



TOCOTRAUMATISMO EM RECÉM-NASCIDOS

Ademir José Lorenzoni Filho

Gládma Rejane Ramos Araújo da Silveira

Curso: Medicina Período: 9º Área de Pesquisa: Saúde

Resumo: Tocotraumatismo é a lesão provocada em consequência ao trabalho de parto. São várias as causas que expõem o recém-nascido ao trauma no momento de nascer; sendo a fase neonatal, a mais suscetível, devido à fragilidade desta. O tocotrauma concatenou-se à espécie de parto em recém-nascidos com idade gestacional abaixo de 37 semanas, ocorrendo em situações de maior incidência de complicação em partos realizados com fórcepe. Conforme a Organização Mundial de Saúde, somente 15% do total de partos retratam recomendação necessária de cesariana, isto é, encontram-se circunstâncias na qual a sua prática é essencial para a prevenção da saúde fetal e/ou materna. Os tocotraumatismos estão presentes em 2% a 7% dos bebês nascidos vivos, não sendo totalmente impedidos, mesmo com uma assistência médica qualificada e hábil; visto que, as lesões fetais podem acontecer também no processo gestacional. Este trabalho teve por objetivo identificar as lesões traumáticas que ocorrem ao longo da parturição e afetam o recém-nascido. Realizou-se uma revisão bibliográfica de cunho qualitativo para desenvolver o tema proposto. Discutiram-se os principais fatores que propiciam o trauma no bebê, apresentando os tocotraumatismos mais frequentes encontrados em recém-nascidos.

Palavras-chave: Trabalho de Parto. Tocotraumatismo. Recém-nascido.

Abstract: Tocotraumatism is the injury caused as a result of labor. There are several causes that expose the newborn to trauma at the moment of birth; the neonatal phase being the most susceptible, due to its fragility. O Tocotrauma was concatenated to the type of delivery in newborns with gestational age below 37 weeks, occurring in situations with a higher incidence of complications in parts performed with forceps. According to the World Health Organization, only 15% of the total deliveries show the necessary recommendation for a cesarean section, that is, it is known to be determined in which its practice is essential for the prevention of fetal and / or maternal health. Tocotraumatism are present in 2% to 7% of babies born alive, not being totally prevented, even with qualified and skilled medical assistance; since, fetal injuries can also happen in the gestational process. This study aimed to identify how traumatic injuries that occur during parturition and affect the newborn. A qualitative bibliographic review was carried out to develop the proposed theme. Discussed the main factors that propitiate trauma in the baby and presented the most common tocotraumatism found in newborns.

Keywords: Childbirth Work. Tocotraumatism. Newborn.

1. INTRODUÇÃO

Tocotraumatismo (TTM) é a lesão provocada em consequência ao trabalho de parto. São várias as causas que expõem o recém-nascido (RN) ao trauma no momento de nascer, sendo a fase neonatal, a mais suscetível, devido à fragilidade desta. Aproximadamente 8% de mortes em RN são originados dos tocotraumatismos, apesar de haver dificuldades em estabelecer a ocorrência dos mesmos (MADI *et al.*, 2010).

Durante o parto, algumas causas propiciam ao trauma do bebê: trabalho de parto rápido ou prolongado, recém-nascido grande para a idade gestacional, anomalias congênitas, mau funcionamento do útero materno, macrossomia fetal, desconformidade cefalopélvica materna e gestação múltipla. Habitualmente, podem ocorrer lesões nos membros inferiores e superiores, resultantes ou não de fraturas, acarretando astenia temporária (LOWDERMILK *et al.*, 2012).

Relacionado aos procedimentos obstétricos, percebe-se a utilização da cesárea de emergência, fórceps e vácuo de extração. Geralmente, as lesões se restabelecem rápido, sem maiores complexidades para o desenvolvimento da criança (LOWDERMILK *et al.*, 2012; MADI *et al.*, 2010; HOCKENBERRY, WILSON, 2012).

Por meio da utilização de procedimentos necessários no momento do parto, e, o pré-natal realizado de forma adequada pode-se minimizar a incidência dos tocotraumatismos, evitando situações de riscos para mãe e filho.

O trauma no decurso do nascimento é de 0,8%, alterando de 0,2 a 2 a cada mil nascimentos. Os altos índices de mortalidade e morbidade neonatal evidenciam a vulnerabilidade da vida no decorrer desta fase. O presente estudo justifica-se considerando a relevância da temática acerca da frequência e complexidade do mesmo.

Este trabalho teve por objetivos identificar as lesões traumáticas que ocorrem ao longo da parturição e afetam o recém-nascido; evidenciar os principais fatores que propiciam o trauma no recém-nascido; apresentar as lesões mais frequentes encontradas nos bebês e identificar a prevalência e os tipos de tocotraumatismos em recém-nascidos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de pesquisas bibliográficas da literatura de obras disponíveis em livros que fizessem referências ao tema proposto, e, em artigos eletrônicos indexados nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciElo), Literatura Latino Americana, Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed) e Google Scholar. Foram realizadas também, pesquisas em publicações feitas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Segundo Gil (1994, p.43), pesquisa é o recurso metódico e formal de aprimoramento do método científico, cujo propósito indispensável é encontrar respostas para problemas por intermédio do uso de procedimentos científicos.

