

ANÁLISE DA RESOLUÇÃO E DA VIA DE PARTO DE PACIENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ASSISTIDAS NO HOSPITAL SANTA LUCINDA DE SOROCABA-SP SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON¹

Analysis of the resolution and route of delivery of patients of the Unique Health System (SUS) assisted non hospital santa lucinda de sorocaba-sp according to Robson's classification

Fernanda Rodrigues Ferrari Ruiz²

Thais Motta Justo³

RESUMO: Introdução: A comunidade médica internacional considera, desde 1985, uma taxa ideal de cesarianas entre 10% a 15% do total de partos; no entanto, as cesáreas veem se tornando cada vez mais comuns, mesmo sem evidências de que ao realizá-las, quando não há necessidade, traga benefícios. Em 2014 a OMS propôs que a Classificação de Robson fosse utilizada como instrumento padrão para monitorar as taxas de cesarianas. **Objetivos:** O intuito desta pesquisa é realizar estudo abrangendo o modelo obstétrico assistencial da maternidade do HSL, segundo a classificação de Robson de acordo com as premissas elaboradas pela OMS. **Metodologia:** Coletou-se dados de prontuários médicos disponíveis nos arquivos do HSL em estudo prospectivo. A pesquisa utilizou a Classificação de Robson como instrumento padrão para monitorar as taxas de cesarianas desta maternidade. A população deste estudo foi composta por pacientes gestantes e/ou parturientes (de termo e/ou pré-á-termo) que tiveram a resolução da gravidez durante o período de 01/08/2018 a 31/05/2019 na maternidade do HSL. **Resultados:** A análise dos dados coletados mostrou que a proporção dos partos cesáreos é estatisticamente superior ao recomendado pela OMS, sendo que nas categorias 1 e 3 concentra-se número excessivo de indicações. **Conclusão:** O número de cesarianas realizadas no HSL é maior que o esperado, mas menor que a média nacional e a Classificação de Robson mostra-se ferramenta importante na verificação da qualidade de indicação do procedimento. A falta de preenchimento correto dos dados foi fator determinante à pesquisa.

Palavras-chave: Gestantes. Classificação de Robson. Parto cesáreo.

ABSTRACT: Introduction: Since 1985, the medical community has considered an ideal rate of caesarean sections between 10% to 15% of total deliveries; however, as cesarean sections provided

¹ Artigo derivado do relatório final de iniciação científica com mesmo título deste trabalho.

² Aluna do curso de Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- Campus Sorocaba.

³ Aluna de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- Sorocaba. *Observership:* pela Universidad de Valência na Espanha em julho de 2018 e no Boston Children's Hospital pela Universidade de Harvard e ENT Clinic de Stanford. E-mail: thaismottajusto@hotmail.com.

becoming increasingly common, even without evidence that when performing, when there is no need, bring benefits. In 2014, a WHO proposed that the Robson Classification be used as a standard instrument for monitoring cesarean section rates. **Objectives:** The purpose of this research is to carry out the study covering the HSL maternity care obstetric model, according to Robson's classification according to the premises developed by the WHO. **Methodology:** Collect data from medical records available in the HSL archives in a prospective study. A survey used a Robson Classification as a standard tool to monitor the rates of cesarean sections in this maternity hospital. The study population consisted of pregnant women and / or parturients (full-term and / or preterm) who had the pregnancy resolution during the period from 08/01/2018 to 05/31/2019 at the HSL maternity hospital. **Results:** An analysis of the data collected showed that a proportion of cesarean deliveries is statistically higher than that recommended by WHO, with categories 1 and 3 concentrating an excessive number of indications. **Conclusion:** The number of cesarean sections performed at HSL is higher than expected, but lower than the national average and Robson's Classification is an important tool in verifying the quality of the procedure indication. The lack of correct data filling was a determining factor in the research.

Keywords: Pregnant women. Robson's classification. Cesarean delivery.

