

# RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)  
autor(a), o texto completo desta tese  
será disponibilizado somente a partir  
de 27/02/2021.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**Anna Paula Ferrari**

**Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida: coorte de lactentes de Botucatu**

Tese apresentada Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**Orientadora: Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada**

**Botucatu**

**2019**

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Anna Paula Ferrari

Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida: coorte de lactentes de Botucatu

Tese apresentada Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Ferrari, Anna Paula.

Efeitos da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida : coorte de lactentes de Botucatu / Anna Paula Ferrari. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Capes: 40602001

1. Lactente. 2. Doenças. 3. Parto (Obstetrícia). 4. Procedimentos cirúrgicos eletivos. 5. Recém-nascidos.

Palavras-chave: lactente; morbidade; parto; procedimentos cirúrgicos eletivos; recém-nascido.

*Dedico esta tese aos meus pais que me ensinaram a fazer tudo por e com amor.*

*Ao meu esposo por me apoiar, por ter sido meu alicerce nesta construção.*

*Às mães e seus filhos que aceitaram embarcar nesse estudo, muitas vezes sem a real  
dimensão do quão essencial foram/são neste processo.*

***Agradecimento Especial***

*À Professora Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada pela confiança depositada em mim e por todos esses anos (9 anos!) de orientação.*

*Sou imensamente grata por todo aprendizado compartilhado e por me permitir acompanhar sua trajetória. Te admiro muito!*

## AGRADECIMENTOS

*Às puérperas por aceitarem participar deste trabalho em um momento de suas vidas repleto de emoções.*

*A todos os profissionais que colaboraram com a coleta de dados desta pesquisa. O papel de vocês foi fundamental.*

*Aos gestores dos hospitais envolvidos, pela autorização para execução da pesquisa.*

*À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste projeto.*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela bolsa de doutorado concedida.*

*À equipe UPESC, em especial à Profa. Dra. Margareth, à Rosângela e Eliane. Sem o apoio, incentivo e trabalho de vocês nada disso seria possível. Meus mais sinceros agradecimentos e admiração.*

*À equipe da Seção Gráfica da Administração Geral – UNESP, que colaborou com tanto profissionalismo para que os impressos fossem confeccionados.*

*À equipe CLaB (docentes, pós-graduandas e graduandas) pela parceria e convivência durante esta construção. Idealizamos, construímos e concretizamos com muito esforço e dedicação esta pesquisa.*

*À Secretaria de Saúde (Clínica do Bebê), ao Hospital das Clínicas da Unesp (CRIE) e ao Hospital UNIMED (Setor de Faturamento) por viabilizarem a coleta de dados desta pesquisa, pela receptividade e apoio.*

*Às alunas voluntárias que tive o prazer de conhecer e que muito contribuíram para execução desta pesquisa.*

*À Sonia, Rafaela, Juliana, Gabriela (bolsistas de treinamento técnico - FAPESP) e à Denise (bolsista CNPq) pela dedicação e comprometimento. Sem vocês nada disso seria possível.*

*Às entrevistadoras Andréa, Elaine, Wanda e Isabela. Qualquer palavra é insuficiente para expressar minha gratidão por tudo que vocês fizeram. Pessoas incríveis, profissionais dedicadas e empenhadas. Agradeço por vocês terem cruzado meu caminho.*

*Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos compartilhados.*

*Ao Hélio, pela realização da análise estatística.*

*À Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, pelas valiosas sugestões na elaboração deste trabalho.*

*Ao Prof. Dr. Adriano Dias, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e à Luciene, secretária do programa, pelas orientações, prontidão e empenho em sanar as dúvidas que surgiram durante o curso.*

*A todos os amigos e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que tive a oportunidade de conhecer, pelos momentos de trabalho e também de descontração.*

*À Comissão Organizadora do 1º. Congresso de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu. Foi incrível ter feito parte desta equipe! Quantas descobertas, quantos obstáculos ultrapassados, quanto aprendizado e, acima de tudo, quantos vínculos construídos. Nossa parceria foi um sucesso.*

*Aos queridos alunos que cruzaram meu caminho nesses quatro anos. Vocês foram essenciais para meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço pela troca, pelo aprendizado compartilhado.*

*À Profa. Titular Cristina Maria Garcia de Lima Parada, minha orientadora, pela paciência, competência e exemplo de profissional. Qualquer palavra seria insuficiente para expressar minha admiração e o quanto sou grata por esses anos de parceria.*

*Aos meus pais, Denize e João Carlos, por tudo que fizeram e fazem por mim e por estarem sempre presentes, me incentivando e torcendo para meu sucesso.*

*Ao meu irmão, João Felipe, pelo simples fato de fazer parte da minha vida.*

*Ao meu esposo Murilo, companheiro de todos os momentos, pelo carinho, apoio e paciência dedicados a mim. Você é minha fortaleza.*

*Às Famílias Ferrari, Barros e Sugahara, pelos momentos descontraídos e por sempre torcerem por mim.*

*Às amigas Ana Paula e Caroline Gomes (prima e amiga), por estarem sempre presentes, me ajudando, incentivando e dividindo momentos inesquecíveis.*

*Aos colegas do Grupo de Pesquisa SAMUCA, pelas discussões acadêmicas fundamentais para meu crescimento profissional.*

