



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Parto por cesariana: Análise crítica da experiência do CHCB

Sara Raquel Caeiro Vila Maior do Nascimento

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Dr. José Alberto Fonseca Moutinho

Covilhã, maio de 2016

Agradecimentos

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Doutor José Alberto Fonseca Moutinho, pela disponibilidade, paciência, prontidão e eficiência com que me guiou ao longo deste trabalho, conseguindo sempre solucionar cada revés que surgia, com a calma e experiência que por vezes me faltaram. Não podia ter sido melhor acompanhada.

Aos vários profissionais de saúde que me têm inspirado e sido verdadeiros mestres, mesmo sem o saberem. Espero que continuem a trabalhar sempre de forma íntegra e humana, haverá sempre quem valorize isso.

Às minhas amigas Rita, Adriana, Ângela e Patrícia que acompanharam este processo desde o início, que se inquietaram com as minhas inquietudes, e mostraram sempre o seu apoio das mais variadas maneiras.

Ao meu cachorrinho Tico, por me ter tornado uma pessoa mais rica a cada vez que vejo os seus olhinhos pretos, por me ter ensinado a ser paciente, a interpretar expressões sem palavras, e por me ter mostrado que muitas vezes as coisas que desafiam os nossos limites são as que maiores compensações nos trazem.

Ao Filipe, o meu grande amor, o meu grande amigo, o meu apoio incondicional em rigorosamente todos os momentos, o ser humano mais completo e bonito que alguma vez conheci. A minha vida jamais seria a mesma sem ele.

Aos meus pais, Pedro e Manuela, e ao meu irmão Sérgio, por se preocuparem e acompanharem a par e passo tudo o que acontece na minha vida, por me terem proporcionado todas as oportunidades e condições que me fizeram chegar até aqui, por me terem ensinado tudo, inclusivamente uma das coisas mais importantes: não desistir.

Consegui.

A todos vós e por tudo isto, o meu profundo agradecimento.

Resumo

Introdução: O parto por cesariana representa quase 1/3 dos partos realizados em Portugal. A evidência científica parece ser a favor de que o parto eutócico acarreta menos riscos quer para a saúde da mãe, quer do recém-nascido.

Objetivos: Pretende-se com este estudo aprofundar os conhecimentos sobre o parto por cesariana, quanto às suas indicações e consequências; avaliar a taxa de cesarianas no CHCB e as eventuais repercussões do parto por cesariana na mulher e no recém-nascido, bem como inferir propostas no sentido de melhoria clínica do parto por cesariana.

Metodologia: Este estudo transversal e descritivo tem como base a consulta dos processos clínicos das mulheres que realizaram parto por cesariana no ano de 2014 no CHCB, a par da consulta da literatura existente sobre este tema.

Resultados: Dos 559 partos realizados no CHCB no ano de 2014, 136 foram por cesariana, o que representa uma taxa de 24,3%, inferior à taxa nacional de cesarianas no mesmo período. As duas principais indicações para cesariana no nosso estudo foram Sofrimento Fetal Agudo e Apresentação Pélvica. As complicações maternas e neonatais decorrentes da cesariana foram raras.

Conclusão: O parto por cesariana é um procedimento seguro, tanto para a grávida como para o recém-nascido. São necessárias medidas para aperfeiçoar as indicações de cesariana, com vista a reduzir a taxa deste tipo de parto, para que as eventuais complicações não suplantem os benefícios deste procedimento destinado a diminuir a mortalidade e morbilidade maternas e neonatais em casos selecionados.

Palavras-chave

Cesariana, indicação para cesariana, parto vaginal, taxa de cesarianas, sofrimento fetal agudo, apresentação pélvica.

Abstract

Introduction: Cesarean section represents almost 1/3 of all deliveries in Portugal. Scientific evidence appears to favor that eutocic delivery entails less health risks for both mother and newborn.

Objective: The aim of this study was to improve our knowledge on cesarean section, regarding its indications and consequences; to evaluate the cesarean rate in CHCB and the possible impact of cesarean section on both mother and newborn, as well as to infer suggestions for clinical improvement of cesarean section.

Methodology: This cross-sectional descriptive study is based on the collection of data from clinical records of all women that underwent cesarean section in 2014 in CHCB, together with a literature review on this subject.

Results: From the 559 births that took place in 2014 in CHCB, 136 were by cesarean section, which represents a 24,3% rate, lower than the national cesarean rate in the same period. In our study, the two main cesarean section indications were Acute Fetal Distress and Pelvic Presentation. Maternal and neonatal complications were rare.

Conclusion: Cesarean section has shown to be a safe procedure for both mother and newborn. Measures are required to improve cesarean section indications, in order to reduce the rate of this type of delivery, so that any complications do not outweigh the benefits of this procedure, created to reduce maternal and neonatal mortality and morbidity, in selected cases.

Keywords

Cesarean section, cesarean section indications, vaginal delivery, cesarean section rate, acute fetal distress, pelvic presentation.

Lista de Figuras

Figura 1 - Linhas de incisão para cesariana	15
Figura 2 - Encerramento da cavidade abdominal por camadas	16

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Grupos etários maternos _____	18
Gráfico 2 - Paridade _____	18
Gráfico 3 - Número de gestações _____	19
Gráfico 4 - Duração da gestação _____	21
Gráfico 5 - Peso dos recém-nascidos ao nascer _____	23
Gráfico 6 - Apresentação fetal _____	24

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Antecedentes de abortamentos _____	19
Tabela 2 - Número de cesarianas anteriores _____	20
Tabela 3 - Indicações da cesariana _____	21
Tabela 4 - Duração do internamento _____	22
Tabela 5 - Índice de Apgar _____	24
Tabela 6 - Complicações para os recém-nascidos _____	25

Lista de Acrónimos

ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists

CHCB - Centro Hospitalar Cova da Beira

CNRTC - Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

DGS - Direção Geral da Saúde

EFNT - Estado Fetal Não Tranquilizador

HELLP - Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HTA - Hipertensão Arterial

IFP - Incompatibilidade Feto-Pélvica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PTPAC - Prova de Trabalho de Parto Após Cesariana

RN - Recém-Nascido

SFA - Sofrimento Fetal Agudo

VCE - Versão Cefálica Externa

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-chave.....	v
Abstract	vi
Keywords.....	vii
Lista de Figuras	viii
Lista de Gráficos	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de Acrónimos	xi
1 - INTRODUÇÃO.....	13
1.1 - Nota histórica.....	13
1.2 - Definição de cesariana, frequência e indicações	14
1.3 - Técnica da cesariana	15
2 - OBJETIVOS.....	18
3 - METODOLOGIA	19
3.1 - Desenho do estudo e amostra	19
3.2 - Método de recolha de dados	19
4 - RESULTADOS	20
4.1 - Análise descritiva	20
4.1.1 - Dados demográficos maternos.....	20
4.1.2 - Evolução da gravidez.....	22
4.1.3 - Parto.....	23
4.1.4 - Recém-nascido	25
5 - DISCUSSÃO.....	28
6 - CONCLUSÕES.....	32
6.1 - Limitações do estudo.....	32
6.2 - Perspetivas futuras	33
7 - LISTA DE REFERÊNCIAS.....	34