A pesquisa teve caráter bibliográfico qualitativo que conforme Gil (2008), as pesquisas bibliográficas são embasadas em materiais já constituídos, elaborados fundamentalmente de artigos científicos e livros.

Conforme Minayo (2001) a pesquisa qualitativa concentra-se nos motivos, significados, crenças, atitudes, aspirações e valores, equivalendo ao universo mais significativo dos processos, fenômenos e relações não devendo ser diminuídos à

operacionalização de variáveis.

Godoy (1995) retrata ainda que partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido através de diferentes caminhos.

A seleção dos artigos ocorreu a contar da aplicação das palavras-chaves: tocotraumatismo, tocotraumatismo em recém-nascido, trauma no bebê na parturição.

Frente à variedade de trabalhos localizados, efetuaram-se alguns critérios de exclusão como: a) artigos que não abordavam o tema escolhido; b) estudos desenvolvidos em animais; c) artigos de permissão limitada à assinantes.

Os critérios adotados para inclusão dos artigos foram: a) estudos selecionados da literatura médica portuguesa e inglesa; b) pesquisas que retrataram lesões ocasionadas em bebês no momento da parturição; c) estudos de revisão/intervenção/original/experimental; d) estudos que evidenciaram os principais fatores que propiciam o trauma no recém-nascido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

3.1 Processo natural fisiológico do parto e nascimento

O episódio do parto no padrão medicalizado pode suscitar cicatrizes físicas e/ou psíquicas relevantes para a mãe e para o concepto, cicatrizes que se reproduzem no vínculo afetivo entre ambos. Visto que, os corpos passam por um cenário de muito esforço: muscular da prensa abdominal; períneo; músculos torácicos e os demais músculos que são colocados em movimentos. Considera-se também a mobilização da junção pélvica, que exige a tração de frágeis ligamentos; a mobilização do disco interpúbico e o mecanismo indispensável para que aconteçam os condicionamentos ósseos que possibilitam a passagem fetal pelo conduto do parto (GARDNER, 1978).

A fisiologia das glândulas suprarrenais e do hipotálamo são condições essenciais para o entendimento do que suscita no cenário do parto. Os índices de endorfinas, ocitocina e adrenalina, segregadas sofrem alterações a cada fase do trabalho de parto. Ademais, a ação neocortical tenciona a reduzir no instante da expulsão da criança, o que beneficia o desenvolvimento nas funcionalidades da fração primária cerebral (ODENT, 2000).

As endorfinas proporcionam uma sensação de bem-estar e a redução da sensação de dor no decurso do trabalho de parto; a ocitocina é o hormônio encarregado pelas contrações do útero e o trabalho da adrenalina é tornar mais intensa a ação de expulsão fetal no término do trabalho de parto (ODENT, 2000).

Conforme Winnicott (1990) são vários os elementos e estímulos, tendo ainda o tempo do trabalho do parto, que podem ser ampliados pela fisiologia modificada devido alguns componentes dos distintos períodos do parto, como a mobilidade voluntária do esqueleto de modo geral; a intensidade e ritmo das contrações e o nível de divisão da pressão na musculatura esquelética.

A percepção da dor e intensidade dos esforços varia individualmente, dependendo do ambiente que colaboram na compreensão do que seja o transcurso vivido no decorrer da experiência. A morosidade no trabalho de parto pode ocasionar consequências sérias no recém-nascido. A duração do parto é uma situação difícil por concatenar-se com o introito da respiração e com a habilidade que cada criança tem para suportá-lo (WINNICOTT, 1990).

O protótipo médico definiu parâmetros para estabelecer a duração ideal de um parto; no qual foi determinado segundo pesquisas estatísticas da cultura médica,

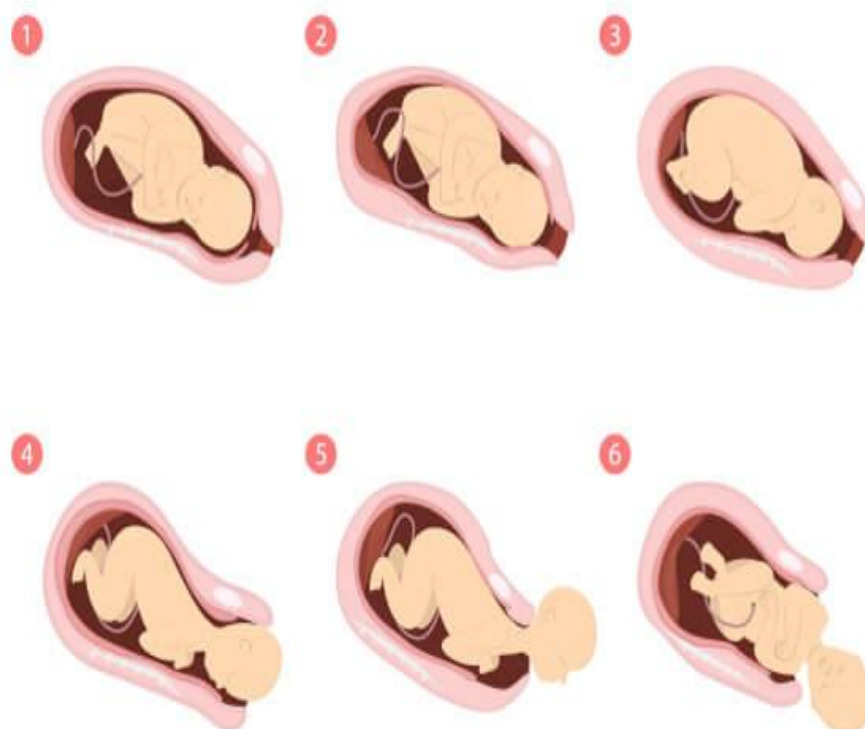
que investigaram a vitalidade do bebê apoiado em uma proporção quantificada de indicadores e valores relacionados à duração do trabalho. Olvidaram que, cada bebê é singular e, por consequência, tem seu respectivo tempo para cada situação em sua vida (ODENT, 2000).

