

# Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de Robson em uma maternidade brasileira de risco habitual

*Cesarean section indication analysis in a habitual-risk maternity hospital in Brazil according to Robson classification system*

Betina Linardi Espinosa<sup>1</sup>, Carla Carolina Seixas Esteves<sup>1</sup>, Flavia Morandi El Faro<sup>1</sup>, Gustavo Alvarez Prado Barazal<sup>1</sup>, Rafaela Silveira de Oliveira<sup>1</sup>, Maria Luisa Diaz Cunha David<sup>1</sup>

## Descritores

Indicações de cesárea; Classificação de Robson; Taxa de cesáreas; Saúde materna; Parto obstétrico

## Keywords

Cesarean indications; Robson classification; Cesareans rate; Maternal health; Obstetric delivery

## Submetido:

22/07/2022

## Aceito:

03/11/2022

1. Centro Universitário Lusíada, Santos, SP, Brasil.

## Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

## Autor correspondente:

Betina Linardi Espinosa  
Rua Dr. Armando Salles de Oliveira,  
150, 11050-071, Santos, SP, Brasil  
betina.espinosa.28@gmail.com

## Como citar:

Espinosa BL, Esteves CC, Faro FM, Barazal GA, Oliveira RS, David ML. Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de Robson em uma maternidade brasileira de risco habitual. *Femina*. 2023;51(2):98-104.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a taxa de cesáreas e suas principais indicações com base na classificação de Robson na Maternidade Municipal de São Vicente em 2020, um hospital público de risco habitual. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal observacional. Foram efetuadas revisão, correção e análise retrospectiva e documental da classificação de Robson na Maternidade Municipal de São Vicente. Foram analisados partos de janeiro a dezembro de 2020, dos quais foram coletadas e ordenadas as informações mais relevantes para a pesquisa. **Resultados:** Uma amostra de 1.627 partos foi encontrada. A taxa geral de cesáreas encontrada foi de 46,3%. A contribuição relativa dos grupos 1, 2 e 5 para a taxa de cesáreas foi de 16,8%, 13,3% e 46,8%, respectivamente, enquanto a contribuição relativa das indicações de cesáreas foi de 25,5% para parto cesáreo anterior e de 21,5% para sofrimento fetal agudo. **Conclusão:** Foi evidenciada alta taxa de cesáreas, e as principais indicações foram cesárea prévia e sofrimento fetal agudo. Os grupos 1, 2 e 5 da classificação de Robson foram os que mais contribuíram para essa taxa.

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the cesarean section rate and the cesarean indication rate based on Robson Classification during 2020 in São Vicente's Municipal Maternity, a habitual-risk public hospital. **Methods:** This is a cross-sectional observational study. We have reviewed, corrected, analyzed retrospectively and documented Robson Classification in São Vicente's Municipal Maternity. Births from January to December 2020 were analyzed, from which the main data for the research was collected and organized. **Results:** A sample of 1,627 births was found. The overall rate of cesarean section was 46.3%. The relative contribution of groups 1, 2 and 5 to the cesarean rate was 16.8%, 13.3% and 46.8%, respectively. While the cesarean indication relative contribution was 25.5% for previous cesarean and 21.5% for fetal distress. **Conclusion:** We found a high cesarean rate and the main indications were previous cesarean and fetal distress. Robson classification groups 1, 2 and 5 contributed the most to this rate.

## INTRODUÇÃO

É indiscutível que a via de parto cirúrgica tenha revolucionado a área da tococirurgia, todavia existe uma preocupação com o uso excessivo da via cirúrgica e o aumento da morbimortalidade materna e neonatal de forma desnecessária. Algumas indicações absolutas são: placenta prévia, placenta acreta e malformações genitais.<sup>(1,2)</sup>

Em relação às indicações por cesáreas prévias, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a operação cesariana em mulheres com três ou mais cesáreas anteriores. No entanto, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e mesmo a prática brasileira tendem a ser mais restritivos em relação à possibilidade de parto vaginal após duas cesarianas prévias.<sup>(3,4)</sup>

