



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ludymila Carvalho Sena

**Produção científica sobre as complicações neonatais associadas à
via de parto cesárea.**

Goiânia,
2023

Ludymila Carvalho Sena

**Produção científica sobre as complicações neonatais associadas à
via de parto cesárea.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Gabriela Butrico

Goiânia,

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto à minha mãe Adriane Ferreira e minha vó Maria Ferreira Lima (in memoriam). O real motivo de toda minha persistência ao longo desses 5 anos, meus modelos de vida que ensinaram como se reerguer diante das adversidades da vida, cujo empenho em me educar sempre veio em primeiro lugar. Aqui estão os resultados dos seus esforços com muita gratidão!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me abençoar durante essa caminhada, à minha mãe por ser meu exemplo de força, persistência, obrigada por ser minha base, meu porto seguro, por me apoiar, incentivar e está sempre comigo. Agradeço à minha companheira Jordana por me manter firme diante das adversidades enfrentadas ao longo dessa caminhada, todo apoio e dedicação. Ao meu padrasto Mucio por todo incentivo ,apoio e conselhos ao longo dessa caminhada. A minha irmã Bruna obrigada por sempre está ao meu lado me apoiando, á todos os meus familiares que tiveram total importância durante esse período, a minha orientadora Prof^a.Dr^a Gabriela Butrico por toda paciência, obrigada por compartilhar seus conhecimentos, por tornar isso tudo possível. Expresso minha gratidão ao meu pai, amigos da Fundação Bradesco que são os melhores que o destino me trouxe do ensino fundamental/ médio pra vida, a minha melhor amiga de faculdade que eu levo pra vida Bruna Fábria, obrigada por ter deixado meus dias mais leves e por ser minha cúmplice de vida em todos os momentos que precisei, aos meus amigos que o IPV me trouxe ao longo dessa jornada. Saibam que eu tenho minha eterna gratidão por todos que passaram e contribuíram para minha trajetória até aqui de forma direta ou indireta.

RESUMO

SENA, Ludymila. PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AS COMPLICAÇÕES NEONATAIS ASSOCIADAS À VIA DE PARTO CESÁREA. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia-Goiás, 2023.

INTRODUÇÃO. A cesariana é um procedimento que revolucionou a medicina e tem como objetivo principal impactar na redução de taxas de mortalidade, porém tornou-se uma possibilidade de facilitar todo o processo natural ocasionando um aumento significativo nas indicações cesárias em todo mundo. O índice de cesarianas, sem indicação clínica, está associado a maiores riscos de prematuridade, maiores índices de mortalidade neonatal, maior tempo de internação, maior consumo de fármacos, maior demora no início da amamentação, dentre 19 outras complicações no desenvolvimento infantil. **OBJETIVO GERAL.** Mapear as evidências, disponíveis na literatura, sobre complicações neonatais associadas ao parto cesáreo. **MATERIAIS E MÉTODOS.** Tratou-se de um estudo de revisão integrativa, que utilizou cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, evolução dos dados, avaliação dos dados e análise dos dados. O total de 672 artigos foram identificados a partir da busca por publicações em base de dados e literatura cinzenta e destes e após leitura categórica dos estudos na íntegra 12 estudos foram incluídos para a leitura, análise e categorização dos dados. **RESULTADOS.** A amostra deste estudo foi constituída por 12 artigos, com maioria sendo estudos retrospectivos, ano de 2022, tendo como complicações: icterícia neonatal, complicações respiratórias adversas, idade gestacional (IG), admissão em unidade de terapia intensiva (UTI), hipoglicemia, baixo peso ao nascer, sepse neonatal, risco de morte neonatal, e convulsões, risco de contusões, traumas do procedimento cirúrgico; prematuridade e atraso no desenvolvimento neurológico. **CONCLUSÃO.** Os resultados dessa pesquisa ressaltaram a necessidade de investimento em uma abordagem que deve ser multifacetada, incluindo políticas públicas de saúde e educação a fim de garantir instrução e conscientização quanto benefício da via de parto vaginal, apresentando os riscos e benefícios de diferentes tipos de parto e revisão de políticas hospitalares, a fim de promover uma tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes e incentivar a discussão aberta sobre as opções de parto disponíveis.

Palavras-chave: cesariana, mortalidade, complicações, neonatal, conscientização.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Cesarean section is a procedure that revolutionized medicine and its main objective is to reduce mortality rates, but it has become a possibility to facilitate the entire natural process, causing a significant increase in cesarean section indications worldwide. The rate of cesarean sections, without clinical indication, is associated with greater risks of prematurity, higher rates of neonatal mortality, longer hospital stays, greater drug consumption, greater delay in starting breastfeeding, among 19 other complications in child development. **MAIN GOAL.** Map the evidence available in the literature on neonatal complications associated with cesarean section. **MATERIALS AND METHODS.** This was an integrative review study, which used five stages: problem identification, literature search, data evolution, data evaluation and data analysis. A total of 672 articles were identified from the search for publications in databases and gray literature, and after categorical reading of the studies in full, 12 studies were included for reading, analysis and categorization of data. **RESULTS.** The sample of this study consisted of 12 articles, with the majority being retrospective studies, year 2022, with complications: neonatal jaundice, adverse respiratory complications, gestational age (GA), admission to an intensive care unit (ICU) , hypoglycemia, low birth weight, neonatal sepsis, risk of neonatal death, and seizures, risk of bruises, trauma from the surgical procedure; prematurity and delayed neurological development. **CONCLUSION.** The results of this research highlighted the need for investment in an approach that must be multifaceted, including public health and education policies in order to ensure education and awareness regarding the benefits of vaginal birth, presenting the risks and benefits of different types of birth and review of hospital policies in order to promote shared decision-making between doctors and patients and encourage open discussion about available birth options.

Keywords: cesarean section, mortality, complications, neonatal, awareness.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

PP- Plano de Parto

HPPN - Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém-Nascido

RN- Recém-Nascido

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

LILACS - Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	OBJETIVO GERAL	11
3.	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1	História do parto cesáreo	12
3.2	História do parto normal	15
3.3	Complicações associadas a via de parto	19
4.	MATERIAIS E MÉTODO	24
4.4	Busca na literatura	25
4.5	Critérios de inclusão.	25
4.6	Critérios de exclusão.	25
4.7	Categorização dos estudos	27
5.	RESULTADOS	29
6.	DISCUSSÃO	37
7.	CONCLUSÃO	41
8.	REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

O parto é um dos eventos mais importantes na gravidez, considerado um momento de emoções entre a mãe e o bebê, e a mãe espera ser respeitada em suas decisões e trazer o seu filho em segurança para o mundo. Na antiguidade o parto era considerado algo natural, ou conhecido popularmente como parto vaginal, e de forma privada, apenas aos familiares mais próximos participavam (Buzzello, Jesus, 2004).

Entretanto, com o passar dos anos, a medicina trouxe avanços tecnológicos, anestésias, formas de aliviar o desconforto e agilizar o processo de expulsão do feto, gerando uma desenfreada onda de partos cesáreos (Brenes, 1991).

A cesariana é um procedimento que revolucionou a medicina e tem como objetivo principal impactar na redução de taxas de mortalidade, garantindo o máximo de segurança para mãe e feto (Brasil, 2001).

Porém tornou-se uma possibilidade de facilitar todo o processo natural ocasionando um aumento significativo nas indicações cesáreas em todo mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao todo, 57,6%, dos nascidos no Brasil, de janeiro a outubro de 2022, foram por cesariana. Esses dados geram um alerta que indicam a maior taxa da história, muito acima do preconizado de 15% pela OMS (Cambricoli, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a cesariana é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês quando indicada por motivos médicos. Historicamente, era realizada com o único intuito de se retirar a criança de uma mãe moribunda ou morta e era uma última alternativa que, se destinava a salvar a vida do bebê e não da mãe (Filho; Montenegro, 2014). O índice de cesarianas, sem indicação clínica, está associado a maiores riscos de prematuridade, maiores índices de mortalidade neonatal, maior tempo de internação, maior consumo de fármacos, maior demora no início da amamentação, dentre 19 outras complicações. (D'orsi; Habiba *et al.*, 2006; Freitas *et al.*, 2005; Potter *et al.*, 2001; Faúndes & Cecatti, 1991).

A decisão da via de parto é decisão da parturiente, porém é obrigação do profissional da saúde garantir clareza para a mulher e companheiro(a), sobre os riscos das vias de parto, vantagens e desvantagens durante as consultas de pré-

natal. Essa orientação garantirá que o parto aconteça com o menor risco possível buscando atender às necessidades, demandas e especificidades de cada gestante, incluindo condutas humanizadas, acolhedoras e com a menor ausência possível de intervenções desnecessárias (Weidle *et al.*, 2014).

Tais ações podem ser descritas no plano de parto (PP), conduzidas durante as consultas, em que os profissionais de saúde descrevem a assistência ao parto ainda na gestação. O texto é feito durante o período gestacional e baseado em informações que a mulher obteve durante o período gravídico, que deve trazer de forma clara todas as vontades e desejos, com o intuito de orientar os profissionais de saúde que acompanharão o processo (Medeiros *et al.*, 2019).

A via de parto é o evento mais fundamental e crítico para o estabelecimento do microbioma do feto (Moore; Townsend, 2019). No parto ocorre a contaminação das mucosas, trato respiratório e pele do bebê pela flora vaginal e fecal da mãe, gerando uma colonização por bactérias que irão compor durante a vida, o microbioma e o eixo cérebro-intestino (Gur, 2015). Já a cesariana é considerada um dos fatores de interrupção do microbioma, devido aos usos de antibióticos na gestação e a alimentação do bebê por fórmulas (Kim *et al.*, 2019).