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Nota histórica

Existem registos de partos feitos por cesariana que remontam a milhares de anos atrás, e que se espalham um pouco por todas as regiões do mundo. É difícil dizer, com certeza, quando e onde surgiu a ideia de retirar um feto diretamente da cavidade abdominal. Podemos no entanto inferir que esta forma de trazer uma criança ao mundo certamente significava, na larga maioria das vezes, sacrificar a vida da mãe. Numa altura em que as técnicas anestésicas e antissépticas eram bastante rudimentares, dificilmente a mãe resistiria a um procedimento tão invasivo como este. Assim, alguma literatura sobre o assunto sugere que a cesariana fosse tentada nos casos em que a mãe se apresentasse moribunda ou mesmo já sem vida, numa tentativa de salvar o feto. Outra indicação de parto por cesariana, lógica para a altura, seria a necessidade de realizar os rituais fúnebres em separado, à mãe e ao recém-nascido. (1,2)

No geral, e sendo praticamente impossível preservar a vida de ambos, a da mãe era considerada mais valiosa, pelo que, dependendo também do quão avançado o feto estivesse no canal de parto, era muitas vezes executada a craniotomia fetal por via vaginal, sendo retirado todo o conteúdo do crânio, que era em seguida colapsado por forma a retirar todo o corpo do feto sem vida pelo canal de parto, evitando processos mais invasivos e os respetivos riscos para a mãe. (1)

À medida que a cesariana se tornava mais segura e exequível, com a ajuda da anestesia e melhor controlo de infeção, as técnicas cirúrgicas foram também sendo melhoradas. Uma das formas encontradas para diminuir o risco das duas maiores causas de morte da mãe após uma cesariana - hemorragia e infeção - foi a histerectomia no mesmo ato cirúrgico da cesariana. Só depois foram implementadas as suturas uterinas de prata como prática comum, visto que, até então, o útero em visível e rápida contração, era deixado aberto dentro da cavidade abdominal, por receio que os fios de sutura pudessem ser mais um foco de infeção a contribuir para a septicémia que tantas vezes vitimava a mulher. (1)

A descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928 veio, obviamente, diminuir drasticamente a mortalidade por infeção, nomeadamente a mortalidade materna, quer por parto por via vaginal, quer por cesariana. (1)

Também a experiência de mudar a direção da incisão abdominal, no final do séc. XIX, veio melhorar os resultados da técnica: passou a realizar-se também uma incisão transversa no segmento inferior do útero, em vez de longitudinal, e isto diminuiu o risco de infeção bem como o risco de rotura uterina. (1)

Com todas estas melhorias, a comunidade obstétrica depara-se com aquilo que pode ser uma alternativa eventualmente mais segura do que o próprio parto por via vaginal, para situações particulares, como em casos de hipertensão, diabetes, incompatibilidade feto-pélvica, entre outros, e a taxa de cesarianas dispara então durante o séc. XX. Além de tudo isto, o facto de se considerar, até há bem pouco tempo, que uma cesariana invalidava uma posterior tentativa de parto normal, também contribuiu para o aumento da taxa de cesarianas. (1)

1.2 - Definição de cesariana, frequência e indicações

Define-se como cesariana o procedimento por laparotomia que permite a extração de um ou mais fetos do útero ou da cavidade abdominal, com ou sem vida, com mais de 22 semanas e 0 dias. (3)

A taxa de cesarianas tem vindo a aumentar consistentemente em praticamente todo o mundo. No ano de 1997, em Portugal, 23,3% dos partos foram por cesariana, sendo que até 2008 esta taxa atingiu os 32,7%, uma das maiores dos 22 países desenvolvidos incluídos no estudo que produziu estes resultados, em que apenas a Itália ultrapassou Portugal neste parâmetro, a nível europeu. (4)

No entanto, a taxa de cesarianas não foi a única intervenção obstétrica que registou um aumento ao longo destes anos. Há que considerar também que, a par desta, outras intervenções têm vindo a aumentar, como sejam a indução do trabalho de parto, o uso de analgésicos e de epidural, e a monitorização do feto por cardiocotografia. Parece inclusivamente existir uma associação entre estes e o aumento da taxa de cesarianas. (4)

A Direção Geral de Saúde indica que se devem classificar (e registar) as cesarianas realizadas segundo 4 critérios: a sua urgência, a fase do trabalho de parto, as características da gravidez (Classificação de Robson) e a indicação principal para a cesariana. (3)

Quanto à sua urgência, a cesariana pode ser de três tipos: programada, urgente, ou emergente. Quanto à fase do trabalho de parto, podemos classificar as cesarianas consoante tenham sido realizadas ainda antes do início do trabalho de parto, ou seja, na ausência de contrações uterinas rítmicas que tenham repercussão no colo uterino; na primeira fase do trabalho de parto, em que estas contrações já existem mas ainda não existe dilatação completa do colo uterino; ou no período expulsivo, em que a dilatação do colo é completa. (3)

Quanto às principais características da gravidez, a mesma Norma da DGS propõe a utilização da Classificação de Robson, que é a mesma que a adotada pela OMS. Esta classificação divide-se em 10 grupos, que divide as gestantes consoante a sua paridade, o número de fetos da gravidez presente, a apresentação fetal, história ou não de cesariana prévia e a idade gestacional.

Por fim, há que registrar a principal razão que motivou a cesariana. Vejamos aqui, de forma abreviada, as indicações para cesariana que podem ser consultadas na íntegra na Norma da DGS: Patologia materna que contraindica o parto vaginal (um exemplo: infecção materna por HIV), anomalia fetal que contra indica o parto vaginal (um exemplo: hidrocefalia com macrocefalia), patologia própria da gravidez (exemplos: placenta prévia central total, placenta acreta, suspeita de descolamento da placenta, eclâmpsia com índice de Bishop desfavorável, restrição do crescimento intrauterino com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido, cardiotocograma patológico no anteparto), cirurgia uterina prévia (exemplos: antecedentes de duas cesarianas anteriores, cesariana anterior com histerotomia corporal, miomectomia ou cirurgia de reconstrução uterina envolvendo toda a espessura do miométrio, rotura uterina prévia), situação ou apresentação fetal anómala (exemplos: situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, apresentação de face com mento posterior), gravidez múltipla (exemplos: gravidez tripla, gravidez gemelar com 1º feto em apresentação pélvica), suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, tentativa frustrada de indução do trabalho de parto (utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos sem se atingir a fase ativa do trabalho de parto - 4 cm de dilatação), trabalho de parto estacionário (exemplos: distocia dinâmica, distocia mecânica, tentativa frustrada de parto auxiliado com ventosa ou fórceps), estado fetal não tranquilizador intraparto (exemplos: cardiotocograma patológico, cardiotocograma suspeito com eventos ST) e outras. (3)

