



Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado


Anna Paula Ferrari ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-4349>


Maiara Aparecida Mialich Almeida ²

 <https://orcid.org/0000-0002-0641-0743>

Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes ³

 <https://orcid.org/0000-0002-6695-0792>

Cristina Maria Garcia de Lima Parada ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>

¹⁻⁴ Faculdade de Medicina. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Campus Botucatu. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães, s.n. Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18.618-687. E-mail: gabi_anna@hotmail.com

Resumo

Objetivos: verificar os efeitos da cesárea eletiva, em comparação ao parto vaginal, sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado.

Métodos: estudo de coorte com 591 mães e seus bebês, desenvolvido em município do interior paulista. Os dados foram coletados do prontuário hospitalar e por entrevista na unidade de triagem neonatal do município, de julho de 2015 a fevereiro de 2016. Foram obtidos dados relativos ao parto, ao recém-nascido, à sociodemografia e à história gestacional atual. As associações de interesse foram avaliadas com análises de regressão de Cox ajustadas para as covariáveis identificadas, considerando-se para tal, resultados de análises bivariadas que apresentaram significância estatística em nível de $p < 0,20$. Nas análises ajustadas, relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$, tendo como medida de efeito o risco relativo.

Resultados: mulheres submetidas à cesárea eletiva, em comparação àquelas que tiveram parto vaginal, apresentaram maior risco de não terem contato pele a pele com seus bebês na sala de parto, de não amamentarem na primeira hora de vida e de terem seus bebês internados em unidade neonatal.

Conclusões: reduzir a taxa de cesárea eletiva é fundamental para que haja aumento na frequência de boas práticas de cuidado neonatal e redução de desfechos neonatais negativos.

Palavras-chave Parto, Cesárea, Procedimentos cirúrgicos eletivos, Morbidade, Recém-nascido



Introdução

O parto cesáreo tem sido muito frequente em mulheres brasileiras, principalmente dentre aquelas com melhores condições socioeconômicas, mesmo em situações em que não há indicação materna ou fetal para tal procedimento. Por estar relacionada a melhores condições financeiras a população, de modo geral, tem relacionado este procedimento ao que seria um bom padrão de atendimento.¹

Na literatura científica, estudos relacionam as cesáreas ao aumento do risco de morbimortalidade materna e infantil. Porém, não há a devida discriminação entre os desfechos relacionados às cesáreas indicadas e às cesáreas eletivas.^{2,3}

Considerando as cesáreas em geral, há evidências de sua associação com desfechos perinatais adversos, como a ocorrência de prematuridade, baixo peso ao nascer e necessidade de reanimação, índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete, contato pele a pele mais tardio, maior tempo de internação e necessidade de internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) ou Especiais, entre outros.⁴⁻⁸

Os desfechos perinatais adversos, muitas vezes, decorrem da idade gestacional em que ocorre a opção pela cesárea eletiva. A realização de cesáreas eletivas entre 37 e 38 semanas de idade gestacional é prática frequente, de acordo com a literatura.⁹ Entretanto, pesquisas revelam que comparadas àquelas realizadas após a 39ª semana de gestação, têm mais resultados perinatais adversos, como maior risco de morte, distúrbios respiratórios, internação em unidade especial e tempo de internação mais prolongado.¹⁰

Com relação ao peso ao nascer, ainda não existem evidências suficientes para apontar sua relação com a cesárea eletiva. Pesquisas desenvolvidas em diferentes contextos não encontraram associação entre parto cesáreo e baixo peso ao nascer.^{11,12} Porém, algumas investigações reportaram associação entre parto cesáreo e recém-nascido com baixo peso ao nascer.^{13,14}

Divergências na literatura também tem sido encontradas quanto ao índice de Apgar. Estudo nacional mostrou como resultado a tendência de diminuição na vitalidade nos bebês imediatamente após o nascimento quando nascidos por cesárea.⁴ Já estudo internacional revela que bebês nascidos por cesárea podem apresentar baixa vitalidade a depender da idade gestacional em que o procedimento cirúrgico ocorre.⁹