O número crescente de crianças e jovens adultos que nasceram via cesárea eletiva, gerou uma lacuna do conhecimento, em que, até pouco tempo atrás, não havia clareza sobre possíveis alterações na saúde desta população pela introdução deste procedimento, em larga escala. (Clara; Mikael, 2013). Alguns estudos geraram uma lacuna sobre a cesariana estar associada a alguns fatores como prematuridade, comprometimento na amamentação, surgimento de algumas patologias segundo (Seidma *et al.*, 1991) e menores coeficientes de inteligência.

Além disso, a escolha da cesárea por comodidade, fins lucrativos e falta de orientação é preocupante, pois uma indicação errônea para tal procedimento compromete a saúde da genitora e do RN (Domingues *et al.*, 2014).

Estudos recentes demonstram que crianças nascidas de cesariana eletiva, especialmente antes da 39ª semana gestacional, apresentam maior incidência de: complicações e problemas respiratórios, como hipertensão pulmonar persistente, dificuldades respiratórias no período neonatal, taquipnéia respiratória, síndrome da angústia respiratória e desenvolvimento de asma (O'shea *et al.*, 2010; Tita *et al.*, 2009; Araújo, Hansen *et al.*, 2008; Kolas *et al.*, 2006; Hales, Morgan, & Thurnau, 1993);

Outras complicações descritas na literatura são o atraso no início da amamentação, com conseqüente diminuição da probabilidade de aleitamento materno e inserção precoce à ingestão de fórmulas lácteas, as quais estão associadas a fenômenos de intolerância às proteínas do leite de vaca (Bodner *et al.*, 2011; O'shea *et al.*, 2010).

Sabe-se que as taxas de amamentação precoce são menores depois da cesariana eletiva quando comparadas com parto vaginal e que os bebês nascidos de cesariana eletiva mamam ao seio, por menos tempo, quando comparados a bebês nascidos por parto (Prior *et al.*, 2012).

Assim sendo, mediante o exposto acima, torna-se de suma importância o levantamento de possíveis associações entre as vias de parto e como tais eventos estão diretamente associados aos déficits e/ou variações da normalidade, no quesito desenvolvimento infantil. A partir disso, tem-se a seguinte questão de pesquisa: Quais são as associações entre a via de parto cesariana e complicações neonatais, disponíveis na literatura?

2. OBJETIVO GERAL

Mapear as evidências, disponíveis na literatura, sobre complicações neonatais associadas ao parto cesáreo.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 História do parto cesáreo

Muitos dizem ser mito o fato de o nome “cesariana” ter se originado na forma como o imperador Júlio Cesar teria vindo ao mundo, pois seguindo uma lei que existia na Roma Antiga, esse tipo de operação só era feito após a morte da mãe, visando salvar o feto ainda com vida. Fato este que não aconteceu com Júlio Cesar, pois sua mãe, Aurélia, sobreviveu após o parto, tendo ainda mais cinco filhos depois dele, e todos os bebês que sobreviviam após serem retirados do útero da mãe, que havia falecido, eram chamados de cesões ou césares, vindo daí o nome desse tipo de parto (Moraes; Paula Louredo, 2022).

A segunda teoria atribui o termo cesárea à Lex Regia, ou Lei dos Reis, proclamada por Numa Pompilius, antigo rei romano (716-673 a.C.) que ordenava a execução do procedimento com o objetivo de salvar a criança quando a morte da mãe ocorria nas últimas semanas de gestação. Em caso de falecimento, esta não poderia ser enterrada antes que o feto fosse extraído de seu ventre. Mais tarde, essa lei foi denominada Lex Caesarea, dando origem ao termo cesariana (Medeiros *et al.*, 2010).

O primeiro registro de cesariana na qual tenham sobrevivido mãe e filho data de 1500, na Suíça. Não foi realizada por um médico, mas pelo castrador de porcos, Jacob Nufer, marido da parturiente. Sua esposa encontrava-se há vários dias em trabalho de parto, assistida por 13 parteiras, sem sucesso. Após conseguir permissão das autoridades legais, Nufer abriu o ventre da esposa em golpe único, como abatendo porcos, e extraiu seu filho vivo. A mulher sobreviveu e, posteriormente, deu à luz cinco filhos via parto vaginal, sendo um de gêmeos (Graham, 1957).

A introdução da cesárea na prática obstétrica só teve início a partir do século XVIII. Tinha uma alta mortalidade fetal e materna e só era praticada em casos muito especiais. Langaard (1873), em seu Dicionário de Medicina Doméstica e Popular, dá-nos o seu testemunho: “Apesar de que não se pode admitir que a operação seja absolutamente mortal, é o número das operadas que escapam muito limitado”. A preferência dos obstetras era para o uso do fórceps ou, se necessário, a embriotomia. Somente no século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira (Rezende, J.M. 2009. p. 172.)

No Brasil, como em muitas partes do mundo, as práticas de parto sofreram transformações intensas ao longo do século XX, sendo um dos aspectos mais proeminentes a difusão da cirurgia cesariana (Declerq *et al.*, 2011; Betran *et al.*, 2007; Progianti, 2004). A cesárea tornou-se componente essencial da assistência obstétrica e contribuiu para a redução das taxas de mortalidades materna e neonatal (Leal *et al.*, 2012).

Meados do século XVI, início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto (Maldonado, 2002) e as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição (Tornquist, 2002).

A difusão da operação cesariana tem sido motivo de controvérsias nos meios políticos, profissionais, científicos e leigos em vários países, e alguns estudiosos chegam a questionar se a utilização da operação cesariana não teria se tornado o modo normal de nascer, na atualidade (Sarda *et al.*, 2010).

No campo mais específico da ginecologia e obstetrícia, as análises de manuais dos séculos XIX e XX fazem parte da estratégia metodológica de algumas pesquisas que investigam as imbricações entre gênero, biomedicina, história e saúde pública (Rohden, 2001; Martins, 2004).

O parto cesáreo é realizado por meio da extração fetal através de uma abertura na parede abdominal e uterina. Esse acesso ocorre, por sua vez, principalmente por meio da incisão de Pfannenstiel, uma incisão transversa, curvada, com 8 a 12 cm de extensão e realizada de 2 a 3 cm acima da sínfise púbica, por ser uma incisão transversa, apresenta menor possibilidade de dor pós-operatória e formação de hérnias, se comparada à incisão mediana. Além de que também é a mais utilizada por apresentar um melhor resultado estético em relação a outras incisões transversas (Fernandes *et al.*, 2008).

Desse modo, a incisão mediana, executada na porção infraumbilical, utilizada quando é necessário um acesso mais rápido à cavidade abdominal ou uma melhor exposição, uma vez que causa menos sangramento e lesões de nervos superficiais e pode ser ampliada cefalicamente para facilitar o acesso. (Montenegro; Barbosa *et al.*, 2018).

É realizado a primeira incisão no tecido subcutâneo, ao encontrar a aponeurose é realizada uma incisão com bisturi na camada fascial e uma extensão lateral com tesoura de 1 a 2cm, por baixo da pele. Depois, desloca-se a aponeurose

8 a 10 cm para cima, no sentido do umbigo, utilizando-se tesoura e dissecação romba, repetindo o mesmo procedimento inferiormente até a sínfise púbica, após isso é realizado a incisão no músculo reto abdominal e piramidal (Montenegro; Barbosa *et al.*, 2018).

No peritônio a incisão é feita no sentido vertical por meio de abertura com os dedos, acima da reflexão vesical. A histerotomia pode ser transversa ou vertical e, portanto, deve-se observar qual é a mais indicada para as características de cada caso. Ao atingir a cavidade uterina é realizada a extração fetal correspondente à sua apresentação*, e de 30 a 60 segundos após o nascimento é efetivado o clampeamento do cordão umbilical. Feito isso, a dequitação espontânea da placenta é estimulada, por reduzir risco de endometrite e perda sanguínea. Concluído o procedimento, inicia-se o fechamento uterino e da parede abdominal (Barbosa *et al.*, 2018).

O parto cesariano foi associado a maiores taxas de risco de infecção no pós-parto, infecção urinária, cefaleia, dor e complicações da anestesia. A mesma não é um fator de proteção contra complicações tardias, como incontinência urinária e fecal, cistocele e prolapso de útero em estudo realizado na Finlândia, a dor persistente foi mais comum um ano após o parto cesárea do que após o parto vaginal (Gibbons *et al.*, 2010).

Quanto ao risco de complicações anestésicas, essas são mais frequentes em mulheres que realizam o parto cesárea, obviamente por se tratar de um procedimento cirúrgico e por não ser rotina em todos os serviços brasileiros o fornecimento de analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e parto vaginal, está associado a maior chance de hemorragia que requereu histerectomia entre as mulheres que tiveram parto cesárea. As cesarianas devem ser realizadas com prudência, quando há indicações claras e seus benefícios superam os potenciais riscos (Mascarello *et al.*, 2018).

Estudos já demonstraram que, após uma cesárea de emergência ou o uso de fórceps, o risco de estresse pós-traumático aumenta, por outro lado, cesárea eletiva ou parto vaginal também possam desencadear a doença (Cavalsan *et al.*, 2015). Maior probabilidade de complicações em outras gestações, atraso da amamentação e do contato pele a pele da mãe com o bebê, endometriose, má cicatrização e quelóide são algumas das dificuldades que podem surgir após o parto (Moldenhauer *et al.*, 2022).