1.3 - Técnica da cesariana

Atualmente, a cesariana é mais frequentemente realizada através de uma incisão transversa na pele, associada a melhor recuperação da ferida cirúrgica, menos dor pós operatória, e melhores resultados estéticos do que a incisão vertical mediana. Esta é geralmente reservada para casos de cesariana emergente, pois permite um acesso mais rápido e uma melhor exposição uterina, com possibilidade de alargar a incisão no sentido cefálico, se houver necessidade, além de que comporta menor risco de lesão de nervos e vasos. Em termos de consequências para o feto, as técnicas não mostraram diferenças significativas. (5)

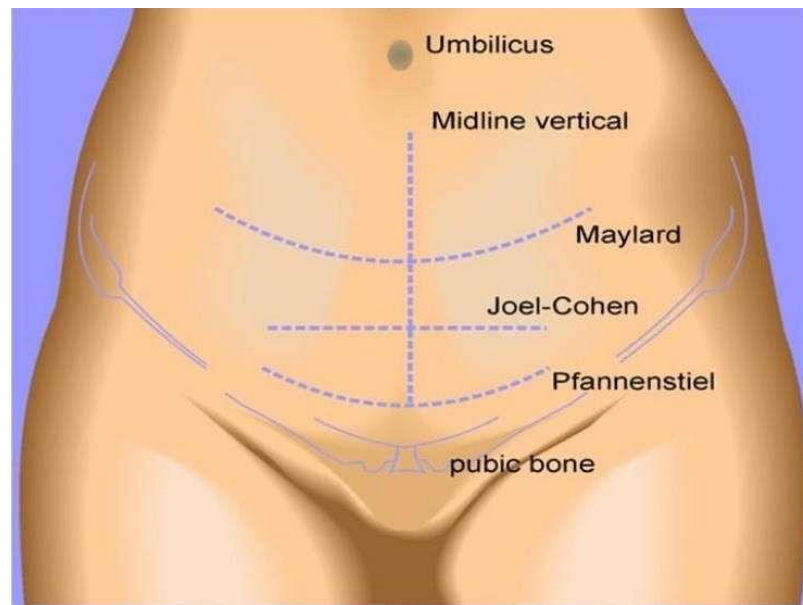


Figura 1 - Linhas de incisão para cesariana (6)

As duas incisões transversas mais utilizadas são a de Pfannenstiel e a de Joel-Cohen. A primeira consiste numa curva 2 a 3 cm acima da sínfise púbica, como se pode ver na Fig.1. Ao cicatrizar, a sua porção central ficará envolta por pelos púbicos, o que constitui uma vantagem estética. A incisão de Joel-Cohen é reta, e é realizada 3 cm abaixo da linha imaginária que une as duas espinhas ilíacas ântero-superiores. (7)

Após a incisão na pele, há que dissecar as várias camadas que constituem a parede abdominal até alcançar o útero: tecido celular subcutâneo, camada adiposa, aponevrose e músculo reto abdominal, peritoneu parietal e visceral, e por fim a parede uterina. Todas estas camadas abaixo da pele devem ser seccionadas apenas o suficiente para que se consiga fazer a extensão da incisão de forma manual, afastando digitalmente os tecidos, o que ajuda a evitar a lesão de vasos e nervos. Os músculos retos abdominais devem ser afastados longitudinalmente ao nível da linha média, no sentido das suas fibras, para não comprometer a sua contractilidade posterior. (8,9)

A incisão uterina transversal baixa apresenta menor taxa de complicações quando comparada com a vertical: formam-se menos aderências a outras estruturas, há menor risco de deiscência ou rotura uterina, menor hemorragia, e maior facilidade de aproximar os bordos durante a sutura. (8,9)

Após a abertura do útero, rompe-se o saco amniótico e retira-se o feto, corta-se o cordão umbilical e extrai-se a placenta. Exterioriza-se o útero para limpeza, e inicia-se a sutura de

todas as estruturas dissecadas, uma a uma, do interior para o exterior até chegar novamente à pele, com a exceção do peritoneu visceral e parietal, que não são suturados.(9)

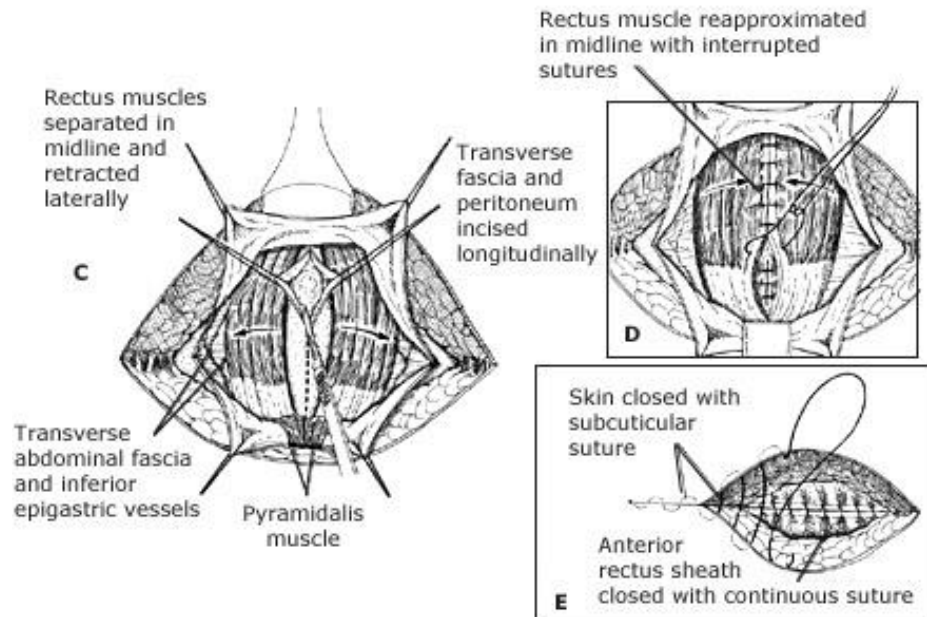


Figura 2 - Encerramento da cavidade abdominal por camadas (10)

2 - OBJETIVOS

Os objetivos do presente trabalho foram:

1. Aprofundar os conhecimentos sobre o parto por cesariana, quanto às suas indicações e consequências.
2. Avaliar a taxa de cesarianas no CHCB, bem como as eventuais repercussões do parto por cesariana na mulher e no recém-nascido.
3. Inferir propostas no sentido de melhoria clínica do parto por cesariana.