Relacionado ao conceito de longa duração neste clássico padrão médico, está o conceito de desgaste físico, emocional e/ou psíquico da mulher e do recém-nascido; este último que também passa por períodos de alto desgaste, com a redução do aporte de oxigênio (podendo ser observado a cada contração pela redução no ritmo dos batimentos cardíofetais) e o acavalgamento ósseo do crânio (ZVEITER, 2003).

Da mesma maneira que o organismo da mulher, o bebê possui recursos próprios para envolver-se no instante da concepção; o feto está preparado para reagir como indivíduo ativo no cenário do nascimento (ZVEITER, 2003).

Figura 1 – Estágios do parto vaginal

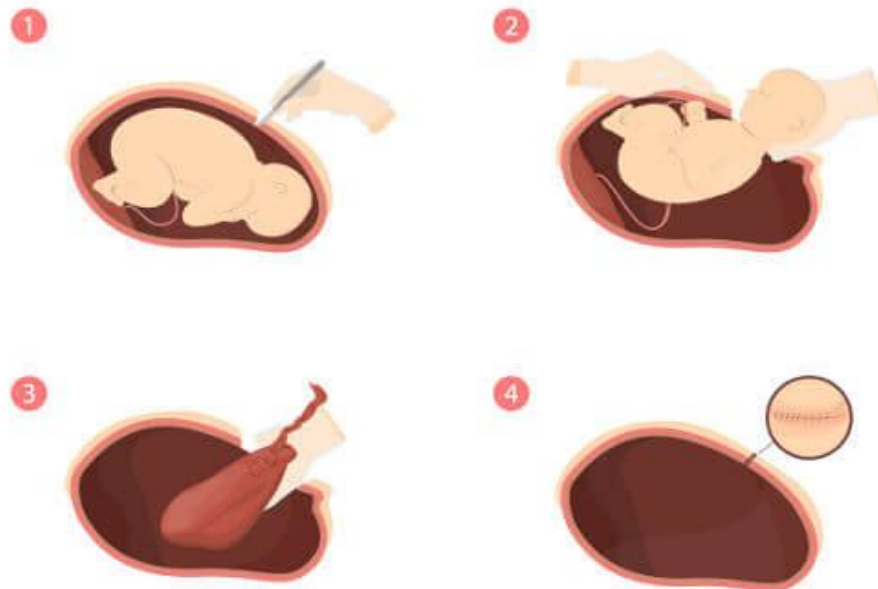
Estágios do Parto Normal



Fonte: Biologianet.com (2021).

Figura 2 – Estágios do parto cesárea

Estágios da Cesariana



Fonte: Biologianet.com (2021).

3.2 Os efeitos da cesariana e parto normal sobre o recém-nascido

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), somente 15% do total de partos retratam recomendação necessária de cesariana, isto é, encontram-se circunstâncias na qual a sua prática é essencial para a prevenção da saúde fetal e/ou materna.

Alguns pesquisadores revelam que o índice admissível de cesarianas para maternidade de atenção terciária seria cerca de 10 e 12% para gestações singulares, com a observação de poder ter um comportamento de maior interferência diante de recém-nascidos de menor peso (JOFFE *et al.*, 1994).

No ano de 2003 foi realizado um estudo concernente a operação cesariana, indicando níveis admissíveis aproximados de 15 a 30% para gestações de pequeno e médio risco, e de 40% para gestações de maior risco perinatal e/ou obstétrico (DUARTE *et al.*, 2003).