Sobre o contato pele a pele, sabe-se que deve ser

estimulado desde os primeiros minutos de vida, devido aos benefícios fisiológicos e psicossociais que essa prática traz para o binômio mãe-bebê.¹⁵ Contudo, bebês nascidos por cesárea têm menor chance de terem esse momento respeitado: quando indicada, na maioria das vezes, há necessidade de intervenções imediatas para o estabelecimento da vida extrauterina e, quando eletivas, podem ocorrer limitações tanto maternas quanto do neonato, dificultando esse processo, o que pode culminar em consequências negativas ao binômio.⁵

Dentre outras consequências negativas relacionadas à cesariana, destaca-se o início tardio do aleitamento materno. Estudos nacionais e internacionais encontraram resultados semelhantes com relação a esse desfecho: probabilidade de início do aleitamento materno na primeira hora de vida maior para bebês que nasceram por parto vaginal quando comparados àqueles nascidos por cesárea, sendo que alguns distinguem a cesárea em eletiva e indicada^{16,17} e outros não.^{5,18}

Quanto à necessidade de internação, pesquisa brasileira identificou que a duração média do tempo de internação do recém-nascido por parto cesárea foi maior quando comparado aos nascidos por parto vaginal¹¹; o risco de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal foi maior para conceptos nascidos por cesárea, de acordo com pesquisa global da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁹

Considerando-se a atual “epidemia” de cesárea em muitos países e as controvérsias quanto aos resultados perinatais decorrentes da cesárea eletiva, propõe-se o presente estudo. Será testada a hipótese de efeito negativo da cesárea eletiva, separadamente, sobre práticas de cuidado neonatal recomendadas e sobre o bebê no período perinatal, quando comparado ao efeito do parto vaginal. Tem-se por objetivo verificar o efeito da cesárea eletiva, em comparação ao parto vaginal, sobre os desfechos perinatais (idade gestacional ao nascer menor ou igual a 38 semanas, peso ao nascer menor que 2.500g, índice de Apgar no quinto minuto de vida inferior a sete, necessidade de internação em Unidade Neonatal de Cuidados Intermediários - UCI ou Unidade de Terapia Intensiva – UTI e tempo de internação) e práticas de cuidado (ausência de contato pele a pele na sala de parto e ausência da amamentação na primeira hora de vida).

Métodos

Trata-se de estudo inserido na pesquisa CLaB (Coorte de Lactentes de Botucatu). Esta acompanhou

uma coorte de mães e seus recém-nascidos até completarem um ano de idade e, para a maior parte dos desfechos de interesse (crescimento infantil, morbidade infantil, retenção de peso materno, entre outros), tem delineamento prospectivo. Entretanto, para os objetivos do presente artigo, onde se analisou a relação entre nascer por cesárea eletiva (em comparação a nascer por via vaginal) e o risco de desfechos pós-natais imediatos, o desenho é de uma coorte histórica. Os dados relativos ao tipo de parto, que permitiram a classificação dos mesmos em cesárea eletiva ou parto vaginal (variável de exposição) e aos desfechos foram coletados dos prontuários onde o parto ocorreu e a cronologia é conhecida, pois o parto sempre antecede os desfechos relativos ao recém-nascido e os registros nos prontuários são realizados logo após a ocorrência dos eventos.

O município de Botucatu situa-se no estado de São Paulo, região centro-sul, e tem população estimada de 144.820 habitantes para o ano de 2018.²⁰ Para atendimento ao recém-nascido na atenção primária, conta com oito unidades básicas de modelo tradicional; 12 unidades de saúde da família, com 15 equipes e uma unidade de triagem neonatal, responsável por prestar atendimento no primeiro mês de vida a todas as crianças nascidas no município.²¹

A coorte do presente estudo foi composta por todos os binômios mãe/bebê que nasceram nas duas maternidades (uma pública e uma privada) do município no período de julho de 2015 a fevereiro de 2016 e passaram por consulta médica ou de enfermagem na unidade de triagem neonatal, estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, foram convidados e aceitaram participar do estudo (totalizando 650 mães e 656 bebês). O seguimento foi finalizado em fevereiro de 2017.

