
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA/PEDIATRIA E
SAÚDE DA CRIANÇA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

EDITE TEREZINHA MORAES

**VIA DE NASCIMENTO E DESFECHO
CLÍNICO INTRA-HOSPITALAR**

**Porto Alegre
2013**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ- REITORIA DE PESQUISA E PÓS- GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PEDIATRIA E
SAÚDE DA CRIANÇA

EDITE TEREZINHA MORAES

**VIA DE NASCIMENTO E DESFECHO
CLÍNICO INTRA-HOSPITALAR**

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de
Medicina da PUCRS para obtenção de título de Mestre
em Saúde da Criança

Orientador: Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori

Porto Alegre

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

M827v Moraes, Edite Terezinha

Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar / Edite Terezinha Moraes.
- Porto Alegre: PUCRS, 2012.

50 p.: tab. Inclui dois artigos de periódico a ser submetido à publicação.

Orientador: Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança. Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança.

1. PARTO. 2. NASCIMENTO A TERMO. 3. CESÁREA. 4. PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS. 5. IDADE GESTACIONAL. 6. RECÉM-NASCIDO. 7. BERÇÁRIOS HOSPITALARES/estatística e dados numéricos. 8. REGISTROS DE ENFERMAGEM. 9. ESTUDOS DE COORTE. 10. ESTUDOS RETROSPECTIVOS. I. Fiori, Humberto Holmer. II. Fiori, Renato Machado. III. Título.

C.D.D. 618.9201
N.L.M. WQ 415

Rosária Maria Lúcia Prena Geremia
Bibliotecária CRB 10/196

AGRADECIMENTOS

Dedico essa dissertação, inicialmente, à minha filha Júlia pelo apoio, energia, sabedoria, leveza e bom humor com que me mostra a vida diariamente.

Ao meu esposo Marcio, pela atenção, carinho, dedicação, amor durante esses anos de casamento, sem dúvidas os melhores anos da minha vida. Sem seu estímulo, compreensão e parceria essa batalha seria muito mais árdua. Contigo ao meu lado tudo foi mais fácil.

Ao Prof. Dr. Humberto Holmer Fiori, meu orientador, por sua capacidade e talento para de fato orientar, iluminando as questões de pesquisa de forma crítica, inteligente, metódica e estimulante; por sua abertura a questões novas e desafiadoras e por sua dedicação e paciência.

Ao Dr. Renato Machado Fiori, pela paciência e dedicação, pela disponibilidade e apoio na revisão de minha dissertação e, sobretudo, pelo exemplo diário de cordialidade e excelência.

A minha mãe Dalva por ter me ensinado a perseverança, a flexibilidade, o espírito crítico e responsabilidade; espero ter aprendido.

À Simone Silva pela disponibilidade e carinho demonstrados nos vários momentos em cuidou da minha filha e afazeres domésticos para que eu pudesse estudar.

À Dra. Betânia Bohrer pela ajuda logística durante a realização dessa pesquisa.

À Kelly Dayane Stochero Velozo pelo estímulo intelectual e amizade partilhada neste momento tão importante da minha vida.

As minhas colegas da UTI Neonatal do Hospital Moinhos de Vento, pelas palavras de incentivo e entusiasmo com que me recebiam diariamente.

À Valquiria Belloli Leite, Lolita Ruschel, que com sua disponibilidade e competência tornaram possível a realização desta pesquisa.

Às secretárias Carla Rothmann e Ana Cardoso, pela gentileza, e apoio constante durante esse período.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pela concessão da bolsa de estudo.

Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão”

Jean de La Bruvère

RESUMO

Introdução: A cesariana eletiva é um procedimento comum. Entretanto, as consequências deste procedimento para o bebê ainda não são claramente conhecidas.

Objetivo: Avaliar o desfecho clínico intra-hospitalar de recém-nascidos a termo, conforme a via de nascimento.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo, realizado no Hospital Moinhos de Vento, hospital privado, com corpo clínico aberto, entre janeiro de 2010 a abril de 2011. Foram incluídos no estudo 2014 recém-nascidos com idade gestacional \geq 38 semanas. Os bebês foram divididos em dois grupos: Grupo I - Cesariana eletiva e Grupo II - Parto vaginal. Foram excluídos recém-nascidos com malformação grave e filhos de mãe diabética.

Resultados: Foram incluídos 1671 nascidos de cesariana eletiva e 343 de parto vaginal. Não houve diferença significativa entre os dois grupos quando analisadas a internação em unidade de cuidados especiais. A taquipnéia transitória do recém-nascido foi mais frequente no Grupo I: 29 (40,8% dos internados na unidade de cuidados especiais) sendo que 22 (75,9%) destes tinham idade gestacional de 38 semanas. A ocorrência de Apgar abaixo do percentil $<$ 2,5 foi de 4,4% para o Grupo II e de 1,7% para o Grupo I - OR 2,58 (1,35-4,92). A diferença no Apgar não foi significativa aos 5 minutos de vida.

Conclusão: Não foram observados efeitos negativos no resultado clínico intra-hospitalar em bebês nascidos por cesariana eletiva, exceto pelo aumento de ocorrência de taquipnéia transitória. A maior ocorrência de Apgar baixo no grupo II – parto vaginal deve ser investigado posteriormente.

Palavras chaves: recém-nascido, cesariana eletiva, parto vaginal.

ABSTRACT

Background: Elective cesarean section is a common procedure. However, the consequences of this procedure to the baby are not well known.

Objective: to evaluate in-hospital clinical outcome of full-term newborn according to the delivery method.

Methods: this is a retrospective cohort conducted at Moinhos de Vento Hospital – a private hospital with opened clinical staff – between January 2010 and April 2011. The study included 2014 newborns with gestational age ≥ 38 weeks. The babies were grouped as: Group I – elective cesarean section and group II – vaginal delivery. Newborns with severe malformation and diabetic mothers were excluded.

Results: the study included 1671 newborns delivered by cesarean section and 343 by vaginal delivery. There was no significant difference between the groups as far hospitalization in the special care unit was analyzed. Transient tachypnea of the newborn was more frequent in group I: 29 (40.8% of those admitted in the special care unit) and 22 of these 29 (75,9%) had 38 gestational weeks. Apgar proportions less than seven in the first minute. The < 2.5 percentile was 4.4% for group II and 1.7% for group I (OR 2.58 (1.35-4.92)). The difference in Apgar score was not significant between the groups at 5 minutes of life.

Conclusion: it was not observed negative effects in in-hospital clinical results in babies delivered by elective C-section except for the increase in the occurrence of transient tachypnea. The highest incidence of low Apgar in the group of vaginal delivery and should be further investigated.

