



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS  
CURSO DE MEDICINA

ISABEL MACEDO XAVIER  
LARA MARQUES BARRETO  
MARIA CAROLINA MARINHO FURTADO  
MARÍLIA BENEDITA BRITO OLIVEIRA  
TERUMY DA SILVA BATISTA

## **VIAS DE PARTO E SUAS REPERCUSSÕES NEONATAIS**

Anápolis - Goiás  
2017

ISABEL MACEDO XAVIER  
LARA MARQUES BARRETO  
MARIA CAROLINA MARINHO FURTADO  
MARÍLIA BENEDITA BRITO OLIVEIRA  
TERUMY DA SILVA BATISTA

## **VIAS DE PARTO E SUAS REPERCUSSÕES NEONATAIS**

Trabalho de Curso apresentado como requisito parcial para a graduação no Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA.

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Mestre Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro.

Anápolis - Goiás  
2017

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

ENTREGA DA VERSÃO FINAL

TRABALHO DE CURSO

**PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

**Coordenação de Iniciação Científica**

**Curso de Medicina – UniEvangélica**

Eu, Prof Orientador Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro venho, respeitosamente, informar a essa Coordenação, que os (as) **acadêmicos (as), Isabel Macedo Xavier, Lara Marques Barreto, Maria Carolina Marinho Furtado, Marília Benedita Brito Oliveira e Terumy da Silva Batista** estão com a versão final do trabalho intitulado “**Vias de parto e suas repercussões neonatais**”, pronta para ser entregue a essa coordenação.

Anápolis, 12 de maio de 2017.

---

**Professor (a) orientador (a)**

## **DEDICATÓRIA**

Ao coordenador de internato e residência médica Fernando Passos Cupertino de Barros, à coordenadora de ensino e pesquisa do hospital de coleta Dieyme Tássia Souza, pela força incentivadora que nos deram suporte emocional, intelectual e espiritual.

Aos colegas de cursos, que juntos construímos conhecimento e caminhamos a uma nova etapa na vida profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora orientadora Fabiane Alves Carvalho pela dedicação e presteza no acréscimo à bibliografia do trabalho. Ao professor e médico João Batista Gomes pelo auxílio no acesso aos prontuários.

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, ocorrem cerca de três milhões de nascimentos ao ano, sendo grande parte deles por meio de cesarianas. Entender se existe relação significativa entre a via de parto e as repercussões neonatais se faz relevante para implantação de políticas de conscientização e melhor assistência ao parto. **Objetivo:** Comparar as repercussões neonatais do parto vaginal e cesariano. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico de coorte, envolvendo análise de dados de todos os partos de nascidos vivos ocorridos de junho a outubro de 2016, em uma maternidade de Anápolis. **Resultados:** Dentre os 879 prontuários analisados, 45,5% foram de partos vaginais e 54,5% de partos cirúrgicos. A indicação cirúrgica de maior prevalência foi a cesárea prévia com 27,1% seguida de cesárea eletiva com 14%. No que se refere ao peso do recém-nascido, 72,8% dos bebês nascidos de parto vaginal apresentam peso adequado em detrimento de 66,2% dos nascidos por partos cirúrgicos. A idade gestacional teve diferença significativa quando relacionada a via de parto, especialmente nos dois extremos pós-datismo e prematuridade. **Conclusão:** Conclui-se que há uma maior prevalência de partos cirúrgicos, predominando a cesárea prévia e eletiva, e as principais repercussões neonatais relacionadas a este tipo de parto são a idade gestacional, o peso ao nascer e o óbito fetal.

**Palavras-chave:** Cesárea. Parto Normal. Indicadores de Morbimortalidade.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, there are about three million births every year, most of them by C-section. Understanding if there are a significant relationship between the ways to give birth and neonatal effects is relevant for the implementation of awareness policies for a better assistance on the delivery process. **Objective:** Compare the neonatal effects of vaginal and cesarean birth. **Methods:** This is a retrospective observational cohort study, involving analysis of data of all the live births between June and October of 2016 in a maternity hospital on Anápolis. **Results:** Of the 879 validated records, 45,5% were vaginal and 54,5% were surgical. The most prevalent surgical indication was previous Cesarean section with 27,1% followed by elective cesarean 14,0%. With respect to the weight of the newborn, 72.8% of the babies born vaginally present adequate weight, to the detriment of 66.2% of those born by surgical deliveries. Gestational age had a significant difference when related to the delivery route, especially in the two extremes post-datitis and prematurity. **Conclusion:** It is concluded that there is a higher prevalence of surgical deliveries, with a previous and elective cesarean section predominating, and the main neonatal repercussions related to this type of delivery are gestational age, birth weight and fetal death.

**Key words:** Cesarean Section. Natural Childbirth. Indicators of Morbidity and Mortality.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	7
3. OBJETIVO.....	14
4. METODOLOGIA .....	14
4.1 Tipo de Estudo.....	14
4.2 Local de Estudo .....	14
4.3 População e amostra .....	15
4.4 Critérios de inclusão .....	15
4.5 Critérios de exclusão .....	15
4.6 Descrições do processo de coleta de dados .....	15
4.7 Metodologia de análise dados.....	16
4.8 Aspectos éticos .....	16
5. RESULTADOS .....	16
6. DISCUSSÃO.....	21
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
8. REFERÊNCIAS .....	23
9. APÊNDICES .....	29

## 1. INTRODUÇÃO

Quando falamos de educação e saúde o planejamento reprodutivo da mulher merece delicada atenção. Nesse viés, a escolha da via de parto (cirúrgico ou vaginal) é variável de inesgotável discussão e determinante crucial para uma evolução favorável e mais humanizada no nascimento (VELHO et al., 2012).

Apesar das diretrizes e indicações da via de parto, ainda existe grande controversa quanto à conduta obstétrica e eleição da via de parto. A literatura constatou aumento universal de cesarianas, contrastando àquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com um ideal de 10% a 15% de partos cesáreos. No Brasil, os Estados se apresentam bem acima desse parâmetro, chegando a 50%. Concomitantemente, outros países da América do Sul chegam a ter uma frequência de até 80% de predileção por cesarianas, tendo uma associação direta com a renda per capita (MACHADO et al., 2009).

A compreensão dessa realidade epidemiológica é importante para a revisão das práticas obstétricas. Alguns médicos, apontados como intervencionistas de um procedimento fisiológico, legitimam o parto cesáreo como procedimento seguro, indolor e ideal para qualquer grávida. Além disso, são guiados pelo pouco tempo de acompanhamento do trabalho de parto, por desempenharem outras funções médicas, pela realização de laqueadura tubária durante a cesariana e por vezes devido à insegurança na realização do parto vaginal (SODRÉ et al., 2010).

É importante considerar também que a gestante e o obstetra se apropriam da ideologia feminista de controle e autonomia do próprio corpo para justificar a escolha da cesariana. Entretanto, essa decisão resulta de uma relação médico-paciente ineficaz no que diz respeito à orientação dos benefícios e indicações de cada via de parto (ALCANTRA et al., 2013).

O parto cirúrgico a priori é uma intervenção reservada para casos com riscos de morbimortalidade materno e fetal, entre eles sofrimento fetal agudo e eclâmpsia. Porém, por uma questão sociocultural, financeira, demográfica e questões médicas, há uma tendência crescente em subvalorizar os riscos de procedimentos associados a essa via. Os índices crescentes da cesariana em todo o mundo vêm corroborar com esse fato (PIRES et al., 2010).

