



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Concordância e Discordância das Indicações de Cesariana - Indicador de Qualidade

Filipa Margarida Ferreira Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José António Martinez Souto de Oliveira

Coorientador: Doutora Andrea Cunha Henriques Brito

Covilhã, maio de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha irmã, os meus maiores pilares, o meu maior apoio...

À minha querida avó, minha inspiração, o meu modelo a seguir, o meu grande orgulho...

Ao meu avô, que apesar de já não estar aqui, sempre sonhou ver-me onde eu estou hoje...

A vós devo e agradeço tudo o que sou hoje.

Agradecimentos

O meu profundo agradecimento a todas as pessoas, que de uma forma ou de outra contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Marcelino e Noémia e à minha irmã, Ana Isabel; à minha avó, Teresa e ao meu Luís Carlos por todo o apoio incondicional, por me encherem de confiança nos momentos mais difíceis, por acreditarem sempre em mim, por nunca me deixarem desistir, por me ajudarem a concretizar um sonho.

Ao meu José Carlos por estar sempre presente, por ser tudo o que é para mim...

Aos meus colegas e amigos, especialmente as minhas amigas Ana Ramos e Lígia Serra, pelo apoio e pela força em todos os momentos...

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Martinez por ter aceitado o meu pedido de orientação neste trabalho, pela ajuda na escolha do tema, pelo apoio, pela disponibilidade e por sempre acreditar que era possível mesmo quando tudo parecia muito complicado.

À minha coorientadora, Dra. Andrea Brito, pela ajuda na realização deste trabalho, pelo carinho, disponibilidade, dedicação e por todo o apoio.

Ao Dr. Miguel Freitas pela ajuda essencial na parte estatística deste trabalho.

RESUMO

Introdução: Segundo a OMS, um máximo de 15% dos partos tem indicação de cesariana e taxas superiores a essa são inadequadas. Contudo, nos últimos anos esta prática tem sido utilizada de forma crescente implicando, desta forma, uma carga financeira e riscos desnecessários, quer para a mãe quer para o feto, a curto e a longo prazo. Assim, é essencial investir na sua redução e vários países têm usado o decréscimo das taxas de CSA como indicador de qualidade dos serviços de saúde.

Objetivos: Aferir da concordância e discordância das indicações de CSA no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHCB e principais determinantes das taxas deste procedimento, avaliar a qualidade dos registos clínicos, pretendendo contribuir para a sua melhoria e diminuir o número de CSA desnecessárias no respetivo serviço.

Métodos: Estudo retrospectivo, baseado na recolha de dados dos processos clínicos das parturientes que deram entrada no serviço de Obstetrícia do CHCB e que sofreram uma CSA como meio de parto, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2011 e 30 de Junho de 2011. Os dados recolhidos através do preenchimento de um protocolo de análise, foram posteriormente codificados e analisados estatisticamente recorrendo ao programa Microsoft Office Excel 2007®.

Resultados: No 1º semestre de 2011 ocorreram 55,7% de partos eutócicos, representando as cesarianas 31,6% do total. A amostra foi constituída por 100 mulheres, correspondendo a 103 partos. As parturientes tinham idades compreendidas entre os 17 e os 43 anos (média - 31,1 anos; desvio padrão - 5,78), 58 eram nulíparas e daquelas com um ou mais partos, 31 primíparas e 10 múltiparas, 55% tiveram pelo menos um parto anterior por CSA. As indicações de CSA foram: estado fetal não tranquilizador (33,1%), apresentação anómala (15,4%), útero cicatricial (5,1%); IFP (8,1%); TP estacionário (16,2%); patologia materna que contraindica parto eutócico (3,7%), patologia grave própria da ou associada à gravidez (3,7%), falha na indução (9,6%), má colaboração materna (1,5%), 1 cesariana anterior (1,5%) e gravidez múltipla (1,5%). 1 processo não apresentava qualquer registo de indicação de CSA. 59,3% das cesarianas tiveram um diagnóstico confirmado no pós-operatório, ao passo que em 40,7% tal não ocorreu. Quanto às justificações dadas para realizar CSA, 64% estavam documentalmente justificados e em 35,3% o mesmo não se verificou.

Conclusão: A taxa de CSA no CHCB é muito superior ao limite recomendado pela OMS, mas inferior à taxa encontrada na maioria dos hospitais nacionais. As indicações que mais a motivaram foram: estado fetal não tranquilizador, TP estacionário, apresentação anómala, indução falhada e IFP. Estado fetal não tranquilizador, TP estacionário e IFP, foram aquelas onde se verificou existir mais discordância entre o pré e o pós-operatório. No CHCB os maiores determinantes para a taxa de CSA foram os partos induzidos e eletivos, com fetos em

posição anómala (essencialmente pélvica) e CSA prévia. Gravidezes consideradas de baixo risco são responsáveis por uma proporção considerável dos partos.

PALAVRAS-CHAVE

Indicações de cesariana, concordância e discordância, taxas de cesariana, determinantes de cesariana, redução das taxas de cesariana, registos.

ABSTRACT

Introduction: According to the WHO, a maximum of 15% of deliveries do require cesarean section and rates above this are inadequate. However during the last years this procedure has been increasing in frequency implying a financial burden and an unnecessary clinical risk, for both mother and fetus, both in the short and long terms. Thus, it is essential to invest in its reduction and several countries have used the low rates of cesarean section as an indicator of health services' quality.

Objectives: To assess the concordance and discordance of the indications for cesarean section at CHCB's Obstetric Unit and the main determinants of rates of this procedure; to evaluate the quality of medical records, and so to contribute to their improvement and to reduce the number of unnecessary cesarean sections.

Methods: Retrospective study, based on the collection of clinical data of pregnant women who have been delivered at the CHCB's - Obstetric Unit and have had cesarean section in period from January 1st, 2011 to June 30, 2011. Data collected has been recorded by filling in a specific protocol, and subsequently coded and statistically analyzed using the Microsoft Office Excel ® 2007.

Results: In the 1st half of 2011 there were 55.7% of vaginal births, cesarean representing 31.6% of the total. The sample consisted of 100 women, corresponding to 103 deliveries. The mothers were aged between 17 and 43 years old (mean - 31.1 years, SD - 5.78), 58 were nulliparous and of those with one or more births, 31 were primiparous and 10 multiparous, with 55% having previously delivered by cesarean section. The indications of cesarean were: non-reassuring fetal status (33.1%), abnormal presentation (15.4%), uterine scar (5.1%), FPI (8.1%); steady labor (16.2%), maternal pathology which contraindicate vaginal birth (3.7%), severe pathology characteristic of or associated with pregnancy (3.7%), failed induction (9.6%), poor maternal collaboration (1.5%), 1 previous cesarean (1.5%) and multiple pregnancy (1.5%). In one case the indication of cesarean section has not been recorded. In 59.3% of cesarean sections the diagnosis has been confirmed after surgery, while in 40.7% this did not happen. The justifications given to perform cesarean delivery, 64% were documented and in 35.3% the same was not true.

Conclusion: The cesarean rate in CHCB is much higher than the limit recommended by the WHO, but lower than the rate found in most national hospitals. The indications that most contributed to this were: non-reassuring fetal status, steady labour, abnormal presentation, induction failed and FPI. Non-reassuring fetal status, steady labour and FPI, were those where there was more disagreement between the pre and postoperatively. In CHCB the major determinants for the rate of cesarean deliveries were induced and elective deliveries, with fetuses in abnormal position (mostly pelvic) and previous cesarean. Low risk pregnancies are responsible for a considerable proportion of births.

KEYWORDS

Indications for cesarean section, agreement and disagreement, cesarean rate, determinants of caesarean section, reducing the rates of cesarean section, records.

ÍNDICE

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract	x
Keywords	xi
Índice	xiii
Índice de gráficos	xv
Índice de tabelas.....	xvii
Lista de acrónimos.....	xix
1. Introdução	1
1.1. Objetivos	4
1.1.1. Objetivos específicos	5
2. Metodologia	6
2.1. Tipo de estudo.....	6
2.2. Pesquisa bibliográfica	6
2.3. Amostra de estudo	6
2.4. Recolha de dados	6
2.5. Tratamento estatístico dos dados.....	8
3. Resultados.....	10
3.1. Dados referentes à parturiente.....	11
3.2. Dados referentes à gestação atual.....	14
3.3. Indicações de cesariana.....	18
4. Discussão de Resultados	28
5. Limitações.....	33
6. Conclusões	34
6.1. Redução das taxas de cesariana.....	34
7. Bibliografia.....	36
Anexos.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentagem de partos por cesariana, por região em Portugal	1
Gráfico 2 - Principais motivos de cesariana nos hospitais públicos em Portugal	2
Gráfico 3 - Distribuição em percentagem dos partos ocorridos no 1º semestre de 2011, no CHCB	10
Gráfico 4 - Distribuição da média, mediana, percentil 25 (Q1), percentil 75 (Q3), mínimo, máximo e desvio padrão da idade das grávidas que deram entrada no CHCB no 1º semestre de 2011 de acordo com o tipo de parto	11
Gráfico 5 - Distribuição das parturientes de acordo com a paridade.....	12
Gráfico 6 - Distribuição da média, mediana, percentil 25 (Q1), percentil 75 (Q3), mínimo, máximo e desvio padrão da idade de acordo com a paridade, no grupo de estudo	12
Gráfico 7 - Distribuição em percentagem das diferentes faixas etárias em relação à paridade	13
Gráfico 8 - Frequências absolutas do tipo de antecedentes ginecológicos das parturientes ..	13
Gráfico 9 - Distribuição em percentagem do tipo de parto de gravidezes anteriores.....	14
Gráfico 10 - Distribuição em percentagem de acordo com a posição fetal ao nascer	15
Gráfico 11 - Distribuição em percentagem do peso do recém nascido à nascença	16
Gráfico 12 - Percentagem das complicações da gravidez atual tendo em conta o tipo de parto de gravidezes anteriores	16
Gráfico 13 - Frequências absolutas do tipo de parto da gravidez atual.....	17
Gráfico 14 - Comparação das frequências das indicações de cesariana no pré e no pós-operatório	18
Gráfico 15 - Número de diagnósticos apresentados como justificação de cesariana no pré e pós-operatório.....	19
Gráfico 16 - Percentagem das justificações do motivo do estado fetal não tranquilizador	21
Gráfico 17 - Principais alterações presentes no traçado cardiotocográfico.....	23
Gráfico 18 - Justificações para o trabalho de parto estacionário (em percentagem)	24

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Taxa de cesarianas, mortalidade materna e mortalidade fetal. Países pela ordem decrescente	2
Tabela 2 - Indicações de Cesariana	3
Tabela 3 - Comparação do risco entre as complicações no parto por cesariana e no parto vaginal	3
Tabela 4 - Classificação de Robson	4
Tabela 5 - Critérios utilizados neste estudo para classificar as diferentes indicações de cesariana como confirmadas ou não.....	8
Tabela 6 - Distribuição da idade gestacional de acordo com a paridade	15
Tabela 7 - Tipo de complicações encontradas neste parto em associação com o tipo de parto anterior	17
Tabela 8 - Frequência e percentagem do número de confirmações consoante o número de diagnósticos.....	19
Tabela 9 - Frequência e percentagem do número de justificações consoante o número de diagnósticos.....	20
Tabela 10 - Distribuição da justificação ou confirmação do diagnóstico consoante as diferentes indicações de cesariana	20
Tabela 11 - Indicações pré-operatórias não coincidentes com as indicações pós-operatórias registadas	21
Tabela 12 - Principais características do parto com indicação de estado fetal não tranquilizador	21
Tabela 13 - Principais características do parto com indicação de IFP	23
Tabela 14 - Principais características do parto com indicação de TP estacionário	24
Tabela 15 - Doenças maternas presentes como justificação desta indicação.....	24
Tabela 16 - Doenças graves próprias da ou associadas à gravidez presentes como justificação de cesariana	25
Tabela 17 - Principais características do parto com indicação de indução falhada	25
Tabela 18 - Justificação para a indicação de útero cicatricial	26
Tabela 19 - Principais características do parto com indicação de apresentação anómala	27
Tabela 20 - Distribuição de acordo com os 10 grupos de Robson	27

LISTA DE ACRÓNIMOS

CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE
CTG	Cardiotocografia
CSA	Cesariana
DM	Diabetes mellitus
DPNNI	Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida
Dx	Diagnóstico
ECG	Electrocardiograma
FPI	Fetal Pelvic Incompatibility
HPV	Human papillomavirus
HTA	Hipertensão arterial
IFP	Incompatibilidade feto-pélvica
IG	Idade gestacional
LA	Líquido amniótico
MF	Movimentos fetais
RCIU	Restrição ao crescimento intrauterino
RN	Recém-nascido
Síndrome HELLP	Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count

1. INTRODUÇÃO

Uma grande proporção de cuidados de saúde é oferecida de forma inapropriada ou desnecessária, sendo o parto por cesariana, uma das mais comumente realizadas intervenções cirúrgicas, neste contexto. ⁽¹⁾ Em 1985, a OMS preconizou que um máximo de 15% dos partos tem indicações para cesariana e taxas superiores a essa são inadequadas, implicando uma carga financeira ao sistema de saúde e riscos clínicos desnecessários. ⁽¹⁾