Key-words: newborn, elective C section, vaginal delivery.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais e frequência dos principais desfechos.....	39
Tabela 2 - Tabela comparativa das “complicações” entre parto normal e cesariana eletiva	40

LISTA DE ABREVIATURAS

%	Porcentagem
<	Menor
≥	Maior ou igual
AHMV	Associação Hospitalar Moinhos de Vento
ANS	Documento da Agência Nacional de Saúde Suplementar
CE	Cesariana eletiva
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
IEP	Instituto de Educação e Pesquisa
DUM	Data da última menstruação
IPN	Intenção de parto vaginal
NEJM	New England Journal of Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde
PUCRS	Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RN	Recém-nascido
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SAP	Serviço de atendimento ao paciente
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TTRN	Taquipnéia Transitória do Recém Nascido
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	10
1.1 INTRODUÇÃO.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	12
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 Objetivo geral.....	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 MÉTODOS.....	14
1.4.1 Delineamento do estudo.....	14
1.4.2 Cálculo da amostra.....	14
1.4.3 Amostra.....	14
1.4.4 Coleta de dados.....	15
1.4.5 Análise dos dados.....	16
1.4.6 Aspectos éticos.....	16
1.5 REFERÊNCIAS.....	18
CAPÍTULO II.....	19
2.1 ARTIGO DE REVISÃO.....	20
CAPÍTULO III.....	32
3.1 ARTIGO ORIGINAL.....	33
ANEXOS.....	47
Anexo 1 - Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.....	48
Anexo 2 - Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Científica H MV.....	50

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUÇÃO

Atendendo aos requisitos estabelecidos pelo Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança, apresentamos a seguir, a justificativa, os objetivos do presente trabalho e os métodos utilizados.

No capítulo II apresentamos uma revisão de literatura sobre o parto cesáreo e suas consequências para o binômio mãe-bebê.

1.2 JUSTIFICATIVA

O aumento da incidência de cesarianas eletivas é um fenômeno comum no mundo, atingindo taxas superiores às recomendados pela OMS. Esta elevação tem sido vista com preocupação pelos profissionais de saúde, que sentem uma necessidade progressiva de conhecer o impacto destes procedimentos sobre os recém-nascidos e as suas necessidades.

É clássico dizer-se que bebês nascidos por cesariana têm riscos aumentados de dificuldades no período pós-parto imediato. Esses riscos podem variar de acordo com a idade gestacional em que ocorre o parto cesáreo. Estudos demonstram a associação entre cesariana e aumento de prematuridade e dificuldade respiratória^{1, 2,3}. Entretanto a maioria dos estudos que avaliaram os efeitos da cesariana eletiva não foi realizada com número expressivo de cesarianas eletivas.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

- Avaliar o desfecho intra-hospitalar de recém-nascidos a termo conforme a via de nascimento

1.3.2 Objetivos específicos

- Comparar os resultados da cesariana eletiva com o parto vaginal no que se refere:
 - Internação da Unidade de Cuidados Especiais,
 - evolução do peso nas primeiras 48 horas de vida,
 - escore de Apgar.

1.4 MÉTODOS

1.4.1 Delineamento do estudo

O estudo teve um desenho de coorte, retrospectivo, com bebês de idade gestacional ≥ 38 semanas, comparando as vias de nascimento, na maternidade de um hospital privado de Porto Alegre – Brasil.

1.4.2 Cálculo da amostra

Considerando a proporção de nascimentos por cesariana eletiva nos anos anteriores e para detectar uma diferença de cinco pontos percentuais na frequência de apresentação de qualquer desfecho, entre o grupo com cesariana eletiva e o grupo de parto vaginal, considerando $\alpha = 0,05$ e poder de 80% estabeleceu-se que seriam necessários 303 pacientes de parto vaginal e 1515 com cesariana.

1.4.3 Amostra

A amostra foi composta por RN a termo ≥ 38 semanas de idade gestacional, nascidos de cesariana eletiva ou intenção de parto normal, durante o período de janeiro de 2010 a abril de 2011 na maternidade do Hospital Moinhos de Vento.

Critérios de inclusão

Recém-nascido com idade gestacional obstétrica ≥ 38 semanas, cuja mãe tivesse cesariana agendada com 48 horas ou mais de antecedência (Grupo I) ou que tivesse internada com a intenção de ter um parto por via baixa (Grupo II).

Critérios de exclusão

- RN com malformações congênitas,
- Filho de mãe diabética ou com diabete gestacional.

1.4.4 Coleta de dados

A revisão de prontuários foi realizada entre janeiro e agosto de 2012. Analisaram-se todos os prontuários de nascimentos entre janeiro/2010 a abril/2011. A relação dos pacientes foi fornecida pelo setor de informática da instituição e os prontuários foram separados pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Os dados coletados incluíram: tipo de parto, idade gestacional, Apgar no 1^o minuto de vida, Apgar no 5^o minuto de vida, peso de nascimento, peso em 48 horas de vida, peso de alta, registro de icterícia, internação na Unidade de Cuidados Especiais, diagnóstico de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

As cesarianas eletivas foram agendadas com 48 horas de antecedência pelos obstetras junto ao Serviço de Atendimento ao Paciente (SAP) do Hospital Moinhos de Vento.

Foi chamado de intenção de parto vaginal quando o bebê nasceu por via vaginal ou quando a paciente internou em trabalho de parto ou para indução de trabalho de parto e o bebê nasceu por via baixa ou por cesariana.

A idade gestacional foi à informada pelo obstetra no sumário obstétrico estabelecida por ecografia precoce ou pela data da última menstruação (DUM).

Peso de nascimento do recém-nascido e no segundo dia de vida (48 horas) e o peso no dia da alta hospitalar foram obtidos através dos registros de enfermagem em prontuário.

Para diagnóstico de icterícia foi considerado a alteração de bilirrubina avaliada pelo Bilichek ou por exames laboratoriais.

Foram considerados bebês com diagnóstico de Taquipnéia Transitória do Recém Nascido os que internaram na Unidade de Cuidados Especiais com disfunção respiratória sem outro diagnóstico.

1.4.5 Análise dos dados

As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados desenvolvidos em planilha no Microsoft Excel e posteriormente exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), para análise estatística dos dados.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas pela média e o desvio padrão quando a sua distribuição foi simétrica e percentis quando não paramétricas.

As variáveis categóricas foram comparadas entre os grupos (tipos de parto) pelo teste de Qui-quadrado e as variáveis quantitativas paramétricas pelo teste t de *Student* para amostras independentes e não paramétricas pelo teste de *Mann Whitney*. Para avaliar a associação do tipo de parto com os desfechos foi realizada uma análise multivariável de Regressão de Poisson com variância robusta ou com ajuste para possíveis fatores de confusão, e a descrição desta associação foi realizada através do risco relativo. Foi considerado um nível de significância de 5%.

1.4.6 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) OF. CEP –

1943/11 e do Instituto de Educação e Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre – RS –CEP/IEP - AHMV: 2011/107.

Obteve-se a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de uma coleta de dados retrospectiva utilizando os registros presentes em prontuário dos pacientes. Os pesquisadores se comprometeram em manter sigilo dos dados coletados utilizando-os apenas para fins científicos, sempre o fazendo de forma anônima e não identificada, garantindo em tudo a privacidade.