O único critério de elegibilidade adotado para coorte CLaB foi residir na zona urbana do município de Botucatu. Para o presente estudo, foram excluídos os binômios (neonatos e suas mães) cuja via de nascimento foi classificada como cesárea indicada, os gemelares e aqueles que não concluíram o seguimento. Portanto, a coorte estudada foi composta por 591 binômios, após exclusão, do total de captados, de seis casos de gemelares (12 bebês), 43 de cesáreas indicadas e 10 binômios com dados incompletos.

Foram classificados como cesárea eletiva os partos que não se enquadraram em nenhum dos critérios de indicação de cesárea da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (CONITEC): apresentação pélvica, placenta prévia, placenta baixa ou acreta, HIV, iteratividade e herpes genital com lesão ativa.

Esse critério é recomendado pelo Ministério da Saúde Brasileiro desde 2016.²²

A coleta de dados foi realizada por equipe devidamente capacitada e supervisionada, composta por 19 pessoas, entre acadêmicas do curso de nutrição, pós-graduanda em enfermagem e bolsistas de treinamento técnico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). As entrevistadoras foram devidamente treinadas e supervisionadas para garantia da qualidade dos dados.

Para responder aos objetivos deste estudo, foram utilizados dados coletados nos prontuários das maternidades, complementados por dados obtidos mediante uma entrevista presencial com as mães, realizada na unidade de triagem neonatal do município. Dos prontuários da maternidade, os dados coletados foram relativos ao parto, nascimento e período de internação do binômio. Por meio de entrevista, foram obtidos dados sociodemográficos e referentes à história gestacional materna, conforme descrito na Tabela 1.

Os instrumentos para a coleta e registro dos dados foram construídos pelos pesquisadores e testados em estudo piloto para ajustar as questões que poderiam apresentar dificuldades. Para identificação da renda *per capita* familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda; em seguida, considerando-se o valor do salário mínimo nacional em janeiro de 2016, realizou-se a classificação.

A qualidade das entrevistas foi verificada, via telefone, em amostra aleatória de 5% dos participantes por meio de reentrevistas realizadas pelos responsáveis pela supervisão de campo. Os bancos de dados foram checados, as inconsistências verificadas nos questionários e, em seguida, as correções foram realizadas.

Realizou-se inicialmente análise bivariada entre o tipo de parto e os desfechos e as covariáveis, sendo estimados os riscos relativos (RR) brutos, com intervalo de confiança de 95% (IC95%), a partir de modelos de regressão de Cox. As covariáveis que apresentaram associação com nível de significância estatística menor que 0,20 foram inseridas nos modelos de regressão múltipla, por seu potencial efeito de confusão em relação às associações sob investigação. As relações entre tipo de parto e desfechos perinatais considerados neste estudo foram então avaliadas por modelos multivariados de regressão de Cox. Relações foram consideradas significativas se $p < 0,05$, sendo as análises realizadas com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

Tabela 1

Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos perinatais. Botucatu, 2017.

Variáveis	Fonte de dados
Variáveis independentes	
- Tipos de parto (parto vaginal e cesárea eletiva)	Prontuário
Desfechos	
- Não ter contato pele a pele ao nascer (sim/não)	Entrevista
- Não amamentação na primeira hora de vida (sim/não)	Prontuário
- Idade gestacional ao nascer ≤ 38 semanas (sim/não)	Prontuário
- Peso ao nascer < 2.500 g (sim/não)	Prontuário
- Internação em Unidade de Terapia Intensiva/Unidade Cuidados Intermediários (sim/não)	Prontuário
- Índice de Apgar no quinto minuto de vida < 7 (sim/não)	Prontuário
- Tempo de internação (dias)	Prontuário
Covariáveis	
- Idade materna no momento do parto ≤ 19 anos (sim/não)	Entrevista
- Escolaridade materna inferior a oito anos de aprovação (sim/não)	Entrevista
- Renda familiar per capita inferior a um salário mínimo (sim/não)	Entrevista
- Cor materna não branca (sim/não)	Entrevista
- Mãe não vive com companheiro (sim/não)	Entrevista
- Mãe não exerce trabalho remunerado (sim/não)	Entrevista
- Gestação não planejada (sim/não)	Entrevista
- Parto não realizado pelo SUS (sim/não)	Entrevista

SUS= Sistema Único de Saúde.