Diante desse quadro, justifica-se a importância de apresentar as repercussões de cada via de parto e, assim, discutir sobre as práticas obstétricas. Ressalta-se ainda o fato da cidade



de Anápolis possuir uma maternidade com grande número de partos por mês, o que pode traduzir as reais consequências da eleição da via de parto.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Saúde da Mulher

Historicamente, as políticas de atendimentos voltadas à saúde da mulher têm promovido melhorias e atenção diferenciada ao período gravídico – puerperal. No entanto, essa assistência ainda vem se configurando como um dos aspectos mais críticos do quadro sanitário brasileiro e ainda emplaca resultados insatisfatórios, sobretudo nos altos índices de partos por meio de cesarianas (TORRES; MORAES; PRIULI, 2011).

Na tentativa de atender à necessidade contínua e crescente de mudanças no modelo de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha com a portaria MS/GM nº 1.459 no ano de 2011. Esta desenvolveu estratégias para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, bem como ações para assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Assim, a Rede objetiva melhorar e enfrentar os desafios de atendimento à gestante e à criança, e reduzir a medicalização e mercantilização do parto no Brasil (BRASIL, 2011).

Contudo, é importante enfatizar que a Rede Cegonha incrementou a atenção pré-natal. Esta se tornou mais qualificada e humanizada, na tentativa de controlar os fatores de risco, detectar e tratar oportunamente complicações à gestação (MARTINELLI et al., 2014). Além disso, tornou o pré-natal uma importante ferramenta na influência à melhor via de parto. As mães, por exemplo, são orientadas sobre as vantagens do parto vaginal – recuperação rápida, vantagens para o neonato, menor número de complicações e, portanto, diminuição dos partos cirúrgicos sem indicação (SILVESTRE et al., 2014).

A medicalização, assim conhecida pela assistência intervencionista do médico, alterou o ideário de parto normal para um parto vaginal dirigido ou orientado em ambiente hospitalar. Nesse sentido, o parto passa a ser visto como passível de intervenções de risco. Portanto, o médico legitima o parto cesáreo como controlador desses riscos (MANDARINO; CHEIN; MONTEIRO JÚNIOR, 2009). Vários estudos, inclusive internacionais, já apontaram que as

indicações absolutas, em que mãe ou feto corram risco, estão sendo desbancadas por indicações relativas e até mesmo as não médicas (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

A proposta estabelecida pela Rede Cegonha, até então, foi uma das mais completas já elaboradas pelo Governo Federal, com ações voltadas para uma assistência mais humanizada. Mas o atual cenário de saúde materno neonatal no Brasil ainda aponta debilidades infra estruturais: assistência hospitalar e médica precária, alta mortalidade materna e infantil e altos índices de cesáreas, estes últimos ultrapassam a taxa de 15% recomendada pelo MS. Assim, o Brasil ainda se apresenta como um dos maiores índices de partos cirúrgicos no mundo contrapondo a proposta de humanização do parto e do nascimento (CARNEIRO, 2013).

## **2.2 Número de Cesarianas**

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas. A taxa no país situa-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados. Estudos recentes da OMS sugerem que taxas populacionais de partos cesáreos superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características de nossa população, que apresenta um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria entre 25% e 30% (BRASIL, 2016a).

Em condições ideais a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Entretanto é utilizada de forma desnecessária, frequentemente, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas no Brasil. É importante salientar que o conjunto de evidências científicas que abordam o parto cesáreo programado em relação com a tentativa de parto vaginal é de baixa qualidade, não permitindo afirmar com clareza benefícios e riscos para mulheres que não precisem daquela intervenção cirúrgica (BRASIL, 2016a).

O número crescente de nascimentos por partos cirúrgicos indiscutivelmente é um fenômeno em escala mundial. Vários são os fatores que contribuíram para este fato, dentre eles a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, os riscos reduzidos de complicações pós-operatórias imediatas, a prática obstétrica defensiva, as características do sistema de saúde e consequente remuneração, e também a própria demanda das pacientes. Além disso, inúmeras condições exibem razões médicas aceitáveis para sua realização, em face de melhor

prognóstico materno e perinatal (desproporção céfalo-pélvica e apresentação pélvica, eclâmpsia, gravidez gemelar e sofrimento fetal) e diminuição da natimortalidade entre neonatos viáveis (SASS; HWANG, 2009).

Em contraposição a subvalorização dos riscos associados ao procedimento podendo conduzir a resultados neonatais desfavoráveis, vê-se que, cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas a cada ano na América Latina (REIS et al., 2014).

### **2.3 Idade Gestacional**

Outro cenário importante de se avaliar é a realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana. O procedimento é um fator contribuinte para prematuridade tardia iatrogênica, ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Além de seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a operação cesariana pode ainda interferir na vinculação entre mãe e o bebê, no aleitamento materno e no futuro reprodutivo da mulher (BRASIL, 2016a).

Liderando as estatísticas mundiais o Brasil tem ensejado reações críticas a prática obstétrica no país devido às graves complicações perinatais e maternas, a um maior período de internações e aumento do custo financeiro público. Neste contexto, foram relatados diversos fatores que aumentam a morbimortalidade materna e do recém-nascido (RN), incluindo hemorragias maternas que requerem transfusões, necessidade de histerectomia, necessidade de internação em UTIs e reinternação hospitalar pós-parto (REIS et al., 2014). Essas colocações levam ao incessante questionamento da qualidade de assistência ao parto oferecida pelos hospitais no país (BREIM; SEGRE; LIPPI, 2010).

A literatura aponta, ainda, o uso equivocado da cesárea fora do trabalho de parto em idades gestacionais menores do que 40 semanas. Sabe-se, que a transição entre a vida fetal e a vida extrauterina está associada a alto risco de morbidade respiratória no recém-nascido. O início da respiração depende da condição sanguínea no momento do nascimento, do estímulo térmico, do estímulo provocado pela expulsão do bebê no parto vaginal e da ação das catecolaminas nos pulmões fetais durante o trabalho de parto. Diante disso, a cesárea, que é determinada pela saída passiva do útero materno, poderia comprometer a função respiratória do recém-nascido, indicando que o parto vaginal é mais seguro para esses recém-nascidos (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007; BREIM; SEGRE; LIPPI, 2010).

Em contrapartida aos dados supracitados, estudo realizado por Cardoso; Alberti; Petroianu (2010), não apontou diferença entre os tipos de partos e a média de idade gestacional (IG). Além disso, não confirmou a relação de comprometimento fetal e diminuição do tempo de gestação no parto cesárea, já que não constatou diferença entre as vias de partos e o índice de Apgar no primeiro e quinto minuto. O estudo descreveu também que os partos vaginais possuem maiores taxas de traumas obstétricos e de morbidade neonatal, havendo, assim, um efeito protetor do parto cesáreo (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Ainda nesse preceito, nos recém-nascidos com anóxia, observou-se, em um estudo comparativo sobre via de parto, peso, idade gestacional calculada e a estimada pelo método de Capurro, que apenas os nascidos por parto cirúrgico apresentaram menor peso e menor média no método Capurro. Também observaram altas taxas de morbidade por desconforto respiratório nos partos cesáreos em recém-nascidos com idade gestacional acima de 37 semanas ou com peso maior ou igual a 2.500gramas (g). O que provavelmente sugere que as cirurgias estão sendo realizadas e marcadas antes da hora ideal para o nascimento, o que tem ocasionado prematuridade iatrogênica (BREIM; SEGRE; LIPPI, 2010).

O Método de Capurro, variável importante no estudo, é um exame simplificado feito por Haroldo Capurro e colaboradores em 1980 que utiliza de critérios somáticos e neurológicos para determinação da idade gestacional. É aplicável em recém-nascidos de 29 semanas ou mais. As características somáticas incluem a textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares e formação do mamilo. Os sinais neurológicos são o sinal do cachecol e posição da cabeça ao levantar. Cada uma dessas características possui opções que têm pontuações pré-determinadas e que somadas, ao final, equivalem à idade gestacional (IG). Em algumas situações, a importância dessa variável em estudo se dá por impossibilidade de realização de ultrassonografia (USG) nos períodos mais precoces da gestação, que viabiliza a determinação mais fidedigna da IG. Além disso, a data da última menstruação, um dos melhores métodos para determinar a IG, muitas vezes é desconhecido. Nesse contexto, o exame de características físicas e neurológicas se torna o mais completo (GOMES et al., 2006; BRASIL, 2012a).

