



ARTIGO ORIGINAL

## Indicações de cesárea nas gestantes classificadas como Robson 1

*Indication of cesarean section on pregnant women classified as Robson 1*

João Pedro de Melo<sup>1</sup>

[orcid.org/0000-0003-3930-2308](https://orcid.org/0000-0003-3930-2308)  
[jpedromelo@outlook.com](mailto:jpedromelo@outlook.com)

Fernanda Stelluti  
Garcia<sup>1</sup>

[orcid.org/0000-0002-6453-0030](https://orcid.org/0000-0002-6453-0030)  
[fer\\_s.garcia@hotmail.com](mailto:fer_s.garcia@hotmail.com)

Amanda Penteado  
Salazar<sup>1</sup>

[orcid.org/0000-0002-5641-0047](https://orcid.org/0000-0002-5641-0047)  
[amandapsalazar@hotmail.com](mailto:amandapsalazar@hotmail.com)

Kátia Kossorus<sup>1</sup>

[orcid.org/0000-0002-7756-4280](https://orcid.org/0000-0002-7756-4280)  
[katiakosorus@icloud.com](mailto:katiakosorus@icloud.com)

Recebido em: 27 mar. 2021

Aprovado em: 03 nov. 2021

Publicado em: 20 dez. 2021

### Resumo

**Objetivos:** os objetivos foram identificar as indicações mais prevalentes de cesárea em parturientes Robson 1, comparando variáveis maternas, antecedentes obstétricos e resultados perinatais.

**Métodos:** estudo analítico observacional transversal, onde avaliou-se o Livro de Partos e prontuários eletrônicos das gestantes em trabalho de parto, classificadas como Robson 1. As variáveis quantitativas foram comparadas utilizando-se Teste T de Student ou Mann Whitney, às qualitativas foi empregado teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

**Resultados:** elegíveis 2267 gestantes, sendo 570 (25,1%) cesáreas. As indicações mais prevalentes de cesariana foram: sofrimento fetal, em 213 (37,4%) dos casos, e desproporção cefalopélvica, em 212 (37,2%). As variáveis relevantes para o desfecho do parto foram: idade materna (razão de chance 1,0), idade gestacional (1,4), índice de massa corpórea pré-gestacional (1,6 em sobrepeso e 1,8 em obesidade) e presença de síndrome hipertensiva (aumentou 3,6).

**Conclusão:** conclui-se que algumas características maternas e obstétricas afetam diretamente a indicação de cesariana.

**Palavras-chave:** cesárea, trabalho de parto, parto, parto obstétrico, parto normal.

### Abstract

**Aims:** the goal was to identify the most prevalent indications of cesarean section in pregnant women classified as Robson 1, comparing motherly variables, obstetric background and perinatal outcomes.

**Methods:** cross-sectional analytical study, evaluating the electronic medical records of birthing women classified as Robson 1. The quantitative variables were compared using Student's T Test or Mann Whitney, the qualitative ones were applied to the Chi-square Test or Fisher's Exact.

**Results:** of the 2267 eligible women in the study 570 (25,1%) had C-section. The most prevalent indications of C-section were fetal distress numbering 213 (37,4%) of the reports and cephalopelvic disproportion reaching as high as 212 (37,2%) cases. The relevant variables to the outcome were: age (odds ratio 1,0), gestational age (1,4), Pregestational Body Mass Index (1,6 in overweight and 1,8 seen in obesity) and hypertensive syndrome (3,6).

**Conclusion:** some pregnant and obstetric characteristics directly affect the indication of C-sections.

**Keywords:** cesarean section, labor obstetric, parturition delivery, obstetric natural childbirth.



## Introdução

O número de cesáreas vem crescendo exponencialmente ao longo dos anos, contrariando o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (1). É necessária uma boa assistência à parturiente a partir da mínima intervenção, mantendo a saúde materna e fetal (2, 3).

O Brasil encontra-se em uma epidemia desse procedimento (1), mais comum nas redes particulares de saúde. Segundo o DataSUS – 2009, em São Paulo, 53,0% dos partos foram cesáreos (4). Em 2016, porcentagem foi de 55% de cesáreas

dentre 2.400.000 nascimentos, tornando-nos a segunda maior taxa mundial de parto cesáreo (5).