Assim, o principal desafio relacionado às cesarianas está em fazer o melhor uso desse procedimento, um recurso importante para a redução da mortalidade materna e neonatal, mas que, quando usado de maneira excessiva, pode estar associado a um risco aumentado de resultados maternos desfavoráveis (Mascarello *et al.*, 2018).

3.2. História do parto normal

O parto, inaugura novas experiências na vida da mulher e serve como marco entre ser filha e tornar-se mãe, entre o bebê idealizado e o bebê real, entre o que a mulher sonhou para si e como será de fato, entre tantas outras mudanças que ocorrem de acordo com a cultura da parturiente abrangendo o plano físico, mental, emocional e social (Donelli, 2003; Maldonado, 2002; Soifer, 1980).

Os registros históricos a respeito do parto natural são muito antigos, datando de 6 a 7 mil anos AC. São as esculturas encontradas na Turquia e que representam uma deusa sentada no trono e dando à luz, estando o recém-nascido visível entre suas coxas. Na Índia, na China e no Japão, as posições mais utilizadas eram verticais (em pé, ajoelhada, sentada e de cócoras), de acordo com os dados coletados por historiadores (Machado, 2015). O parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam (Maldonado, 2002).

O parto e a assistência ao parto passaram por diversos aperfeiçoamentos no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não-medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. c, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido. Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (Maldonado, 2002; Mott, 2002).

Por isso, há um movimento de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento (Brasil, 2001; Donelli, 2003; Helman, 2003; Maldonado, 2002; Mott, 2002).

[...] O incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde [...]. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas (Priszkulnik & Maia, 2009, P. 81)

O parto vaginal engloba várias formas e posições. Uma forma de parto vaginal pode ser o parto preparado, também chamado de parto sem dor. Esse parto abarca o método psicofilático, criado em 1949 por Velvoski, Platonov e Nicolaiev na Rússia, tendo como objetivo principal o treinamento da parturiente para que ela possa participar do parto de forma lúcida e cooperativa, sem nenhuma ou pouca analgesia (Nagahama; Santiago, 2005; Tornquist, 2002).

Outra forma de parto vaginal é o parto vertical, no qual a parturiente utiliza as posições verticais, a saber, sentada, de pé, de joelhos ou de cócoras. Acredita-se que essa prática já era exercitada no Egito, na Grécia antiga, entre os romanos e, é praticada ainda nas culturas onde a obstetrícia ocidental não é dominante (Maldonado, 2002).

Além disso, há o parto na água, esse parto é indicado para mulheres que se sentem confortáveis e tranquilas na água. A mulher fica dentro de uma piscina ou banheira que possibilita mais liberdade de movimento de sua bacia, isso faz com que a dor do parto seja aliviada e o bebê passe mais facilmente através do canal da bacia. Assim, o parto na água tende a diminuir a dor da mulher e o estresse do bebê. O parto na água faz parte da medicina popular nas mais diversas culturas desde a.C., no Brasil, o parto na água teve um forte impulso, a partir da década de 80 (Enning, 2000)

O Parto Leboyer, desenvolvido como filosofia de assistência ao parto por Leboyer em 1974, no qual há maior preocupação com o bebê e busca reduzir o impacto entre o mundo intrauterino e o extrauterino. Dessa forma, reproduz o ambiente intrauterino, fazendo da sala de parto um ambiente com luz difusa, silenciosa, com música suave e imediato contato corporal entre mãe e bebê. Nesse

sentido, antes mesmo de cortar o cordão umbilical, o bebê fica longo tempo sobre o ventre da mãe sendo acariciado (Maldonado, 2002).

A OMS define parto normal como “aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições”. Trata-se clinicamente, em “Parto/Estudo Clínico e Assistência”, do estudo do parto analisando-se as três fases principais (dilatação, expulsão e secundamento), precedidas de estágio preliminar, o período premonitório (pré-parto). Tende-se a considerar um quarto período, que compreenderia a primeira hora após a saída da placenta (Guanabara, 2014).

Quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto, destaca-se a dor, o aumento do nível de energia, as alterações do colo uterino, o aumento da vontade de urinar, a perda do tampão mucoso, as contrações ritmadas e a ruptura espontânea da bolsa amniótica (Giacomini *et al.*, 2020).

O trabalho de parto é dividido em quatro etapas. A primeira é a fase de dilatação, começa quando as contrações se tornam regulares, com intervalo de 5 minutos entre uma e outra e persistentes durante pelo menos uma hora, podendo chegar a 18 horas. No início da dilatação, esse processo ocorre de forma mais lenta, demorando de seis a oito horas, em média, para chegar a quatro ou cinco centímetros. Depois, no período mais ativo, o colo do útero dilata cerca de um centímetro por hora até que ele atinja a dilatação total de 10 centímetros. É geralmente no final dessa fase que a bolsa se rompe, porém, em algumas mulheres, a bolsa pode se romper antes mesmo do trabalho de parto começar (Parpinelli, 2005; Coutinho, 2002; Albertoni *et al.*, 2020).

Na segunda fase ocorre a expulsão onde as contrações se tornam mais intensas e o canal do colo do útero já está totalmente dilatado. Assim, o bebê começa a encaixar para nascer. Nesse momento, surge uma vontade irresistível de fazer força e é importante fazer força na mesma hora que as contrações vierem. Quando a cabeça do bebê estiver próxima da vagina, a mãe sente um ardor e o médico poderá pedir para que ela diminua a força. Dessa forma, o bebê nasce mais lentamente e, assim, diminui o risco de lesões no períneo (Parpinelli, 2005; Coutinho, 2002; Albertoni *et al.*, 2020).

Em terceiro e quarta etapa a dequitação o bebê já nasceu, as contrações continuam, mas com bem menos intensidade para que a placenta seja expelida. Esse momento dura de cinco a dez minutos. A fase conhecida como Greenberg é definida como a primeira hora após a saída da placenta. Trata-se de um momento de observação da mãe pela equipe médica com o objetivo de evitar hemorragias. Depois desse período, o útero já está bem contraído. Algumas mães podem se sentir nas “nuvens”, pois o organismo libera ocitocina, conhecido como “o hormônio do amor” e responsável por influenciar o vínculo materno (Parpinelli, 2005; Coutinho, 2002; Albertoni *et al.*, 2020).

O puerpério, ou pós-parto, é o período que se inicia após a dequitação (saída da placenta) e termina com a primeira ovulação da mulher. A primeira ovulação nas mulheres que não amamentam ocorre entre 6 e 8 semanas após o nascimento do bebê. Nas mulheres que amamentam isso pode acontecer depois de 6 a 8 meses. Esse é um momento de mudanças físicas, fisiológicas e psíquicas. Como o período em que a primeira ovulação acontece é imprevisível, se a mãe não quiser ficar grávida é essencial que use algum método contraceptivo para não correr riscos. Para saber e decidir-se pelo melhor método, converse com seu médico (Sorgatto *et al.*, 2014).

A secreção genital que as puérperas apresentam chama-se lóquios. Este processo de loquiação é decorrente da cicatrização da área do útero onde estava situada a placenta. No início é vermelha viva (lóquios rubros) e gradativamente vão se tornando mais escuros (fusco) e depois de aproximadamente dez dias tornam-se amarelados (flava), e desaparecem após 6 (seis) semanas. Os lóquios têm cheiro característico, porém não desagradável. Na presença de cheiro forte e desagradável devemos pensar em infecção e o tratamento deve ser administrado por um médico imediatamente (Campos *et al.*, 2009).

Estudos revelam que a maioria das mulheres tem preferência pelo parto normal tanto na saúde pública como no setor privado, no entanto apesar desse desejo inicial o setor privado apresenta mais que o dobro de partos cirúrgicos moldados pela conduta intervencionista do médico. Entre os fatores que são apontados na maioria dos estudos para justificar a crescente frequência de partos cesáreos estão fatores sociais, demográficos, culturais, associados pela solicitação materna para o tipo de parto e fatores associados ao modelo assistencial desenvolvido (Patah; Malik, 2011).

3.3. Complicações associadas a via de parto

O pós-parto é um período de grande vulnerabilidade para as mulheres, e tanto o parto vaginal quanto a cesárea apresentam riscos de complicações. O aumento das taxas de cesáreas está relacionado ao aprimoramento da técnica cirúrgica e anestésica, mais disponibilidade de recursos propedêuticos capazes de definir riscos para o feto, o aumento da incidência de gestações em pacientes com cesariana prévia, além de fatores socioculturais relacionados à praticidade do parto programado (Zimmermann *et al.*, 2008).

O grande problema dessa prática é a sua associação com complicações maternas e fetais, como, por exemplo: acidentes anestésicos, hemorragias, lesões vesicais e intestinais, alongamento da incisão miometrial, embolia amniótica e infecção puerperal. Mesmo após o nascimento, algumas complicações podem surgir como a obstrução intestinal por aderências, endometriose nas incisões, acretismo placentário nas gestações subsequentes, placenta prévia (Duarte *et al.*, 2014).

Os neonatos, a termo nascidos por cesariana eletiva, têm risco aumentado de desenvolver desordens respiratórias comparadas com aqueles nascidos por parto normal. Com relação à amamentação, observou-se que os nascidos por cesárea eletiva apresentam uma chance três vezes maior de interrupção completa da lactação aos trinta dias de vida (Cardoso *et al.*, 2010).