A idade gestacional sistematizada em pré-termo (entre 22 a 36 semanas de gestação), a termo (entre 37 e menos de 42 semanas de gestação) e pós-termo (partir de 42 semanas de gestação) merece atenção por sua grande relevância epidemiológica perinatal. Já foi

constatado, por exemplo, que a prematuridade é o principal fator de risco individual na taxa de mortalidade infantil. Além do mais, estudos demonstram maior incidência de complicações neonatais em recém-nascidos pré-termos. Por tanto, a identificação do perfil do neonato é um grande subsídio para avaliar políticas de atenção à mãe e principalmente à criança (GOMES et al., 2006; BRASIL, 2012a).

#### **2.4 Baixo Peso**

Em um estudo realizado no município de São Paulo foi verificado que a prematuridade, o parto cesáreo e as gestações múltiplas apresentaram percentuais maiores no grupo de nascidos vivos de baixo peso ao nascer (BPN). A Organização Mundial da Saúde determina BPN igual ou abaixo 2.500g, sendo um indicador relevante da saúde fetal e determinante no risco de morbimortalidade neonatal (MENDES et al., 2015). Sendo, portanto, o peso ao nascer um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida da criança.

Entre as complicações associadas ao BPN destacam-se as enfermidades infecciosas, respiratórias e de atraso no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. Deve-se, ainda, atribuir às infecções hospitalares uma alta taxa de letalidade, sendo a principal complicação em recém-nascidos de baixo peso, seguidas de desconforto respiratório e toco-traumatismo como causas subsequentes de comorbidades. Isso se explica pelo elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva e aos procedimentos invasivos que esses neonatos são submetidos (MALVEIRA et al., 2006).

Há outros estudos que evidenciam consequências não só restritas ao período neonatal quando se fala de recém-nascido e baixo peso. Sugere-se, então, que essas crianças tenham risco de morbidade na infância e várias doenças na idade adulta, principalmente cardiovasculares e endócrinas. Dentre essas comorbidades destacam-se: acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes tipo 2, obesidade e hiperlipidemia (CARNIEL et al., 2008).

Em 2001, a média de baixo peso neonatal (BPN) foi de 7,9% no Brasil. Estudos revelam associação entre BPN de crianças prematuras com fatores socioeconômicos, obstétricos, ginecológicos, clínico cirúrgicos e iatrogênicos, sendo que o parto cirúrgico pode ser indicação em muitas dessas situações. Há a hipótese de que, a interrupção precoce da gravidez por cesárea foi parcialmente responsável pelo aumento da prematuridade e da consequente diminuição na média do peso de nascimento nos últimos tempos (CARNIEL et al., 2008).

## 2.5 Apgar

O peso ao nascer é estreitamente ligado à maturidade fetal, porém outros sinais predizem a saúde do bebê nos primeiros minutos de vida e permitem orientar possíveis e/ou necessárias condutas ou intervenção médica logo após o nascimento. Para avaliar a qualidade de assistência ao recém-nascido foi criado em 1953 o Boletim de Apgar. O instrumento de avaliação é usualmente aplicado no 1º e 5º minutos de vida do recém-nato e contempla cinco critérios: frequência cardíaca, esforço expiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007; BRASIL, 2011).

No Brasil, o registro do boletim de Apgar dos partos realizados pelo SUS é cadastrado na plataforma virtual de registros do Ministério da Saúde do Brasil – DATASUS. De acordo com dados do DATASUS há diferenças nos boletins de Apgar de primeiro e quinto minuto em detrimento a via de parto. Ao efetuar a seleção do índice por Estado temos que, 13,69% dos nascidos vivos por via vaginal, no Estado de Goiás, no ano de 2013, tiveram Apgar de primeiro minuto igual ou inferior a sete, valor superior aos 13,2% ocorridos na via cirúrgica. (BRASIL, 2016b).

A avaliação sistemática, após o nascimento, inicialmente era apenas usada para verificar as condições fisiológicas do RN e assim determinar o início da reanimação e das suas manobras. Sendo assim, o score refletia desfavoráveis repercussões no RN, antes e durante o parto, como a asfixia perinatal. No entanto, entende-se hoje, que sua análise permite verificar se a reanimação do RN foi bem-sucedida e não somente a sua indicação. Ademais, se o boletim de Apgar é inferior a sete no quinto minuto, recomenda-se após intervenção pediátrica uma nova aplicação a cada cinco minutos, podendo ser repetido até os primeiros 20 minutos de vida do bebê (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007; BRASIL, 2011).

## 2.6 Internação em UTI e Óbito

Mesmo após o período de reanimação, dependendo da gravidade do recém-nascido, este poderá ser encaminhado a uma UTI. O peso de nascimento e a idade gestacional são os fatores isolados mais importantes relacionados à sua internação em UTI e ao óbito neonatal. Fato que, no Brasil, está ligado às más condições sociais e econômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal. Além das causas preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal, como anóxia e as infecções neonatais (ARAÚJO et al., 2005).

Estudos brasileiros têm apontado a maior incidência de mortalidade neonatal em partos vaginais a despeito dos partos cirúrgicos. Dentre eles, destaca-se um estudo descritivo sobre mortalidade neonatal e sua vitalidade realizado em Cuiabá, no ano de 2007, o qual demonstrou que a maioria dos neonatos que evoluíram para óbito nasceu de parto vaginal. De um total de 79 nascidos vivos e que foram a óbito no período neonatal, 43 proviam de parto vaginal 35 de cesárea e um de fórceps. As possíveis causas disso seriam a má qualidade de assistência ao parto normal e distorções nas indicações da via de parto (GIGLIO; LAMOUNIER; MORAIS NETO, 2005; LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013).

O óbito neonatal tem sido destacado no país como o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990 e tem se mantido em níveis elevados com taxa de 15,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2012b). Em estudo realizado pela Associação Pan-Americana de Saúde em 2009, observa-se também que grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. Destaca-se como principais causas de óbitos a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2009).

Os estudos sobre o processo assistencial no momento do trabalho de parto, parto e nascimento, são iniciativas recentes e ainda em número pequeno (NASCIMENTO et al., 2012)

Reitera-se que não há evidências científicas favoráveis à realização de cesáreas por razões não-médicas, já que estão associadas a maiores riscos para a saúde materna e infantil. Em relação a parturiente, aumentam os riscos de intercorrências como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, complicações anestésicas e morte materna. Por outro lado, para o recém-nascido há mais chances de ocorrer problemas respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, anóxia e mortalidade neonatal, entre outras (PINTO et al., 2006).

Conhecer as repercussões neonatais bem como sua ocorrência em cada via de parto faz-se necessário para elucidar e orientar a conduta obstétrica de forma mais segura. Deve-se, também, fornecer a todos profissionais da saúde subsídios para orientação e acompanhamento da mulher durante o processo de gestação e parto.

## **2.7 Pré-natal**

A assistência pré-natal é considerada fator essencial para um parto e nascimento mais humanizados, devendo acolher a gestante desde o início. Assim, a relação entre o médico e paciente durante as consultas vão determinar as expectativas da paciente em relação ao parto, sendo estas positivas ou negativas a depender da orientação e explicação dadas pelo profissional (LAMY; MORENO, 2013).