Em 2001, desenvolveu-se a classificação de Robson (**Tabela 1**), um sistema (6) que reúne as gestantes conforme suas características obstétricas, dividindo-as em 10 grupos (1). Em 2015, a OMS passou a recomendar a adoção desse método para reduzir as taxas de cesáreas (7). Os critérios utilizados para a classificação são: gestação; apresentação; diagnóstico obstétrico progressivo; trabalho de parto e idade gestacional atual (7).

**TABELA 1** – Classificação de Robson\*

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

\*OMS, 2015 (8).

O objetivo do estudo foi identificar fatores maternos relacionados à indicação de cesariana no grupo de mulheres classificadas como Robson 1.

## Métodos

O estudo foi realizado na Maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa Filantrópico, São Paulo, SP. É um estudo analítico observacional do tipo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, n.º do parecer 3433952. Foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Foram avaliadas as gestantes que tiveram seu parto na maternidade entre 1º de julho de 2017 a 31 de junho de 2019.

Elegeu-se todas as parturientes classificadas como Robson 1 (nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo), com preenchimento das variáveis analisadas. Não foram determinados critérios de exclusão. Os dados foram coletados dos prontuários eletrônicos do hospital e do registro do livro de parto da instituição.

O desfecho primário investigado foi a indicação de cesariana nas parturientes classificadas como Robson 1. Os desfechos secundários investigados foram: idade gestacional no momento do parto, calculada pela data da última menstruação ou ultrassonografia realizada até a vigésima semana de gestação (semanas); idade materna na internação (anos); cor materna (branca, negra, amarela e indígena); número de gestações; índice de Massa Corpórea (IMC) pré-gestacional: baixo peso (IMC  $\leq 18,5$  kg/m<sup>2</sup>), adequado (IMC entre 18,6 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>); presença de síndrome hipertensiva (sim ou não); resultados perinatais: peso (gramas), índice de Apgar do quinto minuto de vida; destino do recém-nascido após o parto (alojamento conjunto ou unidade de terapia intensiva).

Para a construção do banco de dados utilizou-se o *software* Microsoft Excel versão 360 e, para os cálculos estatísticos, o IBM SPSS 22 e o pacote *Caret* do *software* R versão 3.0.2 (R Core Team 2016) (8). As variáveis quantitativas foram descritas através da média e desvio padrão, valores mínimo e máximo, quartis e intervalos de confiança. Para as variáveis qualitativas, utilizou-se frequências absolutas e relativas. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para identificar a normalidade desses dados nos grupos. Realizaram-se comparações simples para investigar o comportamento das variáveis em relação ao tipo de parto. Para as quantitativas, as comparações foram realizadas utilizando-se o teste t de Student ou Mann Whitney, e as variáveis qualitativas comparadas pelo teste qui-quadrado ou exato de Fisher. Foi determinado um intervalo de confiança de 95%, assim, as variáveis que nas comparações simples apresentaram p-valor menor que 0,05, foram analisadas conjuntamente em relação ao tipo de parto através de modelo de regressão logística múltipla.

## Resultados

Durante o período analisado, ocorreram 7.579 partos no hospital. A casuística foi composta por 2.267 gestantes, tendo sido eliminadas as que não se encaixavam nos critérios de Robson 1 e 133 gestantes em que os prontuários não estavam preenchidos de forma correta. Dentre as parturientes selecionadas, 570 (25,1%) tiveram parto cesariano. A amostra total possuiu mulheres de 14 a 44 anos, variação de idade gestacional de 37 a 43 semanas, e índice de massa corpórea de 14,0 kg/m<sup>2</sup> a 44,4 kg/m<sup>2</sup>. As indicações mais prevalentes de parto cesáreo foram: sofrimento fetal, em 213 (37,4%) mulheres; desproporção cefalopélvica, 212 (37,2%); presença de mecônio espesso, 49 (8,6%); suspeita de macrossomia fetal, 44 (7,7%).

