

Análise comparativa entre o parto transpélvico e cesárea: aspectos para a puérpera e recém-nascido

Comparative analysis between transpelvic and cesarean delivery: aspects for the postpartum woman and newborn

Giulia Severini Lazarini¹, Stephanie San Gregorio Contieri¹, Lucas Fontes Gaetani¹,
Lucca Marzocca Rodante Corsi¹, Cássia Maria Carvalho Abrantes do Amaral¹

Resumo

Introdução: Segundo as orientações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, a gestante deve optar pelo parto transpélvico, caso não tenha nenhuma indicação de cesárea. Apesar disso, Brasil é um dos países que mais realiza cesárea no mundo todo, sendo que apenas 15% são realmente necessárias. **Objetivo:** Realizar um estudo comparativo em relação ao estado clínico da parturiente e do recém-nascido após a realização de parto transpélvico e cesárea. **Material e Métodos:** Foram coletados dados de 50 gestantes com idade gestacional entre 38 a 40 semanas quando realizaram o parto, através da análise de prontuário e questionário aplicado às puérperas, e contemplando o estado de saúde tanto da puérpera como do recém-nascido. **Resultados:** Com as informações levantadas, foi traçado um perfil das gestantes. O estudo estatístico não demonstrou significado estatístico na comparação das vias de parto com relação aos seguintes aspectos: ocorrência e intensidade da dor após o parto ($P = 0,14$), Apgar do 1º minuto ($P = 0,73$) e Apgar do 5º minuto ($P = 0,53$). Apenas o tempo de permanência mostrou-se significativo ($P = 0,02$), sendo encontrado um maior tempo de permanência do parto transpélvico. **Conclusão:** Apesar de a literatura demonstrar maiores vantagens tanto para a paciente como para o recém-nascido quando realizado o parto transpélvico, o presente estudo não encontrou diferenças significativas entre as duas vias de parto.

Palavras Chave: Parto transpélvico, Cesárea, Período pós-parto, Recém-nascido, Estudo comparativo

Abstract

Introduction: According to the guidelines of the Ministry of Health and the World Health Organization, pregnant woman should opt for transpelvic delivery, if she has no indication for cesarean section. Nonetheless, Brazil is one of the most performing cesarean section countries in the world, but only 15% of the cases the method are really needed. **Objective:** To perform a comparative study regarding the clinical status of parturient and newborn after transpelvic and cesarean delivery. **Material and Methods:** Data were collected from 50 pregnant women with gestational age between 38 and 40 weeks when they delivered, through analysis of medical records and questionnaire applied to postpartum women and considering the health status of both the postpartum and the newborn. **Results:** With the information gathered, a profile of the pregnant woman was drawn. The statistical study did not show statistical significance in the comparison of the pathways regarding the following aspects: occurrence and intensity of pain after delivery ($P = 0.14$), 1st minute Apgar score ($P = 0.73$) and 5th minute Apgar score ($P = 0.53$). Only the length of stay was significant ($P = 0.02$), and a longer time of transpelvic delivery was found. **Conclusion:** Although the literature demonstrates greater advantages for both the patient and the newborn when performing transpelvic delivery, the present study found no significant differences between the two routes of delivery.

Keywords: Transpelvic delivery; Cesarean section; Postpartum period; Infant, newborn; Comparative study

Introdução

O parto transpélvico ocorre de forma espontânea e fisiológica, onde o feto nasce através do canal vaginal, e está intimamente ligado a cultura humana, como também na interação mãe e filho, mas em alguns casos essa técnica não é suficiente para que ocorra o nascimento⁽¹⁾.