Nota-se nas consultas de pré-natal que a grande maioria das gestantes optam pelo parto vaginal por considerarem a recuperação mais rápida e terem mais facilidade de cuidar do recém-nascido. Mas, contraria a essa expectativa, a minoria, representada pelas primigestas, relacionam o parto vaginal à dor. A possibilidade do sofrimento faz com que muitas optem pela via cirúrgica, reiterando a importância de uma boa orientação nas consultas de pré-natal. Dessa forma, pode-se relacionar o aumento de partos cirúrgicos a um atendimento deficiente no pré-natal (LAMY; MORENO, 2013).

### **3. OBJETIVO**

#### **Objetivo Geral**

Comparar as repercussões neonatais do parto vaginal e cesariano.

#### **Objetivos Específicos**

Identificar a incidência de partos cesarianos e vaginais;

Relatar as indicações de cesarianas;

Registrar a idade gestacional, através do método Capurro, e associar a cada via de parto;

Relacionar peso ao nascer com a via de parto;

Identificar o índice de Apgar de 1º e 5º minuto e correlacionar a via de parto;

Cruzar a ocorrência de internação em unidade neonatal em detrimento a via de parto;

Identificar óbito neonatal e correlacionar à via de parto;

Registrar o número de consultas de pré-natal e correlacionar com a via de parto.

### **4. METODOLOGIA**

#### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo, analítico e de coorte.

#### **4.2 Local de Estudo**



O estudo foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis. O hospital possui uma maternidade, a qual realiza em média 300 partos por mês, possibilitando o desenvolvimento do presente estudo.

#### **4.3 População e amostra**

A população do estudo se deu por conveniência e foi composta por prontuários referentes aos partos realizados no período de junho a outubro de 2016, compondo uma amostra de 954 prontuários.

#### **4.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídos todos os prontuários de gestantes acima de 18 anos, de recém-natos com peso maior ou igual a 500g ou com idade gestacional maior ou igual a 22 semanas, que nasceram na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis de junho de 2016 a outubro de 2016.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os prontuários de gestações múltiplas, de partos ocorridos fora do ambiente hospitalar, com dados incompletos e de casos de aborto.

#### **4.6 Descrições do processo de coleta de dados**

Inicialmente foi encaminhado um pedido de autorização à Santa Casa de Misericórdia de Anápolis através da Declaração de Coparticipante (APÊNDICE I), para realização da pesquisa, assim como, foi encaminhado o Termo de Autorização de Manuseio de Dados (APÊNDICE II) para acesso e análise de prontuários de todas as gestantes que realizaram partos de junho a dezembro de 2016.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Anápolis, foi iniciada a análise de prontuários, a qual aconteceu na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis – GO, em uma sala disponibilizada pela mesma, onde cinco pesquisadoras estavam responsáveis pela análise dos prontuários. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a outubro.

O levantamento foi feito mediante a revisão manual dos prontuários das parturientes. Todos os dados foram coletados exclusivamente pelos pesquisadores. As complicações descritas foram pesquisadas somente até o momento da alta hospitalar.

Os dados referentes à via de parto, idade gestacional, peso do RN, Apgar, se houve internação em UTI e óbito neonatal foram coletados e registrados em um formulário próprio semiestruturado e elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE III).

#### **4.7 Metodologia de análise dados**

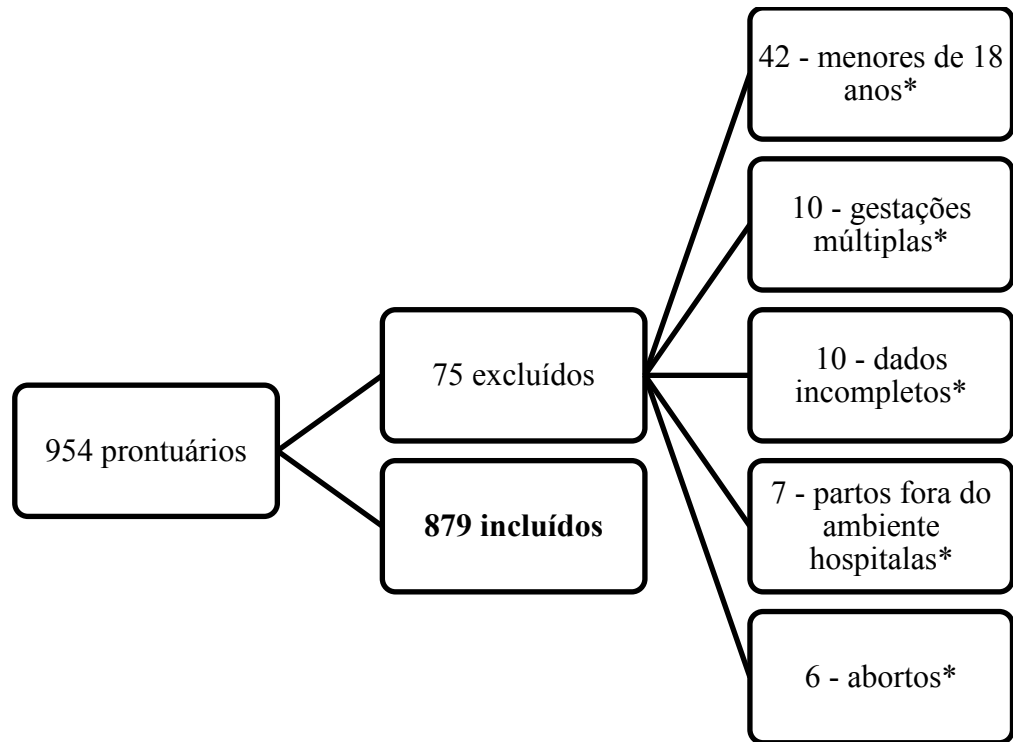
Os dados foram expressos em frequência simples e porcentagens. As variáveis estudadas foram: via de parto (vaginal ou cirúrgico), indicação de parto cirúrgico, número de consultas pré-natais (menor que 6 ou maior ou igual a 6), idade gestacional (prematureo  $\leq 37$  semanas, a termo  $> 37$  semanas), peso do RN (extremo baixo peso  $< 1500g$ , baixo peso entre 1500 a 2500g, peso adequado 2500-3500g e sobrepeso  $> 3500g$ ), Apgar no primeiro e no quinto minuto ( $\leq 7$  ou  $> 7$ ), internações em UTI e número de óbitos. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e se as células ultrapassassem frequência inferior a 5 foram utilizadas a correção de continuidade (*continuity correction*) e/ou a razão de verossimilhança (*likelihood ratio*), considerando um nível de significância menor que 0,05. Os dados foram analisados no software *Statistical Package Social Science* (SPSS).

#### **4.8 Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para Pesquisa Científica em Seres Humanos e foi aprovada pelo CEP do Centro Universitário de Anápolis – GO (número do parecer 1.594.109) (ANEXO I).

### **5. RESULTADOS**

Foram incluídos no estudo 954 prontuários, dos quais 75 foram descartados, conforme os critérios de inclusão e exclusão estipulados (Figura 1). Dentre os 879 prontuários incluídos na pesquisa, 400 (45,5%) foram vaginais e 479 (54,5%) foram cirúrgicos.



**Figura 1-** Quantidade de prontuários incluídos e excluídos da pesquisa. \*Dados expressos em quantidade de prontuários excluídos.

Ao avaliar as indicações clínicas para a realização dos partos cirúrgicos emergirão 31 categorias assinaladas nos prontuários médicos com maior frequência de cesárea prévia, seguido por cesárea eletiva e pelve desfavorável, entre outras indicações (Tabela 1).