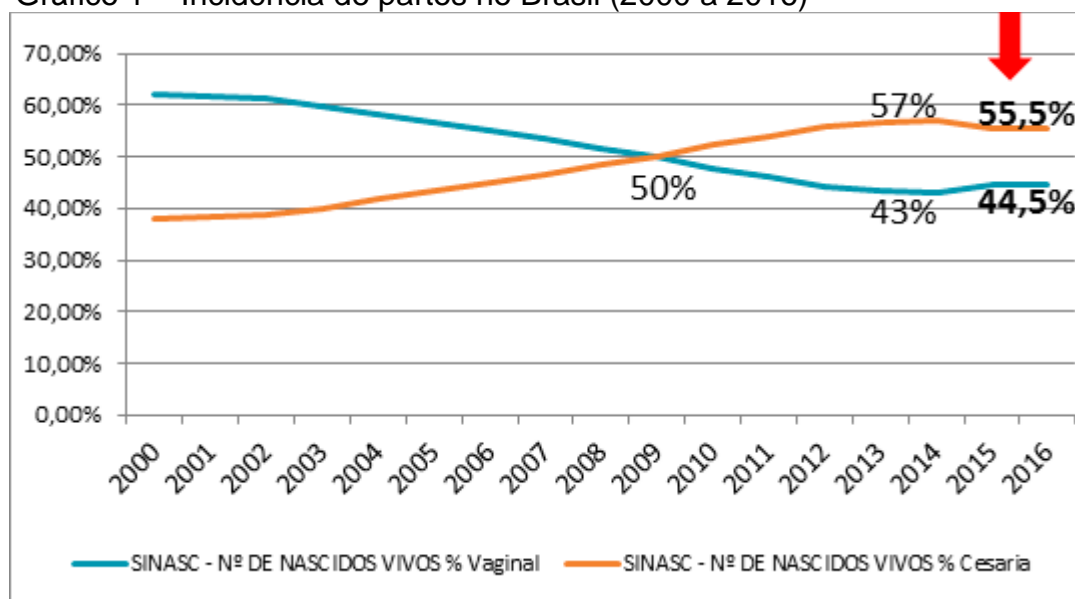
A literatura difundida recentemente apresentou que mulheres com idade gestacional menor que 40 semanas com cesáreas fora do trabalho de parto, são menos recomendados devido a relação com a extensão do risco de morbidade respiratória no RN. Em vista disso, nascimentos por cesárea opcional às 37 semanas, tem possibilidade em ter doenças respiratórias cinco vezes mais complicada do que o parto ao final; às 38 semanas, essa probabilidade ocorre quatro vezes mais, e, às 39 semanas, é duas vezes superior; todavia, a intensidade

de gravidade com 39 semanas não é estatisticamente considerável (HANSEN *et al.*, 2008).

Equiparando o avanço clínico de recém-nascidos por método vaginal e por método abdominal salientam-se quais são as patologias concatenadas a um e outro método de parto. As patologias abrangidas são: incidência de desconforto respiratório, anoxia e tocotraumatismo. Pelas pesquisas reveladas equiparando o avanço na fase neonatal de recém-nascidos por método vaginal e abdominal são relevantes, tencionando à aquisição de informações que contribuam para a promoção do melhor acompanhamento ao recém-nascido e à parturiente (CAMANO, 2002).

Estatisticamente na proporção de 100% dos nascimentos apontados na literatura, 69,6% nasceram por cesárea; 24% por parto vaginal e 6,4% com ajuda de fórceps. Em todas as espécies de partos houve associação considerável como anoxia; sendo associada à mais baixa idade de gestação, reconhecida pelo procedimento de Capurro e ao baixo peso. Na cesárea, o desconforto respiratório ocorreu com maior frequência em bebês com peso superior ou igual a 2500 kg, e acima de 37 semanas de gestação. Já o tocotraumatismo relacionou-se à utilização do fórceps (CAMANO, 2002).

Gráfico 1 – Incidência de partos no Brasil (2000 a 2016)



Fonte: Ministério da Saúde (2017).

3.3 Tocotraumatismo em recém-nascidos

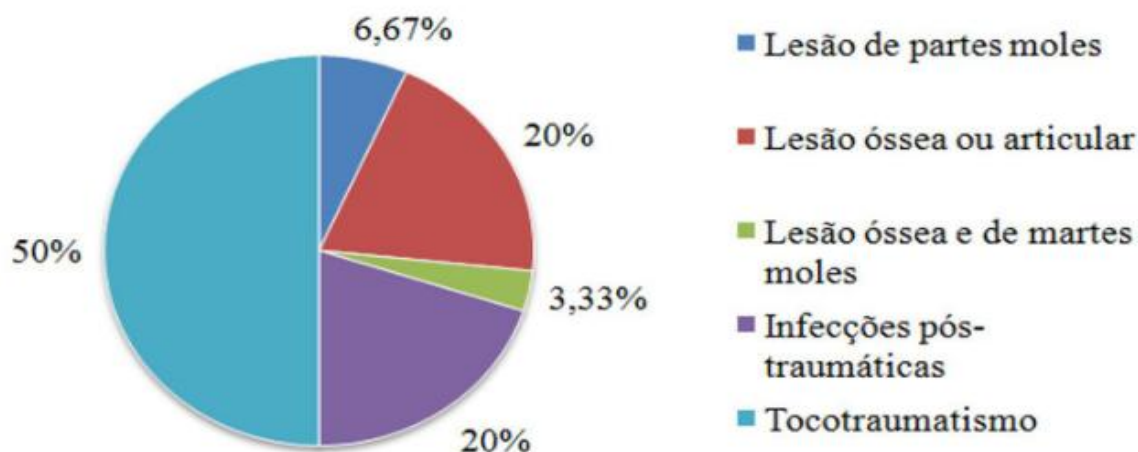
Rezende (2002) elucida que quando a gestante evidencia medidas pélvicas menores, ou o RN apresenta-se maior para a idade de gestação (sucede com frequência em situação de gestantes diabéticas) ou outras situações fora da normalidade, há a conveniência de controlar a condição do feto e o trabalho de parto. A incidência de tocotraumatismo devido ao parto difícil ou traumático vem reduzindo, pois o pré-natal e a monitoração no transcórrer do trabalho de parto têm auxiliado a impossibilitar lesões neurológicas.