A **Tabela 2** apresenta as variáveis quantitativas maternas. Observou-se maior ocorrência de partos vaginais em gestantes brancas e de cesáreas em mulheres negras, porém sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,29$ ). Por sua vez, a maioria das primigestas teve parto vaginal, enquanto secundigestas e tercigestas tiveram significativamente, maior porcentagem de cesarianas ( $p = 0,04$ ). O IMC médio em partos cesáreos na amostra foi de  $25,0 \pm 4,9$  kg/m<sup>2</sup>, enquanto a média em partos vaginais foi de  $23,51 \pm 4,39$  mg/m<sup>2</sup>. Constatou-se que as parturientes que possuíam índice de massa corpórea pré-gestacional de sobrepeso e obesidade tiveram mais indicações de cesárea ( $p=0,00$ ). A presença de síndrome hipertensiva foi minoria em ambos os desfechos, no entanto, a indicação de cesariana foi preponderante ( $p=0,00$ ). Poucos recém-nascidos necessitaram de cuidados intensivos, porém foram mais frequentes no parto cesáreo ( $p=0,00$ ).

**TABELA 2** – Variáveis avaliadas das gestantes classificadas como Robson 1 e do destino do recém-nascido

Variável, n(%)	Vaginal n=1697	Cesariana n=570	p-valor
Cor			
Branca	892(52,6)	288(50,5)	0,29 <sup>†</sup>
Negra	801(47,2)	280(49,1)	
Amarela	4(0,2)	1(0,2)	
Nº de gestações anteriores			
Primigesta	1559(91,9)	509(89,3)	0,04 <sup>†</sup>
Secundigesta	129(7,6)	52(9,1)	
Tercigesta	9(0,6)	9(1,6)	
IMC pré-gestacional			
Baixo peso	158(9,3)	35(6,1)	0,00 <sup>†</sup>
Adequado	1022(60,2)	282(49,5)	
Sobrepeso	374(30,4)	254(44,3)	
Síndrome hipertensiva			
Sim	12(0,7)	18(3,2)	0,00 <sup>†</sup>
Não	1685(99,3)	552(96,8)	
Destino do recém-nascido			
Alojamento conjunto	1665(98,1)	542(95,1)	0,00 <sup>†</sup>
UTIN	32(1,9)	28(4,9)	

IMC, Índice de massa corpórea; UTIN, unidade de terapia intensiva neonatal. \*teste exato de Fisher; †teste qui-quadrado de Pearson.

A **Tabela 3** apresenta as variáveis quantitativas maternas e dos recém-nascidos, as quais não mostraram diferenças entre os tipos de parto.

**TABELA 3** – Variáveis quantitativas das gestantes classificadas como Robson 1

	Vaginal (n=1697)	Cesariana (n=570)	Total	p-valor*
Idade materna, anos	23±5	25±5	23±5	0,00
Idade gestacional, semanas	39±1	39±1	39±1	0,00
Peso do recém-nascido, g	3201±378	3391±467	3249±410	-
Apgar do 5º minuto	10±1	9±1	10±1	-

Variáveis expressas como média e desvio padrão. \* Teste T de Student

As variáveis que apresentaram significância distinta entre os dois grupos (idade materna, idade gestacional, número de gestações anteriores, IMC pré-gestacional, presença de síndrome hipertensiva e destino do recém-nascido), foram submetidas à regressão logística. Em contraponto,

outras variáveis foram excluídas por apresentarem fator de confundimento (número de gestações anteriores e destino do recém-nascido), visto que tiveram desfecho aumentado ou diminuído pela ação das demais variáveis.

Portanto as que mostraram relevância para o desfecho do tipo de parto, constataram-se idade materna, idade gestacional, IMC pré-gestacional e síndrome hipertensiva (**Tabela 4**).

**TABELA 4** – Análise de regressão logística para as variáveis das gestantes classificadas como Robson 1

Variáveis	Odds ratio (IC 95%)	Erro padrão	p-valor
Idade materna	1,07 (1,05 – 1,10)	0,01	0,00
Idade gestacional	1,40 (1,27 – 1,54)	0,05	0,00
IMC pré-gestacional			
Baixo peso (IMC adequado e baixo peso como referências)			0,00
Peso adequado (IMC adequado e baixo peso como referências)	1,09 (0,73 – 1,64)	0,20	0,64
Sobrepeso	1,63 (1,07 – 2,49)	0,21	0,02
Obesidade	1,86 (1,15 – 3,00)	0,24	0,01
Síndrome hipertensiva	3,61 (1,66 – 7,86)	0,39	0,00

IMC, Índice de massa corpórea.