*Aos amigos e amigas dos grupos “Diário de Sophia”, “Camaradagem” e “Turma da Janta” pelos momentos revigorantes que passamos em todos esses anos de amizade. Vocês são essenciais para minha vida.*

*E, finalmente, agradeço imensamente a Deus, por sempre me abençoar nas minhas decisões, amparar nos momentos difíceis e por permitir com que pessoas extremamente competentes e importantes para meu crescimento pessoal e profissional cruzassem meu caminho.*

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.  
Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

*Marthin Luther King*

## APRESENTAÇÃO

Eis que me pego pensando: como isso tudo começou? Quais foram os caminhos que percorri para chegar até aqui? Como surgiu minha inquietude e envolvimento com a saúde materno-infantil e com a pesquisa? Para responder a estas indagações tive que voltar no tempo, há exatos 10 anos.

Em 2008, no terceiro ano da graduação, ao me deparar com a Disciplina de Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, vivenciei mais um momento em que percebi quão alienada eu era (sim, mais um... pois, desde o início da graduação fui me desprendendo, fui “rompendo a bolsa” que até então me “protegia” e me distanciava da realidade). Esse momento foi quando eu descobri que parto normal é realmente normal, ou era pra ser, e não a cesárea, que até então eu encarava como melhor maneira de “parir”. Na minha cabeça nascer por cesariana era o correto. Parto vaginal só acontecia quando não dava tempo de ser cesárea. E por que será que eu tinha esta convicção? Refletindo, vejo que esta influencia se deu pelo meio em que eu vivia. Meu contato maior era com pessoas que tinham plano de saúde, pessoas que não frequentavam unidades básicas de saúde, pessoas que nem sabiam/sabem o que é o SUS (aliás, uma das minhas primeiras des-alienações foi descobrir o SUS). Pois então, sempre que um bebê nascia em meu meio, nem se questionava sobre o tipo de parto, pois já era sabido, já era a regra: era cesárea. E aí descubro no meu terceiro ano de faculdade que não! A cesárea não é a melhor maneira de se “parir”, quando não há indicação para tal. E começo a me envolver mais e mais com a saúde materno-infantil.

No ano seguinte, orientada pela Profa. Vera Tonete, tive meu primeiro artigo publicado, o “primeiro filho”, que foi uma revisão de literatura sobre as contribuições da enfermagem para o sucesso do aleitamento materno de mães adolescentes. Neste mesmo ano, tive mais uma experiência marcante: entrevistei mães adolescentes para elaboração de meu trabalho de conclusão de curso. E foi aí que a pesquisa de campo começou a me encantar. Bom, então já tinha duas descobertas: a saúde materno-infantil e a pesquisa.

Em 2010 ingressei no aprimoramento em neonatologia, sobre orientação da Profa. Cristina Parada, quando começou nossa parceria. Quanto aprendizado! E aí os tipos de parto voltam a me intrigar. Cuidava daqueles bebezinhos na UTI neonatal que cabiam na palma da minha mão, tão frágeis... buscava apoiar aquelas famílias, principalmente as mães, que tinham o sonho e idealização do bebê perfeito interrompidos de forma tão dolorosa. E surgem as indagações: por que alguns desses bebês nascem de parto vaginal e outros de cesárea? O que será que está por traz dessas indicações de cesárea? Será que a falha está no atendimento pré-

natal? Ah, e como trabalho de conclusão, estudei a questão do aleitamento materno durante a hospitalização dos recém-nascidos, que resultou em minha segunda publicação, o “segundo filho” (esta gestação foi um pouco mais complicada, demorou um pouco mais para nascer).

Então, em 2011, para buscar entender um pouco mais dessa assistência ante parto e claro, para me aprofundar na área, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Que experiência... como foi bom ter feito esta especialização. Cresci muito não apenas como profissional, mas como pessoa, como agente transformador. Foi incrível! Como monografia, apresentei uma revisão de literatura acerca da cesárea e seus resultados perinatais.

A partir desta revisão, outro questionamento surgiu: será que há diferença nos resultados perinatais quando se tem cesárea eletiva ou indicada (distinção pouco encontrada na literatura)? Foi aí que, em 2013, ingressei no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Comecei a fazer parte de uma ampla pesquisa, conduzido pela doutoranda, à época, Ana Paula (que por sinal é uma pessoa que me inspira até hoje), que já estava em desenvolvimento. Foi meu primeiro contato com banco de dados, com análise quantitativa, com estudos epidemiológicos. Mais e mais aprendizado... mais e mais descobertas. E a paixão e interesse pela pesquisa e pela saúde materno-infantil só aumentando. Eis que neste interim surge uma paixão avassaladora: a docência! Sem ao menos esperar já estava envolvida e amando lecionar.

Este ano foi um ano de muito crescimento. Foi o ano do meu casamento com a pessoa com quem namorei por 10 anos, que vivenciei comigo todas estas transformações e descobertas. Pois bem, tive que “dar conta” então do casamento novo (e de tudo que vem junto no pacote do matrimônio), do mestrado e da docência. Foram dois anos intensos, incrivelmente intensos! Mas aí, quando você acha que já chegou no seu limite, que não dá conta de mais do que isso, vem o doutorado!