Atualmente, os obstetras recorrem mais à cesárea, diminuindo a incidência de manobras de força e atos extrativos. Além do mais, a cesárea expõe a mãe a

menores riscos do que anteriormente e substitui com frequência as tentativas de partos complicados ou fórceps (REZENDE, 2002).

Os tocotraumatismos estão presentes em 2% a 7% dos bebês nascidos vivos, não sendo totalmente impedidos, mesmo com uma assistência médica qualificada e hábil; visto que, as lesões fetais podem acontecer também no processo gestacional (FANAROFF *et al.*, 1994).

Gráfico 2 – Traumas de um centro de referência em pediatria - Belém-PA, 2018



Fonte: Protocolo de pesquisa (2018).

O TTM relembra o intermédio de agente mecânico, sua percepção atual está igualmente submetida à anoxia intrauterina do bebê. Concatenam-se também o trabalho de parto prolongado, desproporção cefalopélvica, prematuridade, apresentações anômalas, macrossomia, distócias, operação cesariana e utilização do fórcepe (JONES, 1982).

Todavia, os tocotraumatismos fetais podem decorrer nas cesarianas, considerando que a ocorrência pode ser substancialmente maior por circunstância de cesáreas de emergência quando equiparadas às cesáreas eletivas (JONES, 1982; PUOLAKKA, 1983).

Camano e Rezende (2002) evidenciam que nenhuma condição de risco requer tanto ênfase quanto a macrossomia fetal. Recém-nascidos acima de 4.500g estão mais suscetíveis a traumas que os de baixo peso. A fratura da clavícula tem ocorrência que modifica entre 0,5% a 3,5% dentre os nascidos vivos.

A modificação percebida pode estar ligada a imprecisões metodológicas intrínsecas a pesquisas retrospectivas, marcas físicas imperceptíveis, alteração de fraturas incompletas e inexatidão na recorrência dos exames. Entretanto, os recém-nascidos macrossômicos são os de mais elevado risco, ademais, em grande proporção de situações, o episódio relaciona-se a partos vaginais (DESSOLE *et al.*, 2004).

Figura 3 – Macrossomia fetal



MACROSSOMIA FETAL

Fonte: residenciapediatrica.com.br (2010).

Segundo Dessolet *et al.* (2004) a incidência de RNs grandes para a idade gestacional, explica a maior incidência de cesarianas e de fraturas de clavícula. Em uma escala de quatro recém-nascidos, os que obtiveram peso acima de 4000 kg mostraram fratura de clavícula e foram concebidos através do parto natural; três não foram associados à incidência de mecônio devido ao trabalho de parto; dois careceram de episiotomia médio-lateral direita para que ocasionasse o desprendimento.

Entre os traumas leves ou do tipo I, 52% dos recém-nascidos evidenciaram fratura de clavícula, enquanto que 26,5% evidenciaram traumas moderados ou do tipo II ou moderado. Apenas um recém-nascido, que teve o peso corporal de 3.815 kg com índice de Apgar 0 e 1, nos primeiros instantes respectivamente, evidenciou anoxia, trauma do tipo III ou grave. O nascimento desse bebê associou-se à ruptura de útero no decorrer da tentativa de parto vaginal, posterior a uma cesariana (DESSOLE *et al.*, 2004).

Conforme Rezende (2002), as paralisias facial e braquial são as espécies de traumas mais reconhecidas depois ao parto com particularidades traumáticas, é frequentemente a lesão mais diagnosticada, causada pela compressão do nervo facial ou por postura fetal intrauterina anômala, frequentemente unilateral, pois o ombro do bebê encontra-se apoiado na região mastoidea e no maxilar inferior. Estes tipos de TTMs vêm reduzindo gradativamente devido à quantidade reduzida de atos extrativos vaginais.

Figura 4 – Paralisia facial esquerda observada no choro



Fonte: Associação Médica Brasileira - AMB (2010).

Figura 5 – Paralisia braquial

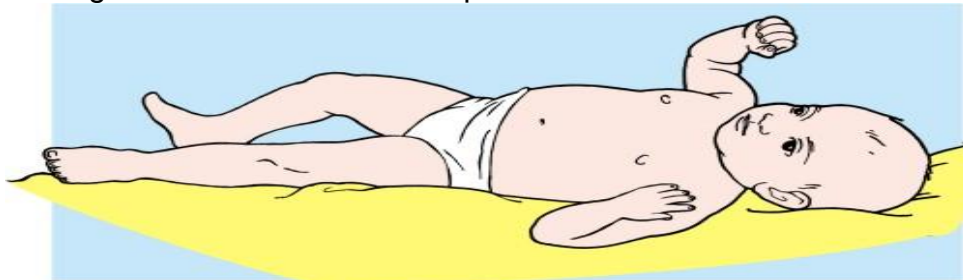


Fonte: UNIFENAS-BH (2012).

A parestesia braquial é originada normalmente pelo trauma direto sobre o plexo braquial, em circunstância dos procedimentos obstétricos, na tração cefálica para o desprendimento do ombro e ao realizar a descida de braço erguido na exposição pélvica. Hematoma ou edema próximo ao plexo também é capaz de condicionar paralisia, normalmente unilateral. As parestesias braquiais constituem traumatismo obstétrico normal e retratam aproximadamente 1% dos bebês sobreviventes (REZENDE, 2002).