1.5 REFERÊNCIAS

1. Ertuğrul S, Gün I, Müngen E, Muğlu M, Kılıç S, Atay V. Evaluation of neonatal outcomes in elective repeat cesarean delivery at term according to weeks of gestation. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(1):105-12.
 2. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004;93(5):643-7.
 3. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ.* 2008;336(7635):85-87.
-

CAPÍTULO II

2.1 ARTIGO DE REVISÃO

O PARTO CESÁRIO E SUA RELAÇÃO COM O BINÔMIO MÃE- BEBÊ

RESUMO

Objetivo: Verificar a existência de relação entre o parto cesáreo e as complicações advindas deste na gestante e no neonato.

Fonte dos dados: Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram realizadas pesquisas em português e inglês, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BMJ Group e PUBMED, no período de 2007 a 2012.

Síntese dos dados: As taxas de partos cirúrgicos realizados no Brasil e no mundo são preocupantes, perfazendo um sério problema de saúde que merece ser investigado. No país observa-se uma cultura de realização de cesarianas, principalmente na saúde suplementar. Junto a este fator é agregado à falta de protagonismo e a falta de respeito às decisões femininas, diante de um processo que é essencialmente da mulher, o ato de gestar e de dar a luz. O neonato também é prejudicado pela ocorrência excessiva de procedimentos, na sua maioria sem justificativa plausível. Prematuridade, problemas respiratórios, retardo no aleitamento materno, são parte das consequências que o recém-nascido é exposto em decorrência de partos realizados na hora e da forma incorreta.

Conclusão: O local e a via como ocorrerá o parto devem ser um ato de escolha materna, salvo quando é diagnosticado algum problema durante a gestação que não permita a escolha da gestante.

Palavras Chave: cesárea, recém-nascido e assistência hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To verify the relationship between cesarean delivery and complications in this pregnancy and the neonate. .

Source: This is a review of literature, where surveys were conducted in Portuguese and English, in the databases LILACS, MEDLINE, PUBMED BMJ Group and, from 2007 to 2012.

Synthesis of the findings: The rates of surgical deliveries in Brazil and around the world are worrying, making a serious health problem that merits investigation. In the country there is a culture of cesarean section, especially in the health insurance. Along with this added factor is the lack of leadership and lack of respect for women's decisions before a process which is essentially the woman, the act of gestating and giving birth. The infant is also affected by the occurrence of excessive procedures, mostly without plausible justification. Prematurity, respiratory problems, delayed breastfeeding, are part of the consequences that the newborn is exposed as a result of deliveries on time and incorrectly.

Conclusions: The location and way of parturition should be an act of maternal choice, unless a problem is diagnosed during pregnancy, that does not allow the choice of the mother.

Keywords: cesarean, newborn and hospital care.

INTRODUÇÃO

Os papéis femininos na sociedade vêm sofrendo transformações. Percebemos estas em questões tanto profissionais quanto da vida privada das mulheres, como por exemplo, no caso da gestação e das decisões que durante esse período devem ser tomadas. Antigamente o parto era realizado pelas parteiras que eram mulheres que adquiriram esta prática pelas suas vivências, não tendo vinculação com nenhum conhecimento científico. Nos anos 40 se iniciou a hospitalização do parto, fazendo com que os atores a participarem desse processo fossem inúmeros e não unicamente um, a mulher, que era como ocorria até então¹. A atribuição de escolher, dominar o processo, ter sua intimidade mantida resguardada, foi sendo trocada pela medicalização, pelo domínio do corpo por outros atores e pela perda da privacidade durante o parto, momento único na vida da mulher¹.

A perda da autonomia feminina é representada hoje através de um parto repleto de intervenções, onde a mulher perdeu sua força de decisão e se encontra a mercê de aparelhos e medicações, os quais na maioria das vezes não são necessários, apenas fazem parte de um “pacote” de atendimento². O parto hoje é vivenciado como um momento de tensão e dor, impedindo que as mulheres vivenciem este momento de forma natural e fisiológica, fazendo com que aumentem as práticas intervencionistas².

Um dos papéis que são atribuídos unicamente à mulher é o de gestar, que é acompanhado pelas decisões que permeiam a gestação e parto. Tais decisões estão cada dia mais distantes da escolha materna, passando a serem realizadas, em muitos casos pelo profissional médico que assiste a esta gestante. A escolha do tipo de parto é imprescindível que seja feita pela gestante, pois será um momento inesquecível entre a mãe e o seu bebê, que deve ser marcado por felicidade e não por frustrações e falta de protagonismo.

Existem inúmeros tipos de parto, entre eles o parto normal, parto na água, parto domiciliar, parto de cócoras, parto com fórceps e parto cesáreo³. O parto normal ocorre com a saída do feto pelo canal de parto, devendo ter o mínimo de

intervenções possíveis; já o parto cesáreo deve ser realizado apenas quando o parto é de risco, sendo considerado um ato cirúrgico, podendo ser realizado apenas por um médico³. É direito da mulher escolher durante o pré-natal onde ocorrerá o parto, sendo que o mesmo pode ser realizado em casa, em centros de parto normal ou em qualquer maternidade ou hospital³. Da mesma forma é durante o pré-natal que se deve avaliar qualquer impeditivo para a realização do parto normal³.

Desde 2004 se tem analisado a proporção de parto cesáreo como indicador de saúde⁴. O aumento do número de cesarianas realizadas no país é preocupante, sendo que a taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) não deve ultrapassar 15% e em contrapartida, no setor privado principalmente, se observa uma realidade diferente⁴. No setor de saúde suplementar no Brasil observa-se taxa de cesáreas três vezes maior do que no Sistema Único de Saúde (SUS), representada pelos seguintes dados: 64,30% em 2003, saltando para 72% em 2006⁴. Em consequência destes dados a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou estratégias para a redução das altíssimas taxas de cesarianas realizadas no país⁴.

Desde a década se 70, observa-se o aumento abusivo do número de cesarianas, aumentando os riscos de morbimortalidade materna e perinatal⁴. As complicações maternas podem ser exemplificadas pela ocorrência de lacerações em outras vísceras, febre, acidentes anestésicos e infecções puerperais⁴. As complicações relacionadas ao recém-nascido são representadas em sua maioria pela ocorrência de síndrome de angústia respiratória e prematuridade⁴. Importantes estudos revelam que o aumento da taxa de cesarianas não reduz as taxas de peri mortalidade sendo que as taxas de morte materna são sete vezes maiores nas cesarianas em comparação ao parto normal⁴. Apesar da relevância dos dados as taxas de cesarianas se mantêm elevadas⁴.

Nascimento prematuro é aquele que ocorre antes da 37^o semana de gravidez, podendo ser nomeados como prematuros extremos, nascidos antes de 28 semanas de gestação; muito prematuro, entre 28 e 32 semanas; e prematuro moderado, entre 32 e 37 semanas⁵. Uma das causas do nascimento prematuro é a realização de cesáreas, sendo estas eletivas ou não. Um entre dez bebês têm nascimento prematuro, sendo que mais de um milhão de crianças morrem todo ano por complicações advindas do nascimento prematuro⁵. O Brasil está entre os dez países, que possuem maiores

ocorrências de parto prematuro, acompanhado da África, Sul da Ásia, Estados Unidos, Índia e Nigéria⁵. Diante destes dados visualizamos que o parto prematuro é um grave problema global.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, baseada em trabalhos existentes visando compreender o que existe em publicações sobre o tema em discussão. A principal vantagem deste tipo de estudo está no fato de permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla que aquela que poderia pesquisar diretamente⁶.