Na verdade, antes mesmo de concluir o mestrado, já desejava o doutorado. Queria aperfeiçoar mais os achados do mestrado. Então, logo após a defesa do mestrado, em março de 2015 ingressei no sonhado doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Surge a oportunidade de conduzir um estudo de coorte. Que desafio! Mas, era isso que eu queria. E no meio de coleta de dados, captação dos participantes da coorte, coordenação da pesquisa, nasce mais um “filho acadêmico” resultado do mestrado. Quanta alegria e alívio! A sensação de estar no caminho certo foi inevitável.

A felicidade aumenta ainda mais ao final da coleta, que durou um ano e meio, e deu origem a muitos “estudos filhos” (trabalhos de conclusão de curso, iniciações científicas,

mestrados e doutorados). A satisfação se faz presente! Como tudo acontece no momento certo, em 2017, junto com o final da coleta, ingressei ao corpo docente de uma faculdade particular e em 2018 como professora substituta do Departamento de Enfermagem. E hoje, sabe aquela disciplina lá do início deste texto que me fez “sair da bolha”? Pois bem, hoje sou professora substituta desta disciplina e sigo tentando tirar os discentes de mais “bolhas” como aquela que me alienavam.

Hoje concluo meu doutorado com a sensação de dever cumprido. Que venham mais desafios... que venham mais “filhos-acadêmicos”... e quem sabe um filho com o real significado da palavra. E se vier, qual será o tipo de parto?

## RESUMO

**Introdução:** Na literatura científica, estudos relacionam as cesáreas ao aumento do risco de morbimortalidade materna e infantil. Além dos possíveis desfechos negativos observados no período perinatal, a literatura tem apontado, também, efeitos deletérios na primeira infância para crianças nascidas por operação cesariana, tais como: desmame precoce, asma, alergia e alterações de crescimento. Porém, com exceção do aleitamento materno e da asma, há viés na maioria dos registros, visto que não há a devida discriminação entre os desfechos relacionados às cesáreas indicadas e as cesáreas eletivas. A tese a ser explorada diz respeito aos efeitos adversos da cesárea no período perinatal e primeiro ano de vida, quando realizada sem indicação precisa, tendo como hipótese: os desfechos da cesárea eletiva são negativos no período perinatal e no primeiro ano de vida quando comparados aos mesmo desfechos do parto vaginal. **Objetivos específicos:** três estudos foram desenvolvidos, sendo que o primeiro, tem por objetivo classificar os tipos de partos de acordo com três referências: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Ministério da Saúde (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no Sistema Único de Saúde – CONITEC) e revisão de literatura especialmente conduzida para tal finalidade e comparar os desfechos perinatais e no primeiro ano de vida associados a essas classificações; o segundo objetiva verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais: idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, índice de Apgar atribuído no quinto minuto de vida, tempo de internação, necessidade de internação em Unidade de Cuidados Intermediários/Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UCI/UTI), contato pele a pele na sala de parto e amamentação na primeira hora de vida; e o terceiro, verificar o efeito da cesárea eletiva sobre os desfechos: aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida, desmame no primeiro ano de vida, alterações no crescimento, ocorrência de infecções respiratórias e atopias no primeiro ano de vida. **Método:** trata-se de estudo de coorte, cujo seguimento foi de um ano. A coorte foi constituída por mães/bebês que passaram por serviço de atenção primária de Botucatu/SP (Clínica do Bebê), voltado a atender em consulta médica e de enfermagem recém-nascidos cujos partos ocorreram tanto no serviço público quanto no privado e cujas mães aceitaram participar do estudo. A coleta de dados ocorreu em sete momentos, sendo o primeiro na Clínica do Bebê, no primeiro mês de vida das crianças, e as demais entrevistas ocorreram por telefone (aos dois e quatro meses do bebê) e em domicílio aos três, seis, nove e 12 meses após o parto. Para a análise estatística do estudo 1 realizou-se associação entre todas as variáveis perinatais e no primeiro ano de vida e as três classificações

de parto, sendo estimadas as probabilidades de significância (p valor). Foram utilizadas as técnicas de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado, sendo considerados significativos  $p < 0,20$ . Para o estudo 2, realizou-se análise univariada, sendo estimados os riscos relativos, com intervalo de confiança de 95%, a partir da Regressão de Cox. Aquelas variáveis que apresentaram nível de significância estatística menor que 0,20 ( $p < 0,20$ ) foram mantidas no modelo. Em seguida, a relação entre o tipo de parto e os desfechos perinatais foi analisada por Regressão de Cox Múltipla. Para o estudo 3, modelos de Regressão de Cox foram ajustados para os desfechos em função do tipo de parto, incluindo todas as covariáveis. Em seguida, reajustaram-se os modelos, incluindo somente covariáveis com níveis descritivos abaixo de 0,20 ( $p < 0,20$ ). Relações foram consideradas significativas se  $p < 0,05$ . Análises foram realizadas com o software SPSS v21.0. **Resultados:** os achados do artigo 1 mostram que a diretriz CONITEC é o referencial nacional que apresentou a maior taxa de cesárea eletiva e foi o que mais diferenciou o parto vaginal das cesáreas, considerando os resultados perinatais estudados. Com relação ao artigo 2, associações significativas foram encontradas entre contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, internação em UCI/UTI e tempo de internação. Bebês nascidos por cesárea eletiva têm maior risco de não serem colocados em contato pele a pele (RR=13,74;  $p < 0,001$ ; IC95%=7,64-24,71) e de não serem amamentados na primeira hora de vida (RR=2,28;  $p < 0,001$ ; IC95%=1,56-3,34). Apresentam também maior risco de internação em UCI/UTI (RR=2,26;  $p = 0,014$ ; IC95%=1,18-4,35) e maior tempo de internação (RR=0,60;  $p < 0,043$ ; IC95%=0,01-1,19). O artigo 3 não revelou associação estatisticamente significativa entre parto vaginal, cesárea eletiva e os desfechos estudados. **Conclusão:** sugere-se a diretriz CONITEC como o referencial nacional mais indicado para classificação das cesáreas. A cesárea eletiva associou-se a maior risco de não ter contato pele a pele e de não amamentar na primeira hora de vida; a maior tempo de internação e risco maior de internação em Unidade Neonatal. Desta forma, para evitar a ocorrência de eventos deletérios no período perinatal devem-se evitar cesáreas eletivas.