3 - METODOLOGIA

3.1- Desenho do estudo e amostra

Para aprofundarmos os conhecimentos científicos sobre o parto por cesariana efetuámos uma revisão da literatura existente no PubMed - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, utilizando as seguintes palavras: “Cesarean section”, “C-section”, “Cesarean risks”, “Cesarean increasing”, “Cesarean indications”.

No sentido de avaliarmos a experiência do Serviço de Obstetrícia do CHCB no parto por cesariana, conduzimos um estudo de carácter transversal descritivo com base na recolha e análise de dados de processos clínicos de uma amostra constituída por mulheres que realizaram partos por cesariana no CHCB, durante o ano 2014 (n=136).

3.2 - Método de recolha de dados

Foram analisados os processos clínicos de todas as mulheres submetidas a parto por cesariana durante o ano de 2014 no CHCB. Após obtenção da aprovação da comissão de ética, foram registados os seguintes dados de cada processo:

MÃE:

- Idade
- Aumento ponderal
- Patologia da gravidez
- Semanas de gestação à data do parto
- Número de gestações anteriores
- Antecedentes de abortamentos
- Paridade
- Número de cesariana(s) anterior(es)
- Indicação para a atual cesariana
- Complicações da cesariana
- Duração do internamento (dias)

RN:

- Peso ao nascer
- Apgar (1-5-10min)
- Tipo de Apresentação
- Complicações registadas
- Duração do internamento (dias)
- Malformações
- Aleitamento à data da alta (sim/não)

4 - RESULTADOS

4.1 - Análise descritiva

De um total de 559 partos realizados durante o ano de 2014 no CHCB, 136 (24,33%) foram por cesariana, constituindo estes a amostra que analisámos.

4.1.1 - Dados demográficos maternos

a) Grupos etários

A média de idades das parturientes submetidas a parto por cesariana foi de 32,4 anos \pm 5 anos, com a seguinte distribuição por grupos etários:

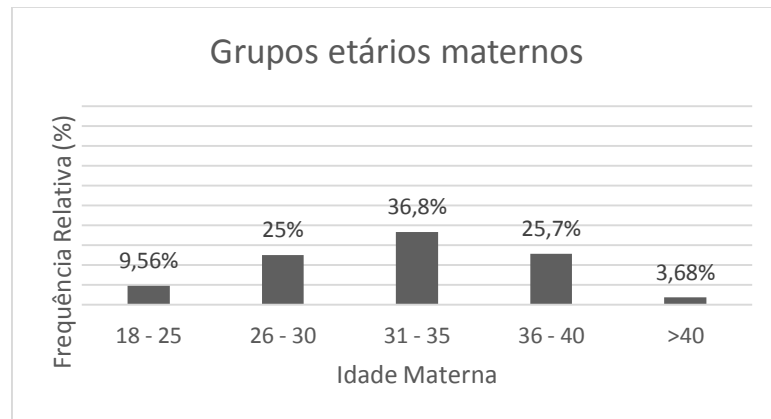


Gráfico 1- Grupos etários maternos

b) Paridade

Das mulheres cujos dados analisámos (N=136), o parto atual era o 4º em apenas um caso (0,7%). A maioria das mulheres era primípara (58%), 33,8% (46) realizava o segundo parto, e apenas 7,35% (10), o terceiro parto.

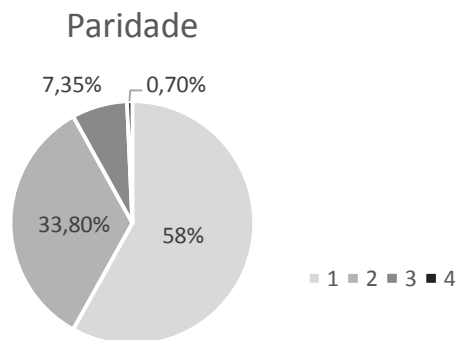


Gráfico 2 - Paridade

c) Número de gestações

A maioria das mulheres da nossa amostra era gestante pela primeira vez, e 39,7% pela segunda, como se pode ver no gráfico 3.

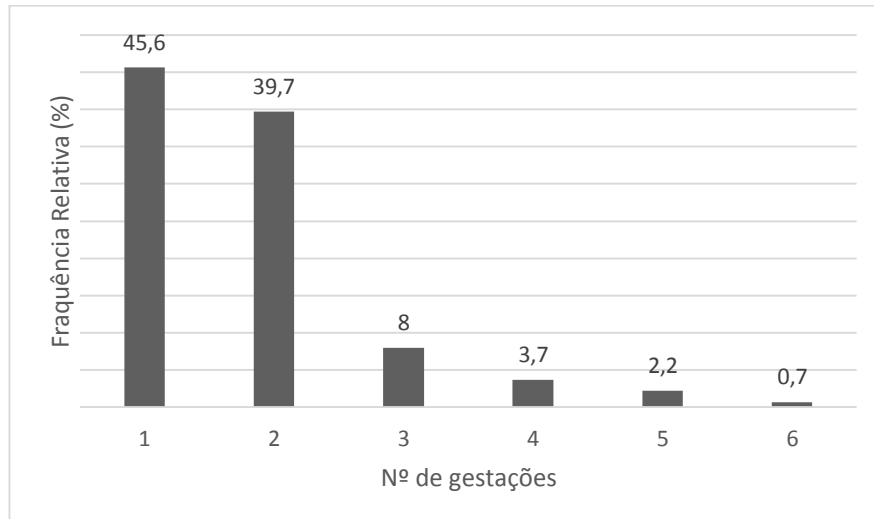


Gráfico 3 - Número de gestações

d) Antecedentes de abortamentos

A maioria das grávidas não tinha antecedentes de abortamentos, como se pode ver na tabela 1.

Tabela 1 - Antecedentes de abortamentos

Nº de abortos	Freq.absoluta	Freq.relativa(%)
0	108	79,4
1	22	16,2
2	4	2,94
3	1	0,73
4	1	0,73
Total:	136	100

e) Número de cesarianas anteriores

Do total das 136 mulheres submetidas a parto por cesariana, 99 (72,3%) não tinham realizado nenhum parto por cesariana anteriormente, ao passo que 29 mulheres (21,3%) tinham realizado uma cesariana anterior, e 8 (5,9%) duas cesarianas anteriores à de 2014.