Em conformidade com as diretrizes nacionais e internacionais para pesquisa com seres humanos, o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CAAE: 37337314.3.0000.5411). As mulheres que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Do total 591 mães/bebês que compuseram a coorte analisada, 302 (51,1%) tiveram parto vaginal e 289 (48,9%) nasceram via cesárea eletiva.

Na Tabela 2 são apresentadas as características sociodemográficas e gestacionais das mulheres e as características ao nascer dos bebês, segundo tipo de parto. Todas essas variáveis, exceto internação em UTI/UCI, foram selecionadas para serem posteriormente inseridas como fatores de ajuste nas análises entre o tipo de parto e os desfechos em estudo, por apresentarem diferenças de ocorrência segundo tipo de parto em nível de $p < 0,20$.

Quase a totalidade dos bebês que não tiveram contato pele a pele nasceram por cesárea eletiva (93,1%) e 75,5% daqueles que não mamaram na

primeira hora de vida nasceram por cesárea eletiva. Quanto ao peso, dentre os nascidos menores que 2.500g, 66,7% foram por cesárea eletiva e 33,3% por parto vaginal. Com relação à internação, destaca-se que apesar de não se associar significativamente ao tipo de parto, 52,4% dos bebês que necessitaram de internação em UTI/UCI nasceram por cesárea eletiva. As cesáreas eletivas foram mais comuns em mulheres com melhores condições socioeconômicas e cujo procedimento foi realizado em hospital não incluído no Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 2).

A mediana do tempo total de internação foi de dois dias para os dois tipos de parto, sendo que variou de zero a 34 dias para os nascidos de parto vaginal e de zero a 43 dias para os nascidos de cesárea eletiva ($p=0,795$, $RR=0,99$, $IC95\%=0,95-1,03$). Dentre os quatro bebês com índice de Apgar de quinto minuto menor que sete, três nasceram por cesárea eletiva e um de parto vaginal: $p=0,487$, $RR=1,54$, $IC95\%=0,49-4,80$ (dados não apresentados em tabela).

As Tabelas 3 a 5 apresentam os resultados das regressões de Cox múltiplas entre tipo de parto e as práticas de cuidado/desfecho perinatal. Na Tabela 3 observa-se associação significativa entre tipo de

Tabela 2

Características sociodemográficas maternas, do pré-natal, parto, pós-parto e do recém-nascido segundo tipo de parto (vaginal ou cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2016.

Variáveis	Parto vaginal (n=303)		Cesárea eletiva (n=289)		p*	RR (IC95%)
	n	%	n	%		
Idade (anos)						
até 19	58	63,0	34	37,0	0,076	0,72 (0,50-1,03)
≥20	245	49,0	255	51,0		1
Escolaridade (anos de aprovação)						
até 7	37	69,8	16	30,2	0,043	0,59 (0,36-0,98)
≥8	266	49,4	273	50,6		1
Cor						
Não branca	130	57,0	98	43,0	0,129	0,83 (0,65-1,05)
Branca	173	47,5	191	52,5		1
Mãe vive com companheiro						
Não	47	65,3	25	34,7	0,080	0,69 (0,46-1,04)
Sim	256	49,2	264	50,8		1
Trabalho remunerado materno						
Não	158	62,7	94	37,3	<0,001	0,65 (0,50-0,83)
Sim	145	42,6	195	57,4		1
Renda familiar <i>per capita</i> (salário mínimo)						
Até 1	264	62,6	158	37,4	<0,001	0,49 (0,39-0,63)
>1	39	22,9	131	77,1		1
Gestação planejada						
Não	179	57,6	132	42,4	0,021	0,76 (0,60-0,96)
Sim	124	44,1	157	55,9		1
Parto não realizado pelo SUS						
Sim	23	11,7	173	88,3	<0,001	3,02 (2,39-3,82)
Não	280	70,7	116	29,3		1
IG ao nascer do lactente ≤38 semanas						
Sim	100	38,9	157	61,1	<0,001	1,55 (1,23-1,96)
Não	203	60,6	132	39,4		1
Não ter contato pele a pele ao nascer						
Sim	13	6,9	176	93,1	<0,001	3,31 (2,62-4,19)
Não	289	71,9	113	28,1		1
Não amamentação na primeira hora de vida						
Sim	50	24,5	154	75,5	<0,001	2,16 (1,72-2,72)
Não	252	65,1	135	34,9		1
Peso ao nascer menor que 2.500g						
Sim	11	33,3	22	66,7	0,153	1,39 (0,90-2,15)
Não	291	52,2	267	47,9		1
Internação em UTI/UCI						
Sim	19	47,5	21	52,5	0,739	1,08 (0,69-1,68)
Não	283	51,4	268	48,6		1