Esta pesquisa teve como campo de estudo as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (MEDLINE)/ *PubMed* e *BMJ Group*. Os descritores utilizados foram: cesárea, recém-nascido e assistência hospitalar, retirados dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) em português e inglês. Para a seleção do material foram utilizados como critérios de inclusão as publicações indexadas nos últimos cinco anos (2007-2012), no idioma português ou inglês, nas bases de dados escolhidas (LILACS, PubMed/ MEDLINE e BMJ. Nesse período de cinco anos, encontrou-se 535 publicações utilizando a combinação dos descritores: recém-nascido e assistência hospitalar (dois artigos), recém-nascido e cesárea (30 artigos) no LILACS; recém-nascido e cesárea (512 artigos), assistência hospitalar e cesárea (23 artigos) no MEDLINE, (um) no BMJ. Destas, foram excluídas as publicações duplicadas e 74 artigos por serem publicados em espanhol. Assim, após seleção, apenas oito obras foram consideradas válidas neste estudo. Os estudos foram agrupados em três categorias: o recém-nascido e o parto cirúrgico, escolha do tipo de parto e equipe médica diante do parto cirúrgico.

O recém-nascido e o parto cirúrgico

Quando o recém-nascido sai do corpo materno passando pelos períodos do trabalho de parto e parto seu corpo sofre uma preparação para a vida extrauterina que será fundamental para seu desenvolvimento saudável, principalmente nos primeiros momentos de vida^{7,11}. A liberação de norepinefrina no momento do parto aumenta, fazendo com que os vasos pulmonares sofram uma poderosa vasodilatação, fator fisiológico este que é diminuído em bebês nascidos por parto cesáreo⁷.

A hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido (HPPN) é um estado de cianose e hipoxemia causada por falha na transição respiratória normal⁷. Tem sido descrito que cesáreas eletivas geram risco pelo menos cinco vezes maior de HPPN comparadas ao parto vaginal⁷. A compressão fetal no canal de parto pode expelir líquido dos pulmões e vias aéreas, sendo um possível fator benéfico do parto por via vaginal, não observada no parto cesáreo⁷. Em estudo realizado em 2010, também é abordada a questão dos partos cirúrgicos que são realizados precocemente (nomeado pelo autor como “prematividade iatrogênica”), contribuindo para a ocorrência de desconforto respiratório e anóxia nos recém-nascidos⁸.

O risco de morbidade por problema respiratório grave pode variar de acordo com a idade gestacional na ocorrência de parto cesáreo, comparado com o de parto vaginal. Risco significativo foi encontrado em recém-nascidos com 37 semanas de gestação; risco este que tem leve queda entre 38 e 39 semanas⁹. Comparando o risco entre a ocorrência de parto vaginal e cesáreo observou-se risco sete vezes maior na 37ª semana, caindo para três vezes na 38ª semana e não mantendo risco significativo na 39ª semana, todas comparadas com o risco encontrado em bebês com 40 semanas de gestação nascidos de parto vaginal⁹.

Outra problemática observada nos estudos analisados é a ocorrência de prematuridade. A idade gestacional muitas vezes é calculada por exames de ultrassom, uma vez que este método utiliza cálculos que superestimam a idade gestacional, com uma margem de erro de até três semanas¹⁰. Neste caso o desestímulo à cesariana seria uma forma de tentar reduzir a prematuridade. O parto cirúrgico implica também no uso elevado de analgésicos e o maior desconforto ao manejar o bebê, podendo interferir na taxa e na duração da amamentação¹⁰. Em

estudo realizado constatou-se que a prevalência de prematuridade cresceu de 6,3% em 1982 para 16,2% em 2004, com queda de 47 gramas na média do peso ao nascer, apesar da melhoria das condições de vida materna¹¹.

Escolha do tipo de parto

A partir da década de 70, o direito a contracepção foi elencado como bandeira na defesa da reafirmação feminina, no momento em que a maternidade era vista como imposição social e não como direito de escolha¹². Hoje é retomada a falta de protagonismo feminino representada pela manipulação de seus corpos e suas vidas, exemplificada pela falta de autonomia sobre as escolhas pertencentes apenas ao corpo e mente feminino, como o ato de gestar e de dar a luz. A escolha do tipo de parto é um ato definido por vários fatores, entre eles o cultural, corporal, étnico-racial, de classe social e geracional¹². Neste estudo, foram entrevistadas mulheres que tiveram a oportunidade de vivenciar os dois tipos de parto, vaginal e cesáreo, e posteriormente compará-los¹². A maior parte das puérperas destacou maiores vantagens para o parto normal, entre elas, o protagonismo feminino, a qualidade da relação com o bebê e a recuperação no pós-parto¹². Foram questionadas sobre a dor no trabalho de parto, e prevaleceu a idéia de que muitas mulheres optaram pela cesárea eletiva pela falta de conhecimento sobre os benefícios do parto normal¹². Percebe-se que em muitos casos as mulheres têm conhecimento e sabem o que querem, mas o que não acontece é ter sua vontade respeitada (o principal motivo para o aumento das cesáreas vincula-se a conveniência do médico e não a necessidade da gestante - questão essa comentada pelas entrevistadas)¹².

A prática obstétrica se utiliza de falsos motivos para justificar a demanda gigantesca de cesarianas. Contudo a aparente liberdade de escolha é escondida diante da falta de informação que não é dita à gestante, inclusive sobre os riscos da realização de um ato cirúrgico, representado nesse caso pela cesariana.

Equipe médica diante do parto cirúrgico

Alguns estudos enfocam questões quanto a equipe médica diante do parto cirúrgico¹²⁻¹⁴.

O governo brasileiro instituiu medidas para incentivar o parto vaginal nas maternidades do país. Uma dessas medidas foi a criação da Portaria 2816 de 1998 e 466 de 2000 que instituem percentuais máximos de cesárias no SUS por hospital e para cada estado brasileiro¹². Há o incentivo da inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao pré-natal e ao parto de baixo risco obstétrico¹². Através desta perspectiva se observa a preocupação governamental em redefinir e qualificar a assistência ao parto no Brasil¹².

Em estudo já citado, mulheres que tiveram seus bebês em locais públicos e privados quando questionadas sobre as dores do parto, demonstraram que a dor não é questão decisória na hora de optar pelo tipo de parto¹². As mulheres relataram que a dor virá, independentemente do tipo de parto, modificando apenas o momento em que a dor irá se instalar¹². Se optar pelo parto normal, a dor ocorrerá durante o trabalho de parto e, se a opção for a cesárea, a dor ocorrerá após o procedimento, durante o puerpério imediato¹². Entre as duas opções, o parto normal foi preferido pelas entrevistadas, pois pelo menos garantia a elas mais protagonismo e participação ativa¹². Para a maioria das mulheres questões como orientações e riscos sobre cada tipo de parto, não foi realizada de forma correta durante o pré-natal¹². Conclui-se que o processo educativo na atenção pré-natal não vem sendo utilizado de forma correta.