Tabela 2 – Número de cesarianas anteriores

Nº de cesarianas anteriores	Frequência Absoluta	Frequência Relativa(%)
0	99	72,8
1	29	21,3
2	8	5,9
Total:	136	100

4.1.2 - Evolução da gravidez

i. Aumento ponderal

Da nossa amostra total, N=136, apenas 104 (76,5) tinham o seu peso inicial e no final da gravidez registados no processo clínico. Com base nestes registos, verificou-se que o aumento ponderal durante a gravidez foi em média de 10,3Kg \pm 4,44kg. Importa referir que as medições de peso das várias grávidas não foram realizadas todas na mesma fase inicial e final de gestação, pelo que existe uma margem de erro associada a esta média que, no entanto, não nos é possível estimar.

ii. Patologia da gravidez

Dentro das complicações médicas da gravidez, optámos por registar a existência ou não de Hipertensão e de Diabetes Gestacional por serem as mais frequentes. Na nossa amostra (N=136), encontrámos 8 casos (5,9%) de HTA diagnosticada na gravidez, 6 de Diabetes Gestacional (4,4%), e 3 casos (2,2%) de coexistência de ambas as doenças.

iii. Duração da gestação

Como se pode ver no gráfico 4, a maioria das mulheres que tiveram parto por cesariana tinham gravidez a termo. Assinalamos que não se registaram casos de pós-termo, provavelmente pela vigilância mais intensiva das grávidas no final da sua gestação.

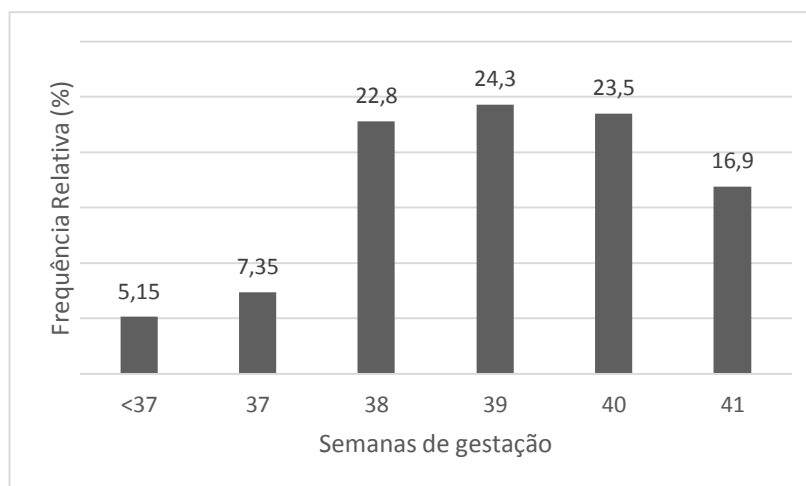


Gráfico 4 - Duração da gestação

4.1.3 - Parto

1. Indicação da cesariana

A tabela nº 3 apresenta as indicações principais para as cesarianas na nossa amostra.

Tabela 3 - Indicações da cesariana

Indicação Principal	Freq.Abs	Freq.Rel.(%)
Sofrimento Fetal Agudo	44	32,35
Apresentação Pélvica	21	15,44
Incompatibilidade Feto-Pélvica	17	12,5
Trabalho de Parto Estacionário	11	8,1
Iterativa - 2 cesarianas anteriores	8	5,88
Distócia do colo	6	4,41
Iterativa - 1 cesariana anterior	4	2,94
Estado Fetal Não Tranquilizador	4	2,94
Febre Intraparto	4	2,94
Indução falhada	4	2,94
Patologia osteoarticular materna	4	2,94
D.Crohn + fístulas peri-anais operadas	1	0,74

Risco descolamento da retina	1	0,74
Macroadenoma hipófise com risco de compressão do quiasma óptico	1	0,74
Suspeita descolamento da placenta	1	0,74
Síndrome de HELLP	1	0,74
Síndrome da Banda Amniótica	1	0,74
Mãe HIV +	1	0,74
Suspeita de pancreatite aguda da mãe	1	0,74
Gravidez gemelar com apresentação pélvica	1	0,74
Total	136	100

2. Duração do internamento

A maior parte das parturientes teve internamentos de 2 e 3 dias. Uma pequena percentagem teve internamentos iguais ou superiores a 5 dias, como apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Duração do internamento

Dias de internamento	Freq.Absoluta	Freq.Relativa
2	46	33,82%
3	62	45,59%
4	20	14,71%
5 ou mais	8	5,88%
Total:	136	100%

3. Complicações da cesariana

Durante o internamento das mulheres que analisámos (n=136), verificámos que houve complicações decorrentes do parto por cesariana em 5 casos (3,67%). Em 4 destes verificou-se atonia uterina após o parto, sendo o outro um caso de lesão vesical iatrogénica, corrigida cirurgicamente no mesmo ato cirúrgico da cesariana.

Desconhecemos, no entanto, a forma como se processou o período pós-operatório das mulheres em quem não se registaram complicações dentro do período do internamento, pelo que não nos podemos pronunciar sobre a real prevalência de complicações decorrentes da cesariana a longo prazo.

4.1.4 - Recém-nascido

A. Peso ao nascer

Em 136 partos por cesariana nasceram 137 nados-vivos. Excluimos o peso dos dois nados-vivos nascidos de gestação gemelar para não influenciarem a média de peso dos restantes. Assim, os restantes 135 RN tiveram um peso médio ao nascer de $3155\text{g} \pm 494,7\text{g}$ com a distribuição que se pode perceber no gráfico 5. É de notar que apenas 3 recém-nascidos tinham peso superior a 4,000kg ao nascer, e 12 tinham peso inferior a 2,500kg.

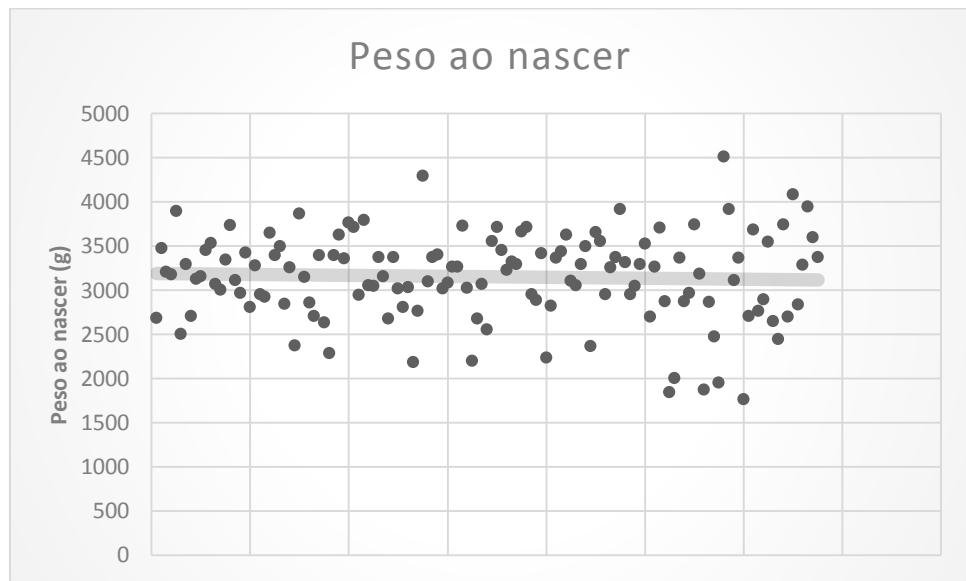


Gráfico 5 - Peso dos recém-nascidos ao nascer

B. Apresentação fetal

Nas grávidas submetidas a parto por cesariana, que avaliámos, a apresentação cefálica do feto à data da cesariana foi a mais frequente (80,15%), sendo que salientar que em 22 casos (16,2%) a apresentação era pélvica.