INTRODUÇÃO

A prática da assistência ao parto apesar de ser atividade inerente desde os primórdios da humanidade, vem se aprimorando e exigindo, além da presença e habilidade do obstetra, o consentimento informado das pacientes aos procedimentos obstétricos, que serão utilizados durante a parturição. ¹

Os avanços tecnológicos e as institucionalizações da assistência ao parto vêm reduzindo a morbiletalidade do ciclo grávido puerperal, promovendo maiores benefícios maternos e fetais, apesar de ainda persistirem práticas e/ou intervenções desnecessárias. ²

É inquestionável que o parto cesáreo assumiu grande importância como sendo técnica adequada, para a resolução de uma série de condições obstétricas específicas, que requeiram a interrupção da gravidez como única maneira de preservar a saúde materno e/ou fetal. Porém, evidências revelam a basto, que não há redução sistemática e contínua da morbidade materno-fetal, com o aumento das taxas de partos cesáreas. ³

Desde 1985 a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera uma taxa ideal de cesariana entre 10% e 15% do total de partos. ^{4,5} No Brasil, o parto cesáreo está estimado em 55,6%. A situação se agrava no âmbito da medicina privada brasileira, sendo 85,5% dos partos realizados por cesáreas, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). ^{5,6}

Nos países subdesenvolvidos, os módulos mundiais de atenção à saúde da mulher, ocorreram com a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal (PHPN), promovendo a valorização do parto e de nascimentos fisiológicos, como processos naturais, e, inclusive em sua dimensão social, nas maternidades brasileiras de atenção secundária (baixo risco) e terciária

(alto risco).⁷ Neste contexto observaram-se melhores atenções aos direitos reprodutivos, valorizando-se a saúde feminina brasileira durante a gestação, parto e período puerperal.⁸

Tendo em vista os alarmantes índices de partos cesáreas no mundo todo, em 2014, a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que utilizavam a Classificação de Robson, e, em 2015, propôs que ela fosse utilizada como instrumento padrão, para a avaliação, monitoramento e comparação das taxas de cesáreas ao longo do tempo, em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.^{9, 10}

Em Sorocaba-SP está localizado o Hospital Santa Lucinda (HSL) que atua em atendimento de baixa e médias complexidades (baixo risco), importante centro de referência em obstetrícia ao Sistema Único de Saúde (SUS) para a esta cidade, além das demais cidades da região sudeste do Estado de São Paulo (população usuária estimada de 3.000.000 de habitantes).¹¹

MATERIAIS E METODOS

A partir dos dados coletados no HSL das parturientes do SUS entre outubro de 2018 e janeiro de 2019, seu tipo de parto, considerações e suas respectivas classificações de Robson, construímos a Tabela A, que demonstra os dados aqui citados. Essa também evidencia a quantidade de partos vaginais realizados em cada categoria, o tamanho da categoria em relação ao número total de partos, a porcentagem de partos cesáreos em relação ao total e a contribuição relativa de cada categoria para a taxa de cesáreas.

Tabela A- Dados de partos do HSL

Grupo	Cesareas	Partos Vaginais	Tamanho do Grupo	% de Cesarea no Grupo	Contribuição Relativa do Grupo para a Taxa de Cesareas
Robson 1	32	162	27,67%	16,49%	12,59%
Robson 2	45	23	9,70%	66,17%	17,71%
Robson 3	14	159	24,67%	8,09%	5,51%
Robson 4	26	25	7,27%	50,98%	10,23%
Robson 5	103	53	22,25%	66,02%	40,55%
Robson 6	12	0	1,71%	100%	4,72%
Robson 7	6	3	1,28%	66,66%	2,30%
Robson 8	2	0	0,28%	100%	0,78%
Robson 9	1	0	0,14%	100%	0,39%
Robson 10	13	22	4,99%	37,14%	5,11%
Total	254	447	aprox. 100%	36,23%	aprox.100%

Fonte: dados da pesquisa

Como a OMS não disponibiliza um parâmetro de valores aceitáveis de cesáreas para cada grupo da Classificação de Robson, uma comparação com dados obtidos em outra localidade fez-se necessária para avaliar se o HSL apresenta características exuberantes em relação a outros centros nacionais. Assim, utilizamos como meio de apoio a Tabela B, desenvolvida através do estudo de vias de parto em recém-nascidos no SUS no município de São Paulo em 2017.