Constatou-se também que cada unidade de valor da idade materna aumentou a chance em 1,0 vez de cesariana (p=0,00) e cada unidade de valor de idade gestacional após 37 semanas aumentou a chance desse desfecho em 1,4 vezes (p=0,00). O sobrepeso aumentou em 1,6 a chance do parto cesáreo (p=0,02), bem com obesidade aumentou em 1,8 (p=0,01) e a presença de síndrome hipertensiva em 3,6 vezes (p=0,00).

## Discussão

As principais indicações de parto cesáreo são o sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica (9), presença de mecônio espesso e suspeita de macrossomia fetal.

A idade materna do estudo atual revela que o aumento de cada unidade de valor da idade da parturiente eleva a chance de ocorrer parto cesáreo, principalmente se com idade superior ou igual a 35 anos, dados similares aos encontrado na literatura (10, 11).

A respeito de idade gestacional, observou-se relação significativa com a via de parto, comprovando que as chances de desfecho parto cesáreo aumentam proporcionalmente com a idade gestacional, consentindo com Xavier (12), que demonstrou relação significativa.

Em estudos prévios, como relatou Macedo (13), a taxa de cesariana entre caucasianas é maior, enquanto mulheres negras possuem sua maioria entre os partos vaginais, segundo dados de Knupp et al. (14). Em nosso estudo evidenciou-se que a variável cor materna não influencia na escolha da via de parto, contrariando a literatura.

O número de gestações anteriores, após regressão logística, comportou-se como variável de confundimento, discordando do estudo Benute et al. (15).

O presente estudo averiguou que o IMC pré-gestacional tem relevância para a definição da via de parto, sendo coerente com Oliveira et al. (11), visto que as chances de parto cesáreo

aumentam 63,4% em mulheres com sobrepeso e atingem 86,4% se obesidade.

A síndrome hipertensiva mostrou resultados que evidenciaram que a presença dela aumenta a chance de ter como desfecho o parto cesáreo, fazendo jus aos estudos de Silva et al. (16) e Inagaki et al. (17), onde a existência de hipertensão materna foi fator significativo à evolução para cesariana.

A média do Apgar de quinto minuto, segundo Macedo et al. (13), não se diferiu entre as vias de partos, concordando com os dados coletados nesta pesquisa, onde a variável apresentou mesma mediana e quartis entre partos vaginais e cesáreos. Acerca do peso do recém-nascido, apresenta dados discordantes. Segundo estudos como Macedo et al. (13), o baixo peso ao nascer está relacionado à cesariana, contrariando Nascimento et al. (28), que demonstrou a prevalência de baixo peso ao nascer na via vaginal. O resultado obtido pelo corrente estudo discorda da literatura, descreditando a variável quanto à escolha da via de parto.

O destino dos recém-nascido após o parto, mostrou ser uma variável sem significância para determinação do desfecho no estudo atual, por se mostrar como fator de confundimento após a regressão logística. Dissonando das evidências científicas de Cardoso et al. (19), onde observou-se maior tempo de internação em unidade de terapia intensiva para os recém-nascidos nascidos de parto cesáreo, assim como observado por Mascarello et al. (20), onde a ausência de indicação médica de cesariana aumenta as taxas de internação em uti neonatal.

Deve-se salientar que o estudo se restringe a apenas um hospital da cidade de São Paulo, podendo não manter suas proporções fielmente reproduzidas em todo o território nacional. Por se tratar de análise de prontuários eletrônicos e livro de registro de partos, algumas informações não tiveram o preenchimento correto, reduzindo o tamanho da amostra da pesquisa, quando levados em consideração os critérios de inclusão dela.

O nosso estudo detectou algumas características que afetam a escolha da via de parto,

como idade materna, idade gestacional, IMC pré-gestacional e síndrome hipertensiva. Figuraram entre as principais indicações de parto cesáreo, encontradas na pesquisa, o sofrimento fetal, a desproporção cefalopélvica, a presença de mecônio no líquido amniótico e suspeita de macrosomia fetal.

A escolha da via de parto deve ser definida de forma criteriosa, para garantir a saúde materna e fetal. Salienta-se explicitar a importância de realizar um pré-natal de excelência, identificar a presença das variáveis e promover uma intervenção precoce evitando cesarianas indevidas.