**Tabela 1 - Relação dos partos cirúrgicos e suas indicações (n=479).**

Indicação do parto cirúrgico	Frequência
	n (%)*
DM	3 (0,6)
DHEG	37 (7,8)
Cesárea previa	130 (27,1)
Pelve desfavorável	63 (13,1)
Eclampsia	10 (2,1)
Placenta previa total	8 (1,7)
Sofrimento fetal	19 (4,0)
Polidramnio	6 (1,2)
Quadro infeccioso	1 (0,2)
Oligodramnio	16 (3,4)
Parada de progressão	20 (4,2)
Pós-datismo	31 (6,5)
Hipotireoidismo	1 (0,2)
Eletiva	67 (14,0)
CIVR	1 (0,2)
Macrossomia	17 (3,6)
Irresponsividade	4 (0,8)
Ausência de dilatação colo	1 (0,2)
Amniorrexe prematura	9 (1,9)
HIV	2 (0,4)
Anasarca	1 (0,2)
Obesidade mórbida	1 (0,2)
Apresentação pélvica	13 (2,7)
Anemia falciforme	1 (0,2)
Falha de indução	2 (0,4)
ITU	2 (0,4)
Pré-eclâmpsia	3 (0,6)
DPP	1 (0,2)
Sífilis	7 (1,5)
Roprema	1 (0,2)
TVP	1 (0,2)
Total	479 (100)

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%).

A idade gestacional é relacionada significativamente a via de parto. Especialmente quando observado os dois extremos pós-datismo e prematuridade. Dentre os 56 partos onde a idade gestacional é maior ou igual a 42 semanas, 43 deles foram partos cirúrgicos e 13 foram vaginais (Tabela 2).

**Tabela 2-** Relação da idade gestacional e correlação com a via de parto (n=879).

Via de parto	Classificação da idade gestacional			p
	Prematuro < 38 semanas	A termo $\geq$ 38 e <42 semanas	Pós termo $\geq$ 42 semanas	
	n (%)*	n (%)*	n (%)*	
Vaginal	56 (14,0)	331 (82,8)	13 (3,3)	
Cirúrgico	49 (10,2)	387 (80,8)	43 (9,0)	0,001
Total	105 (11,9)	718 (81,7)	56 (6,4)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui - quadrado.

Observou-se diferença significativa quando comparada a via de parto e o peso do recém-nato, 72,8% dos bebês nascidos de parto vaginal apresentaram peso adequado, em detrimento de 66,2% dos nascidos por parto cirúrgico. Dado expressivo também é verificado nos recém-nascidos com sobrepeso, acima de 3500 gramas, onde 24,4% nasceram por via cirúrgica (Tabela 3).

**Tabela 3 -** Classificação do peso ao nascimento correlacionado com a via de parto (n=879).

Via de parto	Classificação do peso ao nascer				p
	< 1500g	1500-2500g	2500-3500g	> 3500g	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Vaginal	4 (1,0)	51 (12,8)	291 (72,8)	54 (13,5)	
Cirúrgico	6 (1,3)	39 (8,1)	317 (66,2)	117 (24,4)	0,001
Total	10 (1,1)	90 (10,2)	608 (69,2)	171 (19,5)	

\*Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui - quadrado.

O índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto, não apontou diferença significativa em relação às vias de parto (Tabelas 4 e 5), assim como, a necessidade de internações em UTI (Tabela 6).

**Tabela 4** - Associação entre a via de parto e o Apgar no primeiro minuto (n=879).

Via de parto	Apgar no 1 minuto		P
	≤ 7 n (%)	> 7 n (%)	
Vaginal	50 (12,5)	350 (87,8)	0,51
Cirúrgico	68 (14,2)	411 (85,8)	
Total	118 (13,4)	761 (86,6)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui - quadrado.

**Tabela 5**- Associação entre a via de parto e o Apgar no quinto minuto (n=879).

Via de parto	Apgar no 5 minuto		p
	≤ 7 n (%)	> 7 n (%)	
Vaginal	11 (2,8)	389 (97,3)	0,39
Cirúrgico	9 (1,9)	470 (98,1)	
Total	20 (2,3)	859 (97,7)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui - quadrado.

**Tabela 6**– Internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e correlação com a via de parto (n=879).

Via de parto	Internação em UTI		P
	Sim n (%)	Não n (%)	
Vaginal	50 (12,5)	350 (87,5)	0,38
Cirúrgico	50 (10,4)	429 (89,6)	
Total	100 (11,4)	779 (88,6)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui - quadrado.

O óbito fetal foi relatado somente em partos cirúrgicos (1,3%), quando comparada a via de parto (Tabela 7).

**Tabela 7**– Óbito fetal e correlação com a via de parto.

Via de parto	Óbito fetal		
	Sim n (%)	Não n (%)	P
Vaginal	--	400 (100,0)	
Cirúrgico	6 (1,3)	473 (98,7)	0,007
Total	6 (0,7)	873 (99,3)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui quadrado.

Não foi encontrada relação entre a via de parto e o número de consultas pré-natais (Tabela 8).

**Tabela 8**– Número de consultas de pré-natal e correlação com a via de parto (n= 879).

Via de parto	Número de consultas		
	> 6 n (%)	≤ 6 n (%)	P
Vaginal	163 (40,8)	237 (59,3)	
Cirúrgico	166 (34,7)	313 (65,3)	0,06
Total	329 (37,4)	550 (62,6)	

\* Dados expostos em frequência absoluta (n) e relativa (%). Nível de significância  $p < 0,05$ . Qui quadrado.

## 6. DISCUSSÃO

A OMS recomenda no máximo 15% de partos cirúrgicos ao ano, entretanto o Brasil apresenta cerca de 56% com ampla variação na rede privada e pública (CARNEIRO, 2013; BRASIL, 2016a). Similarmente a frequência observada referente à via de parto cirúrgico foi relativamente maior no presente estudo. Inúmeros fatores corroboram para esse fato, como o contexto social, o modelo assistencial vigente, além dos aspectos da relação médico-paciente (VIEIRA; LIMA, 2012).

O contexto social é marcado pela insegurança materna em relação às dores durante a parturição até a preservação perineal. Diante disso, com o acesso às informações e postura médica sobre os riscos de um parto vaginal, muitas gestantes preferem o parto cirúrgico, pois tem a crença na segurança deste procedimento. Com o avanço tecnológico, os profissionais também acreditam que o estímulo a esse tipo de parto seria uma forma de evitar um

atendimento negligente, assegurando boa assistência (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

A relação-médico paciente é outro fator importante que pode contribuir para as altas taxas de partos cirúrgicos. No setor público, a maioria das parturientes são atendidas por profissionais médicos diferentes dos que realizaram o pré-natal. Com isso, nem sempre o médico tem informações suficientes sobre a gestação atual e as anteriores e, então, não tem a oportunidade de orientar sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto. Além disso, existe a comodidade de um parto cirúrgico programado e a oportunidade da realização de laqueadura tubária no mesmo procedimento (TORRES; MORAES; PRIULI, 2011; VIEIRA; LIMA, 2012).

O modelo assistencial vigente é um dos fatores que contribuem para o aumento das cirurgias. A administração deficiente da saúde, por exemplo, falha na oferta de medicamentos básicos usados no parto vaginal, como analgésicos, contribuindo para que o parto cirúrgico se torne uma alternativa para aliviar a dor. Isso também é visto no contexto da mercantilização, onde prevalecem os interesses econômicos, em que a cirurgia se torna uma ferramenta de comércio do parto (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA; 2016).