Baseado em um estudo realizado em 24 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que cesarianas estão associadas com maiores riscos, quando comparadas com o parto vaginal, portanto devem ser realizadas quando há um benefício claro.<sup>(5,6)</sup>

Com essas problemáticas em mente, em 2011, a OMS recomendou o uso da classificação de Robson (Figuras 1 e 2)<sup>(7,8)</sup> para monitorar e comparar a prevalência de parto

cesáreo (PC), uma vez que essa ferramenta é de fácil aplicabilidade e clinicamente relevante ao apresentar dados importantes para a análise das condutas em hospitais. A classificação de Robson é, portanto, um instrumento prospectivo que analisa parâmetros na gestante, sendo eles: antecedentes obstétricos (presença de PC anterior), número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional – e os divide em 10 grupos diferentes.<sup>(9)</sup>

Esses grupos são inclusivos e únicos, significando que todas as gestantes podem ser inseridas nessa classificação. Sua simplicidade e reprodutibilidade fez com que a classificação se popularizasse e tivesse seu uso apoiado pela OMS. Em 2014, o MS optou por substituir as suas estatísticas anuais de nascidos vivos pela classificação de Robson, o que possibilitou a avaliação nacional da associação dos parâmetros obstétricos selecionados com o modo de parto.<sup>(8)</sup>

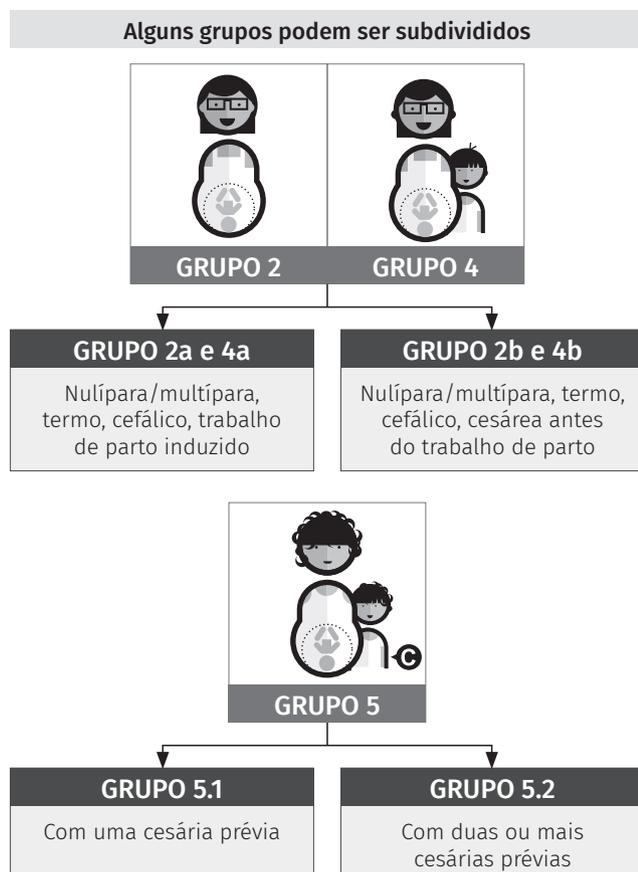
No Brasil, o aumento no número de cesarianas realizadas tem sido motivo de discussão. Estima-se que o número de PCs representa 56% das vias de parto de todos os nascimentos. Observa-se que os dados vão

<b>GRUPO 1</b>		Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	<b>GRUPO 6</b>		Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
<b>GRUPO 2</b>		Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	<b>GRUPO 7</b>		Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
<b>GRUPO 3</b>		Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	<b>GRUPO 8</b>		Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
<b>GRUPO 4</b>		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	<b>GRUPO 9</b>		Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
<b>GRUPO 5</b>		Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	<b>GRUPO 10</b>		Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

Ⓞ Cesárea anterior (|) Trabalho de parto espontâneo

Fonte: Organização Mundial da Saúde. 2015.<sup>(7)</sup>

Figura 1. Classificação de Robson



Fonte: Fundação Oswaldo Cruz. 2018<sup>(8)</sup>

**Figura 2.** Classificação de Robson

contra o ideal sugerido pela OMS, que é em torno de 15%.<sup>(5,7,9)</sup>

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo abordar as taxas de cesarianas e suas indicações de acordo com a classificação de Robson na Maternidade Municipal de São Vicente e fornecer evidências para melhor entender essa problemática.