*Resultado da regressão de Cox bivariada; RR= risco relativo; IC95%= intervalo de 95% de confiança; IG= idade gestacional; UTI/UCI=Unidade de Terapia Intensiva/Unidade de Cuidados Intermediários; SUS= Sistema Único de Saúde.

parto e ausência de contato pele a pele. Bebês nascidos por cesárea eletiva, independentemente dos potenciais confundidores inseridos na análise, possuem maior risco (aproximadamente 13 vezes) de não terem contato pele a pele logo ao nascer. Também de maneira independente, bebês nascidos

por cesárea eletiva têm maior risco (aproximadamente duas vezes maior) de não serem amamentados na primeira hora de vida, quando comparados aos nascidos por parto vaginal (Tabela 4). A necessidade de internação em UTI/UCI também foi avaliada e verificou-se que o risco aumenta em aproximada-

mente duas vezes para os nascidos por cesárea eletiva (Tabela 5), sendo que 65% das crianças que precisaram ser internadas nessas unidades apresentaram alteração no padrão respiratório (dados não apresentados em tabela).

Análises de regressão multivariada realizadas para os desfechos idade gestacional menor ou igual a 38 semanas ao nascimento, peso ao nascer menor

que 2.500g e índice de Apgar no quinto minuto de vida menor que sete, não se associaram ao tipo de parto. Apesar de os bebês nascidos por cesárea eletiva terem, de maneira independente, maior tempo de internação quando comparados aos nascidos por parto vaginal, esse resultado não apresentou significado clínico, visto que o tempo maior foi de apenas meio dia (dado não apresentado em tabela).

Tabela 3

Resultado da regressão de Cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e não ter contato pele a pele na sala de parto. Botucatu, 2015-2016.

Variável	RR	IC95%	p
Idade materna 19 anos ou menos	1,29	0,83-2,01	0,258
Cor da pele não branca	0,94	0,68-1,30	0,734
Mãe não vive com companheiro	0,82	0,46-1,44	0,497
Mãe não exerce trabalho remunerado	0,92	0,65-1,31	0,665
Escolaridade materna menor que 8 anos	1,10	0,60-2,02	0,762
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,91	0,63-1,30	0,607
Gestação não planejada	1,07	0,79-1,45	0,647
Parto não realizado pelo SUS	1,01	0,69-1,50	0,931
Idade gestacional do lactente ao nascer ≤ 38 semanas	0,99	0,71-1,37	0,960
Cesárea eletiva	13,74	7,64-24,71	<0,001

RR= risco relativo; IC95%= intervalo de 95% de confiança; SUS= Sistema Único de Saúde.

Tabela 4

Resultado da regressão de Cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e não amamentação na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2016.

Variável	RR	IC95%	p
Idade materna 19 anos ou menos	1,02	0,65-1,60	0,914
Cor da pele não branca	0,95	0,69-1,29	0,743
Mãe não vive com companheiro	1,14	0,69-1,87	0,598
Mãe não exerce trabalho remunerado	1,04	0,74-1,45	0,828
Escolaridade materna menor que 8 anos	0,97	0,53-1,78	0,930
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,89	0,63-1,26	0,524
Gestação não planejada	0,97	0,72-1,30	0,851
Parto não realizado pelo SUS	1,54	1,03-2,30	0,034
Idade gestacional do lactente ao nascer ≤ 38 semanas	1,34	0,98-1,82	0,067
Cesárea eletiva	2,29	1,56-3,34	<0,001

RR= risco relativo; IC95%= intervalo de 95% de confiança; SUS= Sistema Único de Saúde.