As indicações de partos cirúrgicos têm por objetivo diminuir os riscos tanto para mãe quanto para o feto. Dentre as principais destacam-se distócia ou falha na progressão do parto, desproporção céfalo-pélvica, má posição fetal, apresentação pélvica, cesárea anterior, presença de mecônio e apresentação fetal (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010). Observou-se 14 justificativas para essa intervenção, sendo as principais: cesárea prévia, pelve desfavorável e Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

A cesárea prévia, apesar de ser uma frequente indicação de partos cirúrgicos, representa uma recomendação relativa segundo a literatura atual. Nesta pesquisa, apresentou-se como a principal indicação, perfazendo 27,1% do total das justificativas clínicas. Ademais, esses índices podem diminuir já que estudos mostram que é seguro realizar parto vaginal após cesárea prévia, apresentando baixa incidência de ruptura uterina, com uma taxa de sucesso de 70% (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

A pelve desfavorável é uma recomendação absoluta de parto cirúrgico e citada como a principal indicação na literatura. Possivelmente por ser uma variável encontrada em idade



gestacional mais precoce, podendo haver falha de indução e conseqüente aumento de cesarianas. Por fim, demonstra relativa semelhança com os resultados encontrados, uma vez que, foi a segunda principal indicação (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010; SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

A DHEG ou pré-eclâmpsia é uma patologia obstétrica que surge após a vigésima semana de gestação caracterizada por hipertensão arterial, edema e / ou proteinúria. Estudos mostram que, se não for controlada, está associada a piores resultados maternos e perinatais, devido ao desenvolvimento de convulsões, caracterizando a eclâmpsia. Diante disso, está fortemente associada à indicação de parto cirúrgico, pelo risco de morte e complicações. Neste estudo, essa comorbidade apresenta-se como a terceira principal indicação encontrada. Entretanto, Souza et al. (2014), evidencia o sucesso de partos vaginais, já que a cesárea leva a um mau prognóstico para mãe e feto, sendo indicada somente nos casos de sofrimento fetal e apresentações anômalas (NORONHA NETO; SOUZA; AMORIM, 2010; SOUZA et al., 2010).

Quanto à idade gestacional, observou-se maior porcentagem de partos vaginais comparado aos cirúrgicos em fetos prematuros. É polêmica a escolha da via de parto do feto prematuro, considerando que existem vários fatores de riscos maternos e neonatais que aumentam à incidência de partos cirúrgicos, como, peso fetal estimado, hemorragias da segunda metade da gravidez, a duração do trabalho de parto, a presença de infecção intra-amniótica, entre outros fatores. Entretanto, em estudo realizado no Centro de parto normal em São Paulo, os nascidos pré-termo tiveram menor indicação médica de parto cirúrgico, ainda que consideradas essas complicações. Além disso, os autores defendem que não existem evidências científicas que comprovem o benefício de cesarianas em trabalho de parto prematuro uma vez que essa via não reduz o risco de morbimortalidade neonatal (RABELLO; BARROS, 2011).

Já em relação aos partos a termo, não se identificou associação com as vias de parto. Em consonância Cardoso; Alberti; Petroianu (2010) relataram não existir relação entre a idade gestacional a termo e as vias de parto, uma vez que tanto o cirúrgico quanto o vaginal demonstraram boa vitalidade dos recém-nascidos.

O parto cirúrgico também apresentou maior incidência no pós-termo, sendo três vezes maior quando comparada aos partos vaginais. Em um estudo epidemiológico realizado no

Município de São Paulo em 2015, que analisou a idade gestacional maior do que 40 semanas – o que inclui a termo (37 semanas a 41 semanas e 6 dias) e pós-termo (42 semanas completas ou mais), identificou-se maior prevalência de partos cirúrgicos, o que favorece as repercussões neonatais desfavoráveis, como o aumento do ingresso desses recém-nascidos nas unidades de terapia intensiva. Essa realidade fornece subsídios para aprimorar os critérios de indicação de partos cirúrgicos, sobretudo em gestações com mais de 40 semanas (OSAVA et al., 2011).

O baixo peso ao nascer é um fator de causa multifatorial e determinante na mortalidade infantil, o que justifica sua importância na pesquisa. Porém, não foi apresentada relevância estatística entre baixo peso e a via de parto. Assim como, constataram Rojas et al. (2013) ao relacionar o baixo peso à idade materna, número de consultas pré-natal, paridade e prematuridade do RN.

Já o sobrepeso apresentou predominância duas vezes maior nos nascidos por via cirúrgica. A literatura aponta que por ser muito frequente nas gestações complicadas por diabetes, é um dos maiores determinantes de risco para parto cirúrgico, muitas vezes realizado com o objetivo de reduzir a frequência de morte intrauterina inesperada e de tocotraumatismos (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010). Um estudo epidemiológico intra hospitalar que avaliou um total de 2441 partos, constatou uma relação do peso ao nascer à via de parto. Seus resultados mostram, também, que RN com peso superior a 3500 tiveram uma maior chance de nascer por via cesárea. Entretanto, não há consenso científico para relacionar o limite do peso fetal à indicação da via cirúrgica (OSAVA et al., 2011).

Outro indicador relevante em relação a via de parto é o índice de Apgar, um importante parâmetro que avalia a vitalidade neonatal (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007). Observou-se uma incidência relativamente maior de Apgar no primeiro minuto inferior a 7 nos partos vaginais. O mesmo foi observado no Apgar de quinto minuto, porém, essa diferença dos resultados, não demonstra significância relevante entre via de parto e os índices de Apgar de primeiro e quinto minuto. Similarmente, Cardoso; Alberti; Petroianu (2010) não identificaram diferença entre os grupos de parto cirúrgico e vaginal, pois a maioria dos recém-nascidos obtiveram Apgar no primeiro e quinto minuto maior ou igual a 8.

Na literatura, nota-se ainda que os recém-nascidos de parto vaginal tiveram melhor vitalidade quando avaliado o Apgar de primeiro minuto. Entretanto, no Apgar de quinto

minuto os valores foram maiores que 7, tanto no parto vaginal quanto no cirúrgico. Reforçando a possibilidade de não haver relação entre via de parto e a vitalidade ao nascer (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007).

Entretanto, um estudo que analisou a vitalidade do recém-nascido por tipo de parto, observou que houve uma maior incidência de nascidos vivos por partos vaginais com Apgar de quinto minuto inferior a 7 (KILSZTAJN, 2007).

A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não teve significância correlacionada com a via de parto. Observou-se percentuais semelhantes para a necessidade de internação, independente da via de parto escolhida. Dentre os motivos de internação os mais prevalentes, para as vias de parto, foram desconforto respiratório e prematuridade. No estudo de Mello et al. (2014) o desconforto respiratório aparece como primeira causa de internação em UTI, a infecção pós-natal aparece em segundo lugar, porém, não é feita a correlação com a via de parto.

Observou-se relação significativa do número de óbitos neonatais com a via de parto cirúrgica. Em contrapartida, Carvalho; Brito; Matsuo (2007) mostrou não haver associação entre tipo de parto com mortalidade neonatal. Mas outros fatores de risco foram encontrados para estabelecer essa relação, a exemplo de baixo peso ao nascer, prematuridade e número de consultas pré-natais realizadas.

É preciso lembrar que a mortalidade neonatal resulta de uma complexa integração entre uma série de variantes sociais, econômicas, bem como ao modelo assistencial de saúde, no qual se inclui pré-natal e saúde da mulher. Assim, torna-se errôneo a acusação do parto cirúrgico como causa direta da mortalidade desses recém-nascidos, pois é preciso uma visualização abrangente a respeito da evolução da gravidez e o motivo da indicação do tipo de parto (ARAÚJO et al., 2005).

A principal causa de morte identificada na pesquisa foi prematuridade extrema evoluindo com insuficiência respiratória. Sabe-se que, uma das principais causas de morbidade e mortalidade de RN pré-maturo é a Doença da Membrana Hialina (DMH), também conhecida como Síndrome da Angústia Respiratória do Recém-Nascido. Os óbitos registrados nesse estudo são decorrentes da inviabilidade vital dos recém-nascidos, sendo que o parto cirúrgico foi realizado na tentativa de salvar a vida dos bebês que já estavam em sofrimento intra-útero, não permitindo, portanto, a possibilidade de aguardar o parto vaginal.