## MÉTODOS

Esta dissertação tem como escopo analisar as indicações de cesarianas na Maternidade Municipal de São Vicente utilizando como referência teórico-metodológica a classificação de Robson. Trata-se de um estudo transversal observacional que utiliza como base de dados os livros de parto fornecidos pela Maternidade Municipal de São Vicente, cujo conteúdo diz respeito aos prontuários das gestantes internadas, com informações referentes a identificação da paciente (nome, idade e procedência), data de internação, data do parto, antecedentes obstétricos, diagnósticos obstétricos de normalidade e patológico atual, indução ou condução do parto, via de parto, apresentação fetal, presença ou não de intercorrências intrapartais, classificação de Robson da gestante e informações do recém-nascido (sexo,

medidas antropométricas, Apgar e intercorrências relacionadas ao recém-nascido). Ressalta-se que as informações presentes nos livros de parto foram revisadas e, quando necessário, corrigidas.

A coleta de dados foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE:52062621.8.0000.5436).

A pesquisa foi realizada na Maternidade Municipal de São Vicente, um hospital público de risco habitual. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(10)</sup> sobre o município de São Vicente mostram uma densidade demográfica de 2.247,88 habitantes/km<sup>2</sup> em 2010 e um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 15.164,69 reais em 2019. Por meio dos dados coletados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) gerenciados pelo MS e disponíveis *on-line* na página do Departamento de Informática do SUS (Datasus),<sup>(11)</sup> a taxa bruta de natalidade encontrada do município foi de 4.300 nascidos vivos em 2019.

A amostra compreende o total de 1.645 gestantes que tiveram seu parto realizado na Maternidade Municipal de São Vicente nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2020. Foi avaliado em qual grupo da classificação de Robson essas gestantes se encontravam, qual a via de parto selecionada e, em caso de cesariana, por qual razão o procedimento foi adotado. Como critério de exclusão, foi considerada a ocorrência de aborto ou de óbito fetal. Sendo assim, dos 1.645 partos que foram realizados na Maternidade Municipal de São Vicente no ano de 2020, 18 deles foram excluídos da amostra analisada, com uma amostragem final de 1.627 gestantes.

A coleta dos dados para a análise ocorreu em 2021. Entre as 1.627 gestantes, 376 (23%) necessitaram ser reclassificadas, pois foram classificadas equivocadamente, e 332 (20%) precisaram ser classificadas por terem a lacuna da classificação de Robson em branco. No total, foram atribuídas classificações corretas a 43,5% das gestantes.

As características gerais das gestantes foram elencadas pelo grupo etário e pela quantidade de consultas de pré-natal. Os grupos etários foram divididos em: abaixo de 20 anos, de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos e acima ou igual a 35 anos; além disso, foram calculados a média e o desvio-padrão (DP) a partir das amostras dessas idades. Já as consultas do pré-natal foram descritas da seguinte forma: 0 consulta (gestantes que não compareceram a nenhuma consulta), 1 ou 2 (gestantes que compareceram a 1 ou 2 consultas), 3 a 5 (gestantes que compareceram a 3, 4 ou 5 consultas), ≥6 (gestantes que compareceram a 6 ou mais consultas) e em branco (os prontuários nos quais o número de consultas não foi fornecido por falha de preenchimento). As mulheres foram categorizadas em 10 grupos de acordo com a classificação de Robson. Para cada grupo, foram calculados: o tamanho do grupo (o número total de partos do grupo dividido pelo total de partos da amostra), a taxa de PCs do grupo (número total de PCs do grupo