A morbidade da parturiente pós-parto cesariana é maior que para nascimentos por via vaginal. Comparado ao parto por via vaginal espontâneo, a cesária está associada a riscos aumentados de infecções, necessidade de transfusão sanguínea, pneumonia, complicações cardiopulmonares, tromboembolismo e desordens gastrointestinais na parturiente. O risco de readmissão hospitalar nos sessenta dias pós-parto cesariana é maior que após o parto por via vaginal espontânea (Silva *et al.*, 2009).

O recém-nascido termo possui características biomecânicas pulmonares bem distintas do que ao final da maturação do sistema respiratório. Os pulmões são pouco elásticos, desta forma, apresentam menor distensibilidade durante a fase de inspiração e expiração (Fonseca *et al.*, 2016).

A caixa torácica, por se apresentar mais cartilaginosa, é instável. As costelas são horizontalizadas, com ausência da posterior obliquidade e descendência que possibilita a amplitude dos movimentos respiratórios com menor esforço. Apresenta

elevação esternal e de cintura escapular, além de um encurtamento muscular fisiológico de cadeia posterior e peitoral (Trevisan, 2014).

O trabalho de parto constitui um processo pulmonar benéfico para o recém-nascido, assim como no âmbito imunológico. Desta forma, a maior frequência de cesarianas pode estar ligada ao aumento da incidência de doenças autoimunes e asma. Por não ocorrer à compressão torácica durante a passagem do bebê pelo canal vaginal ocorre a diminuição da liberação de catecolaminas, que acontece durante o parto (Fonseca *et al.*, 2016).

As catecolaminas assim como as prostaglandinas promovem a secreção de surfactante. Desta forma, ocorre uma diminuição da concentração de surfactante nas cesarianas eletivas em comparação aos partos normais ou cesarianas realizadas após o início do trabalho de parto (Brasil, 2012).

Cesáreas eletivas apresentam riscos pelo menos cinco vezes maior de hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido (HPPN) em comparação a partos vaginais. A HPPN é uma condição de hipoxemia e cianose causada por falha na transição respiratória normal. Onde a produção reduzida de prostaglandinas observada após cesárea eletiva seria um dos fatores responsáveis pela resistência vascular aumentada do recém-nascido com HPP (Araujo *et al.*, 2008).

O parto cesáreo pode elevar a incidência da doença em até 1 a cada 27 nascidos vivos. As cesarianas em primíparas estão associadas ao aumento dos riscos nas gestações posteriores, o que pode causar parto pré-termo, baixo peso ao nascer e morte neonatal (Santos *et al.*, 2009).

Além disso, esta forma de nascimento faz com que haja uma maior taxa de admissão nas unidades neonatais, assim como maior necessidade de suplementação de oxigênio e maior incidência de problemas respiratórios por imaturidade pulmonar (Santos *et al.*, 2009).

A rinite alérgica e a dermatite atópica foram relatadas como mais prevalentes em crianças nascidas por cesárea ou cesárea eletiva, que apresentaram probabilidade duas vezes maior de desenvolver essas patologias quando comparadas àquelas nascidas de parto vaginal (Pistiner *et al.*, 2008).

Foi verificada maior incidência de intolerância ao leite de vaca relacionada ao parto cirúrgico agendado. Crianças nascidas por cesárea eletiva apresentaram intolerância e alergia ao leite de vaca com mais frequência do que as nascidas de parto normal (Eggesbo *et al.*, 2009; Valverd *et al.*, 2009). Há ainda indícios que

bebês nascidos de cesárea apresentam a flora gastrointestinal diferente dos nascidos de parto vaginal (Siggers *et al.*, 2008). O intestino privado desta experiência, ou seja, nascidos de cesárea eletiva, podem ter a imaturidade imunológica prolongada, aumentando o risco de doenças imunológicas no futuro (Ly *et al.*, 2006).

Intercorrências relacionadas à cesárea eletiva são: aumento da hospitalização (Hakansson; Kallen, 2003) e aumento do risco para doença celíaca e doenças inflamatórias (Decker, Engelmann, Findeisen, 2010).

Indicam que a cesárea pode gerar prejuízo ao aparelho gastrointestinal no futuro. A incidência destas doenças parece estar relacionada ao fato de o bebê nascido por cesárea ser privado da exposição a micro-organismos que são acessíveis apenas aos bebês nascidos de parto vaginal. Há indícios de que a higiene provocada artificialmente aos recém-nascidos de parto cesariano aumenta o risco de desenvolver doenças relacionadas ao sistema imunológico (Neu; Rushing, 2011; Strachan, 1989).

Colocando em destaque que frequentemente, permanecem mais tempo separadas de suas mães, verifica-se que a amamentação também é adiada, alterando a colonização bacteriana no neonato quando comparados com os nascidos via vaginal, situação em que a amamentação é imediata (Prior *et al.*, 2012; Vestermark *et al.*, 1991).

Outro mecanismo que pode ser a base das diferenças das respostas imunitárias entre bebês nascidos de cesárea e parto vaginal está relacionado aos níveis de hormônios do estresse no nascimento. Durante o parto vaginal, as contrações e a interação mãe-bebê durante o processo tendem a estimular, no recém-nascido, uma resposta significativa ao estresse. A falta de aumento do hormônio do estresse e má ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal podem resultar em um sistema imunológico menos maduro que o dos bebês nascidos de parto vaginal (Coelho *et al.*, 2021).

Um ponto de bastante atenção é sobre o impacto que a via de parto por cesárea eleva os índices de necessidade de manobras de reanimação é cerca de 2 vezes maior: APGAR menor em relação aos RN a termo (Almeida *et al.*, 2007); Mally *et al.*, 2010); Maior risco de hipotermia e hipoglicemia nas primeiras horas e ao longo do primeiro ano de vida (Adamkim; Omittee, 2011); Dificuldade e problemas na alimentação por dificuldade na coordenação da sucção, deglutição e respiração

(Shapiro-Mendoza, 2009); Risco de paralisia cerebral 2 a 3 vezes maior. (Hunt, 2006; Kinney, 2006); Maior risco de apneia, bradicardia e síndrome da morte súbita (Santos *et al.*, 2009); Mortalidade neonatal 4,6 vezes maior, mortalidade infantil 3 vezes maior que os nascidos a termo (Laptook; Jackson, 2006) e risco de morbidades, problemas no crescimento e desenvolvimento em curto prazo (Engle; Kominarek, 2008).

Sabe-se que são múltiplos os fatores determinantes do desenvolvimento infantil, incluindo fatores genéticos, ambientais e as experiências precoces, que influenciam o desenvolvimento do cérebro (Kashu *et al.*, 2009).

A via de parto normal é considerada a forma mais comum e natural de dar à luz um bebê. No entanto, como em qualquer procedimento médico, existem riscos e complicações associados a esse tipo de parto. Essas complicações podem afetar a mãe e o bebê, e algumas podem ser graves (Gupta *et al.*, 2021).

Uma das principais complicações associadas à via de parto normal é a laceração vaginal. Isso ocorre quando o tecido da vagina é esticado durante o parto, causando uma ruptura na pele. Essa laceração pode variar em gravidade, desde pequenas lacerações superficiais até lacerações mais profundas que afetam o músculo da vagina. Essas lacerações podem levar a dor e desconforto, além de aumentar o risco de infecção (Metz *et al.*, 2021).

Outra complicação comum associada à via de parto normal é a incontinência urinária. Durante o parto, o assoalho pélvico pode ser danificado, o que pode levar a perda de controle da bexiga. Isso pode afetar a qualidade de vida da mulher e requer tratamento médico (Akhter *et al.*, 2019).

Além disso, o parto normal também pode causar lesões no colo do útero, na bexiga, no reto ou na uretra. Essas lesões podem afetar a capacidade da mulher de controlar a micção e as fezes, o parto normal inclui também casos de hemorragia pós-parto, infecção, trauma fetal e asfixia. Essas complicações podem ser graves e requerem intervenção médica imediata (Goudar *et al.*, 2018).

O parto normal também pode trazer algumas complicações para o recém-nascido. Uma das complicações mais comuns associadas ao parto normal é o trauma no crânio do bebê. Durante o parto normal, a cabeça do bebê é comprimida pela passagem vaginal, o que pode resultar em inchaço ou hematomas no couro cabeludo. Em casos mais graves, pode ocorrer uma fratura do crânio ou hemorragia

intracraniana. Essas complicações podem levar a danos cerebrais permanentes e exigem intervenção médica imediata (Lawn *et al.*, 2016).

Outra complicação possível é a asfixia neonatal, que ocorre quando o bebê é privado de oxigênio durante o parto. Isso pode levar a lesões cerebrais ou morte fetal. A asfixia neonatal pode ser causada por uma variedade de fatores, incluindo complicações durante o trabalho de parto, como um cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê (Deneux-Tharaux *et al.*, 2020).

Além disso, o parto normal também pode aumentar o risco de lesões nos ombros do bebê, como a distocia de ombro, que ocorre quando a cabeça do bebê passa pelo canal vaginal, mas os ombros ficam presos. Essa complicação pode levar a danos no plexo braquial do bebê, o que pode resultar em paralisia de um ou mais membros superiores (Mascarenhas *et al.*, 2018).