Tabela B - Dados de partos de maternidade em São Paulo

Grupos de Robson			SUS		
			Parto cesáreo		Total
			Nº	%	
Grupos 1 a 4 - maior chance de parto vaginal	1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	3.374	17,3	19.534
	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	8.153	44,3	18.421
	3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	1.095	4,8	22.883
	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	2.530	22,5	11.261
Grupo 5 - alguma chance de parto vaginal	5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas	13.389	65,9	20.322
Grupos 6 a 10 - menor chance de parto vaginal	6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	1.212	92,0	1.317
	7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1.388	88,3	1.572
	8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	2.063	82,3	2.507
	9	Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	150	94,3	159
	10	Todas gestantes com feto único e cefálico, <37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	3.365	37,9	8.887
	Total			36.719	34,4

É importante ressaltar que as maternidades aqui comparadas apresentam certas diferenças estruturais e médicas, porém fazem parte das poucas que fizeram análise estatística baseada na Classificação de Robson no país.

Um dos acervos que mais foram úteis para a análise dos resultados foram dados obtidos através da literatura inferida na bibliografia descrita ao final deste relatório, a qual possibilitou o embasamento teórico necessário para a discussão, bem como dados de partida e comparativos aos obtidos na análise dos números coletados no trabalho.

RESULTADOS

A aferição dos números notados com a análise da Tabela A mostra que entre os meses mencionados como período de execução do trabalho, 36,23% das parturientes foram submetidas ao parto cesáreo; porcentagem que se encontra abaixo da média nacional nos sistemas públicos de saúde (41,9%) de acordo com dados do Ministério da Saúde (MS) de 2017.

Levando em conta dados do MS que apontam a queda progressiva das taxas dessa via de

parto no país, com início em 2010, o número representa uma congruência com o atual cenário brasileiro, já que demonstra porcentagem média de cesarianas ainda alta, mas em decréscimo; sendo o reflexo de políticas públicas pró parto vaginal e do aumento da disponibilidade de informações, às quais as gestantes têm acesso durante o pré-natal.

Ainda sobre a Tabela A, pode-se dizer que as classificações de Robson 1, 3 e 5 respectivamente, configuram o perfil soberano das pacientes admitidas na maternidade do HSL, representando cerca de 75% do total dos partos realizados. A partir disso, sabe-se que há maior prevalência de feto único, cefálico e termo, três requisitos que pesam positivamente para um trabalho de parto descomplicado e por via vaginal.

Atentando-se às porcentagens, 18,10% das cesarianas realizadas foram em pacientes com classificações de Robson 1 ou 3, ou seja, com feto único e cefálico, em trabalho de parto espontâneo e sem partos cirúrgicos anteriores.

A categoria Robson 5 representa o 3º lugar nos partos realizados e a maior contribuinte para a taxa de partos cesáreos executados, correspondendo a 40,55% do total deles nos quatro meses analisados.

A categoria Robson 2 surge, sozinha, como a 2ª maior contribuinte para a taxa de cesarianas, ainda que possua pouco peso no panorama geral dos partos (9,7%), o que está em concordância com sua definição: primigesta, termo, feto único, cefálico, cujo parto foi induzido ou em que se realizou cesárea antes do início do trabalho de parto.

Robson 4 também mantém posição interessante entre a taxa de cesarianas, contribuindo com 10,23% delas, como também preditivo de sua definição: mesmos aspectos de Robson 2, porém mulheres múltiparas.

A análise da Tabela B serviu como dado adicional ao conhecimento estatístico obtido através do trabalho que possibilitou inferir que, assim como o HSL, São Paulo também está abaixo da média nacional (34,4%) na taxa média de partos cesáreos realizados, com dado semelhante, de 36,23%. Isso pode revelar uma tendência dos grandes centros do estado.