Hoje se observa grande desigualdade na oferta de cesariana, com predomínio do procedimento em mulheres com maior renda e menor necessidade obstétrica, reforçando a influência de fatores não clínicos¹³. Muitas mulheres tem o desejo de ter seu filho por via vaginal, mas acabam mudando de idéia por conveniência e opinião do médico que a assiste¹³. Em estudo realizado com profissionais médicos, os mesmos foram questionados sobre qual tipo de parto indicariam para as filhas, 43,5% optaram pelo parto vaginal, 32,3% a cesariana e 24,2% não fariam recomendações¹³. Quando questionados sobre se a gestante que utiliza a rede pública deveria ter o direito de optar pela via de parto, 56,5% responderam que sim e 38,7%

responderam que não¹³. Questão interessante, como a mulher não pode decidir algo que pertence a ela mesma? A hegemonia médica não permite decisões sem seu "consentimento", como se este se fizesse sempre necessário. A cesárea certamente oferece menor risco ao médico, diferente do panorama reservado para gestantes e seus bebês. Diante destes questionamentos somos colocados em difícil conflito ético, quando tratamos de assunto tão delicado, nesse caso representado pela escolha da via de parto.

Observa-se o parto como assunto velado, no qual as decisões são tomadas por quem realiza o processo e não por quem o vivencia. Hoje se transcreve a legitimação social do parto cesáreo, como procedimento enriquecido de benefícios, como a ausência de dor, dotado de segurança e definido como o parto ideal para qualquer gestante - inserido na orientação geral da medicina ocidental de beneficência ("poupar a mulher da dor")¹⁴. O parto cesáreo é visto por muitas gestantes e seus familiares como um atendimento diferenciado e para o obstetra como maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conversar sobre parto no Brasil é questão de inúmeros impasses e problemáticas, diante da realidade que vivemos. A via, local e de que forma ocorrerá o parto deve ser ato de escolha materna, salvo quando é diagnosticado algum problema durante a gestação que não permita a escolha da gestante. Observa-se uma "cultura da cesárea" no país, principalmente no setor de saúde suplementar, discordante com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Durante a pesquisa pode-se concluir que a falta de protagonismo da mulher diante de um ato que é intimamente entrelaçado a ela, é praticado como ato velado e que foi perdendo poder com o passar dos anos. Apesar de hoje a mulher ter vencido inúmeros obstáculos que a colocam em maior igualdade diante dos homens, ainda assim quando o questionamento são as escolhas feitas pela gestante, os passos foram dados para trás. Certamente esse resultado vem acompanhado de uma cultura de que

o médico é o detentor das decisões, mesmo daquelas que não pertencem a ele. A conveniência do horário agendado e a idéia do atendimento diferenciado (pela ausência de dor) são fatores que contribuem para o incentivo desenfreado à ocorrência de cesarianas desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: O lugar dos não médicos. São Paulo [Tese de Doutorado Departamento de Saúde Materno-Infantil], Universidade de São Paulo;1997.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra (SUI):OMS: 1996.
3. Brasil. Tipos de parto. Portal Brasil; 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/parto>
4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008. 158 p.
5. The World Health report 2012. Save the Children. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Geneva: World Health Organization, 2012.
6. Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.
7. Araujo, AOR et al. Parto cesáreo e outros riscos para hipertensão pulmonar persistente do recém nascido. Rev Bras. Ter. Intensiva. 2008;20(4):394-7.
8. Breim MCSC, Segre CAM, Lippi, UG. Morbidity in neonates according to the mode of delivery: a comparative study. Einstein. 2010;8(3 Pt 1):308-14.
9. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N. Risk of respiratory morbidity in terms infants delivered by elective caesarean section: cohort study. BMJ. 2008 Jan 12;336(7635):85-7. Epub 2007 Dec 11.

-
10. Cascaes, AM et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008;24(5):1024-32.
 11. Andrade CLT, Szwarcwald CL, Castilho EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008;24(11):2564-72.
 12. Gama AS et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad, Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(11):2480-8.
 13. Ferrari J, Lima NML. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Revista Bioetica*. 2010;18(3):645-58.
 14. Mandarino, NR, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(7):1587-796.
-

CAPÍTULO III

3.1 ARTIGO ORIGINAL

VIA DE NASCIMENTO E DESFECHO CLÍNICO INTRA-HOSPITALAR

RESUMO

Introdução: A cesariana eletiva é um procedimento comum. Entretanto, as consequências deste procedimento para o bebê ainda não são claramente conhecidas.

Objetivo: Avaliar o desfecho clínico intra-hospitalar de recém-nascidos a termo, conforme a via de nascimento.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo, realizado no Hospital Moinhos de Vento, hospital privado, com corpo clínico aberto, entre janeiro de 2010 a abril de 2011. Foram incluídos no estudo 2014 recém-nascidos com idade gestacional ≥ 38 semanas. Os bebês foram divididos em dois grupos: Grupo I - Cesariana eletiva e Grupo II - Parto vaginal. Foram excluídos recém-nascidos com malformação grave e filhos de mãe diabética.

Resultados: Foram incluídos 1671 nascidos de cesariana eletiva e 343 de parto vaginal. Não houve diferença significativa entre os dois grupos quando analisadas a internação em unidade de cuidados especiais. A taquipnéia transitória do recém-nascido foi mais frequente no Grupo I: 29 (40,8% dos internados na unidade de cuidados especiais) sendo que 22 (76%) destes tinham idade gestacional de 38 semanas. A ocorrência de Apgar abaixo do percentil $< 2,5$ foi de 4,4% para o grupo II e de 1,7% para o grupo I OR 2,5(1,35-4,92). A diferença no Apgar não foi significativa aos 5 minutos de vida.

Conclusão: Não foram observados efeitos negativos no resultado clínico intra-hospitalar em bebês nascidos por cesariana eletiva, exceto pelo aumento de ocorrência de taquipnéia transitória. A maior ocorrência de Apgar baixo no grupo II – parto vaginal deve ser investigado posteriormente.

Palavras chaves: recém-nascido, cesariana eletiva, parto vaginal.

ABSTRACT

Background: Elective cesarean section is a common procedure. However, the consequences of this procedure to the baby are not well known.

Objective: to evaluate in-hospital clinical outcome of full-term newborn according to the delivery method.

Methods: this is a retrospective cohort conducted at Moinhos de Vento Hospital – a private hospital with opened clinical staff – between January 2010 and April 2011. The study included 2014 newborns with gestational age ≥ 38 weeks. The babies were grouped as: Group I – elective cesarean section and group II – vaginal delivery. Newborns with severe malformation and diabetic mothers were excluded.