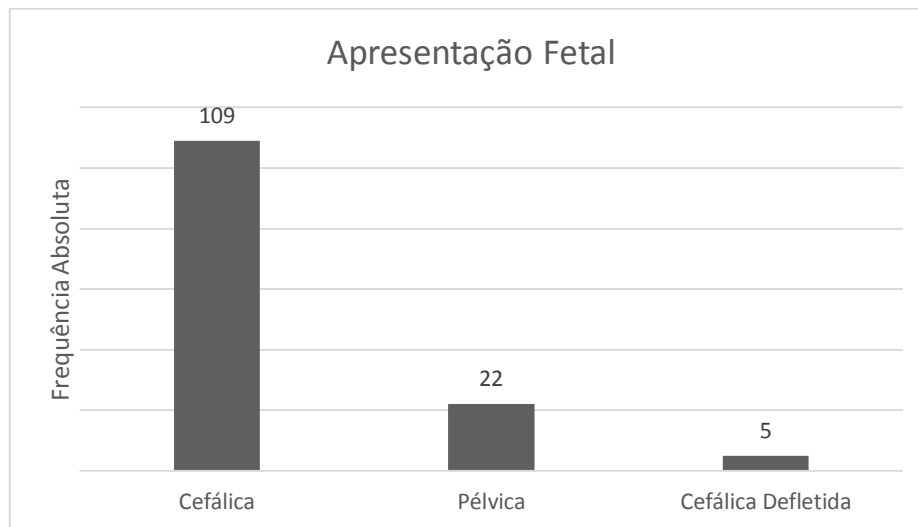


Gráfico 6 - Apresentação Fetal

C. Índice de Apgar (1-5-10min)

Ao 1º minuto de vida, 62,8% dos recém-nascidos tinham um Apgar de 9, e 28,5% (39) tinham Apgar de 8 ou menos.

Ao 5º minuto, no entanto, 86,9% dos recém-nascidos tinham já o score máximo do índice de Apgar. Apenas 7 (5,12%) dos 137 recém-nascidos considerados neste estudo não atingiram o score de 10 ao 10º minuto de vida.

Tabela 5 - Índice de Apgar

ÍNDICE DE APGAR	1º min	5º min	10º min
10	12	119	129
9	86	11	5
8	16	3	2
7	7	3	1
6	5	1	-
5	3	-	-
4	6	-	-
3	1	-	-
2	1	-	-
Total	137	137	137

D. Complicações

Encontrámos registos de complicações peri-parto num total de 8 recém-nascidos, especificadas na tabela abaixo.

Tabela 6 - Complicações para os recém-nascidos

Complicações RN	Frequência Absoluta
Síndrome de Aspiração Meconial	3
Insuficiência Respiratória	3
Circular do cordão	2
Nó verdadeiro do cordão	1
Total	8

E. Malformações

Na nossa amostragem, não encontrámos registo de quaisquer malformações graves dos recém-nascidos.

F. Aleitamento materno à data da alta

A quase totalidade (132, 96,4%) dos recém-nascidos era alimentada com leite materno à data da alta. Dos restantes 5 casos, foram duas as mães que não amamentaram por terem diagnóstico de HIV+, duas não tinham ainda leite, à data da alta, e apenas uma mãe tomou a opção de não amamentar.

5 - DISCUSSÃO

Apesar de o nosso estudo ter revelado uma baixa taxa de complicações decorrentes da cesariana, tanto para a mãe como para o recém-nascido, a taxa de cesarianas no CHCB rondou, no ano de 2014, os 24%, um valor bastante superior à recomendação da OMS, que é de 10-15%. (11) Este valor é, ainda assim, inferior à média nacional, pois em 2014, 33,47% dos 81.077 partos realizados em Portugal, foram por cesariana. (12)

Verificámos que quase 37% das mulheres que constituíam a nossa amostra tinham idades compreendidas entre os 31 e os 35 anos, e também que das 50 mulheres incluídas neste grupo etário, 29 estavam grávidas pela primeira vez. Os grupos etários que compreendem as idades a partir de 36 anos, representam no nosso estudo 40 em 136 mulheres, pelo que pelo menos 30% das cesarianas foram realizadas em gravidezes consideradas de risco. Se a idade materna é um factor de risco nestes casos, por outro lado, a própria cesariana também constitui um factor de risco para as mulheres desta faixa etária. (13)

Na nossa amostra, quando analisamos a apresentação fetal, percebemos que a apresentação cefálica não corresponde à percentagem que teria se analisássemos todas as gravidezes, e não só as que terminaram em cesariana. Encontrámos apresentação cefálica em apenas 109 casos (80%), quando normalmente, a partir da 36ª semana, 91 a 96% dos fetos encontram-se já em posição cefálica, e aqueles que se encontram, a esta idade gestacional, em posição pélvica, dificilmente ficarão em posição cefálica até ao momento do parto. (14)

Em nenhum dos processos clínicos consultados encontrámos referência à Versão Cefálica Externa (VCE), técnica que pode permitir a rotação do feto de posição anómala para posição cefálica, dentro do útero, sendo realizada manualmente. O procedimento é bastante seguro, quando realizado seguindo todas as regras que minimizam o risco de intercorrências, nomeadamente a obtenção prévia de um traçado cardiotocográfico normal do bebé, a utilização de tocólise durante o processo, a monitorização constante do ritmo cardíaco fetal para despistar desacelerações superiores a 2 minutos - a mais frequente das complicações da VCE, que ocorre em 3 a 4% dos casos - entre outras. Além disto, a VCE pode ainda ser tentada intraparto, contanto que as membranas se encontrem ainda intactas. O sucesso desta técnica varia entre 30 e 80%, e está dependente de vários fatores, como sejam: a experiência do operador, a tolerância da gestante à manobra, a quantidade de líquido amniótico, e a posição do feto e da placenta. Apesar de a taxa de sucesso da VCE aumentar com o uso de epidural, este não diminui significativamente a taxa de cesarianas, pelo que não se aconselha a sua utilização. (15)

Sendo o Sofrimento Fetal Agudo a indicação para cesariana que mais frequentemente encontrámos no nosso estudo, e comparando-a com a muito baixa taxa de complicações para o

recém-nascido que também observámos, estaremos provavelmente perante uma sobrevalorização dos critérios para esta indicação.