Robson 1 e 5 seguem linha congruente com a média geral de cesarianas, apresentando números similares e muitíssimo próximos entre São Paulo e o hospital sorocabano: 17,3% e 16,49% no primeiro e 65,90% e 66,02% no quinto grupo, respectivamente.

No entanto, vemos diferença percentual importante em Robson 2, 3 e 4, sendo estes muito maiores no HSL. A categoria 2 apresenta-se um número 1,5 vez maior que o de São Paulo, e as outras duas, o seu dobro.

Robson 6, 9 e 10 também possuem certa similaridade quando comparados entre as

localidades, sendo 7 e 8 mais discrepantes. No entanto, a quantidade de representantes desses grupos revela-se pequena demais para comparação coesa.

- Comparação estatística

A partir do Teste Z para uma proporção populacional, realizamos a comparação entre os dados numéricos obtidos do HSL com os valores preconizados pela OMS para as taxas de partos cesáreos:

1. Dados HSL com valores recomendados pela OMS para a proporção de partos cesáreas.

Comparação: 36,23% (HSL) versus 15,00% (OMS)

p-valor = $<0,0001$ – a proporção de cesáreas no HSL é estatisticamente superior ao recomendado pela OMS.

2. Comparação dos dados do HSL, partindo-se da hipótese que a proporção de partos nesse serviço é no mínimo, ou superior, ao dobro, dos valores recomendados pela OMS.

Comparação: 36,23% (HSL) versus 30,00% (OMS)

p-valor = $0,0002$ – a proporção de cesáreas no HSL é estatisticamente superior em, pelo menos, o dobro do recomendado pela OMS.

3. Comparação dos dados do HSL com os valores observados para Brasil.

Comparação: 36,23% (HSL) versus 55,6% (Brasil)

p-valor = $<0,0001$ – a proporção de partos no HSL é estatisticamente inferior ao que se observa para Brasil.

4. Objetivo adicional: comparação das proporções das cesáreas considerando-se apenas pacientes do SUS, conforme classificação de Robson, com os dados observados para a Prefeitura de São Paulo.

As comparações foram realizadas entre HSL e Prefeitura de São Paulo de acordo com as indicações abaixo:

- a) Classificações de Robson de 1 a 4: as comparações foram realizadas individualmente para cada grupo. Ao final a comparação se deu para o total de partos que se enquadraram em cada categoria;
- b) Classificação de Robson 5: a comparação foi feita especificamente para esse grupo;
- c) Classificações de Robson de 6 a 10: considerando o pequeno número de partos nessas categorias, elas foram reunidas em um único sub-total.

Comparação entre instituições

Grupos de Robson	Prefeitura de São Paulo			HSL			p-valor	Obs.	
	Parto cesáreo			Parto cesáreo					
	Nº	%	Total	Nº	%	Total			
1	3.374	17,3	19.534	32	16,49	194	0,3878	1	
Grupos 1 a 4 - maior chance de parto vaginal	2	8.153	44,3	18.421	45	66,18	68	<0,0001	2
	3	1.095	4,8	22.883	14	8,09	173	0,02	2
	4	2.530	22,5	11.261	26	50,98	51	<0,0001	2
<i>Sub-total</i>	<i>15.152</i>	<i>21,0</i>	<i>72.099</i>	<i>117</i>	<i>24,07</i>	<i>486</i>	<i>0,0496</i>	<i>2</i>	
Grupo 5 - alguma chance de parto vaginal	5	13.389	65,9	20.322	103	66,03	156	0,4842	1
Grupos 6 a 10 - menor chance de parto vaginal	6	1.212	92	1.317	12	100,00	12	-	-
	7	1.388	88,3	1.572	6	66,67	9	-	-
	8	2.063	82,3	2.507	2	100,00	2	-	-
	9	150	94,3	159	1	100,00	1	-	-
10	3.365	37,9	8.887	13	37,14	35	-	-	
<i>Sub-total</i>	<i>8.178</i>	<i>56,6</i>	<i>14.442</i>	<i>34</i>	<i>57,6</i>	<i>59</i>	<i>0,4348</i>	<i>1</i>	
Total	36.719	34,4	106.863	254	36,23	701	0,1490	1	