O termo cesárea tem seu nome na raiz etimológica

1. Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. São Paulo – SP – Brasil

Trabalho realizado: Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. São Paulo – SP – Brasil

Endereço para correspondência: Giulia Severini Lazarini. Universidade Anhembi Morumbi. Faculdade de Medicina. Rua Dr. Almeida Lima, 1134 – Mooca – 03164-000

na palavra latina “Caedere”, que significa corte ou cortar. Porém, existem registros históricos de que o nome remete ao nascimento do Júlio César, o imperador romano, que foi retirado do ventre de sua mãe após sua morte. A cesárea passou a ser utilizada de maneira recorrente durante antiguidade e na idade média para retirada do feto em casos de morte da gestante. O primeiro parto cesáreo com mãe viva foi relatado em 1500, na Suíça. Apenas no século XVIII foi realizada de maneira rotineira por médicos obstetras⁽¹⁾. Com o avanço dos conhecimentos cirúrgicos, farmacológicos e de assepsia, após a segunda guerra mundial, foi possível aprimorar uma técnica cirúrgica para a utilização rotineira do procedimento. Por meio de uma incisão na parede abdominal e outra na parede uterina, foi aprimorada a técnica da cesárea que em diversos casos mostrou ser muito efetiva para diminuir os riscos de vida⁽²⁾.

Segundo a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o melhor conhecimento das características dos dois tipos de parto (cesariana e transpélvico) ajuda a entender a melhor indicação, riscos e benefícios. Independentemente da modalidade de parto, é direito da mulher um parto humanizado⁽³⁾.

A realização de cesárea está indicada nas seguintes situações: quando a gestante possui alguma doença que leve a tal indicação (ex.: hipertensão grave descompensada e gestante soropositiva para vírus da imunodeficiência humana - HIV com alta carga viral que impossibilite a realização do parto transpélvico). De acordo com o Ministério da Saúde, em casos de gestantes soropositivas com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL (alta carga viral) após 34 semanas de gestação, opta-se pelo parto cesáreo eletivo na 38ª semana de gestação por reduzir o risco de transmissão vertical do HIV (da mãe para o recém-nascido). Nas gestantes que utilizarem antirretroviral adequadamente e mantiverem a supressão da carga viral sustentada, pode-se realizar parto transpélvico, caso não haja outra causa para indicação de parto cesárea⁽⁴⁾. Outra indicação é quando algum aspecto da gestação impede que o feto nasça por via vaginal (ex.: quando há prociência do cordão umbilical, quando há descolamento de placenta, quando a posição do feto não favorece a via de parto vaginal, placenta prévia, desproporção céfalo-pélvica ou sofrimento fetal agudo)^(3,5). Apesar disso, a cesárea é um procedimento prevalente, sendo que o Brasil é o segundo colocado no *ranking* de países com maior número de cesáreas, das quais apenas 15% tem indicação médica.⁵ Motivos que levam a alta prevalência de cesáreas são o medo da dor, falta de informação sobre os riscos da cesárea e a preferência do próprio médico pelo procedimento, uma vez que permite a comodidade e praticidade em planejar o horário do procedimento e a rapidez do

mesmo⁽⁵⁾. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) constatou que a falta de condições em algumas regiões do país é um fator que dificulta a realização de parto vaginal com sucesso, o que contribui para que a população forme um conceito pré estabelecido, fortalecendo a visão de que o parto cesárea seria mais vantajoso. No entanto, é importante frisar que a FEBRASGO recomenda a redução das altas taxas de cesárea⁽⁶⁾.

Os motivos que levam ao aumento do número de gestantes a optarem pela realização da cesárea, mesmo que sem indicação, são diversas: influências não-médicas (opinião de familiares e terceiros); medo da dor e de intercorrências tanto obstétricas como fetais no parto transpélvico; além de ser usada como justificativa para a realização de laqueadura tubárea pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^(2,5). Também existe uma hipótese relacionada ao componente procedimental, uma vez que é mais fácil e vantajoso para o médico a realização de cesáreas eletivas em termos de tempo e quantidade de partos que pode realizar. Isso porque as cesáreas eletivas são marcadas e tem um tempo médio esperado de duração, enquanto que o parto transpélvico, precisa esperar que a paciente apresente as contrações e entre em trabalho de parto, sendo que o mesmo pode ter um tempo de duração muito prolongado. Assim, o médico consegue realizar um maior número de cesáreas em um mesmo período de tempo de um trabalho de parto transpélvico⁽²⁾.