## Notas

### Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

### Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

### Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

### Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde. 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. Human Reproduction Programme [Internet]. 2015 Oct 08 [cited 2021 Aug 11]:1-8. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/pt](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/pt)

2. Velho MB, Santos EKA, Colaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev. Bras. Enfer.* 2014;67(2):282-9. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>
3. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT, et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30:220-31. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus [Internet]. Brasília, DF; 2009 Jan 01. Proporção partos cesáreos por Capital segundo Região e Unidade da Federação; [cited 2020 May 1]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb=2010/fo8.def>
5. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do "parto cesáreo" entre obstetras. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2017;27(3):415-32. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>
6. Bolognani CV, Reis LBSM, Dias A, Calderon IMP. Robson 10-groups classification system to access C-section in two public hospitals of the Federal District/Brazil. *Plos One.* 2018;13(2):1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192997>
7. Hehir MP, Ananth CV, Siddiq Z, Flood K, Friedman AM, D'Alton ME. Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-Group Classification System. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;219(1):105 e1-e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.04.012>
8. Kuhn MC. Classification and Regression Training 2016; 2016 [cited 2020 Fev 09]. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/caret/index.html>
9. Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. *RPM-GF.* 2013;29:151-9. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i3.11067>
10. Silva AP, Romero RT, Bragantine A, Barbieri AADM, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet].* 2019 Jun 01 [cited 2021 aug 11];24(624):1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>
11. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016;50(5):733-40. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000600004>
12. Ribeiro FAC, Xavier IM, Barreto LM, Furtado MCM, Oliveira MBB, Batista TS. Vias de parto e suas repercussões neonatais [Trabalho de Conclusão de Curso on the Internet]. [Anápolis, GO]: Centro Universitário de Anápolis - Unievangélica; 2017 [cited 2021 aug 11]. 31 p. Available from: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/609> Superior, Medicina
13. Macedo AMB, Goes HF, Melo WA. Caracterização e análise dos partos ocorridos no município de Maringá - PR de 2000 a 2009; 2012 [Internet]. Maringá, PR: Cesumar; 2012 [cited 2021 aug 11]. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kaP28FHTGQcJ:www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi\\_mostra/ana\\_maria\\_bufo\\_lo\\_macedo.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kaP28FHTGQcJ:www.cesumar.br/prppge/pesquisa/mostras/vi_mostra/ana_maria_bufo_lo_macedo.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
14. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc. Anna Nery.* 2008;12(1):39-44. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100006>
15. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013;35(6):281-5. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
16. Silva A P, Romero RT, Bragantine A, Barbieri AADM, Lago MTG. As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;24(624):1-9. <https://doi.org/10.25248/reas.e624.2019>
17. Inagaki ADM, Silva JC, Santos MS, Santos LV, Abud ACF, Cruz VC. Cesárea: prevalência, indicações e desfecho do recém-nascido. *Rev. Enferm. UFPE on-line.* 2014;8(12):4278-84. <https://doi.org/10.5205/reuol.6825-58796-1-SM.0812201412>
18. Nascimento LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. *Inf. Epidemiol. SUS.* 2001;10(3):113-20. <https://doi.org/10.5123/S0104-16732001000300002>
19. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciênc. Saúde Coletiva [Internet].* 2008;15(2):427-35. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200019>
20. Mascarello K C, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev. Saúde Pública [Internet].* 2017;51(105):1-12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>

---

### Amanda Penteado Salazar

Graduada em Medicina pela Universidade Anhembí Morumbi (UAM), em São Paulo, SP, Brasil. Residente do primeiro ano de Medicina de Família e Comunidade no Programa Municipal de Praia Grande, em Praia Grande, SP, Brasil.

---

### Fernanda Stelluti Garcia

Graduada em Medicina pela Universidade Anhembí Morumbi (UAM), em São Paulo, SP, Brasil.

---

### João Pedro De Melo

Graduado em Medicina pela Universidade Anhembi Morumbi (UAM), em São Paulo, SP, Brasil.

---

### Kátia Kosorus

Mestre em Medicina Obstetrícia e Ginecologia pela Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo, SP, Brasil. Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em Campinas, SP, Brasil; residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em Campinas, SP, Brasil.

---

### Endereço para correspondência

João Pedro de Melo

Rua Dr. Almeida Lima, 1134

Mooça, 03101-001

São Paulo, SP, Brasil

*Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.*