Interpretação dos resultados a partir do teste estatístico Z para duas proporções populacionais:

1 → Não se pode rejeitar a hipótese de que a proporção dos partos cesáreos no HSL seja estatisticamente igual ao observado nos dados fornecidos pela Prefeitura de São Paulo;

2 → A proporção de partos ocorridos nessas categorias no HSL é superior ao que se observa nos dados fornecidos pela Prefeitura de São Paulo.

3 → Tendo como referência os dados da Prefeitura de São Paulo, a proporção de cesárias nas categorias 2, 3 e 4 observadas no HSL é sensivelmente superior. Por sua vez, na classe 5 e nos resultados agrupados de 6 a 10, a proporção é estatisticamente igual.

DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde¹ e outros órgãos de saúde internacionais e nacionais vêm alertando sobre o aumento das taxas de cesarianas pelo mundo há alguns anos, o que, recentemente, trouxe o questionamento sobre sua atuação na morbimortalidade neonatal e materna.^{5, 8} Em resposta a isso, as mais diversas estratégias foram criadas para tentar entender a causa do número exacerbado deste procedimento, bem como para diminuí-lo de alguma maneira.^{3, 13}

Pensando nisso, em 2015, a OMS criou a Classificação de Robson^{10, 11} com intuito de organizar de forma concisa e prática todas as gestantes, separando-as em 10 categorias de acordo com seu estado de saúde e de gravidez, além de histórico gestacional prévio, criando categorias que sugerem fortemente maior chance de realização de procedimento cirúrgico que outras, mas que ainda assim tenha seu total inferior a 15%.^{2, 4}

O Brasil, como o segundo lugar dos países que mais realizam cesárias no mundo^{6, 7}, adotou recentemente o método em alguns hospitais e, neste trabalho, analisamos sua consistência no HSL e se sua presença representou resolução para o problema em questão, como era o esperado.¹⁴

Na análise¹⁶ dos resultados aqui mostrados, pode-se afirmar que a Classificação de Robson mostra exatamente o que propõe^{15, 17}: aponta possíveis falhas de indicação cirúrgica.

Como já citado, 18,10% das indicações ocorreram para categorias de baixo risco (1 e 3), nas quais as pacientes não têm indicação iminente do procedimento, o que sugere que praticamente 20% delas foram submetidas à cesáreas de emergência com indicação correta ou que o procedimento foi realizado sem recomendação por diversas vezes. Devido à falta de anotações nos controles pré e pós-parto, não pudemos apontar qual das duas alternativas citadas foi mais sobressalente¹⁷.

Robson 5, apesar de também incluir feto único, cefálico e termo, tem como próximo critério, pelo menos uma cesárea anterior e, de acordo com a análise, embora represente a categoria de maior índice cirúrgico, com 40,55%, há muito possivelmente embasamento para sua realização.

Sabe-se que a presença de cirurgia uterina prévia aumenta a chance de rotura uterina quando sucedida por parto vaginal, sendo que esse risco piora à medida que a paciente é submetida a mais cesarianas¹². O consenso é que a partir do terceiro parto cesáreo, haja indicação

contudente de manter o padrão dessa via de parto e, em menos episódios que três, os riscos devem ser discutidos e avaliados entre médico e paciente para a tomada de decisão¹⁶.

Para uma análise mais completa e com dados comparativos mais abrangentes confrontamos as taxas médias de partos cesáreos do HSL com os dados fornecidos pela Prefeitura de São Paulo referentes ao município e pudemos observar que em grupos de potencial baixo risco para o procedimento (categorias de 2 a 4) optou-se por ele muito mais frequentemente do que um grande centro, com uma amostra populacional também muito maior, reafirmando os dados antes descritos de que haja possibilidade de superindicação não justificável no HSL⁷. Entretanto, o confronto das porcentagens sugeriu uma possível tendência dos grandes centros do estado, que apesar de terem taxas de partos cesáreos superiores às recomendadas pela OMS, são inferiores à observada como média nacional, que é de 55,6%¹.