O registo de SFA, termo cuja ambiguidade levou a ACOG a optar pela sua substituição por EFNT, deve ser sempre complementado com informação mais específica acerca do estado clínico do feto, como por exemplo eventuais anormalidades cardiotocográficas, que podem sugerir hipóxia fetal. Está descrito que a monitorização do ritmo cardíaco fetal, por si só, aumenta a probabilidade de parto por cesariana, precisamente por deficiente interpretação do traçado obtido. (16)

Quando de facto se confirma um EFNT, (preferencialmente por gasimetria fetal) diagnóstico que na maior parte dos casos resulta de anemia materna, oligoâmnios, HTA, RCIU, ou gravidez pós-termo (17), diversas atitudes terapêuticas podem e devem ser tentadas, antes de optar por uma cesariana, nomeadamente manter a mãe hidratada e com boa saturação de oxigénio, injetar fluídos na cavidade amniótica para reduzir a pressão exercida sobre o cordão umbilical, tocólise, com o mesmo fim ou com o propósito de adiar o parto de um feto pré-termo, entre outras medidas de ressuscitação intrauterina. (18)

Outra indicação frequente que facilmente pode ser sobrevalorizada é a IFP. Apesar de ser possível estimar ecograficamente a dimensão cefálica do feto bem como a dimensão da pélvis materna, calculando um índice que nos diz, de forma mais ou menos sensível, se existe ou não compatibilidade entre ambas, esta estimativa não contempla o facto de que a cabeça do feto se molda ao passar no canal de parto, nem o facto de que a própria pélvis sofre adaptações para facilitar essa passagem, nomeadamente através do estiramento da sínfise púbica. Desta forma, é provável que parte dos casos em que nos parece haver incompatibilidade feto-pélvica, esta não seja real, ou não tenha expressão que comprometa de facto o parto vaginal. (19)

O nosso estudo revelou apenas 5 casos de complicações maternas decorrentes da cesariana, uma delas exigindo tratamento cirúrgico imediato. Esta baixa taxa de complicações mostra que a cesariana é um procedimento seguro, pelo menos a curto prazo. No entanto, alguma literatura sugere que as complicações maternas, incluindo curto e longo prazo, acontecem em 12,1% dos partos por cesariana. (20)

Segundo cita a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (21), o parto por cesariana acarreta riscos superiores aos do parto vaginal, estimando-se que haja nomeadamente: 2 vezes mais complicações anestésicas, 31 vezes mais lesões urológicas, 11 vezes mais hemorragias, 4 vezes mais necessidade de transfusão sanguínea, 11 vezes mais infeções, 4 vezes mais eventos tromboembólicos, e uma mortalidade 5 vezes superior (21). Falamos no entanto da multiplicação de riscos já de si extremamente raros, pelo que ainda assim se pode considerar a cesariana um procedimento seguro, a efetuar em caso de indicação apropriada. (21)

Os RN que analisámos tiveram baixa taxa de complicações, pese embora o facto de a morbilidade respiratória ter sido de facto a mais prevalente neste estudo, o que vai de encontro a outros estudos, que a apontam como a complicação mais frequente nos RN nascidos por cesariana, ocorrendo 7 vezes mais do que no parto vaginal. (22) Estudos apontam para uma prevalência ligeiramente aumentada de Diabetes Tipo I, asma, atopia e intolerâncias alimentares em crianças e adolescentes nascidos por cesariana. (23)

No nosso estudo encontrámos 4 casos em que a indicação principal para a cesariana era uma (única) cesariana anterior, tratando-se de fetos de termo, em apresentação cefálica, em mães sem comorbidades registadas. Nestes casos, e segundo a CNRTC, dever-se-ia idealmente realizar a PTPAC, pois o risco de complicações é muito baixo. (24)

Uma das grandes preocupações no que concerne à PTPAC é a deiscência da cicatriz uterina e a rotura do útero. Um estudo realizado acerca deste tema verificou que existe 2,3% de probabilidade de que ocorra deiscência da cicatriz uterina nas mulheres que tiveram uma cesariana há menos de 18 meses, descendo esta para 1% em mulheres com cesarianas mais antigas. (25) A ACOG estimou um risco de 0,2 a 1,5% de rotura uterina em mulheres com cesariana anterior com incisão no segmento inferior do útero. (26)

Uma meta-análise avaliou os riscos de fazer uma PTPAC com uma e com duas cesarianas anteriores. (27) Concluiu-se que a taxa de sucesso total de uma PTPAC após uma cesariana foi de 76,5%, não muito superior à tentativa após duas cesarianas, que foi de 71,7%. As complicações para a mãe são mais frequentes nos casos de PTPAC após 2 cesarianas do que após apenas uma, no entanto, em valor absoluto, a taxa de complicações é baixa em ambos os casos. Já no que respeita às consequências para o recém-nascido, não foram encontradas diferenças entre uma e outra situação. Observou-se ainda que as mulheres que além de terem tido uma cesariana, também já realizaram um parto vaginal, têm maior probabilidade de ter novamente um parto vaginal bem-sucedido. Neste contexto, mesmo nos casos em que a grávida tenha história de duas cesarianas anteriores, deve ser considerada a PTPAC, e os profissionais de saúde devem informar-se e informar a grávida de que os riscos, quer para ela, quer para o recém-nascido, são bastante baixos, nos casos em que não existem outras indicações para a cesariana para além das cesarianas anteriores. (27)

No ano de 2014, a proporção de cesarianas em comparação com o total de partos realizados foi de 28,12% no que se refere ao sector público, e de 64,68% no sector privado (12). À luz daquilo que tem vindo a ser investigado a nível global, podemos dizer que existem muitas condicionantes no processo de decisão pelo tipo de parto. Por um lado, a equipa médica do sistema de saúde público tem de gerir os recursos estatais de forma sensata, o que explica a menor taxa de cesarianas sem indicação médica que as justifique; por outro, a mesma equipa pode por vezes agir de forma defensiva, por receio de processos médico-legais, optando mais

facilmente pela cesariana em casos mais ambíguos. (28) Temos, ainda na mesma balança, o peso do sistema de saúde privado, em que sendo o cliente (ou o seu seguro de saúde) a cobrir todas as despesas, o médico é mais passível de ser influenciado por fatores económicos, sendo certo que a cesariana, como procedimento cirúrgico, é mais dispendiosa/lucrativa do que o parto vaginal. Para além de tudo isto, existe o peso da vontade da mulher grávida. As mulheres, bem como todos os cidadãos em geral, apresentam cada vez mais autonomia em relação aos seus cuidados de saúde, e têm em geral uma opinião em relação ao parto vaginal vs. parto por cesariana. (28)

A preferência da mulher pela cesariana está muitas vezes associada ao medo da dor, comodidade inerente à cesariana programada, e noção de menor probabilidade de vir a sofrer de problemas sexuais e de incontinência urinária. (28)

O medo da dor, embora compreensível, já não serve totalmente como argumento a favor da cesariana, isto porque cada vez mais se realizam partos vaginais com analgesia e epidural. (28)

A atitude dos profissionais de saúde em relação à cesariana é condicionada por estes e outros aspetos, pelo que a informação e aconselhamento que são dados à mulher durante a gravidez podem estar enviesados, tanto no sector público como no privado, mas pelos motivos opostos.