Inicialmente, a cesariana era uma intervenção usada como meio último de nascimento, mas nas últimas décadas tem-se verificado um aumento tremendo no seu uso na maioria dos países: de menos de 7% em 1970 para mais de 25% em 2003, tornando-se uma preocupação a nível mundial. ^(1,2) Em Portugal, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2004 a taxa de cesariana nos hospitais públicos foi de 32,8% e em 2009 de 36,2%. Juntando este valor aos dados disponíveis de 2005 das unidades privadas onde as cesarianas atingiram os 65,9%, perfaz provavelmente uma taxa global em 2009 rondando os 36,8%. Em termos regionais, é no Norte que se verificam as maiores percentagens. ^(7,8) (Gráfico 1)

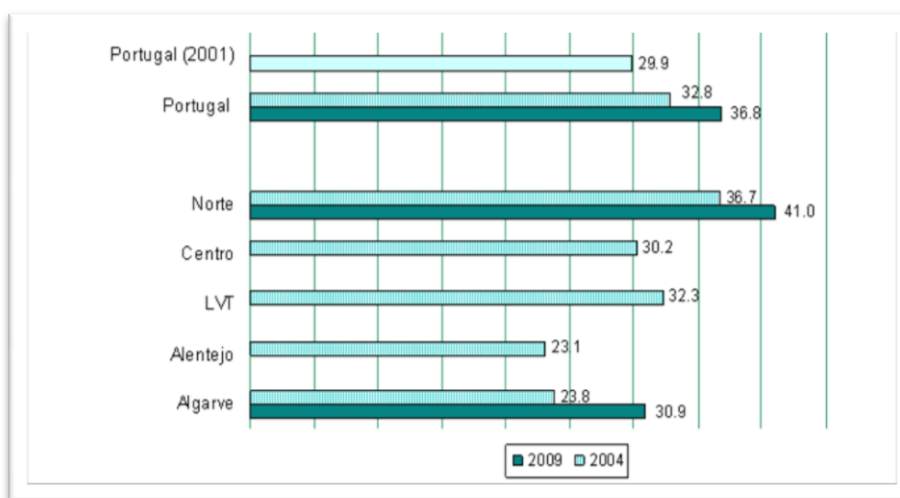


Gráfico 1 - Percentagem de partos por cesariana, por região em Portugal. Fonte INE, 2009

Isto coloca o nosso país nos primeiros lugares a nível europeu, sendo apenas ultrapassado pela Itália. ⁽⁷⁾ É de realçar ainda que, por regra, é nos países onde o percentual de cesarianas é menor, que são mais baixas as taxas de mortalidade materna e perinatal. ⁽⁷⁾ (Tabela 1)

País	Taxa cesarianas	Ano ^{estatística}	Mortalidade Materna	Ano ^{estatística}	Mortalidade Perinatal	Ano ^{estatística}
China	46,2%	2007/2008 ⁶	40	2008 ¹²	35	2000 ¹³
Brasil	40,0%	2006 ¹¹	55	2008 ¹²	20	2000 ¹³
México	39,9%	2007 ¹⁰	52	2008 ¹²	22	2000 ¹³
Itália	39,7%	2007 ¹⁰	4	2008 ¹²	5	2000 ¹³
Turquia	36,0%	2007 ¹⁰	58	2008 ¹²	36	2000 ¹³
Portugal	34,8%	2007 ¹	10	2008 ¹²	4	2008 ¹⁴
Estados Unidos América	31,8%	2007 ⁹	17	2008 ¹²	7	2000 ¹³
Austrália	30,7%	2007 ¹⁰	5	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Suíça	30,0%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Alemanha	28,5%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Hungria	27,0%	2008 ⁷	7	2008 ¹²	10	2000 ¹³
Canadá	26,3%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Espanha	26,0%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Irlanda	24,6%	2007 ¹⁰	6	2008 ¹²	9	2000 ¹³
Reino Unido	24,6%	2009 ⁸	8	2008 ¹²	8	2000 ¹³
Áustria	24,4%	2007 ¹⁰	6	2008 ¹²	7	2000 ¹³
Nova Zelândia	22,8%	2007 ¹⁰	8	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Dinamarca	21,4%	2007 ¹⁰	9	2008 ¹²	8	2000 ¹³
França	20,8%	2007 ¹⁰	10	2008 ¹²	7	2000 ¹³
Polónia	20,6%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	8	2000 ¹³
República Checa	19,6%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	4	2000 ¹³
Bélgica	17,8%	2007 ¹⁰	9	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Israel	17,7%	2002 ⁵	6	2008 ¹²	8	2000 ¹³
Suécia	16,4%	2002 ⁵	5	2008 ¹²	5	2000 ¹³
Finlândia	16,0%	2007 ¹⁰	7	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Noruega	15,9%	2007 ¹⁰	8	2008 ¹²	6	2000 ¹³
Holanda	14,0%	2007 ¹⁰	8	2008 ¹²	8	2000 ¹³

Tabela 1 - Taxa de Cesarianas, mortalidade materna e mortalidade fetal. Países orientados pela ordem decrescente ⁽⁷⁾

Existem diversas razões para o aumento do recurso à cesariana, onde se destacam: aumento da primiparidade tardia ⁽³⁾; o uso de monitorização fetal durante o trabalho de parto ⁽⁵⁾; a baixa morbi-mortalidade atuais associadas à técnica; o aumento do recurso à medicina privada; a preocupação com possíveis repercussões sexuais, urinárias e rectais do parto vaginal ⁽⁶⁾; razões não médicas, por presumida facilidade tanto para o médico como para a grávida ⁽²⁾ e prática médica defensiva. ⁽¹⁰⁾ Tem-se verificado ainda um aumento nas taxas de cesariana mesmo em grávidas de baixo risco, segundo os critérios da *Health People 2010* (feto único, de termo, cefálico). ⁽⁹⁾

O parto por cesariana está indicado por razões médicas e obstétricas diversas; maternas, fetais ou ambas. ⁽²⁾ Dentro do grande número de indicações, os maiores determinantes são aqueles resumidos no gráfico 2 juntamente com iteratividade, patologia materna/fetal que contraindica o parto eutócico, patologia própria da ou associada a gravidez. ^(7,11) (gráfico 2)

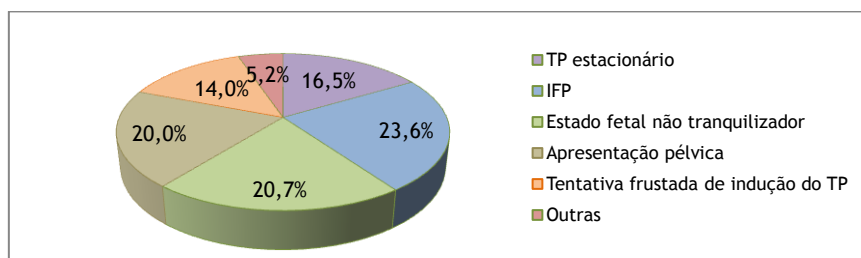


Gráfico 2 - Principais motivos de cesariana nos hospitais públicos em Portugal ⁽¹¹⁾

Outra, de entre muitas outras comumente usadas, é apresentada na tabela 2. ⁽¹¹⁾

Tabela 2 - Indicações de Cesariana ⁽¹¹⁾

Indicações maternas
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prévia • Incompatibilidade feto-pélvica • Paragem da progressão • Intervenções anteriores sobre o corpo do útero • Herpes Genital ativa com lesões presentes • Patologia materna que contraindica o parto vaginal
Indicações fetais
<ul style="list-style-type: none"> • Sofrimento fetal • Apresentações anómalas • Gestação múltipla (1º feto em apresentação não cefálica, crescimento fetal discordante, gestação de mais de 2 fetos) • Macrossomia fetal • Anomalias fetais • Prolapso do cordão

O parto por cesariana está associado a um grande risco de complicações de causas obstétricas, cirúrgicas ou anestésicas, tanto a curto como a longo prazo, quer para a mãe quer para a criança. ⁽¹¹⁾ Para o feto as maiores complicações são: maior incidência de complicações respiratórias, menor resistência ao estresse oxidativo, adaptação neurológica atrasada e trauma iatrogénico. ^(7, 10) Já na mulher as complicações mais preocupantes são o tromboembolismo e a hemorragia. ⁽¹⁰⁾ Os riscos das complicações maternas estão resumidos na Tabela 3.

Tabela 3 - Comparação do risco entre as complicações maternas no parto por CSA e no parto vaginal ^(7,10)

	Cesariana	Parto Vaginal
Lesão Vesical	1	0.03
Lesão ureteral	0.3	0.01
Histerectomia	8	0.1-0.2
Tromboembolismo	0.4-1.6	0.1-0.4
Admissão na UCI	9	1
Mortalidade materna	0.082	0.017
Readmissão após alta	53	22
Alterações da placenta em gravidezes posteriores	4-7	2-5
Rutura uterina	4	0.1
Infeções	>21x	

Visto que a cesariana está associada a um grande número de complicações, a um aumento da morbidade e mortalidade e existem argumentos económicos contra o seu uso, é de todo importante investir na sua redução. Assim, vários países começam a usar as taxas de cesariana como um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Para tal têm-se usado vários métodos, como a análise dos registos para identificar as indicações de cesariana mais prevalentes e descrever as normativas e justificações dessas ^(1,2,12); ou sistemas de classificação, nomeadamente os 10 grupos de classificação de Robson, o qual é de simples compreensão e implementação, mostrando-se já útil para monitorizar as taxas de cesariana, seus componentes e chamando a atenção para os grupos mais prevalentes, permitindo a comparação entre diversos hospitais. ⁽¹²⁾

Tabela 4 - Classificação de Robson ⁽¹²⁾

Grupo	Características do grupo
1	Nulíparas, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem, TP espontâneo
2	Nulíparas, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem, eletiva ou TP induzido
3	Múltiparas (excluindo cesariana prévia), gestação única, cefálica ≥ 37 sem, TP espontâneo
4	Múltiparas (excluindo cesariana prévia), gestação única, ≥ 37 sem, eletiva ou TP induzido.
5	Cesariana anterior, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem
6	Todas as apresentações pélvicas em nulíparas
7	Todas as apresentações pélvicas em múltiparas (incluindo cesariana prévia)
8	Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana anterior)
9	Todas as apresentações anormais (incluindo cesariana anterior)
10	Todas as gestações únicas, cefálicas ≤ 36 sem (incluindo cesariana anterior)

A escolha entre parto vaginal ou cesariana é assim muito complexa, dependendo muito do julgamento do obstetra e, como não é isenta de riscos e a menos que as indicações sejam irrefutáveis, é um ato que requer uma ligação próxima entre motivo e racionalidade, uma ponderação entre riscos e benefícios e uma ordenação de preferências baseada na evidência. ⁽⁴⁾

1.1. OBJETIVOS

A realização desta tese tem como objetivo primário o estudo de registos clínicos referentes ao 1º semestre de 2011 do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, EPE com

o intuito de aferir da concordância/discordância das indicações de cesariana, avaliar a qualidade dos registos clínicos, pretendendo contribuir para a sua melhoria e para a melhoria da taxa de cesarianas desnecessárias.

1.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, esta tese pretende:

1. Aferir da concordância e discordância das indicações de cesariana no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, EPE.
2. Avaliar quais as indicações que mais contribuem para o aumento da taxa de cesariana que se tem verificado neste Serviço.
3. Avaliar as características das mulheres com parto por cesariana.
4. Avaliar as características obstétricas/ginecológicas de cada caso em cada indicação de cesariana.
5. Avaliar se as indicações pré-operatórias são justificadas pelo registo clínico de forma compreensível.
6. Determinar quais, de entre as indicações pré-cesariana, tiveram confirmação no pós-operatório.
7. Comparar o tipo de justificação de acordo com as normas de orientação mais recentes para as indicações de cesariana.
8. Aplicar um sistema de classificação que permita aferir do grupo onde a cesariana é mais prevalente.

2. METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional, e transversal, baseado na recolha de dados obtidos dos processos clínicos das parturientes que foram submetidas a cesariana.

2.2. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Para complementar o trabalho de investigação e recolher a informação necessária para o desenvolvimento desta tese, procedeu-se à revisão de bibliografia atualizada sobre o tema, usando as bases de dados Wiley-Interscience, Elsevier-Scimedirect, Pubmed, Ministério da Saúde, ACOG e motor de busca Google. Para esta pesquisa usaram-se as palavras-chave: *cesarean delivery*, *cesarianas em Portugal*, *redução das taxas de cesariana*, *cesarean rates reduction*, *cesarean guidelines*, *cesarean indications*, *criteria for cesarean sections*. Foram selecionados artigos de língua portuguesa e inglesa, com data de publicação de 2005 até 2011. Usaram-se ainda livros acerca do tema, nomeadamente “*Medicina Materno-Fetal*” de Luís Mendes da Graça.

2.3. AMOSTRA DE ESTUDO

A população deste estudo foi constituída por 100 parturientes que tiveram parto por cesariana no CHCB, EPE, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2011 e 30 de Junho de 2011.

2.4. RECOLHA DE DADOS

Para a realização deste estudo foi pedida a autorização ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da referida instituição (Anexo I).