Results: the study included 1671 newborns delivered by cesarean section and 343 by vaginal delivery. There was no significant difference between the groups as far hospitalization in the special care unit was analyzed. Transient tachypnea of the newborn was more frequent in group I: 29 (40.8% of those admitted in the special care unit) and 22 of these 29 (76%) had ≥ 38 gestational weeks. Apgar proportions less than seven in the first minute. The < 2.5 percentile was 4.4% for group II and 1.7% for group I OR 2.58 (1.35-4.92). The difference in Apgar score was not significant between the groups at 5 minutes of life.

Conclusion: it was not observed negative effects in in-hospital clinical results in babies delivered by elective C-section except for the increase in the occurrence of transient tachypnea. The highest incidence of low Apgar in the group of vaginal delivery and should be further investigated.

Key-words: newborn, elective C section, vaginal delivery.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebê através de cesariana é um fato real nas maternidades de todo o mundo, sendo superior a 50% em alguns países da América Latina^{1,2}, ficando distante dos índices ideais preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³. O Mais recente relatório global da *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) mostrou que a taxa de cesariana no Brasil é a maior do mundo com nascimentos por cesariana eletiva chegando a 44% (de 2005 a 2009), enquanto a Organização Mundial da Saúde estabelece que apenas 15% dos partos deveriam ser operatórios⁴. Há uma grande discussão em torno de que a aceitação da escolha da paciente por este procedimento seja uma opção legítima para o nascimento⁵.

Lavender et al, em uma revisão na Cochrane, apontaram a ausência de ensaios clínicos comparando cesariana planejada e parto vaginal planejado e reforçaram a necessidade de revisões sistemáticas de estudos observacionais de boa qualidade⁶. Estudo de revisão sobre a operação cesariana publicado em 2003, sugeriu que as taxas aceitáveis seriam de 15 a 30% para gestações de baixo e médio risco, e de 40% para gestações de alto risco obstétrico e/ou perinatal⁷.

Revisão sistemática da literatura publicada recentemente a respeito das cesarianas realizadas fora do trabalho de parto mostrou que o risco de morbidade respiratória grave pode variar de acordo com a idade gestacional comparando com o de parto vaginal. Risco significativo foi encontrado em recém-nascidos com 37 semanas de gestação; risco este que tem leve queda entre 38 e 39 semanas. Comparando o risco entre a ocorrência de parto vaginal e cesáreo observou-se risco sete vezes maior na 37ª semana, caindo para três vezes na 38ª semana e não mantendo risco significativo na 39ª semana, todas comparadas com o risco encontrado em bebês com 40 semanas de gestação nascidos de parto vaginal^{8,9}.

De fato, a maioria dos estudos que comparam os riscos de cada procedimento, não distinguem as cesarianas eletivas, feitas sem indicação médica, das indicadas em consequências de complicações de partos vaginais⁹.

Na maternidade do Hospital Moinhos de Vento, um hospital privado do sul do Brasil, com corpo clínico aberto aos obstetras da comunidade o nascimento por cesariana atingiu um percentual de 87,32% em 2010 e de 89,64% em 2011, em relação ao total de nascimentos.

Essa grande prevalência de cesarianas nessa instituição é motivo de preocupação. O objetivo deste estudo foi avaliar o desfecho intra-hospitalar de recém-nascidos a termo conforme a via de nascimento, cesariana eletiva ou parto normal.

MÉTODOS

O estudo teve um desenho de coorte, retrospectivo, incluindo recém-nascidos ≥ 38 semanas de idade gestacional, nascido entre janeiro de 2010 e abril de 2011 através de cesariana eletiva e parto vaginal na maternidade do Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre – Brasil, hospital privado que atende as classes mais altas da cidade.

Foram excluídos os RN com malformações congênitas e filhos de mães diabéticas.

Os dados foram coletados utilizando os prontuários dos pacientes. Os pacientes foram divididos em dois grupos, conforme a via de parto. No Grupo I foram incluídos os pacientes nascidos de cesariana eletiva, agendadas com 48 horas ou mais de antecedência e o Grupo II os nascidos de parto vaginal. Também, foram incluídos no Grupo II os pacientes com intenção de parto vaginal, em que a paciente internou com intenção de parto vaginal e após trabalho e ou indução de parto tenha evoluído para cesariana por exaustão materna, situação desfavorável do feto e posição cefálica alta.

Para detectar uma diferença de cinco pontos percentuais na frequência de apresentação de qualquer desfecho, entre cesariana eletiva e intenção de parto, considerando $\alpha = 0,05$ e poder de 80% foram considerados necessários 303 pacientes de parto vaginal e 1515 de cesariana eletiva, levando-se em conta a proporção de cesarianas nos anos anteriores.

As informações coletadas foram inseridas em um banco de dados desenvolvido em planilha no Microsoft Excel e posteriormente exportado para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) para análise estatística dos dados.

As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas pela média e o desvio padrão quando a sua distribuição foi simétrica e mediana e percentis interquartis quando assimétricas.

As variáveis categóricas foram comparadas entre os tipos de parto pelo teste de *Qui-quadrado* e as variáveis quantitativas paramétricas pelo teste t de *Student* para amostras independentes e as não paramétricas pelo teste de *Mann Whitney*. Para avaliar a associação do tipo de parto com os desfechos, foi realizada uma análise multivariável de Regressão de Poisson com variância robusta para ajuste para possíveis fatores de confusão, e a descrição desta associação foi realizada através do risco relativo. Considerou-se um nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) OF.CEP-1943/11 e do Instituto de Educação e Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre – RS – CEP/IEP-AHMV 2011/107, com dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido por se tratar de um estudo de análise retrospectiva de prontuários.

RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 2126 recém-nascidos. Destes, 112 RN foram excluídos devido a malformações congênitas, síndromes e diabetes gestacional. Fizeram parte da amostra 2014 pacientes, que foram divididos em dois grupos: 1671 no Grupo I (cesariana eletiva) e 343 no Grupo II (parto vaginal). Dos 343 partos vaginais 25 nascimentos (7,3%) foram corrigidos por intenção de parto vaginal. As características gerais e os principais desfechos dos recém-nascidos estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais e frequência dos principais desfechos.

	Grupo I	Grupo II	
	Cesariana Eletiva n=1671	Parto Vaginal n=343	Valor P
Idade Gestacional	38,6 ± 0,7	38,8 ± 0,7	<0,001*
Internação na UTIN	75 (4,5%)	16 (4,7%)	0,999
Apgar 1'	8,7 ± 0,9	8,7 ± 1,3	0,992
Apgar 1' < 7	28 (1,7%)	15 (4,4%)	0,003+
Apgar 5'	9,5 ± 0,6	9,6 ± 0,8	0,013+
Apgar 5' < 8	10 (0,6%)	5 (1,5%)	0,156
Peso nascimento	3327 ± 393	3368 ± 369	0,010*
Peso 48h vida	3122 ± 371	3098 ± 354	0,282
Dif.peso (PN-P48h)	-208 ± 78,6	-168 ± 68,7	< 0,001*
% Perda de peso	-6,2 ± 2,1	-5,1 ± 2,0	< 0,001
Peso de alta	3066 ± 374	3040 ± 347	0,231
Icterícia	91 (5,5%)	16 (4,7%)	0,639

Nota: As variáveis com distribuição simétrica foram descritas pela média e o desvio padrão e comparadas pelo teste t de *Student** para amostras independentes. Variáveis quantitativas com distribuição assimétrica descrita pela mediana (percentil 25 e percentil 75) e comparadas pelo teste de *Mann Whitney*#. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas de frequências relativas comparadas pelo teste de Qui-quadrado+.