A cesariana eletiva estava associada a um risco significativamente menor de morte materna e morbidade materna grave, em comparação com o parto vaginal. No entanto, a cesariana eletiva estava associada a um risco aumentado de complicações neonatais, como dificuldade respiratória e admissão na UTI neonatal. Sugerindo que, para mulheres com doença cardíaca, a cesariana eletiva pode ser a via de parto mais segura em termos de resultados maternos, mas pode estar associada a um risco aumentado de complicações neonatais (Bateman *et al.*, 2013).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo de revisão integrativa que é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (Souza, Silva, Carvalho, 2010).

Para operacionalizar essa revisão integrativa, foram utilizadas cinco etapas em conformidade com a proposta de (Whittemore; Knafl, 2005), sendo elas: identificação do problema, busca na literatura, evolução dos dados, avaliação dos dados e análise dos dados.

4.2. 1ª etapa: Identificação do problema:

Segundo Whittemore e Knafl (2005), tratou-se do processo de elaboração da revisão integrativa e que iniciou com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa.

4.3. Estratégia PICO

A estratégia PICO foi utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras. Pergunta de pesquisa adequada (bem construída) possibilitou a definição correta de que informações (evidências) foram necessárias para a resolução da questão clínica de pesquisa (Santos; Pimenta; Nobre, 2007).

Acrônimo PICO:

Paciente: Crianças

Intervenção: Cirúrgica (cesárea) ou não.

Comparação: desenvolvimento infantil após o nascimento.

Outcomes (Desfecho): Ter ou não complicação.

Pergunta de Pesquisa: Existe relação direta entre a via de parto de o comprometimento do desenvolvimento infantil?

4.4. 2ª etapa: Busca na literatura:

Nesta etapa Whitemore e Knafl (2005) definiram que o processo de pesquisa bibliográfica de uma revisão integrativa deve ser claramente documentado na seção de método, incluindo os termos de pesquisa, os bancos de dados utilizados.

O objetivo da estratégia de busca foi identificar estudos publicados e não publicados. As buscas de dados foram realizadas nas Bases de dados LILACS (Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System) sendo consideradas as bases de maiores publicações relevantes ao objeto de estudo.

4.5. Critérios de Inclusão

Critérios de inclusão: artigos que abordou complicações no recém-nascido decorrente da vida de parto, textos completos disponíveis nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 1997 a 2023.

4.6. Critérios de Exclusão

Critérios de exclusão: relatos de caso, documentos oficiais, capítulos de livros, dissertações, notícias, editoriais, textos não científicos, recursos educacionais abertos, congresso e conferências.

A busca foi realizada obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, no intuito de verificar a sua adequação a questão norteadora da investigação. Assim, a partir da pergunta norteadora, foram selecionados, previamente, os descritores adequados para abranger todos os estudos relevantes ao tema.

A estratégia constituiu-se de termo das Ciências da Saúde baseados na padronização do Decs (Descritores em Ciências da Saúde), mais conhecidos como descritores controlados. Ampliando ainda a estratégia de busca foram elencados descritores não controlados, chamados de sinônimos, palavras chaves ou ainda vocabulários específicos de outras bases de dados que não utilizem Decs, e por vezes citados em outros artigos relacionados. A relação dos descritores controlados e não controlados estão descritos no Quadro 01 abaixo.

Quadro 01. Descritores controlados e não controlados para a busca de artigos em bases de dados.

CONTROLADOS	NÃO CONTROLADOS
Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Parição • Nascimento • Alívio • Parturição
Cesárea	<ul style="list-style-type: none"> • Parto Abdominal
Complicações do parto	<ul style="list-style-type: none"> • Complicações do Trabalho de Parto
Recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> • Criança Recém-Nascida • Crianças Recém-Nascidas • Lactente Recém-Nascido • Lactentes Recém-Nascidos • Neonato • Neonatos • Recém-Nascido (RN) • Recém-Nascidos
Desenvolvimento Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da Criança • Desenvolvimento da Criança em Idade Pré-Escolar • Desenvolvimento da Criança Pré-Escolar • Desenvolvimento das Crianças • Desenvolvimento das Crianças em Idade Pré-Escolar • Desenvolvimento de Criança • Desenvolvimento de Crianças • Desenvolvimento de Lactentes • Desenvolvimento de Pré-Escolares • Desenvolvimento do Lactente • Desenvolvimento do Pré-Escolar • Desenvolvimento dos Lactentes • Desenvolvimento dos Pré-Escolares • Desenvolvimento Pré-Escolar

Fonte: Autoria própria.

4.7. - 3º Etapa- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:

Para a avaliação da qualidade dos artigos foram adotados critérios como: objetivos claros, a metodologia está apropriada e adequadamente escrita, e as conclusões são coerentes com os resultados.

Assim sendo, após a definição dos descritores, foi realizado a combinação deles utilizando de operadores booleanos, nas bases de dados selecionadas e os resultados dessas combinações foram apresentados em tabelas e quadros.

4.8. 4ª etapa - Seleção e avaliação inicial dos estudos

Inicialmente, na seleção dos estudos decorreram construído um banco de dados no Excel e armazenados todos os estudos encontrados conforme estratégias de busca.

Os artigos inicialmente deram-se avaliados quanto ao título e resumo e a qualidade dos artigos quanto aos objetivos e metodologia utilizada. Além disso, a técnica de snowball será aplicada para checar as referências disponíveis nos estudos e acrescentados ao banco inicial.

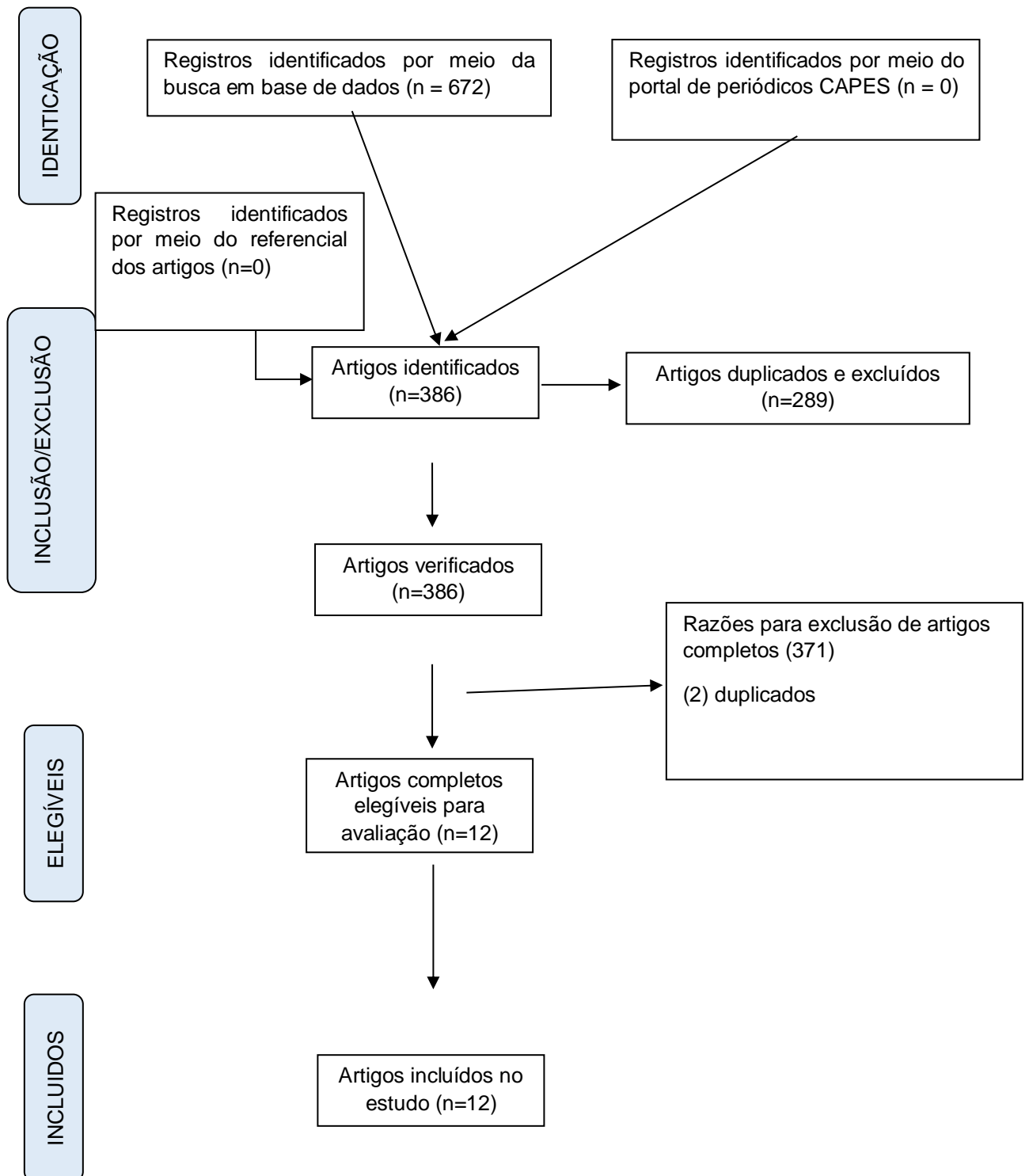
4.9. 5ª etapa - Extração e síntese dos dados

Estes bancos de dados evoluíram analisados conforme os critérios para extração definidos abaixo: título original; autor; nome do periódico em que foi publicado; ano; objetivo; população; idade; complicações; vias de parto.

4.10. PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Para o projeto de pesquisa em questão não há exigência de análise e aprovação por comitê de ética pertinente.

Figura 1. Processo de busca e seleção na forma do fluxograma PRISMA.



Fonte: Autoria própria.

O fluxograma PRISMA sintetiza o processo de busca, seleção dos artigos identificados nas bases de dados elencadas (Figura 1).

O processo de seleção e exclusão dos artigos está apresentado no fluxograma PRISMA (Moher *et al.*, 2015). Essa etapa de revisão foi realizada por dois revisores independentes, utilizando filtros de um programa de gerenciamento de referências para primeiro excluir os estudos duplicados, em seguida foi realizado refinamento, leitura dinâmica de título e do resumo.

O total de 672 artigos foram identificados a partir da busca por publicações em base de dados e literatura cinzenta e destes, 289 foram excluídos por não estarem adequados a temática do estudo, além de duplicados, e 371 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão.

Após leitura categórica dos estudos na íntegra 12 estudos foram incluídos para a leitura, análise e categorização dos dados.

5. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 12 artigos, principalmente artigos, conforme a análise por NE. A maioria apresentou estudos retrospectivos, 50% (6/12); seguido por estudo de coorte, 25% (3/12); e transversal ou propensão, 17% (2/12). Por fim, seguiram-se evidências de estudos observacionais, descritivos e quantitativos, 8% (1/12).

Do total de artigos analisados, 2022, 17% (2/12), 2014, 17% (2/12) e 2010, 17% (2/12) foram os anos com maior número de artigos sobre essa temática. Todos os artigos estavam redigidos em inglês (Quadro 2).

Diante disso, 17% (2/12)^{11,24} dos textos analisados associaram diretamente a via de parto com a ocorrência de icterícia neonatal como complicação. Contudo, outros 67% (8/12)^{2,8,30,26,24,22,23,13}, descreveram complicações respiratórias adversas. Entre as principais repercussões de complicações neonatais associadas à via de parto e idade gestacional (IG), os resultados evidenciaram que estão diretamente correlacionadas a complicações imediatas e futuras.

Conseqüentemente, a admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) foi descrita como uma intervenção essencial nas primeiras 24 horas, decorrente de outros agravos como hipoglicemia (2/12)^(11,26); baixo peso ao nascer (3/12)^(02,26,16); sepse neonatal (1/12)¹²; risco de morte neonatal 3/12^(12,24,13) e convulsões 1/12⁽²⁴⁾.

Já as repercussões neonatais mais frequentes foram associadas ao risco de contusões (1/12)¹¹ em decorrência de traumas do procedimento cirúrgico; prematuridade (1/12)⁽²¹⁾ e atraso no desenvolvimento neurológico (1/12)⁽¹²⁾.

Em sua totalidade (100%), os estudos deixaram evidente que existem complicações neonatais que estão diretamente associadas ao tipo de parto escolhido. Vale ressaltar que o número de publicações encontradas reforça a necessidade de estudos com amostras maiores para uma compreensão mais clara dos riscos — tanto para a mãe quanto para o feto ou recém-nascido — associados à escolha da via de parto cesárea.

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
Artigo 01	Complicações neonatais de cesarianas em centro terciário: hospital Siriraj, Bangkok, Tailândia.	2022	Revista Africana de Saúde Reprodutiva	Estudo retrospectivo e descritivo. Uma pesquisa em registros hospitalares identificou 3.500 casos submetidos a cesariana durante 2017-2018.	<p>Complicações neonatais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contusões (região de tecido lesado ou pele em que os capilares sanguíneos foram rompidos) (11,65%); • Icterícia (18,29%); • Hipoglicemia (11,91%) foi a complicações mais comuns dos neonatos.
Artigo 02	Manejo expectante da ruptura prematura de membranas em 34 semanas: uma análise de custo-benefício.	2022	Revista J Matern Fetal Neonatal Med	.Um modelo de custo-efetividade foi construído usando o software TreeAge para comparar os resultados em uma coorte teórica de 37.455 mulheres com PPROM às 34 semanas submetidas a conduta expectante até 37 semanas versus parto imediato.	<ul style="list-style-type: none"> • Morte fetal e neonatal; • Sepses neonatal (407 casos); • Atraso no desenvolvimento neurológico neonatal,
Artigo 03	Prevalência de parto vaginal após cesárea em maternidade de alto risco	2021	Rev. Pesqui.	Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo, realizado com 44 mulheres que tiveram parto normal com cesárea prévia, por meio da análise dos prontuários realizou-se uma análise descritiva com frequências absolutas e simples.	<ul style="list-style-type: none"> • 4,5% dos casos, os neonatos precisaram de suporte respiratório e houve a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; • 20,5% dos neonatos nasceram com ≤ 2499 g • 6,8% obteve Apgar no 1º minuto ≤ 7 • 2,3% obteve Apgar no 5º minuto ≤ 7
	Colonização vaginal de bactérias		Eur J Obstet	Utilizando um desenho retrospectivo, analisamos	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de natalidade prematura de 83%. • 6 recém-nascidos tiveram resultado positivo

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
Artigo 04	produtoras de beta-lactamase de espectro estendido durante a gravidez: um estudo observacional.	2020	Gynecol Reprod Biol	dados de todas as mulheres grávidas consecutivas que foram identificadas com colonização vaginal de bactérias produtoras de ESBL de 2011 a 2016 na Universidade Médica de Viena, Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Os esfregaços foram colhidos durante a gravidez e/ou no parto, bem como dos recém-nascidos. Os dados demográficos e clínicos foram obtidos do sistema central de alerta interno e dos registros clínicos dos pacientes.	para bactéria Asbeta-lactamases de espectro estendido (ESBL); •A taxa de transmissão materno-neonatal foi de 43%;
Artigo 05	Morbidade neonatal após cesariana antes do parto entre 34(+0) e 38(+6) semanas: um estudo de coorte.	2016	Jornal de medicina materno-fetal e neonatal	Estudo de coorte de cinco hospitais terciários italianos. Foram incluídas gestações únicas consecutivas entregues por CS antes do parto entre 34 (+0) e 38 (+6) semanas de gestação, de janeiro de 2010 a agosto de 2011. Foram excluídas mulheres em trabalho de parto, com ruptura prematura de membranas ou com administração prévia de esteroides. Foi	Os resultados neonatais adversos compostos por: <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do desconforto respiratório; • Taquipneia transitória • O uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas diminuiu de 50% para 22% nas 34 semanas de gestação e nas 38 semanas de gestação de 4,7% para 0,3%.

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
				calculada a incidência de complicações neonatais por semana gestacional	
Artigo 06	A cesariana eletiva com 37 semanas está associada ao maior risco de complicações neonatais.	2014	The Tohoku Journal of Experiment Medicine	Investigamos retrospectivamente as diferenças na taxa de complicações neonatais entre 684 recém-nascidos nascidos por cesariana eletiva com 37 semanas de gestação (n = 390) e aqueles nascidos pelo mesmo procedimento com 38 semanas (n = 294) entre 2006 e 2012 em nosso hospital em para verificar se os resultados adversos diferem entre os grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascidos nascidos com 37 semanas tiveram uma incidência significativamente maior de internação em unidade de terapia intensiva neonatal; • complicações respiratórias adversas; • baixo peso ao nascer • hipoglicemia
Artigo 07	Associação entre tipo de parto e mortes e complicações neonatais na gravidez a termo: um estudo de coorte no Brasil.	2014	Minerva pediátrica	Estudo de coorte com nascimentos de fetos nascidos vivos normalmente formados, provenientes de gestações a termo único, em um hospital universitário público de São Paulo, Brasil, no período de janeiro de 2003 a março de 2004 (total de 1.471 nascimentos). Os dados foram coletados de prontuários médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Óbitos neonatais; • Icterícia, • Baixo índice de Apgar no 5º minuto, • Ventilação mecânica prolongada, • Convulsões, • Síndrome de aspiração de mecônio, • Trauma obstétrico • Alta tardia.
Artigo 08	Parto cesáreo repetido eletivo	2012	Am J Obstet Gynecol	Mulheres elegíveis para TOL com 1 incisão	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do desconforto respiratório

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
	comparado com tentativa espontânea de trabalho de parto após cesariana anterior: uma análise de escore de propensão.			transversal baixa anterior foram categorizadas de acordo com se foram submetidas a ERCD ou TOL. Uma técnica de escore de propensão foi usada para desenvolver grupos ERCD e TOL com características basais comparáveis. Os resultados foram avaliados com regressão logística condicional.	<ul style="list-style-type: none"> • Morbidade neonatal parece ser menor no grupo parto cesáreo repetido eletivo (ERCD).
Artigo 09	Morbidade em neonatos segundo via de parto: estudo comparativo	2010	Einstein (São Paulo)	Entre janeiro de 1995 e dezembro de 1998, todos os pacientes internados consecutivamente para partos foram incluídos neste estudo retrospectivo transversal . Foram analisados 8.457 prontuários, sendo excluídas da amostra 460 gestações múltiplas e 517 gestantes com alterações obstétricas e/ou clínicas. Foram analisadas a incidência de lesão neonatal ao nascimento, desconforto respiratório e anóxia, bem como peso ao nascer, tipo de parto e idade gestacional (segundo Nägele e	<ul style="list-style-type: none"> • 69,6% nasceram por cesárea: • O desconforto foi mais frequente em recém-nascidos com mais de 37 semanas de idade gestacional e em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g. • Em recém-nascidos por cesárea, a anóxia associada à menor idade gestacional estimada pelo método de Capurro e ao menor peso.

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
Artigo 10	Mortalidade materna e fetal e complicações associadas a partos cesáreos em hospitais universitários na Ásia.	2010	A revista de pesquisa em obstetrícia e ginecologica	Estudo prospectivo de base hospitalar em 12 centros de 9 países.	<ul style="list-style-type: none"> • 12.591 partos vaginais, 3.062 eletivos e 4.328 cesarianas de emergência foram acompanhados até 5 dias pós-parto. • O grupo de parto vaginal teve incidências significativamente mais baixas de todas as complicações; • Mortalidade neonatal correspondente por 1.000 partos, relacionado a partos cesáreos; • O parto vaginal também apresentou taxas mais altas de asfixia grave e paralisia do que a cesariana eletiva.
Artigo 11	Impacto do tipo de parto nas complicações neonatais: tendências entre 1997 e 2005.	2009	O jornal de medicina materno-fetal e neonatal	As certidões de nascimento em Nova Jersey de 1997 a 2005 foram comparadas com os registros de alta hospitalar de mães e recém-nascidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Taxas de Taquipneia transitória do recém-nascido (TTN); • Síndrome do desconforto respiratório (SDR) independentemente do tipo de parto aumentou entre 1997 e 2005 de 3,3 para 3,9% e 2,1 para 2,4%, respectivamente. • Lesões neonatais diminuíram acentuadamente (de 4,1 para 2,6%), • As taxas de hemorragia intraventricular (HIV) permaneceram estáveis.
Artigo 12	Tocotraumatismo com repercussão neonatal	1997	Rev. bras. ginecol. obstet	Estudo observacional	<ul style="list-style-type: none"> • 99,2% dos RNs nascidos por cesárea eletiva da amostra foram admitidos na UTIN no mesmo dia do nascimento; • Com menos de 24 horas de nascido 37,6% RNs foram internados na UTIN; • 36,8% pesaram entre 1500-2499g, que são

Artigos	Título	Ano	Revista	Métodos	Resultados
					<p>RNs classificados como baixo peso;</p> <ul style="list-style-type: none">• 28,8% obtiveram peso < 1000g classificados como extremo baixo peso,• 24,0% atingiram de 1000-1499g (os RNs de muito baixo peso)• 10,4% alcançaram peso > 2500g,

6. DISCUSSÃO

Acerca das complicações neonatais associadas a via de parto cesárea, vale ressaltar a importância de mais estudos. Desse modo, é preciso considerar que os desfechos negativos ainda são subnotificados e a que há um contexto cultural da facilidade da escolha desta via em detrimento de suas complicações.

Assim como exposto anteriormente a icterícia neonatal apresenta-se como um agravo pós-procedimento. Esse evento pode ter relação positiva ainda com gênero masculino, prematuridade, baixo peso ao nascer, diminuição da frequência da amamentação, já que alguns estudos informam que a amamentação precoce e frequente é crucial para estimular a função intestinal e promover a eliminação eficiente da bilirrubina e incompatibilidade materno-fetal do sistema ABO, reforçando a necessidade de avaliação durante a internação por ter altas taxas de reinternação por este motivo (Carvalho *et al.*, 2018).

Em um estudo salienta-se as condições que aumentaram em 7,9 vezes a chance da criança apresentar alteração no desenvolvimento foi o uso de fototerapia. Estes achados são compatíveis com a literatura quando consideramos que o uso da fototerapia na maternidade é indicado para tratar a maioria dos casos de hiperbilirrubinemia/icterícia e que os altos níveis de bilirrubina podem acarretar déficits neurológicos e até a morte (Silva *et al.*, 2015).

De tal modo cabe ressaltar que como exposto anteriormente casos de icterícia são evidenciados em partos cesáreos tendo assim relação entre os fatos com o desenvolvimento neurológico prejudicado pela via de nascimento.

Ainda em complicações associadas ao sistema respiratório, ressaltam-se incidências de hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido e taquipneia transitória como expostas anteriormente devido à falta de maturação torácica durante o parto cesáreo pode contribuir para essa adaptação menos eficiente, pois o estresse e as forças mecânicas associadas ao parto vaginal podem ajudar na eliminação do fluido pulmonar e na expansão pulmonar (Levine *et al.*, 2001).

Outras complicações foram descritas e apresentaram maior taxa de internação em UTI, maior necessidade de ventilação invasiva e superiores taxas de óbitos. O aumento de internações neonatais em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de nascidos

por cesárea, está associados a prematuridade e outros elementos como 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 (Ferrari Ap *et al.*, 2020).

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 vaginal (Cardoso Po *et al.*, 2010). 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) (Lumbiganon P *et al.*, 2010).

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 ter 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 (Tracy Sk *et al.*, 2007).

A associação entre a cesariana e a hipoglicemia neonatal não é direta, mas existem alguns fatores relacionados ao tipo de parto que podem influenciar na ocorrência de hipoglicemia em recém-nascidos. Alguns desses fatores incluem a adaptação metabólica, o parto vaginal diferente da cesárea estimula algumas respostas metabólicas no recém-nascido que podem ajudar na adaptação à vida extrauterina (Williams *et al.*,).

A estimulação durante o parto vaginal pode ajudar a esvaziar os pulmões e estimular a produção de catecolaminas, que desempenham um papel na liberação de glicose armazenada. Tempo de exposição a hormônios maternos, durante o parto vaginal, o bebê fica exposto a hormônios maternos, incluindo catecolaminas e cortisol, que desempenham um papel na regulação da glicose. A exposição prolongada a esses hormônios pode ajudar na regulação do metabolismo do recém-nascido. O tempo de transição do trabalho de parto e o parto vaginal permite uma transição mais gradual da vida fetal para a vida extrauterina, permitindo que o bebê ajuste seus sistemas fisiológicos, incluindo o controle da glicose (Brasil, 2001).

A associação entre parto cesárea e baixo peso ao nascer (BPN) aqui observada também tem sido relatada em outros estudos da literatura. No Estado do Rio Grande do

Sul, o parto cesáreo representou risco para a ocorrência de BPN, com razão de chances de 1,1 entre recém-nascidos únicos (Moraes *et al.*, 2012).

Foi realizado um estudo para verificar a associação entre a mortalidade infantil e o baixo peso ao nascer. Os nascidos vivos com BPN apresentaram um risco 4,7 vezes maior de morrer do que os nascidos vivos com peso igual ou superior a 2500g (Passebon *et al.*, 2006).

Com o objetivo de constatar essa situação, o estudo realizado demonstrou que a maior frequência de óbitos neonatais por sepse em gestações múltiplas, quando comparadas às únicas e quando associado ao tipo de parto, a maior prevalência do parto cesáreo foi observada na China, sendo nesta pesquisa uma variável estatisticamente significativa para óbitos de recém-nascidos com sepse. Em Santa Catarina, o coeficiente de mortalidade por sepse foi maior em cesarianas em relação ao parto vaginal, levando a considerar que os casos de sepse neonatal possam sofrer influência das altas taxas de cesáreas no Brasil (Alves *et al.*, 2018).

Na avaliação comparativa entre as características perinatais e a presença de sepse neonatal precoce, identificou-se associação com peso menor que 3.000g, Apgar no 1º e no 5º minuto menor que 7, da mesma forma que Barbosa *et al* (2014) identificaram que o peso do RN ao nascer menor que 2.500g manteve-se associado (Perez *et al.*, 2015).

Outras complicações podem ser citadas como crises convulsivas que nesse sentido Alves Leon *et al* (2009), expõem que as primeiras crises ocorreram até 12 horas após o parto em 45,3% dos neonatos. O peso foi menor que 2500g em 50,8% e a restrição do crescimento intrauterino ocorreu em 25,9% das gestações analisadas. Colocando em pauta a fatores como: hipoglicemia neonatal (56,5%), icterícia neonatal (52,1%) e asfixia perinatal (70,7%). Desenvolveram sepse bacteriana 32 crianças e 17 apresentaram síndrome de aspiração meconial ao nascer. O desequilíbrio acidobásico ocorreu em 68,1% ao longo de 28 dias pós-parto. A letalidade foi de 47,4%, sendo mais frequente no sexo masculino (65,6%) (Alves Leon *et al.*, 2009).

Embora seja pouco comum a ocorrência de traumas oculares durante o parto e a maioria das lesões não resulte em danos funcionais permanentes, algumas lesões podem ser potencialmente graves, exigindo cuidados especializados e intervenção cirúrgica

imediate, alguns casos incluem Hemorragia retiniana, edema corneano e ruptura da membrana são as lesões oculares mais frequentes (Alves *et al.*, 2019).

Tais traumas oculares raramente causam sequelas permanentes. Entretanto, existem relatos na literatura de um amplo espectro de lesões oculares que incluem ausência de globo, paralisia facial, hemorragias subconjuntivais, abrasão e abscesso da córnea, hifema, retinopatia de Purtscher, buraco macular, ruptura coroidal e neuropatia óptica traumática, que podem acarretar dano funcional irreversível risco de contusões (Alves *et al.*, 2019).

Outras lesões que podem ocorrer são lesões cutâneas, hematoma subcutâneo a formação de hematomas subcutâneos pode ocorrer devido à manipulação durante a extração do bebê durante a cesariana (Bacelar *et al.*, 2023).

Ressalta-se que além das consequências expostas acima, o não funcionamento integrado dos sistemas sensoriais nos primeiros meses de vida reconhecidamente afeta o desenvolvimento e planejamento motor, coordenação visomotora, interação social e aprendizagem, bem como o desenvolvimento emocional e o comportamento (Liddle *et al.* 2018). A possível imaturidade dos sistemas corticais do cérebro envolvidos no PS17, decorrentes da prematuridade iatrogênica associada à CE, pode estar relacionada a maior incidência de prejuízo no Processamento sensorial (PS) dentre os nascidos via CE conforme os resultados apontados. Os nascidos via CE mostraram-se abaixo do esperado em competências manipulativas, visuais, de fala e linguagem, e de autonomia pessoal (Rodrigues *et al.*, 2018).