Para proceder à recolha de dados, inicialmente, através do Departamento de Estatística do CHCB, foi feito o levantamento do número dos processos com GDH de todos os partos que ocorreram no 1º semestre de 2011 (n=316). Destes, foram extraídos aqueles aos quais foi realizada uma cesariana urgente ou eletiva (n=100). Procedeu-se então ao levantamento desses processos, registados em papel, existentes no Arquivo Hospitalar,

realizando-se posteriormente uma análise documental dos mesmos e recolhendo-se os dados que se encontram no protocolo de análise (Anexo II). Este incluía: indicação pré-cirúrgica que motivava a cesariana, justificação respetiva, indicação registada após a cirurgia, confirmação ou não dessa mesma indicação, dados referentes à mãe (idade, paridade, antecedentes maternos, incluindo ginecológicos, cirurgias anteriores), dados referentes a gravidezes anteriores (tipo de parto, se cesariana, tipo de cicatriz; complicações de gravidezes anteriores), dados da gravidez atual (idade gestacional, serologias, peso estimado à nascença, tipo de pélvis, número de fetos, posição dos fetos, tipo de cesariana, urgente ou eletivo; complicações da gravidez), dados relativos ao trabalho de parto (traçado cardiotocográfico, desencadeamento, espontâneo ou induzido; progressão do trabalho de parto, peso à nascença do recém nascido e índice de apgar ao 1º e ao 5º minuto). A recolha dos dados dos processos clínicos realizou-se no período compreendido entre 15 de Dezembro de 2011 e 8 de Fevereiro de 2012. O trabalho foi realizado com proteção do anonimato das parturientes e seus descendentes.

As indicações de cesariana foram agrupadas, de acordo com a bibliografia, da seguinte forma: estado fetal não tranquilizador, apresentação anómala, útero cicatricial, incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto estacionário, patologia materna que contraindica o parto eutócico, patologia grave própria ou associada à gravidez, falha na indução e gravidez múltipla (7). Foram ainda consideradas duas outras indicações, uma cesariana anterior e má colaboração materna, que apesar de não estarem contempladas na literatura faziam parte dos registos.

A tabela 5 refere-se aos critérios usados para objetivar as fundamentações das diferentes indicações de cesariana.

Tabela 5 - Critérios utilizados neste estudo para classificar as diferentes indicações de cesariana como confirmadas ou não ^(3,7,11,22)

Indicação de CSA	Justificação
Estado fetal não tranquilizador	<ul style="list-style-type: none"> - Traçado cardiotocográfico - Fluxo diastólico ausente ou invertido - Oligoâmnio - RCIU - Mecónio - Diminuição dos MF - Índice de Apgar (pós-parto) - Mecónio (pós-parto)
Apresentação pélvica	<ul style="list-style-type: none"> - Ecograficamente
TP estacionário	<ul style="list-style-type: none"> - Progressão da dilatação e descida da apresentação visualizam-se no partograma: <ul style="list-style-type: none"> - Diferentes estádios do TP - Fase ativa - duração de >4h - Fase latente - duração de >14h para as múltiparas e >20 h para as nulíparas - Deficiente capacidade contrátil do útero é sugerida pelo CTG - Alterações do colo são sugeridas pelo registo no partograma
IFP	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações da bacia materna (estreita, assimetria, óssea...) - Macrossomia fetal
Indução de TP	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar indução quando a gravidez atingiu as 41-42 semanas ou perante patologia da grávida ou do feto cujos riscos/benefícios de uma cesariana tendem a favor desta - Contraindicações: placenta prévia completa, posição transversa, prolapso do cordão, infeção ativa por herpes genital, miomectomia anterior - Para considerar a indução como falhada, não existe qualquer fundamentação em fazê-lo antes das 12h
Útero cicatricial	<ul style="list-style-type: none"> - > 2 cesarianas anteriores (iteratividade), miomectomia, cesariana há menos de 2 anos, história de rutura uterina.
Doença grave da ou associada à gravidez	<ul style="list-style-type: none"> - DPNNI, prolapso do cordão, placenta prévia, placenta acreta, síndrome de HELLP, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hemorragia, vasa prévia
Doença materna	<ul style="list-style-type: none"> - Infeção HIV, infeção primária por HVS, psicopatia, doenças cardiovasculares (estenose valvular do coração esquerdo, raiz da válvula aórtica dilatada, prolapso valvular, malformações AV cerebrais), doenças pulmonares, púrpura trombocitopénica idiopática, lesões obstrutivas do trato genital inferior (tumores, condilomas vulvovaginais, septo vaginal obstruído, leiomiomas do segmento uterino inferior), obesidade mórbida
Gravidez múltipla	<ul style="list-style-type: none"> - > 2 fetos, primeiro feto em apresentação cefálica, baixo peso ao nascer, gravidez gemelar monocoriónica.

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

De seguida, foi realizada uma codificação dos dados recolhidos, procedendo-se à análise descritiva, utilizando para tal o programa Microsoft Office Excel 2007[®]. As variáveis

numéricas foram analisadas de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências, desvio padrão, médias, valor máximo, valor mínimo). Para as variáveis nominais e ordinais foram calculadas as frequências e percentagens. Para a comparação do tipo de parto em comparação com a idade, assim como, das proporções das cesarianas com complicações e o tipo de parto anterior, foi utilizado o teste do qui-quadrado, sendo o nível de significância estabelecido de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS

No primeiro semestre de 2011 ocorreram 316 partos no Serviço de Obstetrícia do CHCB que correspondem a 319 nascimentos (3 gravidezes múltiplas, 3 bigemelares). A grande maioria (55,7%) foram partos eutócicos, representando as cesarianas 31,6% do total (gráfico 3).

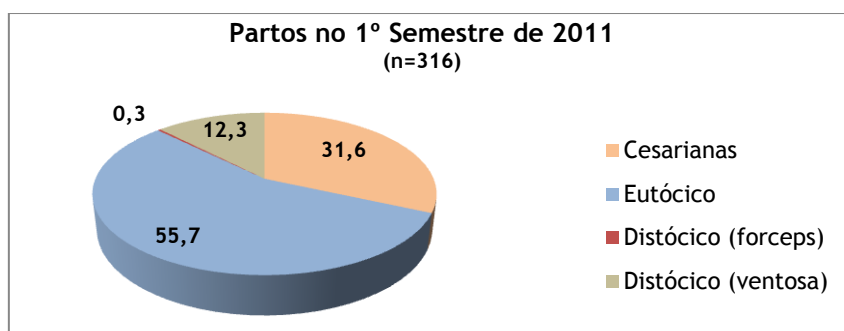
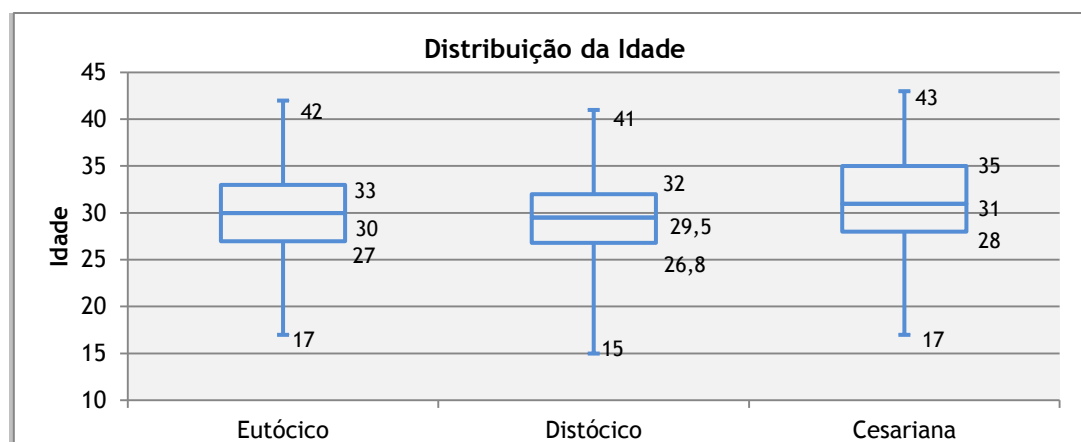


Gráfico 3 - Distribuição em percentagem dos partos ocorridos no 1º semestre de 2011 no CHCB

Com um intervalo de confiança de 95%, pode-se afirmar que a taxa de partos por cesariana no CHCB varia entre 22,5% e 40,7%.

Entre as cesarianas, as urgentes representaram 71% do total, 28% foram eletivas e 1% sem qualquer registo do tipo.

A média de idades de todas as grávidas que deram entrada no CHCB no 1º trimestre de 2011 foi 30,3 anos com um mínimo de 15 anos e um máximo de 43 anos. O desvio padrão foi de 5,31. O gráfico 4 mostra a distribuição da mediana, percentis, máximo e mínimo das idades das parturientes de acordo com o tipo de parto. A tabela de dados mostra os respetivos valores juntamente com a média e o desvio padrão.



	Eutócico	Distócico	Cesariana
N	176	40	100
Média	30	29,5	31,1
Mediana	30	29,5	31
Q1	27	26,8	28
Q3	33	32	35
Mínimo	17	15	17
Máximo	42	41	43
Desvio padrão	5,03	5,08	5,78

Gráfico 4 - Distribuição da média, mediana, percentil 25 (Q1); percentil 75 (Q3), mínimo, máximo e desvio padrão das grávidas que deram entrada no CHCB no 1º semestre de 2011 de acordo com o tipo de parto.

Existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade da parturiente e o tipo de parto ($p < 0,05$), com maior probabilidade de cesariana naquelas com idade superior a 30 anos ($OR = 1,21$).

3.1. DADOS REFERENTES À PARTURIENTE

O gráfico 5 mostra a distribuição de acordo com a paridade, definindo-se como nulíparas aquelas que nunca tiveram um parto, primíparas aquelas que tiveram um parto e múltíparas, aquelas que tiveram mais do que um parto.

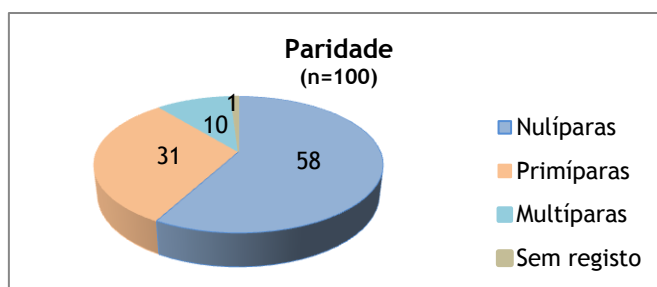
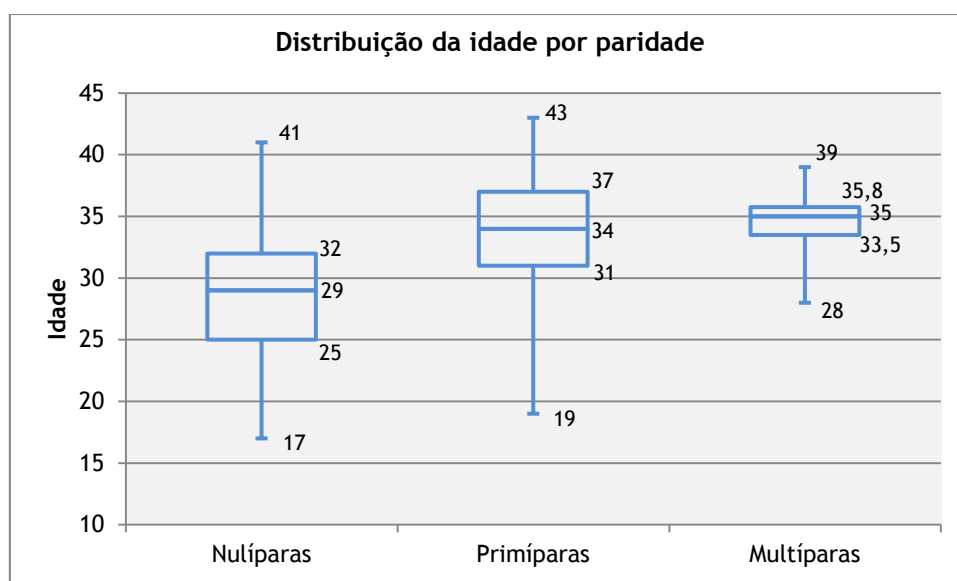


Gráfico 5 - Distribuição das parturientes de acordo com a paridade

Como visto anteriormente, no grupo das cesarianas, a média de idades foi de 31,1 anos com um mínimo de 17 anos e um máximo de 43 anos. O gráfico 6 mostra a distribuição da mediana, percentis, máximo e mínimo das idades das cesarianas deste estudo, de acordo com a paridade. A tabela de dados mostra os respetivos valores juntamente com a média e o desvio padrão.



	Nulíparas	Primíparas	Multíparas
N	58	31	10
Média	29,0	33,9	34,6
Mediana	29	34	35
Q1	25	31	33,5
Q3	32	37	35,8
Mínimo	17	19	28
Máximo	41	43	39
Desvio padrão	5,78	4,65	2,94

Gráfico 6 - Distribuição da média, mediana, percentil 25 (Q1), percentil 75 (Q3), mínimo, máximo e desvio padrão da idade de acordo com a paridade no grupo de estudo.

O gráfico 7 mostra-nos a distribuição das diferentes faixas etárias consoante a paridade. Como se observa, cerca de 90% das multíparas e 67,7% das primíparas estão entre os 31 e os 40 anos. Já as nulíparas encontram-se maioritariamente na faixa 21-30 anos (55,2%). De notar que o grupo da faixa >40 anos é constituído apenas por nulíparas e primíparas.