Perante uma grávida que refere à partida preferir o parto por cesariana, o profissional de saúde deve procurar perceber todas as razões subjacentes a essa escolha, para que isso não aconteça devido a falta de informação e ideias erróneas em relação ao parto vaginal. (28)

6 - CONCLUSÕES

No Serviço de Obstetria e Ginecologia do CHCB, o parto por cesariana teve uma tendência para ocorrer em:

1. Mulheres com idade superior a 30 anos, por provável aumento das patologias médicas da gravidez associadas à idade e pela diminuição da elasticidade dos tecidos do canal de parto
2. A principal indicação para o parto por cesariana foi o SFA. A baixa morbidade neonatal dos RN registada faz sugerir uma hipervalorização dos critérios para a definição de sofrimento fetal agudo.
3. A segunda indicação mais frequente para a realização do parto por cesariana foi a apresentação pélvica do feto à data do parto, o que está de acordo com as normas de boa prática obstétrica, dados os riscos acrescidos do parto vaginal nestas situações, embora seja de salientar a ausência de tentativas de VCE registadas.
4. A taxa de complicações da Cesariana foi muito baixa, o que confirma a segurança clínica da técnica.
5. A grande maioria das puérperas teve alta em aleitamento materno, o que demonstra que o parto por cesariana não interfere com o aleitamento materno.

6.1 - Limitações do estudo

Uma limitação deste estudo foi o facto de ter sido realizado com uma amostra que incluía apenas mulheres que realizaram cesarianas, pelo que não foi possível estabelecer correlações com um grupo controlo de mulheres que realizaram parto eutócico no mesmo ano, porém a intenção do trabalho era conhecer as características da parturiente e do RN, e não realizar um estudo comparativo com os partos por via vaginal.

Assinalamos que a recolha de dados dos processos clínicos foi condicionada pela disponibilidade consistente dos dados em todos os processos, que nem sempre se verificou. Muitos dos dados recolhidos relativos à história clínica das puérperas encontrava-se presente no diário clínico dos recém-nascidos, e ausente no diário das próprias.

6.2 - Perspetivas futuras

O presente estudo demonstrou que no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB se verificou, no ano avaliado, uma alta taxa de parto por cesariana por SFA, sem significativa repercussão neonatal do RN, o que merece uma investigação mais cuidada. Nesse sentido pensamos que um estudo prospetivo (com rigoroso registo de dados) da evolução da gravidez, condições e evolução do trabalho de parto e das indicações para a cesariana, assim como das repercussões neonatais dos RN, teria todo o cabimento no sentido da redução do parto por cesariana.

7 - LISTA DE REFERÊNCIAS

1. Sewell JE. Cesarean Section - A Brief History. Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1993 30 April 1993-31 August 1993.
2. Fadel H. Postmortem and Perimortem Cesarean Section: Historical, Religious and Ethical Considerations. J Islam Med Assoc. 2012;43(3).
3. Direção Geral da Saúde. Registo de Indicações de Cesariana. Lisboa. Norma nº 001/2015 de 19/01/2015. p. 1-5.
4. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. BST. 2011;5(4):139-150.
5. Wylie B, Gilbert S, Landon M, Spong C, Rouse D, Leveno K. Comparison of Transverse and Vertical Skin Incision for Emergency Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2010;115(6):1134-1140.
6. Cesariana - Linhas de incisão [Internet]. 2016 [cited 6 May 2016]. Available from:http://www.haodf.com/zhuanjiaguandian/wangchongyang909_157618.htm
7. Hofmeyr J, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009;201(5):431-444.
8. Encarnacion B., Zlatnik M., Cesarean Delivery Technique. Obstetrical & Gynecological Survey. 2012;67(8):483-494.
9. Dahlke J, Mendez-Figueroa H, Rouse D, Berghella V, Baxter J, Chauhan S. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2013;209(4):294-306.
10. Pfannenstiel incision [Internet]. Uptodate.com. 2016 [cited 6 May 2016]. Available from:
http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=SURG%2F79430&topicKey=SURG%2F2&rank=1-4&source=see_link&search=cherney+incision&utdPopup=true
11. WHO. Statement on Caesarean Section Rates. Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland: Department of Reproductive Health and Research World Health Organization; 2015 p. 1-8.
12. INE - Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Av. António José de Almeida 1000-043 Lisboa Portugal Telephone: 218 426 100 Fax: 218 454 0 84; 2016 p. 67.
13. Dietl A, Cupisti S, Beckmann M, Schwab M, Zollner U. Pregnancy and Obstetrical Outcomes in Women Over 40 Years of Age. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2015;75(08):827-832.

14. Ferreira J, Borowski D, Czuba B, Cnota W, Wloch A, Sodowski K et al. The evolution of fetal presentation during pregnancy: a retrospective, descriptive cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2015;94(6):660-663.
15. Direção Geral da Saúde. Versão Cefálica Externa. Lisboa. Norma nº 004/2015 de 19/01/2015. p. 1-4.
16. ACOG Committee Opinion #303: Inappropriate Use of the Terms Fetal Distress and Birth Asphyxia. *Obstetrics & Gynecology*. 2004;104(4):903.
17. Conditions behind fetal distress. *Annals of Biological Research*, 3(10):4845-4851.
18. SIMPSON K. Intrauterine Resuscitation During Labor: Review of Current Methods and Supportive Evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(3):229-237.
19. James R. Scott RSG, Beth Y. Karlan, and Arthur F Haney. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 9th ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
20. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82:251-6.
21. Ayres-de-Campos D. Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas. Presentation presented at FMUP. 2013.
22. Signore CK, Lebanoff M. Neonatal Morbidity and Mortality After Elective Cesarean Delivery. *Clinics in Perinatology*. 2008;35(2):361-371.
23. Cardwell CR et al. *Diabetologia* 2008;51(5):726-35 e também Magnus MC et al. *Am J Epidemiol* 2011;174(11):1275-85.
24. Direção Geral da Saúde. Parto vaginal após cesariana. Lisboa: Orientação nº 003/2015 de 19/01/2015; 2015 p. 1-3.
25. Bangal V, Giri P, Shinde K, Gavhane S. Vaginal birth after cesarean section. *North American Journal of Medical Sciences*. 2013;5(2):140.
26. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2010;116:450-63.
27. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;117(1):5-19.
28. Domingues R, Dias M, Nakamura-Pereira M, Torres J, d'Orsi E, Pereira A 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*. 2014;30:S101-S116.