A comparação do peso de nascimento e evolução do peso com 48 horas de vida entre os grupos mostrou uma diferença significativa nos bebês nascidos por cesariana eletiva (3327 ± 393 gramas), quando comparado aos de intenção de parto (3268 ± 369 gramas). Observamos também, um aumento na diferença entre o peso de nascimento e o peso em 48 horas no Grupo I (208 ± 78,6 gramas).

Algumas complicações dos nascimentos por intenção de parto e por cesariana estão destacadas na Tabela 2. Observa-se que a taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN) esteve presente em 29 (40,8%) pacientes que necessitaram de cuidados especiais. Destes, 6 (20,7%) tinham 39 semanas de idade gestacional. A frequência de internação na Unidade de Cuidados Especiais devido a outras patologias foi maior nos bebês nascidos do Grupo II - 7 (30,4%), onde também ocorreu um óbito neonatal por asfixia grave.

Tabela 2 - Tabela comparativa das “complicações” entre parto normal e cesariana eletiva

Variável	Grupo I	Grupo II	p
	Cesariana eletiva n=71	Parto vaginal n=17	
Taquipnéia	29 (40,8%)	0	0,003
38 semanas	22 (75,9%)*		-
39 semanas	6 (20,7%)*		
≥ 40 semanas	1 (3,4%)*		
Icterícia	28 (39,4%)	9 (52,9%)	0,459
Outros	14 (19,7%)	8 (47,1%)	0,029
Asfixia/ Óbito	0	1 (5,9%)	0,193

Variáveis descritas por frequências absolutas e frequências relativas percentuais e comparadas pelo teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher

*% dos 29 pacientes com taquipnéia

A correção através de regressão logística das variáveis para peso e idade gestacional não alterou a significância das diferenças observadas.

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa realizada em um hospital privado, que atende as classes mais altas da cidade, sugerem que o desfecho clínico de curto prazo de recém-nascidos a termo (com 38 semanas ou mais), de um modo geral, é bastante semelhante entre os nascidos através de cesarianas eletivas e aqueles cujas mães internaram com a intenção de ter parto vaginal.

Este estudo foi retrospectivo e, portanto, limitado às informações constantes nos prontuários. Entretanto, pelas características do hospital, foi possível selecionar um número expressivo de bebês nascidos de cesariana eletiva. Este estudo tem como diferencial a utilização de cesarianas previamente agendadas, que evitou a inclusão de bebês nascidos por alguma emergência não descrita no prontuário. Também é importante salientar que a revisão de prontuários permitiu uma coleta de dados mais

precisa, permitindo, uma melhor classificação dos grupos do que em estudos com base populacional, e que a população aqui estudada é das classes sociais mais altas e que o hospital onde o estudo foi realizado é considerado de primeira linha no estado. Os dados obtidos talvez não possam ser extrapolados a outras populações de nível social mais baixo, nascidos em hospitais públicos e com menos recursos. É necessário avaliar também outros possíveis riscos a longo prazo da cesariana eletiva sobre o recém-nascido.

Outras limitações foram à ausência de informação sobre a amamentação e sobre a evolução dos bebês após a alta hospitalar. Além disto, devido à baixa ocorrência de complicações maternas, não foi possível avaliar os efeitos do procedimento sobre as mães, embora este não fosse o objetivo deste estudo.

Apesar da diferença de idade gestacional ter sido estatisticamente significativa, a diferença provavelmente tem pouca relevância clínica (dois dias). Ocorreu também uma maior proporção de bebês nascidos com 38 semanas no grupo I - cesariana eletiva. Entretanto a análise de regressão logística não alterou os resultados.

Ao analisar o risco de morbidade respiratória neonatal durante a realização deste estudo, percebe-se que ela foi maior nos RN de cesariana eletiva, sendo que a maioria dos casos ocorreu nos bebês com 38 semanas de idade gestacional, tendo uma redução significativa entre 39 e 40 semanas. Apesar desta constatação, a proporção de internações na unidade de cuidados especiais foi muito semelhante entre os dois grupos, sugerindo um aumento de internações por outras razões nos bebês nascidos de intenção de parto vaginal. A redução do risco de morbidade respiratória após as 38 semanas de idade gestacional já havia sido descrita em outros estudos^{10,11,12,15}. Entende-se que as mudanças hormonais e fisiológicas associadas com o trabalho de parto contribuem para a reabsorção do líquido pulmonar e para a maturação pulmonar em recém-nascidos. Essas mudanças não ocorrem em bebês nascidos por cesariana eletiva^{13,14,16, 17,18}. A alta frequência de TTRN em partos cesáreos pode estar relacionada com o momento em que ela é realizada de maneira eletiva, sem que o trabalho de parto tenha iniciado^{17,18}.

Em relação ao peso, um estudo mostra que bebês nascidos por cesariana têm uma diminuição da taxa de aleitamento materno exclusivo em comparação com o

parto vaginal, porque mulheres que passaram por uma cesariana têm dificuldade para amamentar confortavelmente na sala de parto e no período pós-parto imediato¹⁹. Em nosso estudo, tanto o peso ao nascimento quanto o percentual de perda de peso nas primeiras 48 horas, foram significativamente maiores nos bebês que nasceram de cesariana eletiva. Esse aumento pode ter ocorrido devido à maior quantidade de líquido pulmonar retido nos bebês nascidos por cesariana. A maior quantidade de líquido poderia fazer com que eles perdessem mais peso nos primeiros dois dias de vida. A influência da demora na descida do leite e o início tardio da amamentação provavelmente não explica esta diferença, uma vez que os pediatras prescreveram fórmula para a grande maioria destes bebês. A perda de líquido parece ser a explicação mais provável para essa associação.

As médias dos escores de Apgar foram bastante próximas e clinicamente irrelevantes entre os grupos, apesar da diferença estatística no Apgar aos 5 minutos de vida. Entretanto, quando comparadas às proporções de bebês com Apgar abaixo do percentil 2,5, observou-se uma ocorrência de Apgar baixo no primeiro minuto de vida quase três vezes maior nos bebês nascidos de parto vaginal. Já aos 5 minutos, a diferença não foi estatisticamente significativa. Neste estudo, os pacientes em que havia intenção de parto vaginal, mas que evoluíram para cesariana de urgência (7,3%), realizada para solucionar problemas decorrentes de complicações do trabalho de parto, foram incluídas no grupo II (parto vaginal). Nestes casos o comprometimento da vitalidade do recém-nascido poderia ser decorrente da condição clínica que motivou a indicação da cesariana.