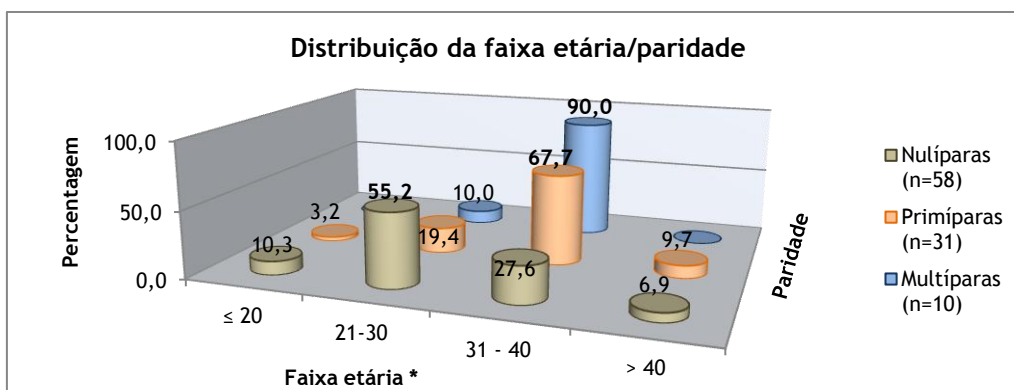


Gráfico 7 - Distribuição em percentagem das diferentes faixas etárias em relação à paridade. (*- 1 dado não apresenta registo)

52 das parturientes deste estudo não apresentavam qualquer antecedente relevante. Entre as restantes com antecedentes (n=48); 25% eram fumadoras, 7,8% eram obesas, 4,7% consumiu drogas 9,4% tinha patologia psiquiátrica, 1,6% tinha hipertensão e as restantes tinha antecedentes gastrointestinais (7,8%), cardíacos (3,1%), respiratórios (7,8%), endócrinos (9,4%), reumatológicos (9,4%), renais (4,7%) e outros (9,4%).

Quanto aos antecedentes gineco-obstétricos, 68 das parturientes não apresentava nenhum relevante e 32 tinham pelo menos um antecedente a salientar (ver descrição detalhada no gráfico 8).

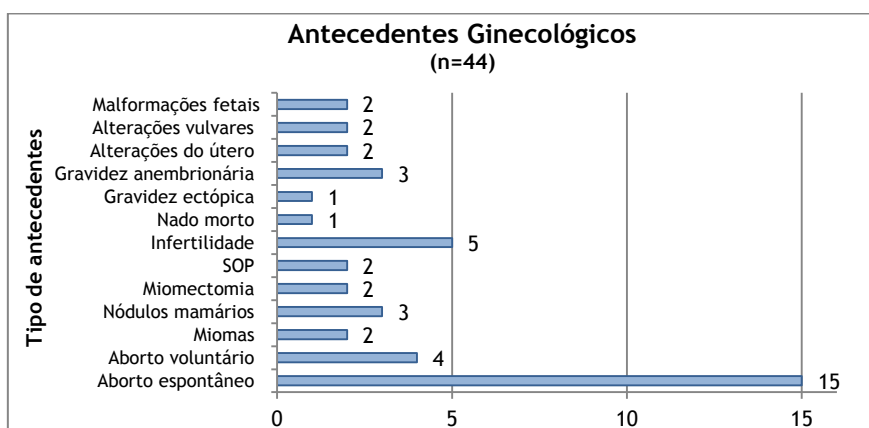


Gráfico 8- Frequências absolutas do tipo de antecedentes ginecológicos das parturientes

O número partos entre as grávidas com um ou mais partos anteriormente (primíparas e múltíparas) foi de 54. Entre as múltíparas (n=10); 7 delas tinham 2 partos e 3 tinham 3 partos anteriores. O gráfico 9 representa a distribuição em percentagem do tipo de parto anterior destas grávidas.

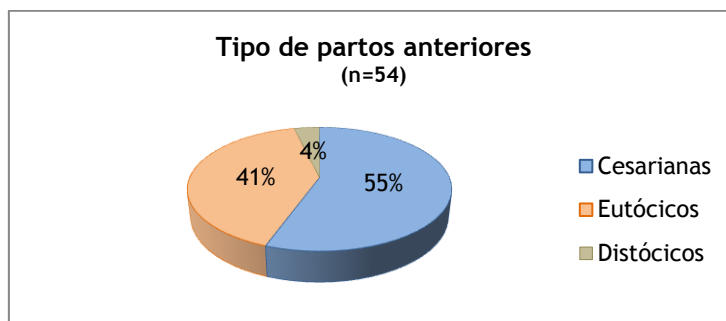


Gráfico 9 - Distribuição em percentagem do tipo de parto de gravidezes anteriores

Daquelas com pelo menos um parto (n=41), 15 (36,6%) nunca tiveram uma cesariana e 26 (63,4%) tiveram pelo menos uma cesariana (das quais 20 eram primíparas, 4 tiveram 2 cesarianas prévias e as restantes tiveram o 1º parto eutócico e depois uma cesariana). Entre as múltíparas, nenhuma das grávidas teve o primeiro parto por cesariana e o segundo eutócico; 4 delas tiveram o primeiro, assim como os seguintes por parto cesáreo e 6 tiveram o primeiro parto eutócico e os seguintes por cesariana.

Nas mulheres com partos anteriores (n=41), 14 tiveram complicações e em 26 delas a gravidez decorreu sem nenhuma complicação. O tipo de complicação mais frequente foi a incompatibilidade feto pélvica (n=6), seguida de diabetes mellitus gestacional (n=3).

3.2. DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO ATUAL

No que se refere à idade gestacional, a maioria das grávidas teve o parto entre as 37 e as 41 semanas (parto de termo), com 11 cesarianas com parto antes do termo. Distribuindo a IG por paridade vemos que a maioria das nulíparas, primíparas e múltíparas tiveram um parto de termo. 6 dos registos estudados não apresentavam qualquer registo de IG. A tabela 6 mostra a distribuição pormenorizada de IG, paridade e tipo de parto anterior.

Tabela 6 - Distribuição da idade gestacional de acordo com a paridade

	Total	Nulíparas	Primíparas		Multíparas	
			CSA anterior	Nunca CSA	CSA anterior	Nunca CSA
<37	11	6 (54,5%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	0
37-41	77	48 (62,3%)	13 (16,9%)	9 (11,7%)	7 (9,1%)	0
≥ 41	6	1 (16,7%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	0	0 *
Sem registo	6	3	1	0	2	0

* 1 dado não apresenta registo de paridade

Quanto ao registo do peso estimado, ele é relevante nas situações de IFP e TP estacionário. Entre esses, 71,9% não apresentava o registo do peso à nascença no processo clínico.

O gráfico 10 mostra a distribuição por percentagem da posição do feto, apresentando-se a grande maioria numa posição cefálica ao nascer.

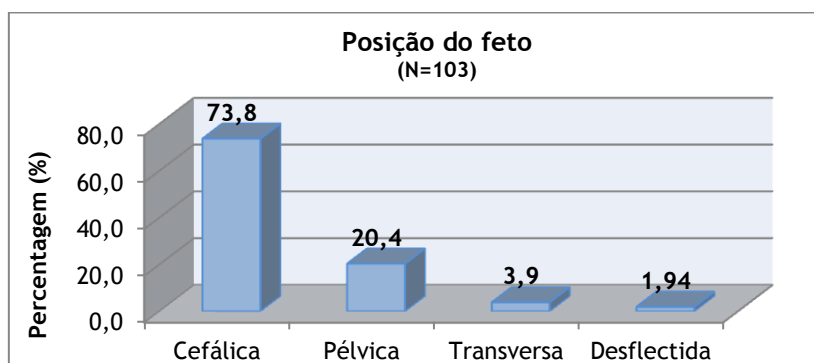


Gráfico 10 - Distribuição em percentagem de acordo com a posição fetal ao nascer

Dos traçados cardiotocográficos (CTG), 11 não tinham qualquer registo escrito no processo. 55 dos CTGs registados eram normais e 34 alterados, de entre os quais 24 (70,6%) apresentavam uma descrição clara e 10 (29,4%) não a tinham de modo suficiente.

Os recém-nascidos, de cesariana neste período de tempo tiveram uma média de peso de 3071,4g, o peso mínimo registado foi de 1720g e o máximo de 4520g. O gráfico 11 mostra a distribuição do peso do recém nascido por baixo peso (<2500g), peso insuficiente (2500-3000g), peso adequado (3000-4000g) e peso excessivo (>4000g). 4 deles não apresentavam qualquer registo do peso ao nascer, no entanto, tal dado não é essencial ao processo obstétrico.

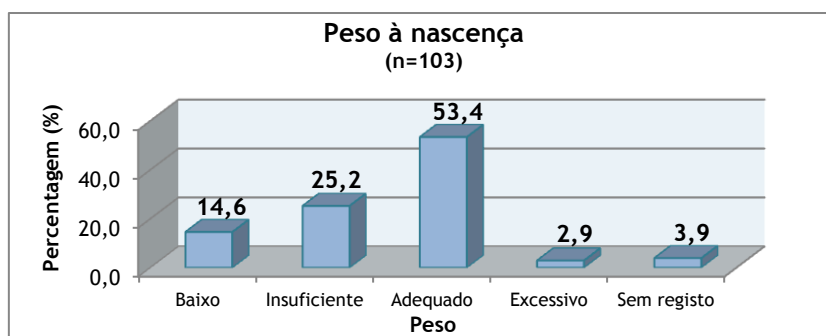
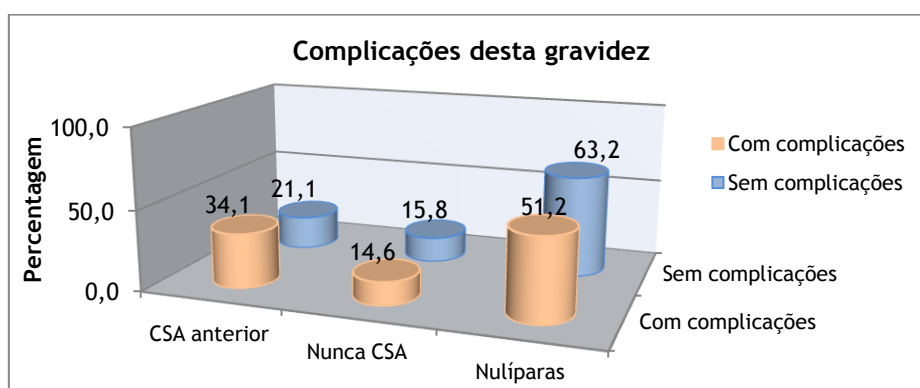


Gráfico 11 - Distribuição em percentagem do peso do recém-nascido à nascença

Na presente gravidez, 42 mulheres apresentaram complicações e 56 não tiveram qualquer tipo de complicação. Verificou-se um maior número de complicações naquelas parturientes que já tinha tido uma cesariana anterior, existindo uma relação estatisticamente significativa entre o ter complicações na gravidez atual e o tipo de parto de gravidezes anteriores ($p < 0.05$; $OR=1,75$). O gráfico 12 refere-se à distribuição (em percentagem) das complicações deste parto associando-se o tipo de parto de gravidezes anteriores. A grelha de dados foca a distribuição por frequência e percentagem das complicações.



	Frequência		Frequência (% relativa)	
	Total	CSA anterior	Nunca CSA	Nulíparas
Sem complicações	57	12 (21,1)	9 (15,8)	36 (63,2)
Com complicações	41	14 (34,1)	6 (14,6)	21 (51,2)
Sem registo	2			

Gráfico 12 - Percentagem das complicações da gravidez atual tendo em conta o tipo de parto de gravidezes anteriores

A tabela 7 refere-se ao tipo de complicação nesta gravidez comparando com o tipo de parto de gravidezes anteriores.

Tabela 7- Tipo de complicações encontradas neste parto em associação com o tipo de parto anterior

Complicações	N	%	CSA anterior	Nunca CSA	Nulíparas
HTA	10	(24,4%)	5	1	4
DM	10	(24,4%)	4	2	4
Pouca vigilância	3	(7,3%)	0	2	1
Complicações por CSA	5	(12,2%)	3	0	2
Anemia	2	(4,9%)	0	0	2
Rotação da posição	1	(2,4%)	0	0	1
Ameaça de TP prematuro	4	(9,8%)	0	0	4
DPPNI	1	(2,4%)	0	1	0
Prematuro	2	(4,9%)	1	0	1
Febre	1	(2,4%)	0	0	1
↑ excessivo de peso	3	(7,3%)	1	0	2
Macrossomia	3	(7,3%)	0	0	3
Serologias	3	(7,3%)	1	0	2
Alterações da placenta	4	(9,8%)	2	1	1
Oligoâmnio	6	(14,6%)	2	1	3
RCIU	4	(9,8%)	1	2	1
Sem registo	2	(4,9%)	0	0	2

O Índice de Apgar ao 1º minuto das 103 crianças nascidas era de 7-10 em 93 delas, 4-6 em 7 crianças e 1-3 em 2 recém-nascidos. 101 crianças tinham um valor do Índice de Apgar ao 5º minuto de 7-10 e apenas um tinha 4-6. Um dos processos não apresentava qualquer registo.

8 dos recém-nascidos tinham mecónio ao nascimento, todos os quais tinham indicação de estado fetal não tranquilizador.

No que diz respeito ao tipo de parto desta gravidez, a distribuição por frequência apresenta-se no gráfico 13.