É possível, então, estabelecer uma relação causal entre óbito por prematuridade e insuficiência respiratória, mas não necessariamente com a via de parto, assim como também é descrito no estudo de Ruschel (2014). Entretanto, estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais encontrou resultados divergentes ao concluir que há maior morbidade neonatal em recém-nascidos de parto por via vaginal quando comparado à via cirúrgica (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Quando observada o número de consultas pré-natais e a determinação da via de parto não se observou relevância significativa. O que não corrobora com os resultados de uma pesquisa feita para descobrir os fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul, onde houve maiores taxas de partos cirúrgicos entre as mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal, indicando uma possibilidade de pensar que um maior contato com o obstetra influenciou a decisão por cesariana nas gestantes que frequentaram o pré-natal (FREITAS, SAKAE, JACOMINO, 2008).

Deve-se considerar a logística do Hospital em que foi feita a coleta. A instituição é incentivadora do parto humanizado. Desenvolve a conscientização acerca do parto vaginal desde o início da gravidez. A partir disso, obedece às políticas adotadas pela Rede Cegonha que assegura atenção integral à saúde da gestante, em especial nos aspectos éticos: ações que motivem o parto humanizado (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, é esperada uma diminuição nas taxas de complicações do recém-nascido tanto no parto vaginal quanto no cirúrgico, sendo estes apenas por indicação médica absoluta. O que foi relativamente confirmado neste estudo, a partir do índice de Apgar e outros fatores (UTI, óbito) que não apresentou diferença expressiva entre as vias de parto. Este resultado pode ser um possível desfecho da adoção da Rede Cegonha no Hospital.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A vitalidade de um RN é, de fato, assunto polêmico e repleto de vieses, principalmente quando se tenta atribuí-la a uma via de parto. Este trabalho, ao tentar comparar idade gestacional, peso ao nascer, Apgar, óbito e internação em UTI neonatal relacionado às vias, não encontrou repercussões de grande significância que favoreçam a realização de um parto em detrimento de outro. Uma série de outros fatores individuais, a exemplo de

comorbidades maternas, idade materna e condições socioeconômicas, devem ser considerados para determinação de uma melhor via de parto.

Na instituição de pesquisa, os índices de partos cirúrgicos foram equivalentes ao índice de vaginais. Isso se explica por se tratar de uma instituição que atende prioritariamente casos de gestações complicadas e com comorbidades. Porém, o que se observa na pesquisa são indicações de cesarianas questionáveis, sendo um grande número, parto cirúrgico de caráter eletivo. Diante disso e baseado nas recomendações da OMS para os índices desse tipo de parto, as condutas obstétricas e elegibilidade da via de parto devem ser revisadas.

## 8. REFERÊNCIAS

ALCANTRA, F. A. L.; SILVA, M. M. C.; ABREU, M. M. et al. Qual tipo de parto? A decisão é da paciente ou do médico? **Revista Formar Interdisciplinar**, Sobral, v.1, n.3, p. 60-68, jul.-dez. 2013.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de Cesarianas Baseadas em Evidências: parte I. **Revista Femina**, São Paulo, v.38, n.8, p. 415-422, ago. 2010.

ARAÚJO, B. F.; TANAKA, A. C. A.; MADI, J. M. et al. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.4, p. 463-469, out.-dez. 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília, p. 155, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>. Acesso em: 06/11/2016b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal, 3ª edição**. Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, p. 43, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, p. 163-182, 2012b.

BREIM, M. C. S. C.; SEGRE, C. A. M.; LIPPI, U. G. Morbidade em recém-nascidos de acordo com a via de parto: um estudo comparativo. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.3, p. 308-314, jul.-set. 2010.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 427-435, mar. 2010.

CARNEIRO, R. G. Dilemas Antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.17, n.44, p. 49-59, jan.-mar. 2013.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; ANTÔNIO, M. A. R. G. M. et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.1, p. 169-179, mar. 2008.

CARVALHO, A. B. R.; BRITO, A. S. J.; MATSUO, T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.6, p. 1003-1012, jun. 2007.

FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.28, n.3, p. 324-334, set. 2007.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 85-112, 2009.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.5, p. 1051-1061, mai. 2008.

GIGLIO, M. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; MORAIS NETO O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.3, p. 350-357, jun. 2005.

GOMES, K. R. O.; SANTOS, E. S.; SANTOS, G. P. et al. Qualidade do dado referente à idade gestacional no sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC) em Teresina – PI. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.30, n.2, p. 238-247, jul.-dez. 2006.

KILSZTAJN, S.; LOPES, E. S.; CARMO, M. S. N. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n.8, p. 1886-1892, ago. 2007.

LAMY, G. O.; MORENO, B. S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, São Paulo, v.10, n.2, p. 19-35, ago. 2013.

LOURENÇO, E. C.; BRUNKEN, G. S.; LUPPI, C. G. Mortalidade infantil neonatal: estudos das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.22, n.4, p. 697-706, out.-dez. 2013.

MACHADO JÚNIOR, L. C.; SEVRIN, C. E.; OLIVEIRA, E. et al. Associação entre a via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p. 124-132, jan. 2009.

MALVEIRA, S. S.; MORAES, A. N.; CHERMONT, A. G et al. Recém-nascidos de muito baixo peso em um hospital de referência. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v.20, n.1, p. 41-46, jan.-mar. 2006.

MANDARINO, N. R.; CHEIN, M. B. C.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Espírito Santo, v.36, n.2, p. 56-64, jan. 2014.



MELLO, G. L.; CRISTOVAM, M. A. S.; CÂMARA, J. P. P. et al. Morbimortalidade entre recém-nascidos de muito baixo peso: casuística de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Pediatria Moderna**, v.50, n.11, p. 499-504, nov. 2014.

MENDES, C. Q. S.; CACELLA, B. C. A; MANDETTA, M. A. et al. Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.68, n.6, p. 1169-1175, ago. 2015.

NASCIMENTO, R. M.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p. 559-572, mar. 2012.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento de Pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.32, n.9, p. 459-468, jul. 2010.

OSAVA R. H.; SILVA F. M. B.; TUESTA E. F. et al. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, p. 1036-1043, dez. 2011.

PINTO, A. C. M.; LIMA, L. C.; GOMES, M. M. F. et al. Parto cesáreo eletivo no Brasil: uma análise dos fatores associados com base na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. Disponível em: [www.alapop.org/alap/files/docs/SeminarioTaller2009/Pinto\\_ST2.pdf](http://www.alapop.org/alap/files/docs/SeminarioTaller2009/Pinto_ST2.pdf). Acessado em: mar. 2017.

PIRES, D.; FERTONANI, H. P.; CONILL, E. M. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v.10, n.2, p. 191-197, abr.-jun. 2010.

RABELLO, M. S. C.; BARROS, S. M. O. Aspectos clínicos e epidemiológicos da prematuridade em um Centro de Parto Normal, São Paulo, Brasil. **Einsten**, São Paulo, v.9, n. 4, p. 483-488, out.-dec. 2011.

REIS, Z. S. N.; LAGE, E. M.; AGUIAR, R. A. L. P. et al. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p. 65-71, fev. 2014.

RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A Decisão pela via de parto no Brasil: Temas e Tendências na produção da Saúde Coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p. 1-10, mar. 2016.

ROJAS, P. F. B.; CARMINATTI, A. P. S.; HAFEMANN, F. et al. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.42, n.1, p. 68-75, jan.-mar. 2013.