dividido pelo número total de partos do grupo), a contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (PCs do grupo dividido pelo total de partos da amostra) e contribuição relativa para a taxa de cesáreas do grupo (número de cesáreas do grupo dividido pelo total de cesáreas). Devido à heterogeneidade das descrições das indicações de cesárea encontradas no livro de parto, elas foram agrupadas da seguinte forma: PC anterior (todas as indicações de cesárea que foram relacionadas a pelo menos 1 PC anterior), sendo esse grupo subdividido em “a.” – 1 PC anterior – e “b.” – 2 ou mais PCs anteriores –; sofrimento fetal agudo (SFA) (todas as indicações relacionadas ao SFA, como “SFA”, “mecônio”, “bradicardia fetal”, “cardiotocografia não tranquilizadora”, “taquicardia fetal”); discordantes, ou seja, todas as indicações incoerentes como, por exemplo, “iteratividade” sem PCs anteriores, e indicações que não são formais e absolutas nem relativas como “amniorrexe prematura”; síndromes hipertensivas; sem indicação; e desejo materno.

Para cada indicação, foram calculadas: a contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (número de indicações de cesárea do grupo dividido pelo total de partos da amostra) e a contribuição relativa para a taxa de cesáreas do grupo (número de indicações de cesárea do grupo dividido pelo total de cesáreas). Além disso, foram divididas as indicações de cesárea de acordo com a classificação de Robson.

## RESULTADOS

Na tabela 1 encontram-se as características gerais das 1.627 mulheres atendidas na Maternidade Municipal de São Vicente no ano de 2020.

Na tabela 2 observa-se a estratificação dos PCs de acordo com os grupos de Robson no ano de 2020.

As seis principais indicações de partos cesáreos realizados encontram-se na tabela 3. A presença de PC anterior foi a indicação de cesárea mais prevalente, com 25,5% de contribuição relativa para a taxa de PCs. O grupo 5 da classificação de Robson foi aquele com mais indicações por essa condição, totalizando 183 indicações por PC anterior. O SFA foi a segunda maior causa de PC, com uma contribuição relativa de 21,5%. O grupo em que foi mais observada essa indicação foi o grupo 1 da classificação de Robson. A terceira maior causa de indicação de cesárea foi a considerada discordante, com uma contribuição relativa para a taxa de cesáreas de 8,9%. O grupo em que mais se verificou essa indicação foi o grupo 5 da classificação de Robson, com um total de 26 cesáreas.

## DISCUSSÃO

### Classificação de Robson e taxa de cesarianas

Evidenciou-se que a taxa de PCs na Maternidade Municipal de São Vicente no ano de 2020 é alta, correspondente a 46,3%. A amostra obtida encontra-se um pouco abaixo do valor da média nacional, de 56%, mas

**Tabela 1.** Características gerais das mulheres atendidas na maternidade

Características	n (%)
Média ± DP	26 ± 6,9
<b>Idade materna (absoluto /%)</b>	
<20	281 (17)
20-24	474 (29)
25-29	372 (23)
30-34	263 (16)
≥35	237 (15)
Total	1.627 (100)
<b>Consultas pré-natal</b>	
0	65 (4)
1 ou 2	125 (8)
3-5	366 (22)
>6	1.058 (65)
Em branco	13 (1)
Total	1.627 (100)

DP: desvio-padrão.

ainda muito distante da taxa ideal preconizada pela OMS, que é de 10% a 15%. Esse número evidenciado pela OMS se dá, provavelmente, pelo fato de a cesariana ser um procedimento cirúrgico com risco de complicações, não compensando seu sobreuso. Outra justificativa seria de que a prevalência de patologias obstétricas que realmente indicariam o PC gira em torno desse valor, corroborando, então, a hipótese de que há um sobrediagnóstico das patologias obstétricas que indicam a via de parto cirúrgica. Além disso, observa-se que as taxas de cesarianas acima de 10% a 15% não estão associadas a uma redução da mortalidade materna e neonatal, segundo a OMS.<sup>(7)</sup>

Segundo a classificação de Robson, o grupo 5, segundo maior grupo da amostra, foi o que mais contribuiu para a estatística, com 46,8% das cesáreas. Ou seja, a Maternidade Municipal de São Vicente já atende uma população com alta taxa de PCs anteriores, por isso existe grande contribuição desse grupo para o número de cesáreas. Além disso, a maior indicação de cesárea observada nesse grupo foi a presença de PC anterior, seja por dois PCs ou por apenas uma cesárea prévia. Dessa forma, as pacientes do grupo 5 com apenas um PC anterior tiveram suas próximas vias de parto perpetuadas, aumentando o risco de desfecho desfavorável para suas possíveis gestações futuras.