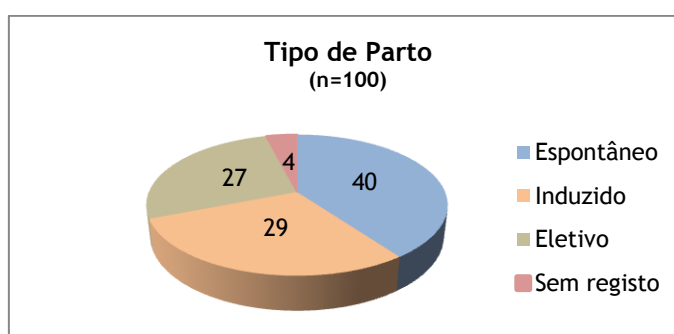


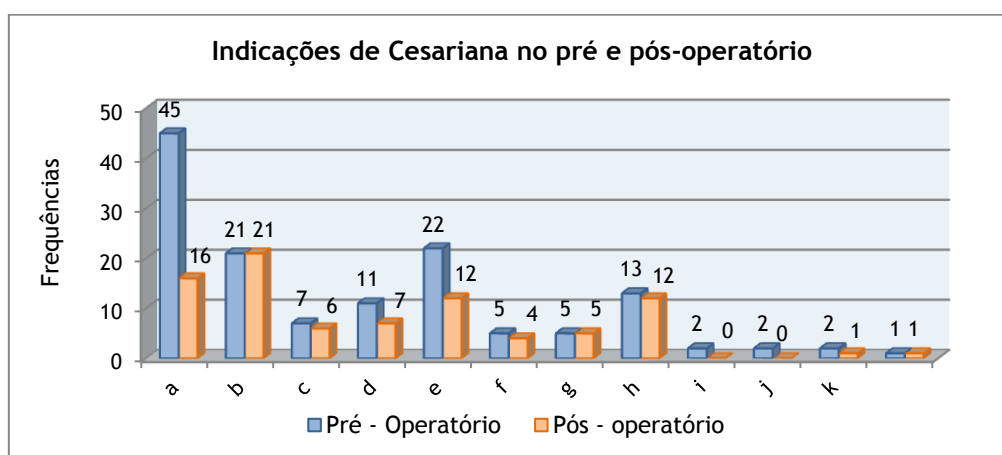
Gráfico 13 - Frequências absolutas do tipo de parto da gravidez atual

Entre os trabalhos de parto induzidos, 44,8% estavam documentalmente explicados, mas 55,2% não tinham qualquer justificação da indução (realização >41sem ou por complicações na gravidez que justifiquem o parto antes da entrada em TP espontâneo).

Quanto ao registo do partograma, 29 não apresentavam registo (26 deles eram partos eletivos, 2 foram cesarianas urgentes e um não tinha registo); 41 apresentavam um partograma compreensível e em 30 processos este era incompreensível ou incompleto.

3.3. INDICAÇÕES DE CESARIANA

No que se refere às indicações para a cesariana, no gráfico 14 são apresentadas as justificações no pré-operatório e as que se verificaram no pós-operatório. A tabela de dados informa acerca das percentagens das respetivas indicações.



	Pré-Op	Pós-Op		Pré-op	Pós-Op
a - Estado fetal não tranquilizador	(33,1%)	(14,8%)	g - patologia grave própria ou associada à gravidez	(3,7%)	(4,6%)
b - Apresentação anómala	(15,4%)	(19,4%)	h - falha na indução	(9,6%)	(11,1%)
c - útero cicatricial	(5,1%)	(5,6%)	i - má colaboração materna	(1,5%)	(0,0%)
d - Incompatibilidade Feto Pélvica	(8,1%)	(6,5%)	j - 1 cesariana anterior	(1,5%)	(0,0%)
e - TP estacionário	(16,2%)	(11,1%)	k - Gravidez múltipla	(1,5%)	(0,9%)
f - Patologia materna que contra indica parto eutócico	(3,7%)	(3,7%)	Sem Registo	(0,7%)	(0,9%)

Gráfico 14 - Comparação das frequências das indicações de cesariana no pré e no pós-operatório

O gráfico 15 apresenta o número de diagnósticos que são apresentados no pré e pós-operatório como justificação da cesariana. De notar que 23 (21,3%) das indicações não apresentam qualquer diagnóstico no pós-operatório, correspondendo a 15 nulíparas, 8 primíparas e uma múltipara.

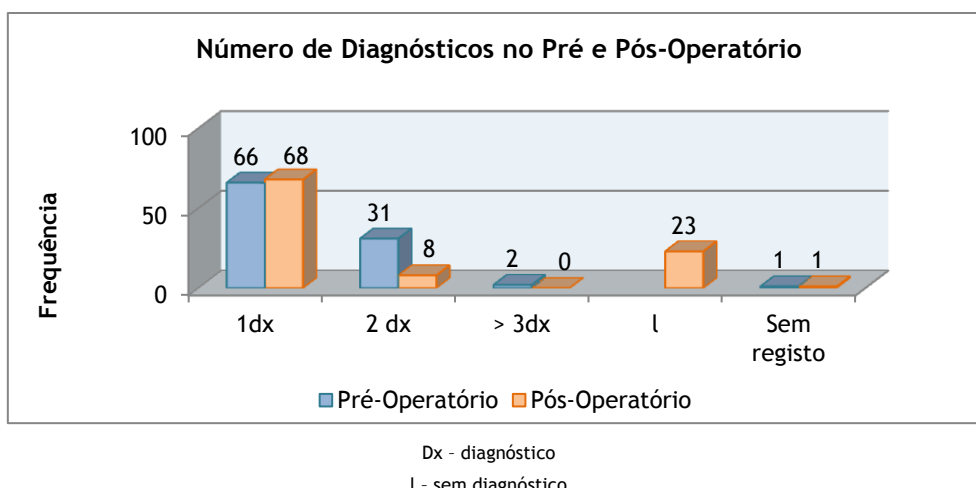


Gráfico 15 - Número de diagnósticos apresentados como justificação da cesariana no pré e pós-operatório

Das indicações apresentadas como justificação da cirurgia verifica-se que 59,3% tem o diagnóstico confirmado no pós-operatório e 40,7% não confirmam esse diagnóstico, uma vez que não há dados no processo para tal.

A tabela 8 mostra a frequência e percentagem do número de confirmações de acordo com o número de diagnósticos apresentados.

Tabela 8 - Frequência e percentagem do número de confirmações consoante o número de diagnósticos.

	0 Confirmação	1 Confirmação	2 Confirmações	Total
1 diagnóstico	19 (28,8%)	47 (71,2%)	-	66
2 diagnósticos	8 (25,8%)	17 (54,8%)	6 (19,4%)	31
3 diagnósticos	-	-	1 (100%)	1
4 diagnósticos	-	-	1 (100%)	1
Sem diagnóstico		1		

Das 136 indicações colocadas no pré-operatório, 35,3% não apresentam uma justificação no processo para tal e 64,0% apresentam uma justificação plausível.

A tabela 9 representa o número de justificações divididas consoante o número de diagnósticos.

Tabela 9 - Frequência e percentagem do número de justificações consoante o número de diagnósticos (just. = justificação)

	Sem just.	1 Just.	2 Just.	3 Just.	4 Just.	Total
1 Dx	16 (24,2%)	50 (75,8%)	-	-	-	66
2 Dx	8 (25,8%)	16 (51,6%)	7 (22,6%)	-	-	31
3 Dx	-	-	1 (100%)	-	-	1
4 Dx	-	-	-	-	1 (100%)	1
Sem registo			1			

Um dos processos não apresentava qualquer indicação ou justificação da cesariana. A tabela 10 mostra as justificações e confirmações de acordo com as diferentes indicações de cesariana.

Tabela 10 - Distribuição da justificação ou confirmação do diagnóstico consoante as diferentes indicações de cesariana

	Confirma Dx	Não confirma Dx	Justifica Dx	Não justifica Dx
	N (%)	N (%)	N (%)	N(%)
Estado fetal não tranquilizador	16 (35,6)	29 (64,4)	29 (64,4)	16 (35,6)
Apresentação anómala	21 (100)	0 (0)	21 (100)	0 (0)
Útero cicatricial	6 (85,7)	1 (14,3)	6 (85,7)	1 (14,3)
IFP	4 (36,4)	7 (63,6)	4 (36,4)	7 (63,6)
TP estacionário	10 (45,5)	12 (54,5)	10 (45,5)	12 (54,5)
Patologia materna que contraindica o parto eutócico	4 (80)	1 (20)	4 (80)	1 (20)
Patologia grave da ou associada à gravidez	5 (100)	0 (0)	5 (100)	0 (0)
Falha na indução	12 (92,3)	1 (7,7)	8 (61,5)	5 (38,5)
Má colaboração materna	0 (0)	2 (100)	0 (0)	2 (100)
1 cesariana anterior	0 (0)	2 (100)	1 (50)	1 (50)
Gravidez múltipla	1 (50)	1 (50)	1 (50)	1 (50)

5 dos processos apresentaram uma indicação de cesariana no pré-operatório não coincidente com o diagnóstico registado. A tabela 11 representa as informações acerca desses 5 processos.

Tabela 11 - Indicações pré-operatórias não coincidentes com as indicações pós-operatórias registradas

Dx pré-operatório	Dx pós-operatório	Confirmação do dx pós-operatório
Má colaboração materna	TP estacionário	Não confirma
Estado fetal não tranquilizador (↓ MF)	IFP	Não confirma
Estado fetal não tranquilizador (↓ MF)	IFP	Não confirma
1 cesariana anterior	IFP	Confirma
Estado fetal não tranquilizador	TP estacionário	Confirma

Estado fetal não tranquilizador surgiu 45 vezes em 39 processos que o tinham como principal justificação de cesariana. As principais informações acerca deste grupo encontram-se na tabela 12.

Tabela 12 - Principais características do parto com indicação de estado fetal não tranquilizador

Idade	Faixa etária	Paridade	Parto anterior	Tipo de parto	
31,1	≤20	3	Nulípara 23	Só CSA 6	Induzido 13
	21-30	14	Primípara 12	Nunca CSA 9	Espontâneo 24
	31-40	20	Múltipara 3	>1 CSA 2	Eletivo 2
	>40	2			

Os motivos do estado fetal não tranquilizador presentes neste estudo encontram-se representados no gráfico 16.

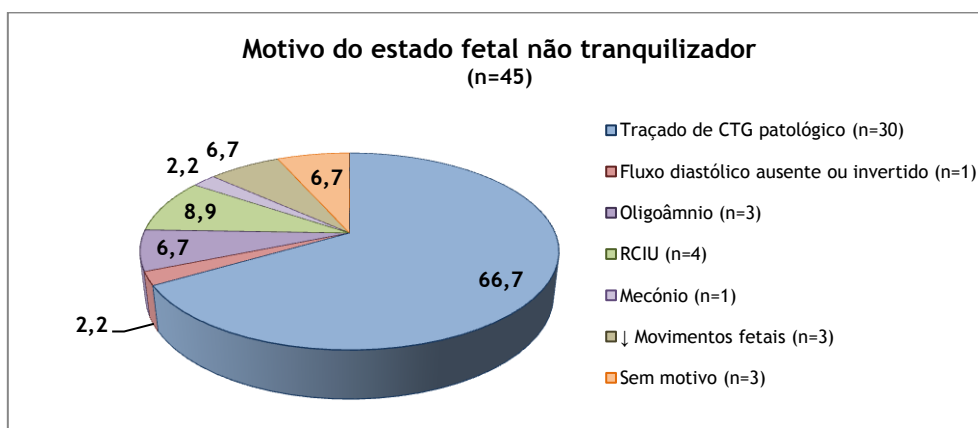


Gráfico 16 - Percentagem das justificações do motivo do estado fetal não tranquilizador

Entre aqueles cuja justificação foi traçado de CTG patológico (n=30), apenas 18 tinham um CTG anormal com esclarecimento, os restantes 10 tinham um CTG anormal mas sem esclarecimento suficiente. 2 dos processos não apresentavam qualquer registo escrito do CTG. 4 dos recém nascidos tinham um Apgar <7 ao primeiro minuto. Todos os restantes apresentavam um valor de Apgar normal quer ao primeiro quer ao quinto minuto. 5 recém nascidos manifestavam mecónio. 20 apresentavam esta como justificação única para o motivo do estado fetal não tranquilizador.

Quando a justificação era fluxo diastólico ausente ou invertido (n=1), verificou-se um CTG sem registo, um apgar >7 ao primeiro e ao quinto minuto, sem mecónio. Este RN nasceu com peso insuficiente (<2500g). Este tinha outro motivo de estado fetal não tranquilizador (RCIU).

3 cesarianas foram realizadas com justificação de oligoâmnio para o estado fetal não tranquilizador e em uma delas aquela era a única justificação. Todas elas apresentavam um valor diminuído de líquido amniótico na ecografia. Uma das grávidas apresentava um CTG anormal com esclarecimento, outra tinha um CTG normal e uma não tinha qualquer registo cardiotocográfico escrito. No pós-parto nenhum RN apresentou um índice de apgar <7 ao primeiro ou segundo minuto, nem mecónio. Apenas uma tinha baixo peso à nascença.

A justificação de RCIU surgiu 4 vezes, nenhuma das quais foi justificação única. 2 apresentavam um CTG anormal com esclarecimento e 2 não apresentavam registo escrito. No primeiro e segundo minuto todos tinham um índice de apgar >7, sem mecónio. Uma apresentava um baixo peso à nascença e 3 nasceram com peso insuficiente.

Uma cesariana tinha como justificação mecónio, a qual era justificação única e tinha um CTG normal. O índice de apgar era >7 ao primeiro e quinto minuto e verificou-se a presença de mecónio no LA.

Em 3 das cesarianas a justificação, única, era diminuição dos movimentos fetais. 2 destas tinham um CTG anormal sem esclarecimento suficiente e uma não apresentava qualquer registo escrito. As 3 tinham um índice de apgar >7 ao primeiro e quinto minuto, sem mecónio

3 dos processos que tinham como indicação estado fetal não tranquilizador não apresentavam qualquer motivo para o sofrimento fetal. 2 apresentavam um CTG normal e uma não tinha registo escrito dos achados cardiotocográficos. Um desses apresentava um índice de apgar < 7 ao primeiro minuto e um tinha baixo peso à nascença (prematuro).

As principais alterações presentes no CTG destes indivíduos com estado fetal não tranquilizador encontram-se no gráfico 17.

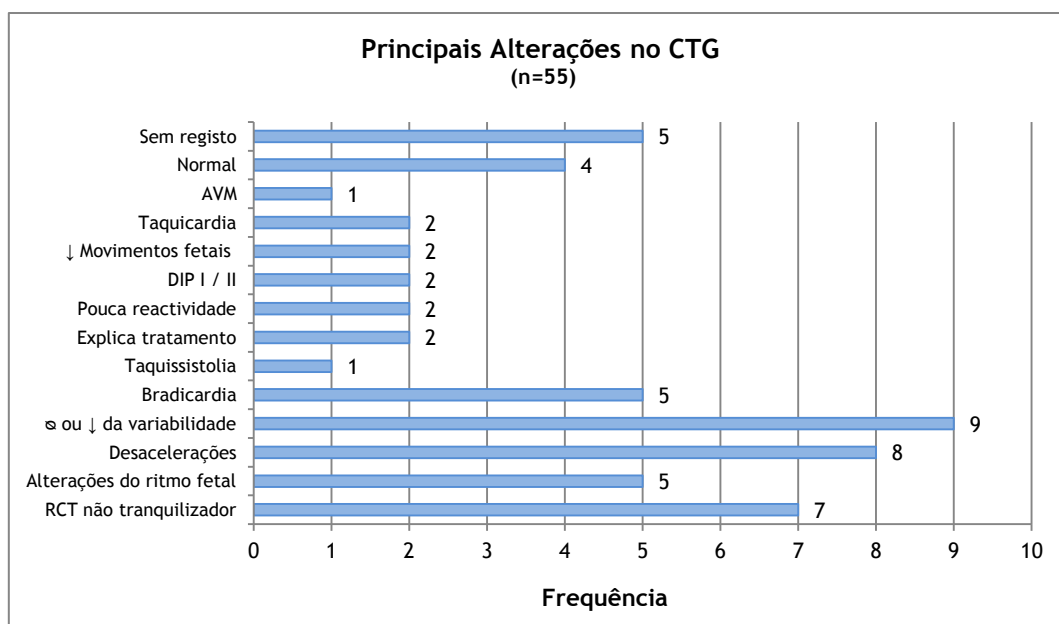


Gráfico 17 - Principais alterações presentes no traçado cardiotocográfico

Entre as indicações por IFP (n=11), as principais informações encontram-se na tabela 13.

Tabela 13 - Principais características do parto com indicação de IFP

Idade	Faixa etária	Paridade	Parto anterior	Tipo de parto	Peso ao nascer				
30,6	≤20	1 Nulípara	7	Só CSA	4	Induzido	5	Baixo	1
	21-30	4 Primípara	4	Nunca CSA	0	Espontâneo	4	Insuficiente	0
	31-40	5 Multípara	0	>1CSA	0	Eletivo	2	Adequado	9
	>40	1						Excessivo	0
Parto anterior com IFP Parto			2					Sem registo	1

Apenas 4 das indicações apresentavam anomalias da bacia óssea. Nenhuma tinha excesso de peso ao nascer.

Quanto à indicação por TP estacionário (n=22), a tabela 14 mostra-nos as principais informações destas grávidas.

Tabela 14 - Principais características do parto com indicação de TP estacionário

Idade	Faixa etária	Paridade	Parto anterior	Tipo de parto	Peso ao nascer				
31,4	≤20	1 Nulípara	15	Só CSA	6	Induzido	13	Baixo	1
	21-30	11 Primípara	7	Nunca CSA	1	Espontâneo	9	Insuficiente	11
	31-40	8 Multípara	0	>1CSA	0	Eletivo	0	Adequado	10
	>40	2						Excessivo	1
Parto anterior por Distocia			1						

Apenas 7 destas grávidas apresentavam uma intervenção farmacológica para alterar este estado. 4 destas grávidas apresentavam uma alteração da bacia.

As principais justificações para o TP estacionário encontram-se no gráfico 18.

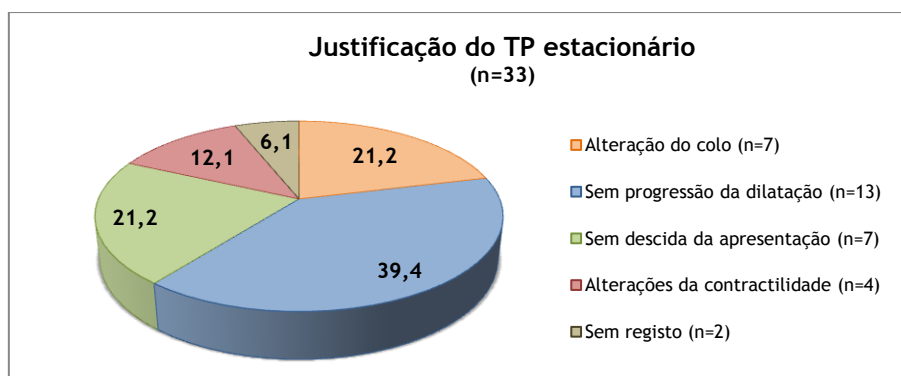


Gráfico 18- Justificações para o trabalho de parto estacionário (em percentagem)

Doença materna que contra indica o parto eutócico foi a indicação em 5 casos. A média de idades foi 31,6 anos, 2 tinham entre 21-30 anos e 3 entre 31-40 anos. 2 destas grávidas eram nulíparas e 3 já tinham tido um parto anterior e uma delas tinha tido um parto eutócico. Quanto ao tipo de parto, 4 foram eletivos e um foi espontâneo. A tabela 15 mostra as doenças maternas presentes nestes registos.

Tabela 15 - Doenças maternas presentes como justificação desta indicação

Doença da mãe	Quantidade
Depressão	2
Prolapso da Válvula Mitral	1
Alteração restritiva da ventilação	1
Espondilite Anquilosante	1
Condilomatose não HPV	1
Útero bicórneo	1

5 grávidas apresentavam uma doença grave própria da ou associada à gravidez. A média de idades destas grávidas foi de 33,2 anos, distribuídas pela faixa etária 21-30 anos (n=1) e 31-40 anos (n=4). 2 eram nulíparas, 2 eram primíparas e uma era múltipara. Das que tinham pelo menos 1 parto, uma só teve cesarianas e 2 nunca tiveram uma cesariana prévia. Um parto foi induzido, um foi espontâneo e 3 não tinha registo. As doenças da gravidez encontram-se registadas na tabela 16.

Tabela 10 - Doenças graves próprias ou associadas à gravidez presentes como justificação da cesariana

Doença da gravidez	
DPNNI	1
Prolapso do cordão	1
Placenta prévia sangrativa	1
Síndrome de HELLP	1
Pré eclampsia	1

13 cesarianas ocorreram por falha da indução. As principais características destas parturientes encontram-se na tabela 17.

Tabela 17 - Principais características do parto com indicação de indução falhada

Idade	Faixa etária	Paridade	Parto anterior	Tipo de parto	IG	
32,2	≤20	1	Nulípara 8	Só CSA 3	Induzido 13	<37 1
	21-30	10	Primípara 3	Nunca CSA 2	Espontâneo 0	37-40 10
	31-40	1	Múltipara 2	>1 CSA 0	Eletivo 0	≥ 41 1
	>40	20				Sem registo 1

Destas, 4 não apresentaram uma justificação da indução. Em 12 parturientes esperaram-se mais de 12 horas para diagnosticar como indução falhada, em 10 a espera foi superior a 24h e uma não apresentava registo.

2 grávidas tinham como indicação de cesariana “1 cesariana anterior”. A média de idade destas mulheres foi de 32 anos, uma delas na faixa etária entre 21-30 e outra entre os 31-40 anos. Ambas eram primíparas, com RN de termo com parto espontâneo. Um RN tinha baixo peso ao nascer e o outro tinha peso adequado. A justificação das 2 cesarianas anteriores foi IFP, mas só uma delas indicava no processo o tipo de pélvis.

Apesar de se registarem 3 gravidezes múltiplas, só 2 tinha essa como indicação da cesariana. A média de idades destas grávidas era de 32 anos, respetivamente nas faixas

etárias entre os 21-30 e 31-40 anos. Uma delas era nulípara e a outra já tinha tido um parto eutócico anterior. Uma grávida entrou em trabalho de parto espontaneamente e a outra teve um parto eletivo. Ambos os nascidos nasceram com menos de 37 semanas. Os RN de uma gravidez encontravam-se o primeiro em posição cefálica e o segundo em posição pélvica; enquanto nos outros dois RN o primeiro estava em posição pélvica e o outro em posição cefálica.

Com a justificação de útero cicatricial verificou-se um total de 7 parturientes, com uma média de 36 anos distribuídas pela faixa etária 21-30 anos (n=1); 31-40 anos (n=5) e >40 anos (n=1). 3 tinham tido um parto anterior e 4 eram multíparas. Os partos anteriores foram todos por cesariana. Entre as primíparas uma registava a justificação da cesariana anterior, devido a dimensões e localização de mioma uterino; as outras 2 não apresentavam qualquer justificação, mas uma tinha sido sujeito a uma cesariana há menos de 2 anos. Entre as multíparas, 3 delas tinha como justificação da CSA anterior IFP, 5 não apresentavam registo e as 4 restantes foram devido a macrossomia e febre. Nenhuma apresentava registo do tipo de pélvis. Todos os partos foram eletivos, com um dos RN nascido pré-termo, 5 de termo e um não apresentava qualquer registo da idade gestacional. A tabela 18 representa a justificação para o útero cicatricial.

Tabela 18 - Justificações para a indicação de útero cicatricial

Útero cicatricial (n=7)	
Iteratividade	4 (57,1%)
Mioma	1 (14,3%)
CSA há menos 2 anos	1 (14,3%)
Sem indicação	1 (14,3%)

2 cesarianas efetuadas apresentavam como justificação da cirurgia má colaboração materna. Estas grávidas tinham uma média de idades de 35,5 anos, com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos. Ambas eram nulíparas com trabalho de parto espontâneo. Um RN nasceu de termo e o outro não tinha qualquer registo. O partograma apresentava-se sem registo numa destas grávidas, enquanto a outra não apresentava progressão do TP durante 4 horas, com uma bacia estreita.

Apresentação anómala foi justificação em 21 cesarianas. As características principais destas encontram-se na tabela 19.

Tabela 19 - Principais características do parto com indicação de apresentação anômala.

Idade	Faixa etária		Paridade		Parto anterior		Tipo de parto		IG	
30,5	≤20	2	Nulípara	16	Só CSA	2	Induzido	0	<37	1
	21-30	10	Primípara	4	Nunca CSA	2	Espontâneo	4	37-40	19
	31-40	8	Múltipara	1	>1 CSA	1	Eletivo	17	≥ 41	0
	>40	1							Sem registo	1

18 destes recém nascidos encontravam-se em apresentação pélvica, 2 em variedade de posição desflektida e um em posição cefálica, mas que apresentou rotação durante o trabalho de parto. Apenas um destes 21 casos teve uma tentativa de rotação externa da posição anômala.

Usando os 10 grupos de classificação de Robson, os dados recolhidos durante este período são distribuídos pelos diferentes grupos de acordo com a tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição de acordo com os 10 grupos de Robson

Grupos de Robson		n	%
1	Nulíparas, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem, TP espontâneo	12	10,3
2	Nulíparas, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem, eletiva ou TP induzido	22	18,8
3	Múltiparas (excluindo cesariana prévia), gestação única, cefálica ≥ 37 sem, TP espontâneo	7	5,98
4	Múltiparas (excluindo cesariana prévia), gestação única, ≥ 37 sem, eletiva ou TP induzido.	3	2,6
5	Cesariana anterior, gestação única, cefálica, ≥ 37 sem	16	13,7
6	Todas as apresentações pélvicas em nulíparas	15	12,8
7	Todas as apresentações pélvicas em múltiparas (incluindo cesariana prévia)	6	5,1
8	Todas as gestações múltiplas (incluindo cesariana anterior)	3	2,6
9	Todas as apresentações anormais (incluindo cesariana anterior)	27	23,1
10	Todas as gestações únicas, cefálicas ≤ 36 sem (incluindo cesariana anterior)	6	5,1

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como se verifica na maioria dos hospitais públicos em Portugal, os limites do intervalo da taxa de cesariana do CHCB são muito superiores à taxa recomendada pela OMS.

⁽¹⁾ No entanto, excetuando o limite superior do intervalo, a taxa no CHCB é inferior à taxa de cesarianas em Portugal de acordo com os últimos dados oficiais. ⁽⁷⁾

Vários estudos demonstram uma tendência crescente da idade materna. ⁽¹⁷⁾ Tal situação verifica-se neste estudo, onde a média de idades das parturientes foi de 30,3 anos. No entanto, nota-se também que não há uma diferença acentuada entre a média de idades e o tipo de parto (média de idades daquelas com parto eutócico 30 anos; com parto distócico 29,5 anos; com cesariana 31,1 anos). No entanto, verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o tipo de parto, com maior probabilidade de ter uma cesariana após os 30 anos ($p < 0.05$; OR:1,21).

A probabilidade de ser submetida a uma cesariana está fortemente associada às características da mãe e a fatores de risco clínicos. O aumento da idade materna, maior prevalência de obesidade, cesariana prévia, RN em apresentação pélvica, indução do trabalho de parto são fatores de risco prováveis para cesariana. ^(12, 14,17) Neste estudo verifica-se que apenas nulíparas e primíparas pertencem ao grupo da faixa etária >40 anos. Além disso, vários estudos demonstram que cada vez mais mulheres têm o primeiro filho após os 30 anos (4% em 1970 para 21% em 1994). ⁽¹⁷⁾ O mesmo se confirmou neste estudo onde a idade média das nulíparas foi de 29.0 anos com 34,4% tendo mais que 30 anos. Nota-se ainda que cesariana prévia (55% daquelas com partos anteriores, com apenas 36,6% nunca sofrendo uma CSA anterior), RN em apresentação pélvica (20,4% dos RN), indução do trabalho de parto (29%), são responsáveis por uma grande proporção de cesarianas, o que está de acordo com os estudos anteriores. Há estudos que apontam extremos de idade gestacional e de peso ao nascer como prováveis fatores de risco para cesariana ⁽¹⁴⁾, enquanto outros não apresentaram tais resultados ⁽²⁾. No presente estudo, 15,5% RN nasceram nos extremos de idade gestacional e 17,5 % nasceram ou com baixo peso ao nascer ou com peso excessivo, o que em conjunto perfaz um 1/3 dos casos deste estudo. Logo, a maioria dos nascimentos por cesariana foi de termo e com peso adequado à nascença, o que vai ao encontro dos estudos que não correlacionam IG e peso ao nascer como fatores de risco para cesariana. Obesidade ($n=3$, e $n=3$ com aumento excessivo de peso durante a gravidez) verificou-se em poucas parturientes neste estudo pelo que não se pode afirmar que aumentem a probabilidade de cesariana neste grupo de grávidas.

Várias investigações mostram que a cesariana está associada a um maior risco de complicações, tanto para a mãe, quer na gravidez atual, quer em gravidezes futuras como para o feto. ⁽¹¹⁾ Neste estudo verificou-se uma correlação positiva entre a probabilidade de ter uma complicação com o tipo de parto anterior por cesariana prévia.

O primeiro parto determinará largamente o futuro obstétrico da mulher, visto que as cesarianas repetidas são responsáveis por uma grande proporção das cesarianas e mulheres com o 1º parto vaginal são menos prováveis a terem cesarianas nas gravidezes posteriores. ^(12, 17) Tal, verifica-se neste estudo, já que a taxa de cesariana foi maior naquelas com cesariana prévia (55%) e 63,4% das mulheres tiveram pelo menos uma cesariana. Além disso, verificou-se ainda que a maioria das mulheres foram nulíparas submetidas a uma primeira cesariana, das quais 15 não tiveram a confirmação de nenhum diagnóstico no pós-operatório.

Parto vaginal após uma cesariana anterior é uma das maiores estratégias para diminuir a taxa de cesarianas, desde que as infraestruturas, condições médicas e de equipamento para o caso de necessidade de cesariana emergente estejam disponíveis. ⁽¹²⁾ 65-80% das grávidas com apenas uma cesariana anterior podem ter o filho seguinte por parto vaginal mesmo que a indicação anterior tenha sido incompatibilidade feto pélvica. ^(7,11) A ACOG (1988) recomenda que *“o conceito de repetir, por rotina, a cesariana, deve ser substituído por uma indicação específica e, na ausência de qualquer contra-indicação, uma grávida com cesariana segmentar prévia deve ser aconselhada a submeter-se a uma prova de trabalho de parto”*. ⁽¹¹⁾ No presente estudo, nenhuma das parturientes com cesariana anterior teve um parto eutócico e aquelas com justificação de cesariana de IFP no parto anterior sofreram uma cesariana repetida pela mesma indicação (e não apresentavam qualquer justificação para tal), além disso 2 das mulheres submetidas a apenas 1 cesariana anterior foram submetidas a nova intervenção eletiva com a indicação de “1 cesariana anterior por IFP” e apenas uma delas confirmou o diagnóstico. Com a técnica usada hoje em dia em praticamente todos os casos, o risco de ruptura uterina, a maior complicação em grávidas submetidas a cesariana anterior, é <1% ⁽⁷⁾. No entanto, esse risco é consideravelmente maior naquelas com >2 cesarianas anteriores (3,2%), pelo que nessas é consensual o uso de cesariana. ^(7,11) Tal situação verifica-se neste estudo.

Apesar das dificuldades na obtenção de dados homogêneos e de consenso acerca da nomenclatura existe evidência de que as principais justificações de cesariana no CHCB são: estado fetal não tranquilizador, TP estacionário, apresentação anómala, indução falhada e incompatibilidade feto-pélvica o que está de acordo com a maioria dos estudos quer internacionais, quer nacionais. ^(5,7) Das indicações para cesariana, uma cesariana anterior e má colaboração materna não surgem como justificações de cesariana na literatura.

Em 40,7% das indicações, através dos dados do processo clínico, não se verifica uma confirmação do diagnóstico, pelo que essas indicações podem ser consideradas desnecessárias ou insuficientemente justificadas. Como se vê na tabela 8, neste estudo verificou-se que naquelas com apenas 1 diagnóstico ou 2 diagnósticos, 19 e 8 respetivamente não tiveram uma única confirmação, pelo que 27 cesarianas são consideradas desnecessárias. Das 136 indicações no pré-operatório, 35,3% não apresentaram uma justificação plausível registada no processo. Tendo em conta que 16 daquelas com apenas 1 diagnóstico de cesariana e 8 daquelas com 2 diagnósticos pertencem a esse grupo, verifica-se que 24 cesarianas ocorreram sem uma justificação expressa. Se estas cesarianas desnecessárias/injustificadas não se

tivessem realizado, a taxa deste procedimento no CHCB seria de 21,5%, o que se aproximaria da meta recomendável.

Um dos processos não apresentava qualquer indicação escrita no processo, pelo que fica a dúvida se essa cesariana seria necessária ou não.

Dividindo pelas diferentes indicações, estado fetal não tranquilizador, IFP e TP estacionário foram aquelas que registaram um maior número de não confirmações de diagnósticos. Esta ocorrência pode dever-se ao facto de a avaliação pré-parto destes parâmetros ser subjetiva ou de baixa especificidade (estado fetal não tranquilizador e IFP) ⁽⁷⁾, por dificuldades na interpretação e não homogeneidade no preenchimento do partograma (TP estacionário). Má colaboração materna não teve nenhuma verificação no pós-operatório nem nenhuma justificação pré-operatória. Tal situação, talvez se deva ao facto de esta não ser considerada uma indicação de cesariana. Uma cesariana anterior não confirma nenhum diagnóstico no pós-operatório pois não é considerado motivo de tal intervenção, no entanto, justifica um deles, o qual no pós-operatório teve a confirmação do diagnóstico mas com a fundamentação dessa cesariana por IFP.

5 diagnósticos no pós-operatório tiveram indicações de cesariana diferentes das pré-operatórias. Em 4 destes as primeiras indicações tinham justificações subjetivas, o que pode ter levado a esta discrepância. No entanto, em 3 desses novos diagnósticos não há nenhuma justificação no processo que leve a essa consideração pelo que essas também são consideradas não confirmadas no final.

Estado fetal não tranquilizador foi a justificação que mais vezes surgiu neste estudo (45 vezes em 39 processos). Traçado de CTG patológico foi a justificação que mais vezes foi apresentada como justificação (66,7%). Mas, naqueles com tal justificação 10 não apresentavam um CTG com esclarecimento suficiente para justificar uma cesariana e 2 não tinham qualquer registo no processo, logo, 40% não apresentavam uma justificação, ou seja, 40% ocorreram como cesariana injustificada. Índice de Apgar e presença de mecónio foram as únicas possibilidades presentes no processo como confirmação ou não de um estado fetal não tranquilizador. No entanto, para documentar a confirmação deste diagnóstico no pós-operatório dever-se-ia utilizar o pH fetal e o aumento de défice de bases no sangue das artérias e veias umbilicais. ⁽⁷⁾ No CHCB, assim como na maioria dos hospitais nacionais, estas técnicas não são utilizadas, usando-se para averiguar a confirmação de hipoxia o índice de Apgar. Este índice não é afetado em situações menos intensas de hipoxia, pode se encontrar alterado em muitas outras situações e é obtido subjetivamente pela análise do neonatologista, logo não é um método eficaz para aferir acerca da confirmação deste diagnóstico. ^(7,16) Talvez por esta razão haja um número elevado de não confirmações de estado fetal não tranquilizador no presente estudo.

No CHCB, tal como na maioria dos hospitais nacionais, a análise visual do CTG é a base deste diagnóstico. ⁽⁷⁾ O CTG, no entanto, tem várias desvantagens: análise é complexa, grande variabilidade inter e intra-observador, elevada sensibilidade, mas baixa especificidade, com quase 60% de falsos-positivos ⁽¹⁶⁾. Para o diagnóstico mais fiável desta indicação são

essenciais outros métodos de diagnóstico, como colheita de sangue fetal, ECG fetal ou uma análise computadorizada do CTG+ECG fetais. A colheita de sangue fetal, apesar de em vários estudos mostrar diminuir a taxa de cesarianas é uma técnica trabalhosa e difícil, enquanto que a análise computadorizada do CTG+ECG parece diminuir a incidência de RN com hipoxia grave assim como o número de cesarianas desnecessárias. ^(7,16) Era assim essencial a implementação deste método e a realização de estudos posteriores para se concluir acerca das vantagens desta metodologia.

Mecônio, oligoâmnio e diminuição dos movimentos fetais foram justificações de estado fetal não tranquilizador em 15,6% dos casos, 11,1% dos quais foram justificações únicas desse estado. Estas justificações são consideradas menos confiáveis de estado fetal não tranquilizador ⁽¹⁵⁾, pelo que poderiam ser cesarianas a evitar.

No caso de apresentação pélvica, a CSA é o método preferencial de parto nesta situação, levando a menor morbi-mortalidade neonatal. No entanto, uma versão cefálica externa entre as 36 e as 37 semanas diminui a incidência de apresentação pélvica a termo, diminuindo assim a taxa de cesarianas. ⁽⁷⁾ Neste estudo apenas a uma grávida foi feita uma tentativa de versão cefálica, a qual teve uma rotação da apresentação durante o TP.

TP estacionário pode acontecer ou por paragem da evolução do TP, por ausência da progressão na dilatação ou por ausência de descida da apresentação. Estas podem ocorrer por uma deficiente capacidade contráctil do útero (distocia dinâmica) ou por dificuldades mecânicas na progressão da apresentação (distocia mecânica; onde se podem incluir a maioria das situações por IFP). ^(7,11) Para o diagnóstico de TP estacionário é essencial um correto preenchimento do partograma, com divisão clara entre as diferentes fases do TP (ativa, latente e expulsiva). Na fase ativa, as recomendações mais recentes falam de um intervalo >4h de ausência de evolução da dilatação, enquanto que para a fase latente está convencionado um período de >14h para as múltiparas e >20h para as nulíparas, mas este gera mais controvérsia. Para o período expulsivo, convencionou-se o intervalo máximo de 1 hora para múltiparas e 2 horas para nulíparas. ⁽⁷⁾ Esta divisão clara não se encontra presente nos processos pelo que seria de todo essencial informatização e uma uniformização dos critérios de preenchimento do partograma, o qual neste estudo é muitas vezes, elegível, incompreensível e incompleto (30 processos). 12 em 22 dos casos por TP estacionário não obtiveram confirmação, uma vez que após os cálculos pela análise do partograma eles não atingiram os intervalos previstos ou porque o partograma não tinha dados para tal conclusão.

As situações de completa incompatibilidade feto pélvica entre as dimensões da bacia materna e a cabeça fetal são de extrema raridade, pois a avaliação deste parâmetro é subjetiva e até pouco preditiva. ⁽⁷⁾ Ainda nenhum método objetivo para avaliar este parâmetro foi usado com sucesso. Assim o diagnóstico pré-parto deve ser guardado para situações de alterações da bacia e macrosomia fetal com bacia materna reduzida. No presente estudo, apenas 4 dos 11 casos de IFP apresentavam registado o tipo de pélvis e nenhum RN apresentava excesso de peso, logo apenas 4 foram confirmadas.

Existem indicações bem definidas e relativamente consensuais para indução do TP: atingimento das 41-42 semanas, diversas patologias da gravidez ou do feto cujos riscos/benefícios de uma cesariana tendem a favor do fim da mesma. ^(3,7) Tem-se verificado no entanto o uso crescente da indução sem fins médicos mas apenas como programação do momento do nascimento. ⁽⁷⁾ 5 das grávidas deste estudo, com esta indicação não apresentavam uma indicação clara a induzir e em 2 destas a indução estava contraindicada (miomectomia anterior e situação transversa). ⁽³⁾ Para considerar a indução como falhada, não existe nenhuma fundamentação na sua consideração antes das 12 horas. ⁽¹¹⁾ Tal não se verificou em nenhuma parturiente deste estudo, no entanto uma delas não apresenta registo, pelo que é considerada não confirmatória.

Útero cicatricial, tal como já referido é uma indicação de CSA plenamente justificada no caso de mais de 2 cesarianas anteriores, miomectomia, cesariana há menos de 2 anos, devido ao facto de o risco de complicações poder ameaçar a vida da parturiente. ^(7,11) Neste estudo apenas uma não confirma a cesariana por esta justificação, uma vez que não apresenta nenhum dado no processo clínico que indique útero cicatricial.

Doença grave própria da ou associada à gravidez e doença materna que contraindica o parto eutócico são justificações que não deixam marcas para dúvidas, uma vez que a maioria delas pode pôr em risco a saúde da mãe e do feto. ⁽¹¹⁾ Neste estudo uma das indicações por doença materna não se encontra confirmada nem justificada, uma vez que a condilomatose vulvar esta convencionada como justificação de CSA apenas se elas forem lesões obstrutivas, independentemente de ser HPV ou não. ⁽²²⁾ Contudo, neste caso não havia qualquer indicação que as lesões fossem obstrutivas.

Gravidez múltipla é considerada uma indicação de cesariana quando: gravidez com mais de 2 fetos, gravidez gemelar com 1 primeiro feto em apresentação pélvica, crescimento fetal discordante, entre outras. ⁽¹¹⁾ Cesariana não deve ser oferecida rotineiramente num contexto de apresentação cefálica do primeiro feto, uma vez que apesar de a mortalidade para o segundo feto estar aumentada, esta não diminui com uma cesariana planeada ⁽³⁾. Neste estudo verificamos 3 gravidezes múltiplas, com 2 fetos, mas apenas 2 apresentaram essa indicação, uma vez que uma delas apresentava os 2 fetos em apresentação cefálica pelo que foi tentado parto eutócico. Das 2 gravidezes que apresentaram gravidez múltipla como justificação uma delas não se confirmou nem apresentava fundamentação, já que os fetos apresentam um estado tranquilizador, com uma gravidez sem complicações e o primeiro feto apresentava-se em posição cefálica.

De todos os dados recolhidos no processo clínico, os únicos dados onde todos os dados foram recolhidos foi na posição fetal e no tipo de parto da gravidez anterior, dados esses que se encontra em vários pontos ao longo do processo clínico da parturiente. Todos os outros apresentavam lacunas e alguns dos dados eram essenciais para o diagnóstico de cesariana. Por esta razão é de extrema importância a uniformização e informatização do processo clínico, com uma organização apropriada caso seja necessária o estudo desses processos.

O uso de um sistema de classificação que seja aplicável universalmente para estabelecer comparações entre as diversas instituições deve ser utilizado como meio de determinar quais as principais razões e os principais grupos responsáveis pelas cesarianas nos diferentes hospitais. ⁽¹²⁾ Neste estudo usou-se o sistema Robson, de fácil compreensão e aplicabilidade. Assim, os principais grupos responsáveis pelas cesarianas no CHCB foram essencialmente o grupo 2 (18,8%) e o 9 (23,9%), seguidos do grupo 5 (13,7%) e 6 (12,8%). Tal não está de acordo com estudos semelhantes usando a mesma classificação ⁽¹²⁾, onde os grupos 1, 3 e 5 são maioritários. Todavia, o mesmo estudo afirma que o grupo 2 é um responsável crescente pelo aumento das taxas de cesariana, o que vai ao encontro com o que se verifica neste estudo. Além disso, tal como nessa investigação o grupo 5 ocupa a terceira posição como principal determinante de cesarianas, o que nos leva à conclusão que cesariana prévia é um grande determinante do aumento das taxas de CSA. Assim, na presente análise, os maiores determinantes para as taxas de cesariana no CHCB são essencialmente: os TP induzidos e as cesarianas eletivas, as cesarianas prévias e as apresentações anómalas, essencialmente a apresentação pélvica. Estes são assim pontos fulcrais na tentativa de reduzir as taxas de cesariana neste hospital. Além disso, segundo esta classificação 34 (29.1%) das gravidezes que sofreram CSA são consideradas população de baixo risco segundo os critérios da Health people 2010: com um feto único, de termo, em posição cefálica (grupos 1 e 2). ⁽⁹⁾

5. LIMITAÇÕES

Foi extremamente complexa a recolha de dados, uma vez que a informação não estava organizada e sistematizada da melhor forma para a pesquisa. Além disso, muitos dos processos apresentavam-se bastante incompletos, com uma letra pouco legível ou mesmo impossível de compreender.

Foi ainda complicado, proceder ao agrupamento das diferentes indicações de cesariana, e da recolha de justificações, uma vez que não existe um protocolo para cesariana, não há informatização dos dados obstétricos e há uma grande divergência entre o registo dos dados. Assim, as justificações foram sistematicamente procuradas em todo o processo clínico, não se encontrando num local apropriado desse e de fácil pesquisa, como por exemplo no diário clínico. As informações mais fáceis de obter foram o Índice de Apgar, o peso à nascença, o tipo de cesariana (urgente ou eletiva) e o tipo de parto (induzido, espontâneo ou eletivo) que se encontravam na folha de alta, presente na maioria dos processos.

6. CONCLUSÕES

A taxa de cesariana no CHCB é muito superior aos 15% expressos pela OMS como adequada, mas é inferior à encontrada na maioria dos hospitais nacionais.

As 5 indicações que mais contribuíram para o valor encontrado foram: estado fetal não tranquilizador, trabalho de parto estacionário, apresentação anómala, indução falhada e Incompatibilidade feto pélvica.

Entre as indicações onde se verificou uma maior discordância em relação ao diagnóstico pré-operatório foram estado fetal não tranquilizador, TP estacionário e IFP. Foram ainda apresentadas como diagnósticos de cesariana, indicações não contempladas na literatura.

No CHCB, os maiores determinantes para cesariana foram os trabalhos de parto induzidos e as cesarianas eletivas, com fetos em apresentação anómala (essencialmente pélvica) e cesariana prévia. Gravidezes consideradas de baixa risco foram responsáveis por uma proporção considerável de cesarianas

Os registos clínicos não são de fácil compreensão, não se encontram de forma uniformizada, pelo que é difícil usá-los como método de estudo. Assim é de todo essencial a sua informatização e uniformização para mais fácil acesso.

6.1. REDUÇÃO DAS TAXAS DE CESARIANA

Para se atingir este objetivo haverá que promover-se:

- A implementação de um programa informático para registo de dados perinatais, obstétricos. ⁽⁷⁾
- O uso de um sistema de classificação uniforme, de modo a que a informação possa ser comparável. ^(7, 12)
- A implementação de auditorias internas. ⁽⁷⁾
- A educação de todos os profissionais de saúde envolvidos, transmitindo a ideia de que as suas escolhas e organização são essenciais para a diminuição das taxas de cesariana. ^(18,19,21)
- O apoio de segundas opiniões. ⁽²¹⁾
- A educação da grávida, transmitindo informação acerca dos riscos e benefícios do parto eutócico comparando com a cesariana. ^(19,21)
- A divulgação dos riscos associados à cesariana. ⁽¹⁸⁾
- A presença de intervenções multifacetadas que incluem: educação, auditorias, feedback detalhado por parte de todos os intervenientes, identificação de barreiras possíveis de serem mudadas. ^(20,21)

- A melhoria da qualidade baseada essencialmente numa ação ativa sobre o TP. ⁽²⁰⁾
- O desenvolvimento de um protocolo e normas de orientação a nível interno para CSA. A presença de normas de orientação sensibilizam os profissionais para alterar as suas próprias práticas. ^(7,20)
- Na presença de um padrão de estado fetal não tranquilizador, avaliar outros parâmetros, como: aspeto do líquido amniótico, grau de dilatação, altura da apresentação. ⁽²²⁾
- A introdução do ECG fetal, com análise computadorizada dos sinais de CTG+ECG. ⁽⁷⁾
- Ter em conta que determinados padrões cardiográficos podem estar associados a falsos positivos relativamente ao diagnóstico de estado fetal não tranquilizador:
 - Variabilidade diminuída não associada a padrões periódicos
 - Desacelerações variáveis ligeiras/moderadas, com variabilidade normal da FCF basal
 - Desacelerações variáveis graves esporádicas, com variabilidade normal da FCF basal
 - Bradicardia fetal ligeira (90-110 bpm)
 - Taquicardia fetal ligeira (160-180 bpm), com parturiente apirética
 - Padrão sinusoidal do tipo 2. ⁽¹¹⁾
- A promoção de medidas para o uso da versão cefálica externa como medida preferencial em casos de apresentação pélvica, com treinos regulares dos profissionais. ⁽⁷⁾
- A promoção de medidas para que a indução do TP sem indicações médicas seja desencorajada. ^(7,18)
- A divulgação das vantagens do parto vaginal após uma cesariana e desmistificação dos riscos. ^(7,11)
- A implementação da prova de TP após uma cesariana segmentar transversal prévia, não complicada (com monitorização rigorosa da progressão do TP). ⁽¹¹⁾
- A diminuição do número de cesarianas em nulíparas. ⁽¹²⁾


7. BIBLIOGRAFIA



1. Ostovar, R., et al., Developing criteria for Cesarean Section using the RAND appropriateness method. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2010. 10:52.
2. Aelvoet, W., et al., Screening for inter-hospital differences in cesarean section rates in low risk deliveries using administrative data: An initiative to improve the quality care. *BMC Health Services Research* 2008. 8:3
3. NICE clinical guideline 132 - Caesarean section. 2011, NICE.
4. Snowden, A., et al., Concurrent analysis of choice and control in childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2011. 11:40.
5. DeCherney, A.H., et al., *Current Obstetrics and Gynecology, Diagnosis and Treatment*. 10th ed. 2007: McGraw-Hill
6. Reynolds, A., et al., Influência de três medidas organizativas na redução da taxa de cesarianas de um hospital de apoio perinatal diferenciado. *Acta Médica Portuguesa* 2004. 17: p. 193-198.
7. De Campos, D.A., et al., Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. *ARS Norte*.
8. Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010 - Avaliação de Indicadores 2001-2006: Ganhos em Saúde. MS/ACS, Lisboa, 2007.
9. MacDorman, M.F., et al., Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an "Intention-to-Treat" Model. *BIRTH*, 2008. 35:1.
10. Buhimschi, C.S., Buhimschi, I.A., Advantages of Vaginal Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2006. 49
11. Da Graça, L. M. e Colaboradores, *Medicina Materno-Fetal*. 3ª ed: Lidel, Lisboa, 2005.
12. Costa, M.L., et al., Using a cesarean section classifications system based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice. *Reproductive Health*, 2010. 7:13.
13. Menacker, F., Declercq, E. and MacDorman, M.F., *Cesarean Delivery: Background, Trends and Epidemiology*. Elsevier, 2006.
14. Heffner, L.J., Elkin, E. and Fretts, R.C., Impact of labor induction, gestational age and maternal age on cesarean delivery rates. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2003, Vol.102, No2.
15. Kushtagi, P. and Guruvare, S., Documenting indications for cesarean deliveries. *J. Postgrad Med* 2009. 54:52-53.


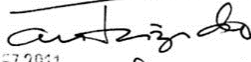

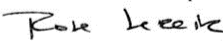
16. Hopp, H. and Nonnenmacher, A., Evidence-based fetal assessment. *Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol* 2008. 4(2): p. 134-148.
17. Freeman, R.K., Cohen, A.W. et al., Evaluation of Cesarean Delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
18. Chaillet, N., et al., Identifying barriers and facilitators towards implementing guidelines to reduce caesarean section rates. *Bulletin of WHO*, 2007. 85.
19. Lagrew, D.; Strategies for reducing unnecessary cesarean section.
20. Chaillet, N. and Dumont, A., Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007. 34:1
21. Khunpradit, S., et al., Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *The Cochrane Library*, 2011.
22. Souza, A.R.; Amorim, M.M.R.; Porto, A.M.F.; Evidence-based cesarean section indications. *Femina*, Setembro 2010, Vol.38, nº9

ANEXOS

ANEXO 1

 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

1 / 1

 ADMINISTRAÇÃO
 C.H.C.B., E.P.E.
 27.06.2011
 ENVIADO A


Parecer:	Despacho:   27.06.2011 
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº114/2011 - "Concordância e discordância das indicações de cesariana - indicador de qualidade"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração DE: Núcleo de Investigação	N.º 107/2011 Data 13/12/2011
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Filipa Margarida Ferreira Pereira aluna do mestrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior para a realização de um estudo subordinado ao tema "Concordância e discordância das indicações de cesariana - indicador de qualidade" a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e normas do Núcleo de Investigação.</p> <p>Informo ainda que o estudo não foi submetido ao parecer da Comissão de Ética de acordo com a tomada de decisão desta Comissão, constante na Acta nº 2, da reunião de 22 de Janeiro de 2009: "A Comissão de Ética decidiu ainda: ---</p> <p>Que o parecer da Comissão de Ética será dispensável sempre que não haja contacto directo com os doentes, como é o caso de consulta de processos clínicos e desde que o investigador se comprometa a manter a confidencialidade;...".</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>perroci's</i></p> <p>P^olo Núcleo de Investigação</p> <p> (Dr.^a Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

ANEXO 2



TESE DE MESTRADO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
CONCORDÂNCIA E DISCORDÂNCIA DAS INDICAÇÕES DE
CESARIANA

Grelha de recolha de dados

Diagnóstico pré-operatório.

Justificação

Diagnóstico pós-operatório?

Confirmação? Fundamentação.

Data	Nº do Processo		
DADOS REFERENTES À MÃE			
Idade			
Paridade			
Antecedentes da mãe			
Antecedentes ginecológicos			
Cirurgias abdominais			
DADOS REFERENTES A GRAVIDEZES ANTERIORES			
Tipo de parto de gravidezes anteriores cicatriz		Se cesariana indicar tipo de	
Complicações de partos anteriores			
DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO ATUAL			
Tempo de Gestação			
Serologias maternas			
Peso estimado/Tamanho			
Tipo de pélvis			
Número de fetos		Posição do feto	
Tipo de Cesariana		Eletiva	Urgente
Complicações da gravidez			
DADOS RELATIVOS A ESTE PARTO			
Traçado cardiotocográfico			
Tipo de parto		Spontâneo	Induzido Eletivo
Progressão do TP (partograma)			
Peso à nascença			
Apgar		1º minuto	5º minuto