Durante o desenvolvimento do trabalho viu-se a necessidade de ressaltar que, de acordo com dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto cesáreo tem papel importante na preservação da vida e da saúde da mãe e do feto quando indicado corretamente. No entanto, a nível populacional, taxas do procedimento acima de 10% não estão associadas à diminuição de mortalidade materna ou neonatal, dado que corrobora o fato de nos 36,23% obtidos durante o período de análise do projeto, existir a excessiva e não recomendada indicação deste, possibilitando maior número de complicações intra e pós-parto advindas de método cirúrgico de tal porte^{7, 5}.

CONCLUSÃO

Apesar do decréscimo dos partos cirúrgicos congruente com o cenário nacional, o índice, no HSL, continua maior do que o preconizado pela OMS e outras agências de saúde.

Com o projeto conseguiu-se, em poucos meses, ilustrar estatística e comparativamente em quais categorias da Classificação se concentram os maiores índices e potenciais erros de indicações do procedimento e, através destes dados, seria possível o desenvolvimento de estratégias de prevenção afim de reduzir as cesáreas não indicadas. Portanto, a utilização da Classificação de Robson revela-se ferramenta efetiva para avaliação dos números atuais e para a formulação de métodos de controle.

É dever deste trabalho também ressaltar que o preenchimento inadequado e escasso de prontuários, principalmente no item “justificativa de indicação de cesárea”, influenciou negativamente os resultados aqui obtidos. Crê-se que, se completos e unidos aos dados de Classificação, tanto os motivos para as altas taxas da cirurgia, como o desenvolvimento estratégico seriam mais claros e fáceis.

REFERÊNCIAS

1. WHO. WHO statement on cesarean rates. 2015
2. Neme B. Parto: Assistência. In: Neme B, editor. *Obstetrícia Básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 165-91.
3. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Parto normal e cesárea: representação de mulheres que vivenciaram as duas experiências. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 10: 337-46.
4. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27:189-96.
5. Declaração da OMS Sobre Taxas de Cesáreas (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?u).
6. UNICEF alerta para elevado número de cesarianas no Brasil (<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>).
7. Brasil entre os campeões de cesárias (<https://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/brasil-e-vice-campeao-em-cesareas-e-esta-bem-longe-de-mudar/#>).
8. Camargo LA, Pellicciari CR, Novo JLVG, Novo NF. Antropometria e aspectos neonatais de recém-nascidos de gestações de 41 a 42 semanas. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba*. 2014; 16: 182-7.
9. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Direitos reprodutivos, saúde materna e perinatal. 2001; p.11-6
10. Clode N. A classificação de Robson: Apenas uma forma de classificar cesarianas? *Acta Obstet Ginecol Port, Coimbra*. 2017; 11: 80-2.
11. FIGO Working Group on Challenges in Care of Mothers and Infants during Labour and Delivery. Best practice advice on the 10-Group Classification System for cesarean deliveries. *Int J Gynecol Obstet* 2016 Nov;135:232-3.
12. Costa SM, Ramo JGL. A questão das cesarianas. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Faculdade de Medicina da UFRGS. Porto Alegre, 2005.
13. Leão MRC, risco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrico – Escola de Enfermagem USP. São Paulo, 2012.
14. Dias MAB, Deslandes SF. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.
15. Moura VA, Feitosa FEL. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. *Revista de Medicina da UFC*. Fortaleza, 2017.
16. Resolução 466/12- Conselho Nacional de Saúde; [acesso em 10 de fevereiro de 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. PREFEITURA DE SÃO PAULO - Monitoramento de Cesáreas e a Classificação de Robson (https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/nascidos_vivos/index.php?p=29577).
18. Zar JH. *Biostatistical analysis*. New Jersey: Prentice Hall, 2010.