Durante a realização do estudo houve um óbito neonatal no Grupo II – parto vaginal por asfixia grave. O Apgar registrado deste bebê no primeiro minuto de vida foi zero, no quinto minuto de vida foi um e no décimo minuto de vida foi três. Tem sido considerado que o baixo índice de Apgar é um importante indicador de risco para morbimortalidade neonatal^{20, 21}, porém, Machado CJ et al, não encontraram associação entre mortalidade neonatal e cesarianas²⁰.

A hiperbilirrubinemia é a patologia mais frequente no período neonatal. Aproximadamente cerca de 90% dos recém-nascidos a termo desenvolvem níveis séricos de bilirrubina superior a 5mg/dl²², mas só 67% deles ficam icterícos^{22, 23}. Antes que a terapêutica seja instituída é importante o conhecimento da história

obstétrica materna tais como o uso de drogas (diazepan, ocitócitos), e tipo de parto (fórceps, pélvico, cesariana) retardo no clampeamento do cordão umbilical, grupo sanguíneo, fator Rh sejam analisados^{24,25}. Em nosso estudo ao analisar associação do tipo de parto com o desfecho icterícia, dos bebês que necessitaram de tratamento clínico com fototerapia, observamos que a diferença entre os dois grupos estudados não foram estaticamente significativos.

O presente estudo nos permitiu analisar um expressivo número de cesarianas eletivas e com critérios de seleção definidos, avaliando-se riscos e benefícios que este procedimento pode trazer para o recém-nascido a termo. Nossos resultados não demonstraram aumento de riscos significativos em curto prazo para os recém-nascidos. Acreditamos que não havendo aumento de risco para o recém-nascido e as mães conhecendo bem os possíveis impactos do parto cirúrgico sobre elas mesmas, a opção da mãe sobre a via de parto deve ser aceita e respeitada.

CONCLUSÃO

Não foram observados efeitos negativos no resultado clínico intra-hospitalar em bebês nascidos por cesariana eletiva, exceto pelo aumento de ocorrência de taquipnéia transitória. A maior ocorrência de Apgar baixo no grupo de intenção de parto é preocupante e deve ser investigado posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

1. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999;319 (7222):1397-400.
 2. Murray SF, Serani F. Recent trends in cesarean sections rates in Chile: the political economy of maternal care [Online]. Santiago do Chile: Instituto Nacional de Estatística;
 3. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas [Online]. Rio de Janeiro: ANS; 2008. 158 p. [acesso 28 nov 2012]. Disponível: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_parto_web.pdf
 4. *United Nations International Children's Emergency Fund – UNICEF - Situação Mundial da Infância 2011-*
 5. Cyr RM. Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(4):932-6.
 6. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;19(3):CD004660.
 7. Duarte G, Figueiró Filho EA, Zola FE, Mauad Filho F. Operação cesariana: breve revisão. *Femina*. 2003;31(6):489-493.
 8. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ*. 2008;336(7635):85-87.
 9. Ophir E, Strulov A, Solt I, Michlin R, Buryanov I, Bornstein J. Delivery mode and maternal rehospitalization. *Arch Gynecol Obstet*. 2008; 277(5): 401-4.
 10. Ertuğrul S, Gün I, Müngen E, Muhçu M, Kılıç S, Atay V. Evaluation of neonatal outcomes in elective repeat cesarean delivery at term according to weeks of gestation. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(1):105-12.
-

11. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla N, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025-29.
 12. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*. 2009;360(2):111-20.
 13. Brown MJ, Olver RE, Ramsden CA, Strang LB, Walters DV. Effects of adrenaline and of spontaneous labour on the secretion and absorption of lung liquid in the fetal lamb. *J Physiol*. 1983;344:137-52.
 14. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102(2):101-6.
 15. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr*. 2004;93(5):643-7.
 16. Walters DV, Olver RE. The role of catecholamines in lung liquid absorption at birth. *Pediatr Res*. 1978;12(3):239-42.
 17. Faxelius G, Hägnevik K, Lagercrantz H, Lundell B, Irestedt L. Catecholamine surge and lung function after delivery. *Arch Dis Child*. 1983;58(4):262-6.
 18. Greenough A, Lagercrantz H. Catecholamine abnormalities in transient tachypnoea of the premature newborn. *J Perinat Med*. 1992;20(3):223-6.
 19. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, et al. Elective cesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010;37(4):275-9.
 20. Machado CJ, Hill K. Maternal, neonatal and community factors influencing neonatal mortality in Brazil. *J Biosoc Sci*. 2005;37(2):193-208.
 21. Cissé CT, Yacoubou Y, Ndiaye O, Diop-Mbengue R, Moreau JC. [Time-course of neonatal precocious mortality between 1994 and 2003 at the Dakar University Teaching Hospital]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006;35(1):46-52.
 22. Bland HE. Jaundice in the healthy term neonate: when is treatment indicated? *Curr Probl Pediatr*. 1996;26(10):355-63.
-

23. Maisels MJ. Phototherapy 25 years later. In: Fanaroff AA, Klaus, MH, eds. Year book of neonatal and perinatal medicine. Chicago: Mosby; 1996. 512p.
 24. Hansen TW. Therapeutic approaches to neonatal jaundice: an international survey. Clin Pediatr (Phila). 1996;35(6):309-16.
 25. Carvalho M de, Lopes JMA. Indicações de fototerapia em recém-nascidos a termo com icterícia não hemolítica: uma análise crítica. J pediatr (Rio J). 1995;71(4):189-94.
-

ANEXOS

Anexo 1 - Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1943/11

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05700 intitulado **"Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Humberto Holmer Fiori
HSL
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER

Cadastro do Projeto CEP/PUCRS
11/05700

Título:
"Via de nascimento e desfecho clínico intra-hospitalar"

Pesquisador Responsável:
Humberto Holmer Fiori (orientador), Desiree de Freitas Vale Volkmer (co-orientador), Marcos Wengrover Rosa (co-orientador), Andreia Sousa AmorinOliveira (co-orientadora), Edite Terezinha Moraes (mestranda)

Aspectos Científicos e Metodológicos
Estão adequados

Aspectos Éticos
Adequados

Recomendação
Aprovar

Considerações Gerais

Data do Parecer 16/12/2011

Anexo 2 - Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Científica HMV



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E COMISSÃO CIENTÍFICA

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão Científica do Instituto de Educação e Pesquisa Hospital Moinhos de Vento, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/CNS/MS como Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Hospitalar Moinhos de Vento - HMV, analisaram o projeto:

Projeto CEP/IEP-AHMV: 2011/107

Título: VIA DE NASCIMENTO E DESFECHO CLÍNICO INTRA-HOSPITALAR.

Pesquisador Responsável: HUMBERTO HOLMER FIORI

Este projeto de pesquisa foi **APROVADO**, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/IEPHMV.

Porto Alegre, 28 de Dezembro de 2011.



Sérgio Amantéa
Coordenador do CEP-IEPHMV