Tabela 5

Resultado da regressão de Cox que investigou a associação entre tipo de parto e necessidade de internação em UTI/UCI. Botucatu, 2015-2016.

Variável	RR	IC95%	p
Idade materna 19 anos ou menos	1,11	0,49-2,50	0,802
Cor da pele não branca	1,05	0,55-1,99	0,879
Mãe não vive com companheiro	1,85	0,88-3,88	0,105
Mãe não exerce trabalho remunerado	0,71	0,36-1,40	0,328
Escolaridade materna menor que 8 anos	2,12	0,97-4,60	0,058
Renda familiar <i>per capita</i> menor que um salário mínimo	0,63	0,23-1,71	0,371
Gestação não planejada	1,42	0,72-3,02	0,285
Parto não realizado pelo SUS	0,11	0,03-0,37	<0,001
Idade gestacional do lactente ao nascer ≤ 38 semanas	1,85	0,97-3,52	0,061
Cesárea eletiva	2,26	1,18-4,35	0,014

UTI= Unidade de Terapia Intensiva; UCI= Unidade de Cuidados Intermediários; RR= risco relativo; IC95%= intervalo de 95% de confiança; SUS= Sistema Único de Saúde.

Discussão

Este estudo permitiu identificar desfechos perinatais adversos associados à cesárea eletiva em coorte histórica estudada em município paulista. Encontrou-se efeito negativo da cesárea eletiva, com significado clínico, sobre contato pele a pele, aleitamento materno na primeira hora de vida e necessidade de internação em UTI/UCI.

Bebês nascidos por cesárea eletiva, no contexto estudado, têm 13 vezes maior risco de não vivenciarem contato pele a pele com suas mães logo ao nascer. Esse fato os priva dos inúmeros benefícios dessa prática de cuidado neonatal. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1990 e revisada em 2018, apresenta em seu quarto passo a importância da promoção do contato pele a pele ininterrupto imediatamente após o parto.²³ Esta prática está intimamente relacionada com o sucesso do aleitamento materno, pois o fato de a mãe tocar o recém-nascido proporciona descarga hormonal que vem a favorecer a lactação. Além disso, tem efeito positivo sobre o nível de glicose no sangue e na estabilidade cardiorrespiratória do recém-nascido. A médio e longo prazos, também influencia positivamente a manutenção do vínculo e na duração do aleitamento materno.²⁴

Apesar dos comprovados benefícios, de ser procedimento seguro, que não exige recursos financeiros, o contato pele a pele ainda é prática negligenciada no Brasil.²⁴ Os dados do presente estudo corroboram essa afirmativa, visto que 65,8% dos bebês não tiveram contato pele a pele com suas mães após o nascimento e a cesárea eletiva aumentou as chances desse desfecho.

Não foi possível localizar estudos sobre os

efeitos da cesárea eletiva para comparação com o presente, mas a literatura científica sobre parto cesárea em geral apresenta resultados semelhantes: dados de um inquérito brasileiro mostra que bebês nascidos de parto cesáreo têm chance significativamente maior de serem afastados de suas mães logo ao nascer, quando comparados aos nascidos por parto vaginal²⁵; estudo desenvolvido em hospital credenciado como Amigo da Criança, no Sul do Estado do Paraná, cujo objetivo foi analisar fatores envolvidos na prática do contato pele a pele, aponta a cesárea como um dos principais obstáculos.²⁶

A amamentação na primeira hora de vida, cujo sucesso está intimamente relacionado ao contato pele a pele, foi mais frequente também para os bebês nascidos via parto vaginal, sendo que, dentre os bebês que mamaram na primeira hora, 65,2% nasceram pelo referido tipo de parto enquanto que 34,8% nasceram por cesárea eletiva. O risco de não aleitamento materno na primeira hora foi duas vezes maior para os nascidos por cesárea eletiva com relação aos nascidos por parto vaginal.