RUSCHEL, L.; NADER, P. J. H. A doença da membrana hialina em prematuros de baixo peso. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.58, n.3, p. 193-197, jul.-set. 2014.

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v.14, n.4, p. 133-137, set. 2009.

SILVESTRE, D. R.; PEREIRA, A. K. A. M.; NASCIMENTO, E. G. C. et al. Via de parto orientada no pré-natal e a escolha da enfermeira no seu próprio parto. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.8, n.12, p. 4230-4236, dez. 2014.

SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 452-460, jul.-set. 2010.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Revista Femina**, São Paulo, v.38, n.10, p. 505-516, set. 2010.

SOUZA, G. S.; ALMEIDA, D. M. A.; VERSIANEC, C. et al. Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG): uma revisão integrativa. **EFDeportes.com, Revista Digital**, n.195, Buenos Aires, agos.2014.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I. et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **Revista Femina**, São Paulo, v.38, n.4, p. 185-194, abr. 2010.

TORRES, U. S.; MORAES, M. S.; PRIULI, R. M. A. "O Parto Cesáreo e o Sistema de Saúde Brasileiro: Um Estudo em um Hospital Escola." Disponível em: [www.aads.org.br/arquivos/artigo\\_de\\_cesariana.pdf](http://www.aads.org.br/arquivos/artigo_de_cesariana.pdf). Acessado em: mar. 2017.

VELHO, B. M.; SANTOS, E. K. A.; BRÜGGEMANN, O. M. et al; Vivência do parto natural ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 458-466, abr.-jun. 2012.

VIEIRA, A. B. L.; LIMA, R. E. V. Crescente Incidência de Partos Cesáreos no Brasil. **Anais Eletrônicos da I CIEGESI/ I Encontro Científico do PNAP/UEG**, Goiânia, jun. 2012. 661-672.

## 9. APÊNDICES

### APÊNDICE I - Declaração da Instituição Coparticipante



#### Declaração da Instituição coparticipante

Declaramos ciência quanto à realização da pesquisa intitulada “Vias de Parto e suas Repercussões Neonatais”, realizada por Isabel M. Xavier, Lara M. Barreto, Maria Carolina M. Furtado, Marília B. B. Oliveira e Terumy da S. Batista. As pesquisadoras são discentes do curso Medicina da UniEVANGÉLICA, sob a orientação da professora Ms. Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro, com o objetivo de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do título de bacharel em Medicina, sendo esta uma das exigências do curso. As pesquisadoras garantem ainda que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa por 5 anos e posteriormente serão incinerados.


A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: analisar as repercussões neonatais do parto vaginal e cesariana, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se fazer análise dos prontuários de parturientes do período de janeiro de 2015 a junho de 2016. Os nomes das parturientes serão omitidos no formulário de coleta de dados e substituídos por códigos (ex: P1, P2, P3, etc.) e a instituição será identificada como letra A, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

Os riscos relacionados ao projeto são a perda e/ou danificação dos prontuários, exposição do paciente e da instituição, para evitar quaisquer danos e manter o sigilo das informações coletadas, os prontuários serão analisados dentro na própria unidade hospitalar e em local reservado, conforme determinado pela instituição. Não serão registrados nomes ou quaisquer outros dados de identificação dos pacientes, assim como, da instituição. Além disso, o manuseio dos prontuários será realizado somente pelos integrantes dessa pesquisa.

Como benefício prevê-se que esse estudo possibilitara elucidar qual via de parto e quais condições apresentam maior segurança ao bebê. Com isso, espera-se que as gestantes acompanhadas na Santa Casa tenham maiores informações nesse processo ainda tão cheio de dúvidas e medos vivenciados por elas. Os resultados encontrados serão enviados a Santa Casa e ao final da pesquisa serão desenvolvidos folders informativos com caráter educativo a ser encaminhado ao público de gestantes acompanhadas nessa unidade hospitalar. Declaramos que a autorização para realização da pesquisa acima descrita será mediante a apresentação de parecer ético aprovado emitido pelo CEP da Instituição Proponente, nos termos da Resolução CNS n°. 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Anápolis, 13 de maio de 2015

  
Assinatura e carimbo do responsável institucional  
Bernardo Passos Cupertino de Barros  
CRM: 3609

  
Profª Dicyme Tássia Souza  
Coord. Ensino e Pesquisa  
Fundação Assiet. Social de Anápolis

## APENDICE II - Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados



### Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados

Solicitamos autorização para o manuseio de prontuários da instituição Santa Casa de Misericórdia de Anápolis para a realização do projeto **Vias de Parto e Suas Repercussões Neonatais**, orientado pela Professora Ms. Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro e desenvolvido pelas acadêmicas: Isabel Macedo Xavier, Lara Marques Barreto, Maria Carolina Marinho Furtado, Marília Benedita Brito Oliveira, Terumy da Silva Batista. O objetivo do presente projeto é analisar as repercussões neonatais do parto vaginal e cesariano.

A coleta dos dados será realizada mediante análise de prontuários das parturientes do período de janeiro de 2015 a junho de 2016. Serão coletados os seguintes dados: taxa de partos cesarianos e vaginais, idade gestacional pelo método de Capurro, APGAR de 5 minutos, peso ao nascer, necessidade de internação em unidade neonatal e óbito neonatal. Estes dados somente serão coletados mediante a autorização do responsável da Santa Casa de Misericórdia de Anápolis.

Os riscos relacionados ao projeto são a perda e/ou danificação dos prontuários, exposição do paciente e da instituição, para evitar quaisquer danos e manter o sigilo das informações coletadas, os prontuários serão analisados dentro na própria unidade hospitalar e em local reservado, conforme determinado pela instituição. Não serão registrados nomes ou quaisquer outros dados de identificação dos pacientes, assim como, da instituição. Além disso, o manuseio dos prontuários será realizado somente pelos integrantes dessa pesquisa.

Como benefício prevê-se que esse estudo possibilitara elucidar qual via de parto e quais condições apresentam maior segurança ao bebê. Com isso, espera-se que as gestantes acompanhadas na Santa Casa tenham maiores informações nesse processo ainda tão cheio de dúvidas e medos vivenciados por elas. Os resultados encontrados serão enviados a Santa Casa e ao final da pesquisa serão desenvolvidos folders informativos com caráter educativo a ser encaminhado ao público de gestantes acompanhadas nessa unidade hospitalar.

Os nomes das participantes serão substituídos por códigos (P1, P2, P3...), e o nome da instituição por letra, Instituição A, para manter o anonimato dos dados coletados. A coleta de dados terá como finalidade o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso e possíveis publicações em revistas científicas da área da saúde.

Desse modo, assegura-se que os dados coletados ficarão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores e após esse período serão incinerados, conforme a Resolução 466/12.

Anápolis, 13 de março de 2016.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos prontuários da Unidade.

Bernardo Passos Cupertino de Barros  
CRM: 36 09

  
Prof.ª Dieyme Tássia Souza  
Coord. Ensino e Pesquisa  
Fundação Assist. Social de Anápolis

## APENDICE III- Formulário de coletas de dados

## FICHA PARA ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Data de coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Número de identificação: \_\_\_\_\_

2. D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. Data do parto: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. Via de parto: VAGINAL  CIRÚRGICO  \_\_\_\_\_

5. Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

6. Peso do recém-nascido: \_\_\_\_\_ gramas

8. Apgar: 1º minuto \_\_\_\_\_ 5º minuto \_\_\_\_\_

9. Internação em Unidade de terapia Intensiva: SIM  NÃO 

Motivo:

10. Óbito neonatal: SIM  NÃO 

Motivo:

11. Fez pré-natal: SIM  NÃO 

12. Número de consultas do pré-natal:

13. Intercorrências do pré-natal