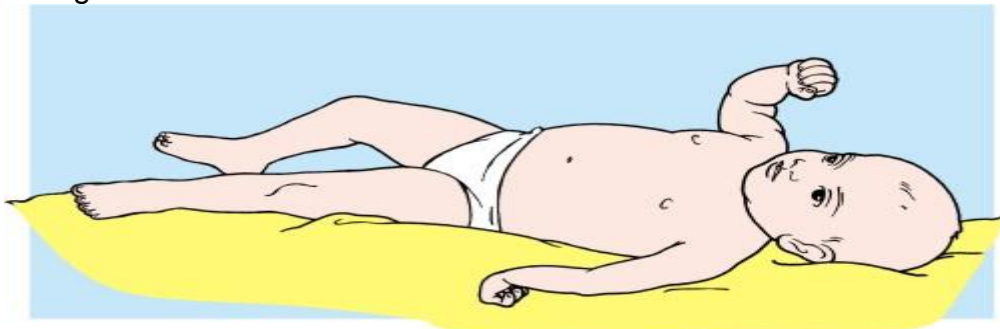
Paralisia de Klumpke é o trauma do plexo inferior ocasionando na paralisia de punho e mão, regularmente relacionada à síndrome ipsilateral de Horner (ptose, anidrose, miose). Paralisia de Erb é um trauma do plexo braquial superior que origina rotação e adução interna do ombro, com pronação do antebraço, sendo normal a paralisia ipsilateral do diafragma (REZENDE, 2002).

Figura 5 – Paralisia de Klumpke



Fonte: Associação Médica Brasileira - AMB (2010).

Figura 6 – Paralisia de Erb



Fonte: Associação Médica Brasileira - AMB (2010).

A bossa serossanguínea fetal é a consequência da pressão ininterrupta e duradoura, sofrida por determinados segmentos fetais no canal de parturição; identifica-se pelo inchaço do couro cabeludo de limites inexatos que a princípio se delimita à região de apresentação do parto, podendo mudar para outras áreas de acordo com o decúbito (REZENDE, 2002).

Os cefalohematomas simbolizam uma quantidade acumulada de sangue no meio da extensão dos ossos cranianos e o periósteo, produzido pelos colapsos vasculares, decorrentes a atritos da cabeça fetal contra as saliências da pelve materna (BARRIENTOS *et al.*, 2000).

Figura 7 – Cefalohematomas e bossa serossanguínea

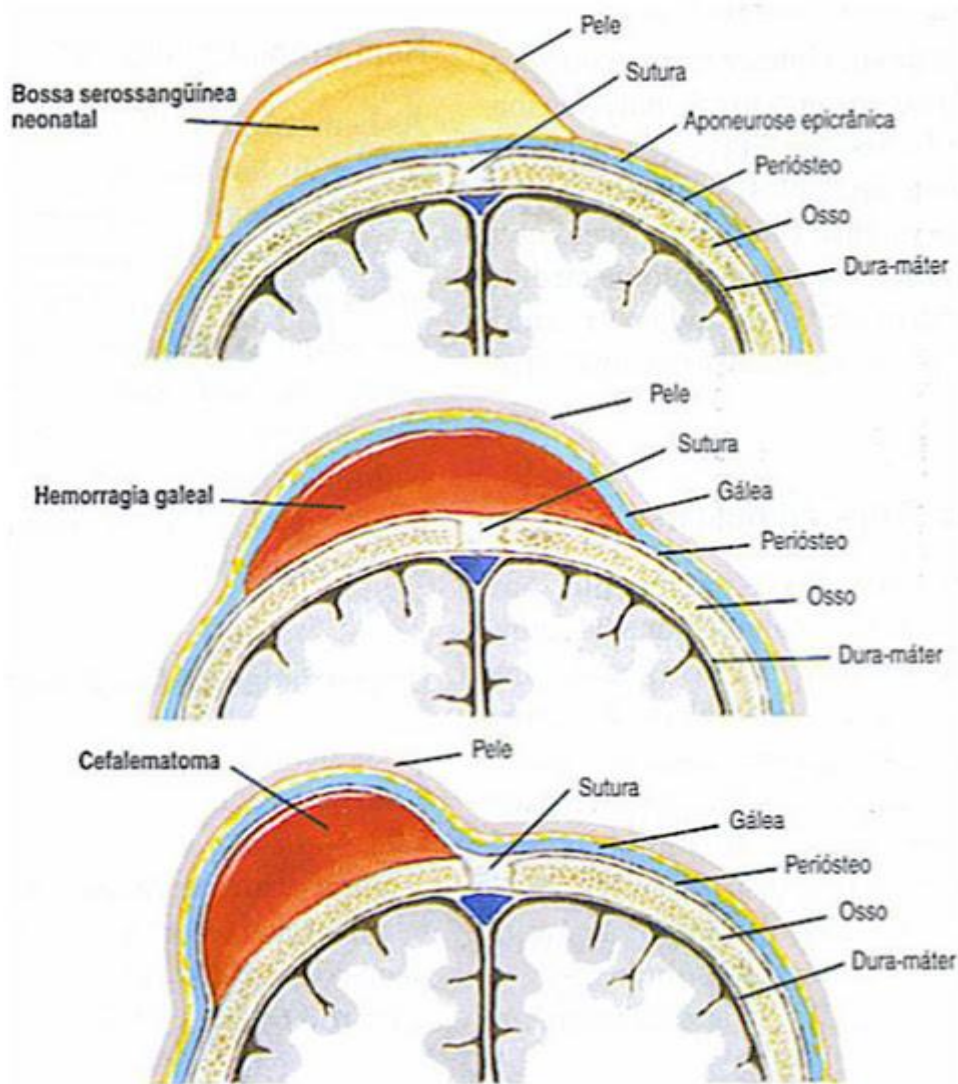


Céfalo-hematoma bilateral

Bossa serossanguínea

Fonte: UNIFENAS-BH (2012).