Amamentar na primeira hora de vida proporciona efeito protetor sobre a mortalidade neonatal. Estudo desenvolvido por pesquisadores de Universidades do Rio de Janeiro em parceria com a *Yale University*, EUA, com dados secundários de 67 países, mostra que naqueles com menores tercís de aleitamento materno na primeira hora de vida tiveram frequência 24% maior de mortalidade neonatal.²⁷

As evidências apresentam dados que corroboram os resultados da presente investigação sobre a mamada na primeira hora de vida. Estudo transversal desenvolvido em maternidades do Rio de Janeiro mostra que o aleitamento materno no referido

momento foi menos prevalente entre bebês nascidos por cesárea²⁸ e revisão sistemática indicou a cesárea como o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida.²⁹

Neste sentido, pode-se afirmar que bebês nascidos por cesárea eletiva são menos expostos ao contato pele a pele com suas mães, o que resulta em risco aumentado para a não realização do aleitamento materno na primeira hora de vida e, conseqüentemente, aumenta o risco de eventos adversos em decorrência da não efetivação dessas duas práticas, tais como não estabilização cardiorrespiratória ao nascer, morte neonatal e desmame precoce ou dificuldades no processo de aleitamento materno.

Outro desfecho associado com cesárea eletiva foi a necessidade de internação em UTI/UCI. O risco deste tipo de internação foi aproximadamente duas vezes maior para os bebês nascidos de cesárea eletiva quando comparados àqueles nascidos via parto vaginal.

Novamente, não foram localizados estudos semelhantes para comparação, mas a cesárea já tem sido apontada na literatura como fator de risco de internação do neonato em unidades de cuidados especiais. Estudo australiano, com informações coletadas do banco nacional de dados perinatais do país, que teve por objetivo determinar a taxa de admissão de bebês a termo em UTI neonatal e associá-la ao tipo de parto, encontrou que a chance das mulheres de baixo risco gestacional terem seus recém-nascidos internados em UTI foi maior quando submetidas à cesárea e, ainda maior quando a cesárea foi antes do início do trabalho de parto.³⁰

Considerando as alterações de padrão respiratório como principal causa de internação em UTI/UCI identificada neste estudo e a maioria das internações terem sido de bebês nascidos de cesárea eletiva, pode-se supor que o fato do bebê não passar pelo canal do parto tenha acarretado prejuízo em sua expansibilidade pulmonar, levando-o a necessidade de cuidados especiais para adaptação respiratória.

Contrariando, em parte, a hipótese deste estudo, na análise multivariada não se constatou efeito negativo da cesárea eletiva sobre a idade gestacional ao nascer menor ou igual a 38 semanas, sobre o peso ao nascer menor que 2.500g e sobre índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete. Diante disto, pode-se supor que, de modo geral, a cesárea eletiva foi realizada em momento oportuno no contexto analisado, o que evitou a ocorrência de prematuridade e inadequação do peso ou da condição fisiológica do bebê ao nascer.

Como ponto forte deste estudo destaca-se a originalidade, já que se trata de um estudo que

distingue a cesárea indicada da cesárea eletiva, diferenciação escassa na literatura. Outro aspecto positivo é a representatividade populacional da amostra, uma vez que o local onde houve o recrutamento para compor a coorte é um serviço com alta cobertura populacional, tanto da população que utiliza o SUS quanto daquela que tem acesso a convênios médicos. Como limitação, aponta-se o fato de parte dos dados, em especial aqueles utilizados para definição do tipo de cesárea (eletiva ou indicada), ter sido coletada de fonte secundária (prontuários das duas maternidades do município). Para reduzir o risco de cesáreas indicadas categorizadas como eletivas, optou-se por, na ausência de dados, considerar a cesárea como indicada.

Vistos em conjunto, os resultados obtidos sugerem que a redução das elevadas taxas de cesárea eletiva aumentaria a frequência de recém-nascidos expostos às boas práticas de cuidado neonatal e reduziria a ocorrência de desfechos neonatais adversos. Também, apoiam a ampla divulgação dos riscos aumentados de desfechos negativos decorrentes da cesárea eletiva, apontando-se claramente que estes são independentes do nível socioeconômico da mulher e da fonte pagadora do parto.