Nesse sentido, é notável a descrição de diversos entraves e lacunas a respeito dessa problemática, como fora evidenciado em algumas literaturas incluídas nesta revisão. Reforçando a relevância de aprofundar no campo de complicações neonatais associadas ao parto cesáreo, proporcionando uma contribuição significativa para o avanço do conhecimento nessa área específica. De forma com que a constante evolução do saber destaque a importância contínua de reflexões futuras sobre os riscos significativos que a cesárea sem indicação quando usada de forma indiscriminada gera a curto e longo prazo aos neonatos.

7. CONCLUSÃO

Com base nas informações fornecidas foi evidenciado que os fatores de complicações neonatais associadas a via de parto cesariana, estão relacionados à maiores incidências de prematuridade, baixo peso ao nascer, icterícia, diminuição nas taxas de amamentação exclusiva, desenvolvimento neurológico prejudicado, hipoglicemia neonatal hipertensão pulmonar persistente, taquipneia transitória, sepse, crises convulsivas e maiores taxas de internação em UTI.

Os resultados dessa pesquisa ressaltaram a necessidade de investimento em uma abordagem que deve ser multifacetada, incluindo políticas públicas de saúde e educação a fim de garantir instrução e conscientização quanto benefício da via de parto vaginal, apresentando os riscos e benefícios de diferentes tipos de parto, revisão de políticas hospitalares.

Além disso recomenda-se avaliar políticas hospitalares que possam influenciar taxas de cesarianas, monitorar e auditar as taxas de cesariana em hospitais e clínicas, identificar e abordar variações injustificadas nas taxas de cesariana. A fim de promover uma tomada de decisão compartilhada entre médicos e pacientes e incentivar a discussão aberta sobre as opções de parto disponíveis.

Contudo, o que foi abordado fica imprescindível à necessidade de incentivar um ambiente que apoie o parto vaginal sempre que possível, mostrando e justificando assim as consequências que a via e parto cesárea, quando utilizada de forma indiscriminada desencadeia em aspectos imediatos e em longo prazo, outra pauta é a crítica diante da popularização como uma via de parto buscada pela “facilidade, ausência de dor” e como forma de emolumento.

REFERÊNCIAS

1. ALBAN, E *et al.* Cesárea Eletiva: Complicações Maternas e Fetais. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 2009.
2. ALMEIDA JS; Alves EM; PINTO KRTF, SODRÉ TM, BERNARDY CCF. Prevalência de parto vaginal após cesariana em uma maternidade de alto risco, 2021.
3. ALVES, J. B. *et al.* Sepses Neonatal: Mortalidade Em Município Do Sul Do Brasil, 2000 A 2013. **Revista Paulista de Pediatria**, 2018.
4. ALVES, D; SARAIVA, F; RAMOS, R; SILVA, T. Pálpebra neonatal e laceração canalicular em parto cesáreo. **Rev Brás Oftalmol**, 2019.
5. BARBOSA NG, REIS H, RESENDE DS, ALVARES JR, ABADALLAH VOS, GONTIJO FILHO PP. Early-onset sepsis in a neonatal intensive care unit at a tertiary referral university hospital. **Pediatric Modern**, 2014.
6. BRAGA, GC, N, ES, OLIVEIRA, MC, & Silva, IB. Fatores associados ao parto cesáreo em hospitais públicos e privados em município do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2019.
7. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. (2016): Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde, 2010.
8. BACELAR, B. do N.; OLIVEIRA, IE de G.; GUEDES, CC; TOKARSKI, IC; MARTINS, LT; GALVÃO, ABZ; DE LAVOR, BSA; SILVA NETO, BAC; LINS, SD de M.; COELHO, BAG; CAMARGO, TR O impacto das cesarianas desnecessárias na saúde materna e neonatal no Brasil. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, 2023.

9. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, DF, 2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. BETRÁN M., *et al.* Tendência crescente nas taxas de cesariana: Estimativas globais, regionais e nacionais, 2016.
12. BRENES, A. C, História da Parturição no Brasil, Século XIX. Apoio CNPq e do CPq/PRPq/UFMG em 1989.
13. Bergen R, Margolis S. Retinal hemorrhages in the newborn. **Ann Ophthalmol**, 1976.
14. BREIM, M; SEGRE, C; LIPPI, U. Morbidade em recém-nascidos de acordo com a via de parto: um estudo comparativo. *Einstein*, 2010.
15. CARNEIRO., *et al.* Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2015.
16. COELHO GDP, AYRES LFA, BARRETO DS, HENRIQUES BD, PRADO MRMC, PASSOS CM. Acquisition of microbiota according to the type of birth: an integrative review. **Rev. Latino-Am**, 2021.
17. CARDOSO PO, ALBERTI LR, PETROIANU A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciêns Saúde Coletiva**, 2010.

18. CHAWANPAIBOON S, TITAPANT V, POOLIAM J. Neonatal complication of caesarean sections at tertiary center: Siriraj hospital, Bangkok, Thailand. *Afr J Reprod Health*, 2022.
19. CHUNMEI YAN, FANZHEN HONG, GANG XIN, SHUHONG DUAN, XIAOHUI DENG E YONGPING XU. Alterações na microbiota vaginal de pacientes com ruptura prematura de membranas pré-termo. *Fronteiras em Microbiologia Celular e de Infecção*, 2022.
20. CHONGSUVIVATWONG V, BACHTIAR H, CHOWDHURY ME, *et al.* Maternal and fetal mortality and complications associated with cesarean section deliveries in teaching hospitals in Asia. *J Obstet Gynaecol Res*, 2010.
21. DIAS, M. A. B *et al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.
22. DOS ANJOS, C. S.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R. E. *et al.*, Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, 2014.
23. DUARTE, SHIMAZAKI, *et al.*, Tocotraumatismo com repercussão neonatal, **Rev. bras. ginecol. Obstet**, 1997.
24. ENTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2018.
25. FAÚNDES, A *et al.* Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev. Saúde Pública**, 2004.
26. FERRARI, A. P. *et al.* Effects of elective cesarean sections on perinatal outcomes and care practices. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2020.

27. FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura, **Rev. Saúde em Foco**, 2014.
28. FOESSLEITNER, PHILIPP; GASSER, *et al.*, Colonização vaginal de bactérias produtoras de beta-lactamase de espectro estendido durante a gravidez: um estudo observacional, 2020.
29. GILBERT SA, Grobman WA, Landon MB, *et al.* Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. **Am J Obstet Gynecol**, 2012.
30. HOLDEN R, MORSMAN DG, DAVIDEK GM, O'CONNOR GM, COLES EC, DAWSON AJ. External ocular trauma in instrumental and normal deliveries. **Br J Obstet Gynaecol**, 1992.
31. JAIN NJ, KRUSE LK, DEMISSIE K, KHANDELWAL M. Impact of mode of delivery on neonatal complications: trends between 1997 and 2005. **J Matern Fetal Neonatal Med**, 2009.
32. JAIN IS, SINGH YP, GRUPTA SL, GUPTA A. Ocular hazards during birth. **J Pediatr Ophthalmol Strabismus**, 1980.
33. LUMBIGANON, PISAKE *et al.* "Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08." *Lancet* (London, England) vol. 375, 9713 (2010).
34. MACHADO JÚNIOR LC, Sevrin CE, Oliveira E, *et al.* Association between mode of delivery and neonatal deaths and complications in term pregnancy: a cohort study in Brazil. **Minerva Pediatr**, 2014.

35. NAKANO, ANDREZA RODRIGUES, BONAN, *et al.*, Normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2015.
36. NAKASHIMA J, YAMANOUCHI S, SEKIYA S, *et al.* Elective Cesarean section at 37 weeks is associated with the higher risk of neonatal complications. *Tohoku J Exp Med*, 2014.
37. NOBRE, R. Relação entre tipo de parto e crescimento, composição corporal e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - **Faculdade de Saúde Pública**, 2022.
38. MORAES, A. B. DE. *et al.* Risk factors for low birth weight in Rio Grande do Sul State, Brazil: classical and multilevel analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, 2012.
39. OLIVEIRA, FC, Surita, FG, & Pinto e Silva, JL. Eficácia e segurança do parto vaginal após cesariana: uma revisão sistemática e meta-análise. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2016.
40. PÉREZ RO, LONA JC, QUILES M, VERDUGO MA. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. *Rev Chil Intect*, 2015.
41. PRESTES, M. L. de M. A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia. 2 ed. **Revisão atualizada e ampliada**, 2003.
42. PREFUMO F, FERRAZZI E, DI TOMMASO M, *et al.*, Neonatal morbidity after cesarean section before labor at 34(+0) to 38(+6) weeks: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2016.

43. RAMOS, J. G. L. *et al.* Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul - Brasil: um estudo de 20 anos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2003.
44. SILVA, Â. C. D. DA.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C. T. DE . Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2015.
45. SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2010.
46. TRACY SK, SULLIVAN EA, TRACY MB. Admission of term infants to neonatal intensive care: A population-based study. **Birth Issues Perinat Care**, 2007.
47. TREVISAN MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Esber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2002.
48. WEIDLE, W. G. *et al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2014.