Figura 8 – Diferença entre bossa sanguínea e cefalohematoma



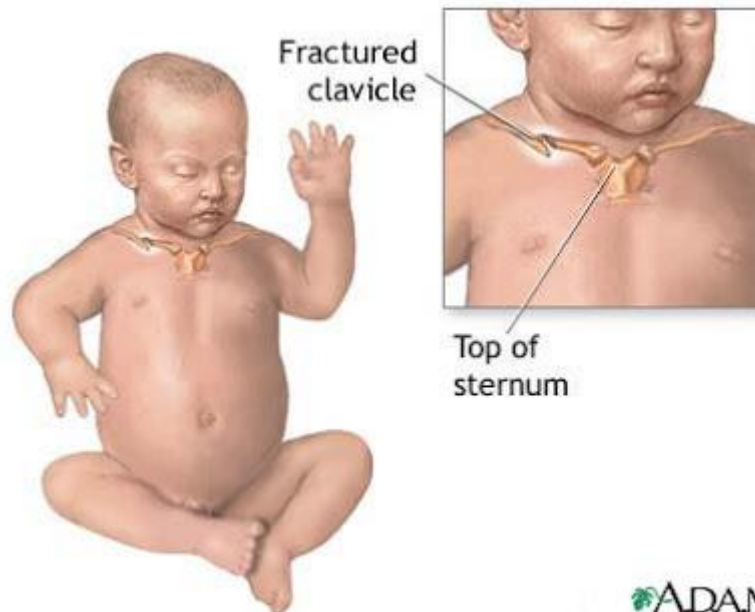
Fonte: UNIFENAS-BH (2012).

Rezende (2002) cita que a hemorragia intracraniana é o problema fundamental nos recém-nascidos, em especial quando prematuros. As razões basilares de hipoxia, existência de matriz germinativa em bebês prematuros e as pressões exercidas na parte superior da cabeça da criança no decorrer do trabalho de parto.

A lesão da medula espinhal de modo geral é percebida em partos de nádegas e depois a tração longitudinal intensa, é um tipo de lesão rara. Ocasionalmente percebe-se um estalo no parto, podendo ser resultado de hiperextensão do pescoço do feto, “feto flutuante”. Frequentemente a lesão sucede na área cervical inferior, visto que, os traumas superiores são letais. O trauma constitui-se em hemorragia no interior da medula espinhal, ou níveis diferentes de rotura medular (REZENDE, 2002).

Camano (2002) evidencia que a fratura mais comum no decorrer do parto é a fratura clavicular média, que acontece frequentemente com distocia de ombro ou quando é necessário o obstetra fragmentar a clavícula para possibilitar um parto de nádegas complexo.

Figura 9 – Fratura clavicular



Fonte: UNIFENAS-BH (2012).

Em partos complexos podem ocorrer a fratura do fêmur e do úmero; a maior parte é do tipo fraturas medianas, galho verde; existindo um nível controlado inicial de angulação, de modo geral, o efeito de modificar o osso é primoroso (CAMANO, 2002).

As fraturas com afundamento do crânio não são comuns; a maior parte é resultado da compressão do fórceps. Eventualmente são originadas pelo repouso da cabeça na parte superior de uma protuberância óssea no útero (REZENDE, 2002).

Os tecidos moles são propensos à hemorragia e ao trauma com inchaço subsequente, se for o fragmento da manifestação ou o suporte para o esforço da contração do útero. Geralmente decorrem equimose e edema dos tecidos facial e periorbital em demonstrações de face, ao mesmo tempo em que o escroto e os lábios menores e maiores são lesionados no decorrer do parto de nádegas (BARRIENTOS *et al.*, 2000).

É relevante ressaltar que é considerado toco-traumatismo quaisquer sinais ou marcas localizados no recém-nascido, mesmo sendo apenas uma leve escarificação na pele; distintos níveis de TTM em geral são relacionados nos prontuários dos hospitais conforme a crescente gravidade. Contudo, esta patologia pode ser ponderada na prática inerente a espécie de mecanismo aplicado, já que praticamente o fórceps deixa marcas no bebê, por menor ou mais sutil que seja (REZENDE, 2002).

4. CONCLUSÃO

A frequência de traumas no decorrer do parto é uma constante, porém tem diminuído muito ultimamente, motivo disso, é o numero crescente de crianças que são entregues diariamente por cesarianas.

A regularidade dos casos aumenta quase proporcionalmente com o tempo do trabalho de parto, o tamanho do recém-nascido conforme a idade gestacional, anomalias congênitas, mau funcionamento do útero materno, desconformidade cefalopélvica materna e gestação múltipla. Podendo ainda ocasionar degenerações nos membros inferiores e superiores, resultantes ou não de fraturas, e, estão principalmente relacionados aos procedimentos obstétricos, como a utilização da cesárea de emergência, fórceps e vácuo de extração. Lesões traumáticas geralmente têm um bom prognóstico.