**Descritores:** parto; cesárea; procedimentos cirúrgicos eletivos; morbidade; recém-nascido; lactente.

## ABSTRACT

**Introduction:** In the scientific literature, studies have linked cesarean sections to an increased risk of maternal and infant morbidity and mortality. In addition to the possible negative outcomes observed in the perinatal period, the literature has also pointed out deleterious effects in early childhood for children born by cesarean section, such as early weaning, asthma, allergy and growth disorders. However, with the exception of breastfeeding and asthma, there are biases in most registries, since there is no proper discrimination between outcomes related to indicated cesarean sections and elective cesarean sections. The thesis to be explored concerns the adverse effects of cesarean section in the perinatal period and first year of life, when performed without precise indication, with the hypothesis: elective cesarean outcomes are negative in the perinatal period and in the first year of life when compared to vaginal delivery outcomes. **Specific objectives:** three studies were developed, the first of which aims to classify the types of deliveries according to three references: Brazilian Federation of Associations of Gynecology and Obstetrics (FEBRASGO), Ministry of Health (National Commission for the Incorporation of Unitary Health System - CONITEC) and literature review conducted for this purpose and to compare the perinatal outcomes and in the first year of life associated with these classifications; the second objective was to verify the effect of elective cesarean section on perinatal outcomes: gestational age at birth, birth weight, Apgar score attributed in the fifth minute of life, length of stay, need for hospitalization in the Intermediate Care Unit/Intensive Care Unit Neonatal (ICU/ICUN), skin-to-skin contact in the delivery room and breastfeeding in the first hour of life; and the third, to verify the effect of elective cesarean section on the outcomes: exclusive breastfeeding interrupted before the sixth month of life, weaning in the first year of life, changes in growth, occurrence of respiratory infections and atopy in the first year of life. **Method:** it is a cohort study, followed up for a year. The cohort consisted of mothers/infants who went through the primary care service of Botucatu / SP (Baby Clinic), which was attended in medical and nursing consultations for newborns whose births occurred in the public or private services and whose mothers accepted to participate in the study. Data collection took place in seven moments, the first one in the Baby Clinic, in the first month of life of the children, and the other interviews occurred by telephone (at two and four months of the baby) and at home at three, six, nine and 12 months postpartum. For the statistical analysis of study 1, the association between all perinatal variables and the first year of life and the three birth rates, and the probability of significance

(p value) was estimated. Kruskal-Wallis and Chi-square techniques were used, being considered significant  $p < 0.20$ . For the study 2, a univariate analysis was performed, and the relative risks, with a 95% confidence interval, were estimated from the cox regression. Those variables that presented a level of statistical significance lower than 0.20 ( $p < 0.20$ ) were maintained in the model. Then, the relationship between the type of delivery and the perinatal outcomes was analyzed by multiple cox regression. For study 3, cox regression models were adjusted for outcomes according to type of delivery, including all covariates. Then, the models were readjusted, including only covariates with descriptive levels below 0.20 ( $p < 0.20$ ). Relationships were considered significant if  $p < 0.05$ . Analyzes were performed with SPSS v21.0 software. **Results:** the findings of article 1 show that the CONITEC guideline is the national referential that presented the highest rate of elective cesarean section and was the one that most differentiated vaginal delivery from cesarean sections, considering the perinatal outcomes studied. Regarding article 2, significant associations were found between skin-to-skin contact, breastfeeding in the first hour of life, ICU/ICUN stay and length of stay. Infants born by elective cesarean section had a higher risk of non-skin-to-skin contact (RR = 13.74,  $p < 0.001$ , 95% CI = 7.64-24.71) and non-breastfeeding in the first hour of life (RR = 2.28,  $p < 0.001$ , 95% CI = 1.56-3.34). They also present a higher risk of ICU/ICUN admission (RR = 2.26,  $p = 0.014$ , 95% CI = 1.18-4.35) and longer hospitalization time (RR = 0.60,  $p < 0.043$ , 95% CI, = 0.01-1.19). Article 3 did not reveal a statistically significant association between vaginal delivery, elective cesarean delivery and the outcomes studied. **Conclusion:** the CONITEC guideline can be considered the most appropriate national reference for cesarean classification. Elective cesarean section was associated with a greater risk of not having skin-to-skin contact and not breast-feeding in the first hour of life; the longer hospitalization time and the greater risk of hospitalization in the Neonatal Unit. Thus, in order to avoid the occurrence of deleterious events in the perinatal period, elective caesarean sections should be avoided.