Outro fato foi a alta taxa de cesáreas dos grupos 1 e 2, sendo elas de 34,8% e 87,7%, respectivamente. Isso significa que grande parte das gestantes nulíparas passou a ter antecedente de PC já em seu primeiro parto,

**Tabela 2.** Estratificação dos partos cesáreos de acordo com os grupos de Robson

Classificação de Robson	Total (n)	Parto cesáreo do grupo (n)	Tamanho do grupo (%)	Taxa de partos cesáreos do grupo (%)	Contribuição absoluta para a taxa de cesáreas (%)	Contribuição relativa para a taxa de cesáreas (%)
1	365	127	22,4	34,8	7,8	16,8%
2	114	100	7,0	87,7	6,1	13,3
a.	14	0	0,9	0,0	0,0	0,0
b.	100	100	6,1	100	6,1	13,3
3	474	44	29,1	9,3	2,7	5,8
4	70	37	4,3	52,9	2,3	4,9
a.	33	0	2,0	0,0	0,0	0,0
b.	37	37	2,3	100	2,3	4,9
5	447	353	27,5	78,8	21,7	46,8
5.1	255	181	15,7	71,0	11,1	24,0
5.2	192	172	11,8	89,6	10,6	22,8
6	9	8	0,6	88,9	0,5	1,1
7	16	14	1,0	87,5	0,9	1,9
8	13	7	0,8	53,8	0,4	0,9
9	4	4	0,2	100	0,2	0,5
10	115	60	7,1	52,2	3,7	8,0
Total	1.627	754	100		46,3	100

**Tabela 3.** Indicações de cesárea na maternidade

Indicações de cesárea	CATC (%)	CRTC (%)	Número de indicações	Classificação de Robson									
				1	2b	3	4b	5	6	7	8	9	10
Parto cesáreo anterior	12,8	25,5	192	0	0	0	0	184	0	0	1	0	7
1 parto cesáreo anterior iteratividade	3,1	6,8	51	0	0	0	0	50	0	0	0	0	1
	8,7	18,7	141	0	0	0	0	134	0	0	1	0	6
Sufrimento fetal agudo	10,0	21,5	162	45	33	17	11	41	2	2	0	0	11
Discordante	4,2	9,0	68	15	12	6	4	26	0	0	1	0	4
Síndrome hipertensiva	3,8	8,2	62	5	12	2	5	30	0	0	1	0	7
Sem indicação	3,5	7,6	57	17	4	4	8	18	0	0	1	0	5
A pedido	3,1	6,6	50	13	7	5	3	21	0	0	0	0	1
Falha de Indução	0,7	1,5	11	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Outros	9,3	20,1	152	32	21	10	6	33	6	12	3	4	25

CATC: contribuição absoluta para a taxa de cesáreas; CRTC: contribuição relativa para a taxa de cesáreas.

classificando-se como grupo 5 para gestações futuras. Ou seja, caso o parto das gestantes dos grupos 1 e 2 com esse novo antecedente obstétrico fosse efetuado no ano de 2022, a chance de elas terem outro PC seria de cerca de 80%, visto que a taxa de cesáreas do grupo 5, em 2020, foi de 78,8%. Em contrapartida, caso esse PC não fosse realizado, a gestante se classificaria como do grupo 3 e sua chance de cesárea seria bem menor, uma vez que a taxa de PCs do grupo 3, em 2020, foi de 9,3%. Assim, observa-se que a escolha da via de parto influencia significativamente o futuro obstétrico da

mulher, evidenciando uma diferença de cerca de sete vezes entre um desfecho e outro. Nesses grupos da classificação de Robson, a maior indicação de cesárea foi o SFA.

O predomínio dos grupos 1, 2 e 5 de Robson em relação às indicações de cesariana também foi observado em outros estudos, como o de Betrán *et al.* (2009),<sup>(12)</sup> realizado em oito países da América Latina, e o estudo nacional de Torres *et al.* (2014),<sup>(13)</sup> corroborando os resultados da presente pesquisa. Portanto, é importante que, ao serem criadas estratégias para reduzir as cesarianas,

sejam desenvolvidas ações específicas para os grupos 1, 2 e 5 da classificação de Robson.<sup>(12,13)</sup>

Assim como no estudo de Betrán *et al.* (2009),<sup>(12)</sup> o grupo 3 da classificação de Robson foi o mais prevalente entre todas as gestantes da amostra. A taxa de cesarianas desse grupo é de 9,3% na Maternidade Municipal de São Vicente, similar àquela na América Latina, de 9,9%, sendo considerada uma alta taxa em comparação a alguns hospitais de países desenvolvidos. Em relação aos outros grupos da classificação de Robson, as mulheres do grupo 3 têm menos indicação obstétrica para PC, uma vez que, em geral, apresentam risco muito baixo de necessitarem de PC. Por isso, a taxa de cesáreas nesse grupo tende a ser baixa, sendo esse grupo utilizado para avaliar a qualidade dos dados coletados em relação à classificação de Robson, pois, se houver um aumento da taxa de cesarianas nesse grupo, isso pode indicar que as cesáreas estão sendo realizadas sem motivos médicos ou que as gestantes estão sendo classificadas erroneamente. Em nosso estudo, reclassificamos as gestantes. Sendo assim, podemos sugerir que o alto número de PCs no grupo 3 se deve à possibilidade de algumas cesáreas serem realizadas sem motivos médicos, o que explicaria também o fato de as indicações discordantes serem a terceira maior deste trabalho.<sup>(12)</sup>

## Indicações de parto cesariano

### Parto cesáreo anterior

A principal indicação de PC na amostra foi PC anterior (25,5%). A indicação de apenas um PC prévio teve participação relevante (6,8%) nas indicações das cesáreas realizadas, apesar de não ser considerada uma indicação formal. É bem definido que a presença de apenas um PC prévio não contraindica o parto vaginal. Existem duas estratégias – prosseguir com a prova de trabalho de parto (PTP) e realizar o PC planejado –, quando se discute a via de parto da paciente com PC anterior, devendo ser realizada uma avaliação individualizada dos riscos e benefícios para a aplicação da PTP a fim de evitar desfechos adversos.<sup>(3,14-16)</sup>

O dogma “uma vez cesárea, sempre cesárea” é antigo e permanece até hoje na prática obstétrica. Em nosso estudo, pouco mais de um quarto de todas as indicações de PC são referentes ao grupo que tem pelo menos uma cesárea anterior, o que comprova a permanência de tal preceito. Isso exige que haja vigilância constante, assim como a implantação de medidas para diminuir esse número daqui para frente e reduzir essas crenças.<sup>(17,18)</sup>

### Sofrimento fetal agudo

O SFA foi a segunda maior indicação de cesárea na amostra (21,5%). O fato de o diagnóstico ser efetuado pela cardiotocografia, exame altamente sensível e com baixa especificidade, pode levar a um sobrediagnóstico. Por isso, a OMS recomenda não utilizar o monitoramento intermitente por meio da cardiotocografia em

gestantes de risco habitual fora do trabalho de parto, nem utilizá-lo continuamente intraparto. Existem algumas manobras de reanimação intrauterina que podem ser efetuadas com o objetivo de reverter o SFA ou de preparar a parturiente para o parto abdominal (por exemplo, o reposicionamento materno para decúbito lateral esquerdo e o uso de tocolíticos). Porém, muitos obstetras ainda negligenciam essas opções e encaminham a paciente diretamente para a cesárea.<sup>(19-21)</sup>

### Indicações discordantes

Já as indicações de PC consideradas discordantes obtiveram uma prevalência considerável (9,0%), sendo a terceira maior indicação. É provável que essa condição seja por conta de falha de preenchimento de prontuários ou até por indicações imprecisas. Para afirmar com exatidão, seria necessário revisar os prontuários em questão.