A cesárea, quando feita sem indicação, pode trazer mais complicações e riscos, tanto para a paciente como para o recém-nascido (RN), dentre essas: infecções puerperais, anemias decorrentes de perda sanguínea, as complicações anestésicas, infecções da cicatriz, embolias, hemorragias, trombose, prematuridade e problemas respiratórios no recém-nascido⁽⁵⁾. Além disso, o parto transpélvico também apresenta algumas vantagens com relação a cesárea, como por exemplo, maior facilidade de iniciar o aleitamento, uma recuperação mais rápida e com menos dor no pós-parto para a paciente⁽⁵⁾.

O Brasil é um dos países que mais realiza cesárea no mundo todo. Mas dentre o total de procedimentos realizados apenas 15% são realmente necessários. As recomendações tanto do Ministério da Saúde como da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que se não houver nenhuma indicação de cesárea, deve-se optar pelo parto transpélvico⁽⁵⁾.

Diante desse quadro, a determinação e comparação das vantagens e desvantagens de cada procedimento é de extrema importância para a compreensão dos aspectos que influenciam as gestantes na tomada de decisão quanto a via de parto a ser realizada. Além disso, um estudo comparativo entre as duas vias de parto também justifica o porquê a realização de parto

transpélvico é benéfica tanto para a parturiente como para o recém-nascido.

Material e Métodos

Foi realizado um estudo analítico transversal, no qual as pacientes foram selecionadas conforme os seguintes critérios de inclusão e exclusão: as pacientes incluídas no estudo foram mulheres puérperas com idade gestacional entre 38 e 40 semanas que realizaram parto transpélvico ou cesárea eletiva. Já aquelas que estavam fora dessa idade gestacional ou tiveram indicação obrigatória de cesárea, tais como: gestação gemelar, gestante soropositiva para HIV com carga viral desconhecida ou maior do que 1.000 cópias/mL após a 34ª semana de gestação (condição na qual a cesárea é obrigatória), posição fetal ou outra condição que inviabilizasse a realização de parto transpélvico, foram excluídas deste estudo. Elas foram devidamente orientadas que sua participação no estudo ocorreria por meio da realização de uma entrevista e que a finalidade da pesquisa era comparar o parto transpélvico e a cesárea. Antes de obter tais dados foi aplicado um termo de consentimento livre e informado no qual a paciente foi informada de todo o processo ao qual foi submetida. A participante também foi esclarecida que poderia se recusar a participar da pesquisa e desistir de sua participação em qualquer momento durante o estudo. Além disso, a mesma foi informada e garantida de que sua participação será mantida em sigilo, como estabelecido no projeto deste estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP - protocolo 3.163.131)

O processo de coleta de dados foi realizado na Maternidade do Hospital Cruz Azul, serviço que recebe gestações de baixo a alto risco, durante 2 meses até que se atingiu a meta de 50 pacientes, sendo 25 pacientes que realizaram parto transpélvico ou 25 de parto cesárea eletiva. O processo de coleta dos dados foi dividido em dois tempos: sendo primeiro feito a análise dos prontuários, e em seguida a entrevista com as puérperas.

Durante a análise dos prontuários, foi realizado um levantamento de dados referente à idade da puérpera; à idade gestacional; ao número gestações, partos e abortos da paciente; ao tempo de permanência hospitalar (tendo como referência a data de internação e de alta da paciente). E também se verificou o número de complicações relacionadas ao recém-nascido até a sua alta hospitalar em cada tipo de parto, no qual os pontos analisados foram o *score* Apgar de 1º e 5º minuto e as complicações respiratórias (taquipneia transitória do recém-nascido - RN).

Durante a entrevista foi aplicado à puérpera um questionário pré-estabelecido de preenchimento do grupo. Nele foi abordado o grau da dor da paciente

nas primeiras 48 horas após o parto (em uma escala de intensidade referenciada de 0 a 10, sendo considerado o efeito da analgesia utilizada durante o procedimento, uma vez as pacientes recebiam analgesia independentemente da via de parto realizada); o tempo para o início de aleitamento; a via de parto realizada confrontada com a via de parto de preferência da puérpera, sendo por fim abordado as razões de sua preferência e, quando divergente, porque o procedimento de sua preferência não foi realizado

Análise Estatística

Para verificar os dados levantados foi utilizada a estatística descritiva de frequência e percentual de ocorrência de cada classe para as variáveis categóricas e média \pm desvio padrão para as variáveis contínuas. Para verificar a associação entre a via de parto e as demais variáveis foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade de Yates. Para checar as diferenças estatísticas para os tipos de partos cesárea e transpélvico nas variáveis contínuas foi utilizado o teste F. Todas as análises estatísticas foram realizadas no software R 3.6.0⁽⁷⁾.