**Descriptors:** childbirth; cesarean section; elective surgical procedures; morbidity; newborn; infant.

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>MS</b>	Ministério da Saúde	23
<b>PAISMC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança	23
<b>PAISM</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	23
<b>PAISC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança	23
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde	23
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família	23
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família	23
<b>IHAC</b>	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	24
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	24
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas	24
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	25
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde	25
<b>ANS</b>	Agência Nacional de Saúde Suplementar	26
<b>FEBRASGO</b>	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia	29
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde	29
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva	29
<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intermediários	29
<b>AME</b>	Aleitamento Materno Exclusivo	29
<b>CLaB</b>	Coorte de Lactentes de Botucatu	30
<b>SAMUCA</b>	Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	30
<b>FAPESP</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo	30
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano	30
<b>DRS</b>	Departamento Regional de Saúde	30
<b>UPESC</b>	Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva	33

<b>FMB</b>	Faculdade de Medicina de Botucatu	33
<b>IBB</b>	Instituto de Biociências de Botucatu	36
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	36
<b>CIMS</b>	Conselho para a Organização Internacional de Ciências Médicas	37
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina	58

## **LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 1** – Fluxograma da formação da coorte e do acompanhamento das mães e seus bebês no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017. 32

### **Artigo 1**

**GRÁFICO 1** - Distribuição dos nascimentos segundo tipo de parto e referencial de classificação. Botucatu, 2015-2017. 46

**GRÁFICO 2** – Distribuição das cesáreas segundo indicação de acordo com referenciais de classificação. Botucatu, 2015-2017 50

## **LISTA DE TRABELAS E QUADROS**

### **Artigo 1**

- TABELA 1** - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo a CONITEC, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017 47
- TABELA 2** - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo a FEBRASGO, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017 47
- TABELA 3** - Associação entre os resultados perinatais e o tipo de parto segundo revisão de literatura, mediana e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017 48
- TABELA 4** - Associação entre os desfechos do primeiro ano de vida e o tipo de parto segundo CONITEC, FEBRASGO e revisão de literatura, percentual (%) e nível de significância (p). Botucatu, 2015-2017 49

### **Artigo 2**

- QUADRO 1** – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos perinatais. Botucatu, 2017 64
- TABELA 1** – Análise univariada das características sociodemográficas, do pré-natal, parto e pós-parto de mães e recém-nascidos, segundo tipo de parto (vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017 66
- TABELA 2** – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e contato pele a pele. Botucatu, 2015-2017 67
- TABELA 3** – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e amamentação na primeira hora de vida. Botucatu, 2015-2017 68
- TABELA 4** – Resultado da regressão de cox múltipla que investigou a associação entre tipo de parto e necessidade de internação em UTI/UCI. Botucatu, 2015-2017 68

### **Artigo 3**

- QUADRO 1** – Variáveis do estudo e fonte de dados referentes aos tipos de parto e desfechos no primeiro ano de vida. Botucatu, 2017 83
- TABELA 1** – Descrição das características sociodemográficas e gestacionais maternas e idade gestacional dos bebês ao nascer por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017 85

<b>TABELA 2</b> – Descrição dos desfechos apresentados pelos bebês no primeiro ano de vida por tipo de parto (parto vaginal e cesárea eletiva). Botucatu, 2015-2017	86
<b>TABELA 3</b> – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017	87
<b>TABELA 4</b> – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e aleitamento materno exclusivo interrompido antes do sexto mês de vida. Botucatu, 2015-2017	87
<b>TABELA 5</b> – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
<b>TABELA 6</b> – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e desmame no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
<b>TABELA 7</b> – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	88
<b>TABELA 8</b> – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e infecção respiratória no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	89
<b>TABELA 9</b> – Resultado da regressão de cox que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC > +2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	89
<b>TABELA 10</b> – Resultado da regressão de cox ajustada que investigou a associação entre tipo de parto e alteração de crescimento (escore IMC > +2) no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	90

**SUMÁRIO**

<b>1 Introdução</b> .....	22
<b>2 Hipótese</b> .....	28
<b>3 Objetivos</b> .....	29
3.1 Objetivo geral .....	29
3.2 Objetivos específicos .....	29
<b>4 Método</b> .....	30
4.1 Delineamento .....	30
4.2 Local de realização do estudo .....	30
4.3 Inclusão na coorte .....	31
4.4 Critérios de não inclusão no estudo .....	33
4.5 População do estudo .....	33
4.6 Coleta de dados .....	33
4.7 Aspectos éticos .....	37
<b>5 Resultados</b> .....	38
5.1 Artigo 1 – Classificação das cesáreas e associação aos desfechos perinatais e no primeiro ano de vida: estudo epidemiológico .....	39
5.2 Artigo 2 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos perinatais: um estudo de coorte .....	57
5.3 Artigo 3 – Efeitos dos tipos de parto sobre os desfechos no primeiro ano de vida: um estudo de coorte .....	77
<b>6 Discussão</b> .....	97
<b>7 Considerações finais</b> .....	100
<b>8 Referências</b> .....	101
Anexos .....	104
Apêndices .....	107

## **1. Introdução**

### **Marcos históricos: políticas públicas e saúde materno-infantil**

Esta investigação volta-se ao estudo dos nascimentos por operação cesariana, suas indicações e consequências para a saúde materno-infantil. A tese a ser explorada diz respeito aos eventos adversos desta intervenção no período perinatal e primeiro ano de vida, quando realizada sem indicação precisa. A presente pesquisa emergiu da inquietude da pesquisadora, após a conclusão de seu mestrado, o qual teve como produto um estudo que buscou identificar fatores sociodemográficos, características e intercorrências gestacionais associadas à realização de cesárea eletiva (FERRARI et al., 2016).

Inicia-se com a abordagem histórica do desenvolvimento das políticas públicas voltadas ao binômio mãe-bebê, de forma a compreender o contexto atual, considerando que o Brasil está entre os países com maior taxa de cesárea do mundo (UNA-SUS, 2015).

Globalmente, as primeiras Políticas Públicas de Saúde surgiram a partir de transformações ocorridas na Europa, no século XVIII, com o advento da Revolução Industrial. Tais políticas, a princípio, eram voltadas ao controle social e serviços de saneamento. Por conseguinte, a evolução dos serviços de saúde se deu com o avanço do sistema capitalista. Até esse momento da história, a criança era vista e tratada como um pequeno adulto e a mulher tinha suas questões de saúde vinculadas apenas ao parto (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

No Brasil não foi muito diferente. As primeiras ações coletivas em saúde foram direcionadas ao controle de epidemias, decorrente principalmente da Revolução Industrial (século XIX), com o deslocamento das comunidades rurais para os centros urbanos. Desde então, marcos importantes para a saúde pública aconteceram, como a criação do Instituto Oswaldo Cruz, do Departamento Nacional de Saúde e a realização da I Conferência Nacional de Saúde (FUNASA, 2017).

Com relação à saúde materno-infantil, as principais mudanças vêm ocorrendo desde a Reforma Sanitária, movimento no qual o principal objetivo das políticas era a redução da mortalidade materna e infantil. Na década de 1970 foi implantado o primeiro programa voltado a questões preventivas, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, porém, este não considerava a diversidade regional do país, o que foi fator limitante para seu desenvolvimento (CASSIANO et al., 2014; BISCESKI et al., 2012).

Em 1980 o Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade da assistência integral à mulher e à criança, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que abordava, dentre outras ações, a promoção do aleitamento materno, a prevenção de doenças e promoção da saúde do binômio e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. A saúde da criança, então, permanecia vinculada à saúde materna, até que em 1984, impulsionado por movimentos sociais de mulheres que lutavam pelo direito da assistência plena, o Brasil implementou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

No decorrer dos anos, novas estratégias foram surgindo para potencializar, dentre outros grupos assistenciais, a atenção à saúde materno-infantil. Destaca-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que devido a sua importância epidemiológica e comunitária, fixou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) (BISCESKI et al., 2012).

Com os avanços tecnológicos e do sistema capitalista impulsionado entre os anos de 1990 e 2000, emergiu a necessidade de iniciativas e programas com o objetivo de garantir a assistência humanizada ao binômio durante o pré-natal, parto e pós-parto, visto que a interferência destes avanços foi nítida, principalmente no que se refere à assistência ao parto, imperando o modelo biomédico, hospitalocêntrico, com a perda da autonomia da mulher na

tomada de decisões nesse importante momento, havendo o crescente distanciamento entre os saberes científico e popular (ARAÚJO et al., 2014).

No contexto da humanização, entre as políticas públicas para a área materno-infantil, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada pelo MS em 1995, e que tem como principal objetivo apoiar, incentivar e promover o aleitamento materno, bem como garantir o direito da criança à assistência humanizada. Destaca-se, também, com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, o lançamento pelo MS, no ano de 2000, do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (ARAÚJO et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Com o intuito de reforçar a necessidade de ações para redução da mortalidade infantil e garantir uma rede de assistência integral e qualificada, em 2004 o MS apresenta a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004). No mesmo ano, a fim de fornecer subsídios para a investigação dos óbitos infantis e desenvolver ações para sua prevenção, o mesmo Ministério também divulga o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2009).

Em 2007, o Método Canguru passa a integrar as políticas de saúde no campo perinatal, que tem dentre seus propósitos favorecer o vínculo, com a redução do tempo de separação entre mãe e recém-nascido, aumentar a taxa de aleitamento materno e contribuir com o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido (BRASIL, 2011).

Ainda com o propósito de melhoria na atenção materno-infantil, em 2011, a Rede Cegonha é incorporada aos demais programas, como importante estratégia do Governo Federal para redução da mortalidade materno-infantil, a partir da garantia de acolhimento nos serviços, acesso aos níveis de atenção necessários e resolutividade (CASSIANO et al., 2014).

Entre as políticas globais com impacto no Brasil, destaca-se a proposta da Organização das Nações Unidas (ONU), elaborada com a intenção de tornar o mundo com

melhores condições para se viver: os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas a serem alcançadas a nível mundial entre os anos 2000 e 2015 (ONU, 2015). Dentre estes objetivos tem-se a redução da mortalidade infantil e materna. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil superou a meta de redução (dois terços do nível de 1990), porém a meta de redução da mortalidade materna a três quartos do nível de 1990 não foi alcançada. Um dos fatores trazidos no Relatório Nacional de Acompanhamento como dificultador da redução da mortalidade materna é o elevado número de partos por cesárea, que aumenta em 3,5 vezes o risco de morte e em 5 vezes a chance de contrair infecção puerperal (IPEA, 2014).

### **Operação cesariana: estratégias para redução e impacto na saúde materno-infantil**

Percebe-se que muito se tem feito com relação às políticas públicas de saúde, programas e iniciativas sociais, a fim de superar desafios da saúde materno-infantil, que ainda persistem, como as altas taxas de nascimento por operação cesariana, sem benefícios evidentes para o resultado materno-fetal (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulga em 2018 novas orientações não clínicas projetadas especificamente para reduzir as cesáreas desnecessárias. Estas intervenções são voltadas às mulheres e suas famílias, aos profissionais e também às instituições de saúde. Abordam questões de educação em saúde familiar, psicoeducação, prática baseada em evidências, auditorias das cesáreas, qualificação do atendimento fornecido por parteiras e equiparação das taxas médicas entre partos vaginais e cesáreas (WHO, 2018).

No Brasil, a preocupação com o aumento das taxas de cesárea vem desde o final da década de 1990, com o estabelecimento de portarias pelo MS voltadas à redução do percentual do referido procedimento. Em 1998, com a Portaria 2.816, foi determinado o percentual máximo de pagamento de cesárea por hospital, considerando o total de partos realizados (BRASIL, 1998). A Portaria 865, do ano seguinte, redefiniu estes limites (BRASIL, 1999) e, no ano 2000, foi promulgado o “Pacto para redução de cesarianas”

(Portaria 466), que determinou que cada estado deveria estabelecer estratégias para redução das taxas de cesárea, minimamente a 25% do total de partos e, após dois anos de manutenção deste percentual, novas ações deveriam ser definidas para que se mantivesse a redução (BRASIL, 2000).

Após mais de uma década destas Portarias, devido a persistência dos altos índices de cesárea e, principalmente, diante do excesso de cesáreas desnecessárias, o MS lança em 2016 dois documentos com vistas à qualificação da atenção à saúde da gestante: Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana e Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal. Ambos visam orientar as mulheres, profissionais e gestores sobre indicações e condutas relacionadas aos modos de nascer, baseado nas melhores evidências científicas (BRASIL, 2016).

Para estimular o parto vaginal também no setor privado/conveniado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vigora, em 2015, a Resolução Normativa número 368, que estabelece a obrigatoriedade de divulgação do percentual de parto normal e cesárea por estabelecimento de saúde e por médico. Dispõe também sobre a utilização do partograma, cartão da gestante e carta de informação à gestante (ANS, 2015).

No mesmo ano a ANS coordenou campanha de alerta para pais, familiares e profissionais da saúde sobre as cesáreas desnecessárias. Com vistas à redução das cesáreas antecipadas, realizadas sem a real necessidade, por conveniência, como no período de festas de fim de ano e férias, divulga informações sobre os riscos deste procedimento e vantagens do parto vaginal, com a intenção, dentre outras, de prevenir o aumento da prematuridade (ANS, 2015).

Atualmente, evidências indicam que os primeiros mil dias de vida de uma criança podem exercer influência no resto de sua existência. Esse período refere-se ao tempo decorrido entre o primeiro dia de gestação até os dois anos de idade. Estudos sugerem que

atitudes ou fatos que ocorreram durante a gestação, parto e nos dois primeiros anos de vida da criança podem exercer interferência no potencial de crescimento e desenvolvimento, aprendizagem e alimentação adequada daquele indivíduo, de curto a longo prazos (INSTITUTO PENSI, 2016; PASTORAL DA CRIANÇA, 2016).

Nos anos de 2011 e 2012 foi desenvolvida, no Brasil, ampla pesquisa de base populacional relacionada a mães e bebês, denominada Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Um dos principais impulsionadores desta pesquisa foi o fato de evidências sugerirem que o modelo medicalizado de nascimento, principalmente a cesárea desnecessária, tem como consequência desfechos desfavoráveis, como o aumento da taxa de nascimentos prematuros. Entre os resultados desta pesquisa, foi descrita proporção elevada de bebês que nasceram com idade gestacional entre 37 e 38 semanas, explicada pelo grande número de cesarianas agendadas, realizadas antes mesmo do início do trabalho de parto (LEAL et al., 2014; NASCER NO BRASIL, 2014).

Estudos internacionais com o objetivo de investigar a associação entre cesárea e desfechos ao longo da vida, revelam que crianças nascidas pelo referido procedimento realizado de forma eletiva têm chance ainda maior de apresentarem obesidade, asma e atopias (BLUSTEIN; LIU, 2015; YUAN et al, 2016).

Considerando-se a relevância da saúde materno-infantil e as consequências ao binômio mãe-bebê do parto cesárea sem indicação precisa, propõe-se o presente estudo, voltado a verificar o efeito da cesárea eletiva no período perinatal e no primeiro ano de vida de crianças residentes em município de médio porte do interior paulista.

