG, Theme Filha MM, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl:S220-31.
10. Clode N. A classificação de Robson: apenas uma forma de classificar cesarianas? *Acta Obstet Ginecol Port.* 2017;11(2):80-2.
11. Robson MS. Classification of Cesarean Sections. *Fetal Matern Rev.* 2001;12(1):23-9. doi: 10.1017/S0965539501000122
12. Nakamura-Pereira M, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. O uso da Classificação de Robson para avaliar as taxas de cesariana no Brasil: o papel da fonte de pagamento para o parto. *Reprod Health.* 2016;13 Suppl 3:128. doi: 10.1186/s12978-016-0228-7
13. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Regional Serrana. Projeto Rede de Atenção as Urgências e Emergências – RUE [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/2011-rue-da-serrana/file.html>
14. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto de Construção da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Rio de Janeiro [Internet]. 2012 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/8500-projeto-rue-metropolitana/file.html>
15. Zhang J, Geerts C, Hukkelhoven C, Offerhaus P, Zwart J, de Jonge A. Caesarean section rates in subgroups of women and perinatal outcomes. *BJOG.* 2016;123(5):754-61. doi: 10.1111/1471-0528.13520
16. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]. 2015 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>
17. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl:S101-16. doi: 10.1590/0102-311X00105113
18. Potter EJ, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ.* 2001;323(7322):1155-8. doi: 10.1136/bmj.323.7322.1155
19. Vogel JP, Betrán AP, Vindevooghel 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.* 2015;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X
20. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Suave R, Kramer MS, et al. Maternal Mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007;176(4):455-60. doi: 10.1503/cmaj.060870
21. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med.* 2009;360(2):111-20. doi: 10.1056/NEJMoa0803267
22. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Classificação de Robson [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 12]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>
23. World Health Organization (WHO). Robson classification: implementation manual. Geneva: WHO; 2017.