Resultados

De acordo com a Tabela 1 o perfil encontrado no trabalho foi de: gestantes com idade média de 29,94 anos, idade gestacional média de 39 semanas, sendo que a maioria das mulheres apresentava um GPA (Gestação, Paridade e Aborto) de G2 (37%), P1 (62%) e A0 (84%). Inicialmente analgesia e infecção eram tópicos a serem investigados, porém o hospital possuía protocolos de antibioticoterapia profilática e analgesia para todas as pacientes, dessa forma, esses tópicos foram retirados do estudo. O tempo de permanência mais frequente foi de 3 dias (62%). O *score* do Apgar ao 1º minuto mais frequente foi de 9 (82%) e aos cinco minutos de 10 (72%) (Tabela 1).

Quanto aos casos de Taquipneia transitória do RN, houve 1 relato que representa 2% dos 50 casos avaliados. 70% das gestantes apresentaram dores após o parto. (Tabela 2).

O tempo de amamentação após o parto foi de <12h (86%) das gestantes de ambas as vias (Tabela 3). A grande maioria das mulheres entrevistadas amamentaram na sala de parto, resultando na maior porcentagem de mulheres amantando antes em até 12 horas após o parto.

Entre as pacientes que ainda não tinham amamentado, todas tinham realizado parto transpélvico (100%). Das 43 mulheres que amamentaram antes das 12 horas, 21 delas haviam feito parto transpélvico (48,8%) e 22 delas cesárea (51,2%). A distribuição

Tabela 1

Medida e mediana dos dados objetivos estudados.

	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>
Idade da Gestante (anos)	29,94	31
Idade Gestacional (semanas)	39,14	39
Nº de Gestações	1,72	1
Partos	1,54	1
Abortos	0,16	0
Tempo de permanência	2,76	3
Apgar 1º minute	8,9	9
Apgar 5º minute	9,72	10

Tabela 2

Porcentagem das pacientes que sentiram dor após o parto e dos RN com taquipneia transitória.

	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Dor após o parto	35 (70%)	15 (30%)
Taquipneia transitória do recém-nascido (RN)	1 (2%)	49 (48%)

Tabela 3

Início da amamentação em intervalos pré-estabelecidos.

<i>Tempo para início da amamentação (após o parto)</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Não tinha amamentado	2	4%
<12h	43	86%
12-24h	4	8%
24-48 horas	1	2%

das puérperas que amamentaram entre 12 a 24 horas após o parto ficou em 50% para cada via. E 100% da categoria com intervalo entre o parto e o início da amamentação maior do que 24 horas foi de cesárea, como mostra a tabela 4.

Conforme a Figura 1, os três principais motivos que fazem com que a gestante escolha o parto transpélvico foram: Tempo de recuperação (28%), facilidade

de (8%) e segurança (5%) das respostas. Já as razões que levam as gestantes a escolherem cesárea foram: segurança (16%), dor (9%) e tempo de recuperação (8%). Quando as mulheres relatavam outras razões, as principais referenciadas foram: a questão da segurança do feto e já conhecerem a via escolhida.

Dentre a amostra de 50 pacientes 42% tinham preferência pelo parto cesárea, mas mesmo assim, 4% realizaram o parto transpélvico. E das 58% que preferiram parto transpélvico, 12% realizaram parto cesárea devido a motivos a serem explicados na discussão deste trabalho (Tabela 5).

Nesse estudo foi observado, pelo teste F, que o tempo de permanência médio das pacientes foi maior para o parto transpélvico (2,96 dias). Contudo, verifica-se que a mediana foi igual para os dois tipos de partos. Além disso, verifica-se que o parto transpélvico apresentou maior desvio padrão, demonstrando que ocorreram alguns casos isolados de gestantes que apresentaram maior tempo de permanência após o parto transpélvico (Tabela 6). Isso ocorreu porque as gestantes recebem alta médica junto com os RN, e o RN da paciente em questão teve que permanecer mais tempo internado por conta de uma taquipneia transitória do RN, dessa forma aumentando a média geral de tempo de permanência na via de parto transpélvico.

O estudo observou que não houve diferença estatística com relação ao relato de intensidade de dor entre os dois tipos de partos (Tabela 7).

Não houve diferenças estatísticas entre as frequências ou médias do Apgar no 1º minuto e no 5º minuto comparando-se parto transpélvico e parto cesárea. As médias do 1º minuto foram de 8,88 e 8,92 para os tipos cesárea e transpélvico, respectivamente (Tabela 8). As médias do 5º minuto foram de 9,68 e 9,76 para os tipos cesárea e transpélvico, respectivamente (Tabela 9).

Discussão

É de extrema importância o estudo comparativo em relação ao estado clínico da parturiente e do recém-nascido após o parto para assim estabelecer as vantagens e desvantagens de cada procedimento, é possível entender os aspectos que influenciam a

Tabela 4

Divisão das porcentagens de cada via de parto por intervalo de tempo do início da amamentação.

<i>Tempo para início da amamentação (após o parto)</i>	<i>Transpélvico</i>	<i>%</i>	<i>Cesárea</i>	<i>%</i>
Não tinha amamentado	2	100%	0	0%
<12h	21	48,8%	22	51,2%
12-24h	2	50%	2	50%
24-48 horas	0	0%	1	100%

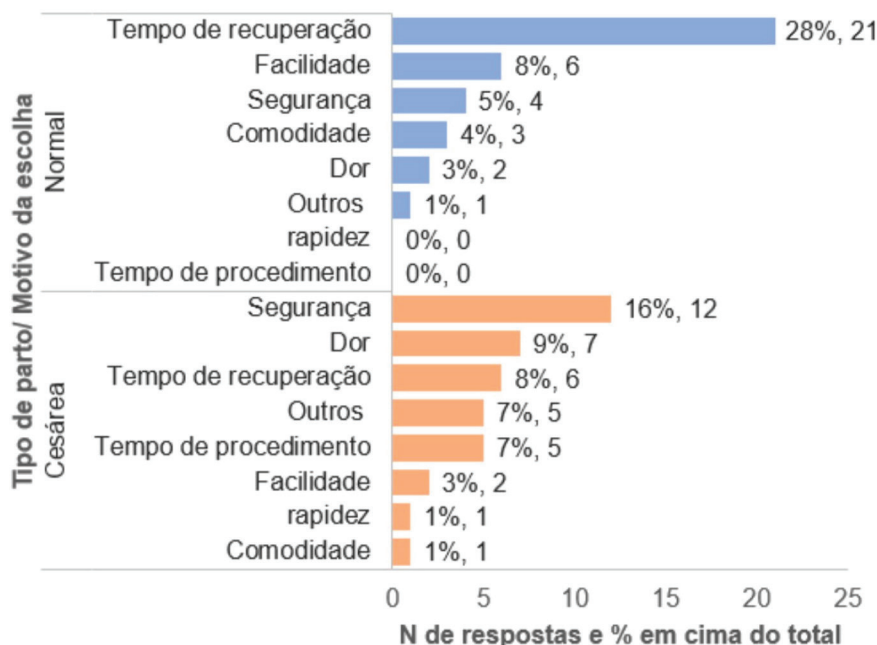


Figura 1- Estatística de frequência do tipo de parto versus motivo da escolha.

Tabela 5

Estatística descritiva de frequência e percentual da preferência da via de parto com relação ao realizado.

Via de parto	N	%
Preferência: Cesárea	21	42%
realizado: Cesárea	19	38%
realizado: Transpélvico	2	4%
Preferência: Transpélvico	29	58%
realizado: Cesárea	6	12%
realizado: Transpélvico	23	46%

Tabela 6

Teste de associação do qui-quadrado com correção de Yates e teste F da via do parto versus Tempo de permanência

Via de parto	Tempo de permanência**	Mediana
Cesárea	2,56(0,50) b	3
Transpélvico	2,96(0,67) a	3
P-valor	Pr(>F): 0,02196	

*Médias seguidas pelas mesmas letras diferem estatisticamente pelo teste F a 5% de probabilidade. **Média (Desvio padrão)

gestante na escolha do parto e definir qual a via de parto é a benéfica para uma parturiente que não tem indicação para cesárea. Quanto a saúde do recém-nascido, estudos mostram que a via de parto vaginal apresenta maior segurança por apresentar menor risco de complicações respiratórias, menor taxa de

Tabela 7

Teste de associação do qui-quadrado com correção de Yates e teste F da Via de parto versus ocorrência e intensidade da dor após o parto

Via de parto	Contagem		Médias
	Não	Sim	Intensidade da dor
Cesárea	7	18	3,72 (3) a
Transpélvico	8	17	2,56 (2,5) a
Média			3,14
P-valor	Pr (χ^2): 0,3069		Pr (>F): 0,1425

prematuridade, menores taxas de mortalidade fetal e menos recém-nascidos admitidos na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal por 7 ou mais dias.

Diante do levantamento de dados da gestante, tais como idade da gestante, idade gestacional e paridade pode-se traçar um perfil das pacientes atendidas por este serviço de saúde. Desse modo, a média de idade

Tabela 8

Teste de associação do qui-quadrado com correção de Yates e teste F da via de parto *versus* Apgar no 1º minuto.

Via de parto	Contagem			Médias
	8	9	10	Apgar 1º min
Cesárea	3	22	0	8,88 (0,33)
Transpélvico	4	19	2	8,92 (0,49)
P-valor	Pr (χ^2): 0,3069			Pr (>F): 0,738

Tabela 9

Teste de associação do qui-quadrado com correção de Yates e teste F da via de parto *versus* Apgar no 5º minuto.

Via de parto	Contagem		Médias
	9	10	Apgar 5º min
Cesárea	8	17	9,68(0,48)
Transpélvico	6	19	9,76(0,43)
P-valor	Pr (χ^2): 0,7528		Pr(>F): 0,5384

da gestante no estudo foi de 29,94 anos, o que vai de encontro com o perfil das gestantes de todo o país levantado pelo Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), no qual a idade média em que as mulheres têm filhos foi de 27,2 anos em 2018⁽⁸⁾. Isso representa uma mudança sociocultural da gestante que tem a sua primeira gestação cada vez mais tardiamente por conta da sua crescente e cada vez mais importante participação no mercado de trabalho⁽⁹⁾. A taxa de fecundidade também sofre reflexos desse processo, já que as mulheres também estão tendo cada vez menos filhos em razão de sua participação no mercado de trabalho, sendo que o valor calculado pelo IBGE em 2018 foi de 1,77 filhos por mulher⁽⁸⁾. O presente estudo chegou a valores semelhantes, já que a média de partos realizados por cada paciente foi de 1,54.

Das 50 pacientes entrevistadas, 29 pacientes tinham preferência pelo parto transpélvico, no entanto 6 dessas mulheres acabaram realizando cesárea. Isso aconteceu porque essas pacientes referiam ter dor muito intensa durante o trabalho de parto, não aguentando o procedimento e optando por trocar para cesárea no meio do processo. Em uma das gestantes, a mudança da via também teve como razão o tempo prolongado do trabalho de parto. No caso da paciente em questão, a médica sugeriu que a mesma mudasse para a cesárea porque, apesar de tudo estar bem e evoluindo bem, a paciente estava demorando para dilatar, e teria que passar mais tempo com aquela dor. Já foi observado em outros estudos que a desistência do parto transpélvico ocorre devido questões como dor intensa, nervosismo da parturiente e do acompanhante, e além de ser referido um sentimento de incapacidade de

ajuda e angústia por parte do acompanhante ao ver a paciente “sofrer”⁽¹⁰⁾. Quanto as duas pacientes que tinham preferência pela cesárea, mas que acabaram realizando parto transpélvico, isso se deu por conta de chegarem ao hospital já em período expulsivo e não dar tempo para fazer a via desejada.