Conclui-se que, dentre os desfechos estudados, o efeito da cesárea eletiva é negativo para as práticas de cuidado neonatal (contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida) e necessidade de internação em UTI/UCI.

Reduzir a taxa de cesárea eletiva é fundamental para que haja aumento na frequência de boas práticas voltadas ao cuidado neonatal e conseqüente queda em desfechos neonatais adversos.

Novos estudos que explorem outras associações entre cesárea eletiva e desfechos ao nascer poderão evidenciar aspectos relevantes que gestores públicos deveriam focar para desenvolver intervenções capazes de reduzir a prevalência deste tipo de parto e melhorar os resultados neonatais, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde.

Contribuição dos autores

Ferrari AP trabalhou na concepção do projeto de pesquisa, coleta de dados, interpretação dos dados e redação do artigo. Almeida MAM trabalhou na coleta de dados e revisão crítica do artigo. Carvalhaes MABL trabalhou na análise dos dados e revisão crítica do artigo. Parada CMGL trabalhou na concepção do estudo, análise dos dados e elaboração do artigo.

Referências

- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, Schilithz AOC, do Carmo Leal M. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl. 1):S101-16.
- Leguizamón Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Rev Bioética*. 2013; 21 (3): 509-17.
- Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT, Schilithz AOC, do Carmo Leal M. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl. 1): S220-31.
- Franceschini DTB, Cunha MLC. Associação da vitalidade do recém-nascido com o tipo de parto. *Rev Gauch Enferm*. 2007; 28 (3):324-30.
- Belo MNM, Azevedo PTÁCC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista Filho M, Figueiroa JN, Caminha MFC. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014; 14 (1): 65-72.
- Ferrari APF, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. *Rev Bras Epidemiol*. 2016; 19 (1): 75-88.
- Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JSD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50 (3): 382-9.
- Demestre Guasch X, García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A. Prematuridad tardía: una población de riesgo. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2018; 45 (1):17-23.
- Wilmink FA, Hukkelhoven CWPM, Lunshof S, Mol BWJ, van der Post JAM, Papatsonis DNM. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 202 (3): 250.e1-250.e8.
- Phaloprakarn C, Tangjitgamol S, Manusirivithaya S. Timing of elective cesarean delivery at term and its impact on maternal and neonatal outcomes among Thai and other Southeast Asian pregnant women. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016; 42 (8): 936-43.
- Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Ciê Saúde Coletiva*. 2010;15 (2):427-35.
- Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014;36(2):65-71.
- Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G, Liu S, Sha T, Li L. Effects of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: a prospective cohort study. *J Hum Lact*. 2018;34(3):526-34. 14. Moraes AB, Zanini RR, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (2): 229-40.
- Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63 (6): 998-1004.
- Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps L, Modi N, Hyde M. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr*. 2012; 95 (5): 1113-35
- Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16 (1): 90.
- Berde AS, Yalcin SS. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16 (1):32.
- Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, Attygalle DE, Shrestha N, Mori R, Nguyen DH, Hoang TB, Rathavy T, Chuyun K, Cheang K, Festin M, Udomprasertgul V, Germar MJ, Yanju G, Roy M, Caroli G, Ba-Thike K, Filatova E, Villar J. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010; 375 (9713): 490-9.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. Brasília, DF; 2018 [acesso 12 Jun 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>
- Prefeitura Municipal de Botucatu – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu; 2012.
- CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. p. 1-115. (Protocolo; 179).
- WHO (World Health Organization). Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018) [Internet]. 2018 [acesso 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>
- Sampaio ÁRR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (2): 1-2.
- Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Carmo Leal M. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 (Suppl. 1): S128-39.
- D'Artibale EF, Bercini LO. The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014; 18 (2): 356-64.
- Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and

- neonatal mortality. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89 (2): 131-6.
28. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45 (1): 69-78.
29. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (4): 697-708.
30. Tracy SK, Sullivan EA, Tracy MB. Admission of term infants to neonatal intensive care: A population based study. *Birth Issues Perinat Care*. 2007; 34: 301-8.

Recebido em 13 de Maio de 2019

Versão final apresentada em 26 de Abril de 2020

Aprovado em 26 de Maio de 2020