## **7. Considerações finais**

Foi possível, com o desenvolvimento desta tese, confirmar as hipóteses de que o referencial CONITEC conta com a maior taxa de cesárea eletiva e melhores resultados perinatais decorrentes do parto vaginal e que o efeito da cesárea eletiva é negativo para a criança no período perinatal (associação significativa com aleitamento materno na primeira hora, contato pele a pele, internação em UTI/UCI e tempo de internação).

Durante o acompanhamento gestacional é imprescindível que a gestante seja orientada quanto aos tipos de parto, indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens de cada um, para que ela possa ter autonomia para a tomada de decisão.

Neste sentido, mudanças no modelo de atenção à gestante precisam ser prioridade de todos os envolvidos. As recomendações das políticas públicas em saúde devem sair da esfera do que é preconizado e serem realmente efetivadas. Dessa forma, espera-se garantir à mulher e seu conceito o direito ao parto seguro e humanizado, seja este vaginal ou cesárea. O importante é que esta decisão seja tomada de forma livre e realmente esclarecida, baseada nos princípios éticos e científicos.

Vale ressaltar que, pelos achados desta pesquisa, o parto vaginal continua sendo a melhor forma para se nascer, desde que não haja risco para o binômio. Desta maneira, eventos deletérios no período perinatal poderão ser evitados.

## 8. Referências

- AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-22, ago. 2010.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Entram em vigor novas regras para o parto na saúde suplementar [Internet]. 2015 [acesso 11 mai 2017]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Campanha reforça alerta sobre cesáreas desnecessárias [Internet]. 2015 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3122-campanha-reforca-alerta-sobre-cesareas-desnecessarias>
- ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIEIRA CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev bras enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.
- BLUSTEIN, J.; LIU, J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. **BMJ**, 350:h2410, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.816, de 29 de maio de 1998. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 865, de 03 de julho de 1999. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 466, de 14 de junho de 2000. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Manual Técnico – Método Canguru. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. (2016): Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar;179:1-115.
- BISCESKI, A.; RODRIGUES, D. R. S.; SIMON, J.; SILVA, M. P. L.; ENGEL, M. E.; COVATTI, P; et al. Características epidemiológicas da saúde materno-infantil. **Rev enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 79-88, 2012.
- CÂMARA, R. et al. Cesarean section by maternal request. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 43, n. 4, p. 301–310, ago. 2016.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, S. E. M.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. N. Saúde materno-infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Rev serv public**, Brasília. v. 65, n. 2, p. 227-44, abr-jun 2014.

CONITEC. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde. Mar 2016, n. 179, p. 1-115.

CHEN, I. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database Syst Rev**, 2018, issue 9. art. no.: CD005528. DOI: 0.1002/14651858.CD005528.pub3.

COPELLI, F. H. S.; ROCHA, L.; ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, F. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 2, p. 336-43, abr-jun 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S101–S116, ago. 2014.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Cesarianas – indicações [Internet]. 2002 [acesso 10 maio 2016]. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf)

FERRARI, A. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; PARADA, C. M. G. L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. **Rev bras epidemiol**, v. 19, n. 1, p. 75-88, jan-mar 2016.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Cronologia histórica da saúde pública [Internet]. 2017 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>

HCFMB. Há 50 anos fazendo história [Internet]. 2017 [acesso 04 junho 2018]. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/hcfmb-ha-50-anos-fazendo-historia/>

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Relatório nacional de acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. 2014 [acesso 08 dez 2018]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523\\_relatorioidm.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioidm.pdf)

ONU – Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio [Internet]. 2015 [acesso 08 dez 2018]. Disponível em: [https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015\\_PT.pdf](https://www.unric.org/pt/images/stories/2015/PDF/MDG2015_PT.pdf)

PENSI – Pesquisa e ensino em saúde infantil. Os primeiros 1000 dias [Internet]. 2016 [acesso 14 ago 2017]. Disponível em: <http://www.primeiros1000dias.com.br/>

LEAL, M. C., et al: Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [Internet]. 2014 [acesso 10 set 2016]. Disponível em: [www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf)

- NASCER NO BRASIL. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento [Internet]. 2014 [acesso 10 set 2016]. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/introducao-e-justificativa/>
- NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens Sci Statements 2006; 23:1-29.
- OLIVEIRA R. L. A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2:[08 telas], 2013.
- PASTORAL DA CRIANÇA. Toda gestação dura 1000 dias [Internet]. 2016 [acesso 14 ago 2017]. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/1000-dias>
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU – Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012
- REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.
- SEADE. Portal de estatísticas do Estado de São Paulo. Perfil dos municípios paulistas [Internet]. 2018 [acesso 07 jan 2019]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/#2>
- SVS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Internet] 2018 [acesso 20 out 2018]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>
- SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, p. 459-68, set. 2010.
- SOUZA, P. J.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Suppl:51-3.
- UNA-SUS. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. 2015 [acesso 04 set 2017]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>
- WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q; BOSCO, S. M. D. Escolha da vida de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 1, p. 46-53, 2014.
- WHO. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section [Internet]. 2018 [acesso 13 dez 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>
- YUAN, C. et al. Association between cesarean birth and risk of obesity in offspring in childhood, adolescence and early adulthood. *JAMA Pediatr*, v. 170, n. 11, nov 2016.