### Falha de indução

A falha de indução pode ser definida como ausência de contrações uterinas de 24 a 48 horas após o início da indução. A partir desse diagnóstico, algumas condutas podem ser tomadas, entre elas, a cesárea, caso haja indicação para tal. Observa-se, no presente estudo, que a falha de indução não foi tão representativa na contribuição absoluta para a taxa de cesáreas, com taxa de 0,7%. Todavia, é importante para evidenciar que a falha de indução não foi tão prevalente para a taxa de cesáreas, logo podemos inferir que a alta taxa de cesáreas nos grupos 2 e 4 da classificação de Robson ocorreu principalmente pelo excesso de cesáreas eletivas.<sup>(22)</sup>

### Possíveis vieses e limitações da pesquisa

Primeiramente se observa que a presente pesquisa possui curto intervalo de análise (12 meses), sendo um fator limitante, reduzindo a possibilidade de generalização dos dados coletados. Outra limitação é o fato de o trabalho ser um estudo retrospectivo e documental, ocasionando a utilização de uma base de dados não diretamente coletadas. Essa característica reduz a qualidade da informação, justificando a relevante presença de falhas por preenchimento, por exemplo. Outro ponto a ser considerado é o fato de o trabalho ter sido desenvolvido em um período atípico de assistência à saúde (pandemia da COVID-19), podendo ocasionar uma análise restrita e não representativa dos demais anos.

## CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou alta taxa de cesáreas na Maternidade Municipal de São Vicente em 2020, e suas principais indicações foram cesárea prévia e SFA. Os grupos 1, 2 e 5 da classificação de Robson foram os que mais contribuíram para essa taxa. Portanto, eles devem ser o cerne das estratégias que visam diminuir o perfil atual de indicações de PC. Caso não haja a reversão

do cenário atual, estaremos caminhando para um perfil epidemiológico em que um grande número de primíparas terá uma cesariana prévia. Esse desfecho só não se concretizará caso as práticas clínicas e as estratégias de saúde pública sejam pautadas na medicina baseada em evidência e seja mantida uma vigilância epidemiológica por meio da escala de Robson.

## REFERÊNCIAS

1. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(29-30):489-95. doi: 10.3238/arztebl.2015.0489
2. Montenegro CA, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia.* 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Operação cesariana; p. 1.548-600.
3. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília (DF): Conitec; 2016.
4. ACOG Practice Bulletin No. 115: vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1):450-63. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181eeb251
5. Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth.* 2014;41(3):237-44. doi: 10.1111/birt.12104
6. 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. doi: 10.1016/j.ajog.2012.02.026
7. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [cited 2021 Apr 7]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf).
8. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Classificação de Robson [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/classificacao-de-robson/>
9. Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Cesarean section without medical indications is associated with an increased of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. *BMC Med.* 2010;8:71. doi: 10.1186/1741-7015-8-71
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: São Vicente [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-vicente/panorama>
11. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Nascidos Vivos – Brasil [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 7]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
12. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health.* 2009;6:18. doi: 10.1186/1742-4755-6-18
13. 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 Suppl 1:220-31. doi: 10.1590/0102-311X00129813
14. Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(2):309-19. doi: 10.1097/GRF.0000000000000101
15. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2010;(191):1-397.
16. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG.* 2010;117(4):422-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02498.x
17. Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SR. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet.* 1991;338(8760):167-9. doi: 10.1016/0140-6736(91)90149-J
18. Kindra T. Análise das indicações de cesáreas com base na classificação de dez grupos de Robson em uma maternidade pública de risco habitual [dissertação] [Internet]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/53168>
19. Zugaib M, Francisco RP, Cançado SJ. *Zugaib obstetrícia.* 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. Cesárea; p. 425-49.
20. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
21. Montenegro CA, Rezende Filho J. *Rezende obstetrícia.* 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. Sofrimento fetal agudo; p. 1360-74.
22. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Indução de trabalho de parto e indicações de cesárea [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 26]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/inducao-do-trabalho-de-parto-e-indicacoes-de-cesarea/>