Segundo um estudo realizado pela UNICEF (2017)⁽³⁾, as pacientes que realizam cesárea tem mais dor durante o pós-parto se comparado as de parto transpélvico. Mas o presente estudo não encontrou diferença estatística na dor entre as mulheres.

Em média o tempo de permanência hospitalar após o parto transpélvico é de 36 a 48 horas, enquanto o tempo de permanência da cesárea é em média de 3 dias. Neste estudo foi analisado que o tempo de permanência do parto transpélvico foi maior do que o da cesárea, com 2,96 dias para 2,56 dias, respectivamente. Isso ocorreu porque a puérpera só recebe alta junto com o recém-nascido, e houve um caso de uma taquipneia transitória do RN em um parto transpélvico que precisou permanecer internado na UTI, prolongando o tempo de permanência encontrado na estatística desse procedimento. Esse também foi um achado divergente deste estudo, se comparado com outros trabalhos publicados. Entre eles, o estudo realizado por Breim, et al, demonstrou que o parto vaginal apresenta menor morbidade quanto a desconforto respiratório (dentre eles, a taquipneia transitória do RN), sendo assim mais seguro para o RN⁽¹¹⁾. Isso seria o esperado, uma vez que as compressões torácicas realizadas durante o parto transpélvico auxiliam a expelir o líquido que fica no interior dos pulmões durante a vida intra-uterina⁽¹²⁾. Dessa forma, o achado de um caso de taquipneia transitória do RN nascido de parto transpélvico é outro ponto discordante do estudo com a literatura já estabelecida.

As duas pacientes que ainda não tinham amamentado, tinham realizado parto transpélvico, sendo que uma delas não tinha amamentado ainda porque havia pouco tempo que tinha saído do procedimento. Do total de 43 pacientes que amamentaram com menos de 12 horas, 22 fizeram parto cesárea e 21 parto transpélvico. Das parturientes que amamentaram no período de 12 a 24 horas, duas haviam realizado parto transpélvico e duas parto cesárea, sendo que o RN de um dos partos transpélvicos demorou para ser amamentado pois tinha desconforto respiratório (taquipneia transitória do RN) E a única paciente que levou mais de 24 horas para iniciar a amamentação tinha realizado parto cesárea, sendo que ela ainda não tinha conseguido amamentar até o momento da entrevista e tinha prótese de silicone, o que foi atribuído como motivo para o retardo do aleitamento. Desse modo, as puérperas tanto que realizaram cesárea como parto transpélvico, apresentaram um padrão de amamenta-

ção semelhante (sendo que a grande maioria amamentou em até 12 horas após o parto). Para os próximos estudos que tenham interesse em investigar mais essa questão, talvez seja interessante reduzir os intervalos de tempo para ter uma avaliação mais precisa e assim poder determinar se há uma via de parto que tem o início da amamentação mais rápido ou não.

O estudo não mostrou diferença estatística quanto ao Apgar tanto do 1º como do 5º minuto entre as vias de parto. De mesmo modo, um estudo por Kilsztajn et al⁽¹³⁾ também demonstrou que não havia relação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e um baixo índice de Apgar no 5º minuto. Assim como o estudo de Loth et al⁽¹⁴⁾ já também não havia demonstrado diferença significativa nas notas do Apgar de 1º e 5º minutos quando comparadas as duas vias de parto.

No desenvolvimento do estudo estava previsto a inclusão de mulheres com HIV com carga viral inferior a 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, continuação que permitiria a escolha da via de parto pela paciente⁽⁸⁾. No entanto, não foi observado nenhuma paciente com HIV, nem de baixa carga viral que permitiria a escolha do tipo de parto nem de carga viral superior a 1.000 cópias/mL ou carga viral desconhecida após a 34ª semana de gestação (condição que exigiria cesárea obrigatoriamente).

Inicialmente este estudo previa uma análise comparativa entre os procedimentos referentes aos aspectos de infecções puerperais e de analgesia para a gestante no pós-parto. Mas por algumas questões técnicas, estes itens não puderam ser avaliados. Entre uma das razões está o fato de todas as gestantes receberem antibioticoterapia profilática e analgesia no pós-parto como protocolo do hospital. Assim, um estudo futuro poderia ser desenvolvido envolvendo esses aspectos: se a antibioticoterapia profilática e a analgesia como protocolo trazem ou não benefícios para o período de recuperação da puérpera.

Estudos semelhantes a este podem e devem ser desenvolvidos em outros hospitais-maternidades, principalmente em hospitais públicos, e assim avaliar o impacto da criação da nova Lei 435/2019⁽¹⁵⁾. Com a aprovação de tal lei, fica agora estabelecido e garantido que as mulheres que fazem o parto pelo SUS também podem escolher a via de parto de sua preferência. Assim, seria de extrema importância avaliar se haverá um aumento de cesáreas e quais são os fatores que influenciam na escolha da via de parto dessas mulheres como um todo⁽¹⁶⁾, podendo-se comparar com as motivações apresentadas pelas gestantes desse estudo.

Conclusão

A partir do levantamento e da análise de dados realizada é possível concluir que não houve diferença

estatística significativa entre as duas vias de parto. Sem a determinação de qual via de parto seria a benéfica, a escolha da via torna-se algo individual e que seguiria a preferência de cada gestante. Contudo, este trabalho mostrou resultados diferentes dos já realizados pela OMS e outras instituições que demonstraram que o parto transpélvico tem mais benefícios para a gestante e RN do que a cesárea, que apresenta alguns riscos.

Referências

1. Rezende JM. A primeira operação cesariana em parturiente viva. In: Rezende JM. A sombra do plátano: crônica de história da medicina. São Paulo: Editora UNIFESP, 2009. p. 171-2.
2. Melo JKF, Davim RMB, Silva RRA. Vantagens e desvantagens do parto transpélvico e cesariano: opinião das puérperas. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 20]; 7(4):3197-205. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948005.pdf>
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Quem espera, espera. UNICEF para cada criança. [Internet]. 2017. [citado 2018 Nov 20]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/quem-espera-espera>
4. Núcleo de Telessaúde NUTES PE. Qual a melhor via de parto para gestantes soropositivas? 8 fev 2017. [Internet]. São Paulo: BVERSUS APS Atenção Primária à Saúde; 2017. [citado 2019 Nov 5]. Disponível em: <https://aps.bversus.br/aps/qual-a-melhor-via-de-parto-para-gestantes-soropositivas/>
5. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde materna: componente essencial dos direitos reprodutivos. [Internet]. [citado 2018 Nov 20]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/cartilha-saude-materna-rede-feminista>
6. Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO). Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para tentar diminuir as cesáreas. 14 março 2018. [Internet]. São Paulo: FEBRASCO; 2018. [citado 2019 Nov 5]. Disponível em: <https://www.febrasco.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>
7. R Development Core Team. R: a language and environment for statistical computing. Viena: R Foundation for Statistical Computing; 2018.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. [Internet]. Agência IBGE Notícias. 25/07/2018. Última atualização: 01/08/2018. [citado 2019 Nov 6]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de gênero: Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 5]; (38):1-13. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf
10. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(1):e4080014.
11. Breim MCC, Segre CAM, Lippi UG. Morbidity in neonates according to the mode of delivery: a comparative study. Einstein (São Paulo). 2010; 8(3 Pt 1):308-14.

12. Kimura AF, Yoshitake APM, Bueno M, Belli MAJ. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6): 850-5.
13. Kilsztajn S, Lopes ES, Carmo MSN, Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1886-92.
14. Loth EA, Vitti CR, Nunes JJS. A diferença das notas do teste Apgar entre crianças nascidas de parto transpélvico e parto cesariano. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2001; 5(3):211-3.
15. São Paulo (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Projeto de Lei nº 435/2019, de 10 de abril de 2019. [Internet]. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto transpélvico. [citado 2019 Nov 11]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>
16. Rett MT, Oliveira DM, Soares ECG, Desantana, JM, Araújo KCGM. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracajú. *ABCS Health Sci*. 2017; 42(2):66-72.

Trabalho recebido: 10/12/2019
Trabalho aprovado: 18/05/2020
Trabalho publicado: 26/05/2020