As evoluções e transformações vivenciadas pelos obstetras minimizaram significativamente os traumas evidentes originados pelas práticas tococicúrgicas. Atualmente, acentuam-se as predisposições de minimizar as práticas extrativas e suprimir os procedimentos de força, recorrendo gradualmente à cesariana.

Temáticas concernentes aos traumas de nascimento deve ser uma parte da educação básica de obstetras, incluindo treinamento especial, trabalho em equipe e abordagem individual.

Por fim, conclui-se que o tocotraumatismo é uma temática de extrema relevância sendo muito recorrente, porém, a carência de artigos na literatura médica brasileira não descreve esta relevância. Desse modo, sugerem-se futuras investigações concernentes ao assunto que poderão ser investigadas, contribuindo com futuros profissionais da área.

5. REFERÊNCIAS

BACKE, B.; MAGNUSSEN, E. B.; JOHANSEN, O. J.; SELLAEG, G.; RUSSWURM, H. Obstetric brachial plexus palsy: a birth injury not explained by the known risk factors. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 2008; 87(10):1027- 32.

BARRIENTOS, G.; CERVERA, P.; NAVASCUÉS, J.; SÁNCHEZ, R.; ROMERO, R.; PÉREZSHERIFF, V. *et al.* Obstetric trauma. A current problem? **Cir Pediatr**. 2000; 13(4): 150-2.

BRAGA, L. F. Cesariana, uso e abuso: Fatores da América do Sul e Brasil. **Femina**. 1988;16 (12):1118-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**. DECS - Descritores em Ciências da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decsweb2017.htm>>. Acesso em: mar de 2021.

CAMANO L. **Manual de orientação FEBRASGO**: Assistência ao parto e tococirurgia. São Paulo: Ponto; 2002.

DESSOLE, S.; COSMI, E.; BALATA, A.; URAS, L.; CASERTA, D.; CAPOBIANCO, G. *et al.* Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: experience in an Italian level III university hospital. **Am J Obstet Gynecol**. 2004; 191(5):1673-7.

DUARTE, G; FIGUEIRÓ, Filho E. A.; ZOLA, F. E.; MAUAD, Filho F. **Operação cesariana**: breve revisão. **Femina**. 2003; 31(6): 489-93.

FANAROFF, A. A.; MARTIN, R. J.; MILLER, M. J. Identification and management of high-risk problems in the neonate. In: CREASY R. K.; RESNIK R. **Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice**. 3.ed. WB Saunders: Philadelphia, 1994.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad Saúde Pública**. 1991; 7(2):150-73.

GARDNER, Ernest *et al.* **Anatomia, estudo regional do corpo humano**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

GIL. Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, 1995.

HANSEN, A. K.; WISBORG, K.; ULDBJERG, N.; HENRIKSEN, T. B. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **BMJ**. 2008; 336 (7635):85-7.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. Wong's essentials of pediatric nursing. 9th ed. Saint Louis: Mosby, 2013. Health problems of newborns, p. 274-367.

IOM (Institute of Medicine). **Nutrition during pregnancy**. National Academy of Science 1990.

JOFFE, M.; CHAPPLE, J.; PATERSON, C.; BEARD, R. W. What is the optimal caesarean section rate? An outcome based study of existing variation. **J Epidemiol Community Health**. 1994; 48 (4):406-11. 4.

JONES, C. M. 3rd; GREISS, F. C. Jr. The effect of labor on maternal and fetal circulating catecholamines. **Am J Obstet Gynecol**. 1982; 144 (2):149-53.

LOWDERMILK, D. L. *et al.* **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. Tradução de Alexandre Aldighieri Soares *et al.*, 10^a ed. Rio de Janeiro: RJ, 2012.

MADI *et al.*. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **J Pediatr**, Rio Janeiro. 2012; 88(3): 259-66.

MARBA, S. T. M, GUINSBURG, R. **Transporte de recém-nascido de risco**. In: RECOMENDAÇÕES do departamento de neonatologia. [S.l.: s.n.], 2001.

MINAYO, M. (org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

PUOLAKKA, J.; KAUPPILA, A.; TUIMALA, R.; JOUPPILA, R.; VUORI, J. The effect of parturition on umbilical blood plasma levels of norepinephrine. **Obstet Gynecol**. 1983; 61(1):19-21.

REZENDE J. Fórcipe. In: **Obstetrícia**. Rezende J (ed). 9. ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2002. p. 1285-1308.

SHEINER, E.; WALFISCH, A.; HALLAK, M.; HARLEV, S.; MAZOR, M.; SHOHAMVARDI I. Length of the second stage of labor as a predictor of perineal outcome after vaginal delivery. **J Reprod Med**. 2006; 51(2):115- 9.

SPITZ, René A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WINNICOTT, Donald W. Experiência do nascimento. In: **Natureza humana**, Rio de Janeiro: Imago, 1990. p.165-72.

ZVEITER, Marcele. **Contribuições ao documento da Organização Mundial de Saúde: cuidados essenciais ao recém-nascido – comentários sobre as implicações psíquicas**. 2003. 164p. Dissertação (mestrado em Saúde da Mulher e da Criança). Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro.