

10 104

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

71

N^o

Centro de Ciências da Saúde-UFSC
CCS - M
BIBLIOTECA

CESARIANA

(LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE 1089 OPERAÇÕES REALIZADAS NA MA-
TERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-SC- NO ANO DE 1979)

JOSÉ ABÍLIO MACHADO FILHO
LENITA VERA BRENDA
SÉRGIO EDUARDO EMYGDIO DE FARIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

CESARIANA

(LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE 1089 OPERAÇÕES REALIZADAS NA MA-
TERNIDADE CARMELA DUTRA-- FLORIANÓPOLIS-SC- NO ANO DE 1979)

JOSÉ ABÍLIO MACHADO FILHO

LENITA VERA BREDA

SÉRGIO EDUARDO EMYGDIO DE FARIA

ÍNDICE

| | PAG. |
|-------------------------------|------|
| RESUMO | 3 |
| INTRODUÇÃO | 4 |
| OBJETIVOS | 6 |
| CASUÍSTICA E MÉTODO | 7 |
| INCIDÊNCIA | 9 |
| FAIXA ETÁRIA-GRAU DE PARIDADE | 11 |
| CATEGORIA SOCIAL | 13 |
| INDICAÇÕES | 15 |
| ANESTESIA | 17 |
| INCISÃO ABDOMINAL E UTERINA | 19 |
| MORBI-MORTALIDADE MATERNA | 21 |
| VITALIDADE E NATIMORTALIDADE | 23 |
| CONCLUSÃO | 25 |
| BIBLIOGRAFIA | 26 |

Resumo

Conclusão

RÉSUMO

Os autores analisaram 1089 prontuários de pacientes submetidas a cesariana, na MCD de Florianópolis, no ano de 1979. Fazem um estudo em torno da incidência, faixa etária-grau de paridade, cor-estado civil, categoria social, indicações, anestésias utilizadas, incisão abdominal e uterina, morbi-mortalidade materna, vitalidade do RN e natimortalidade. Concluem que há uma alta incidência de parto cesáreo em nosso meio associada a uma mortalidade materno-fetal muito satisfatória.

INTRODUÇÃO

A tendência nos últimos anos foi aumentar o número de cesarianas em relação a outros tipos de partos. Isso decorre de uma série de fatores, desde o pagamento por unidade de serviços prestados, (ainda vigente em 1979), da categoria das pacientes atendidas e mesmo a um maior aperfeiçoamento das técnicas anestésico-cirúrgicas, proporcionando menores riscos às parturientes e aos conceptos.

Muitos obstetras encaram como um fato natural, enquanto outros, mais conservadores, condenam a alta incidência que vem alcançando o parto cesáreo.

Revendo o histórico da cesariana no Brasil, notamos, segundo alguns autores, que a primeira operação foi realizada por José Correia Picanço, Barão de Goiana, em 1822. Mas o grande mérito coube a Fernando Magalhães devido a sua valiosa contribuição no aperfeiçoamento ao atendimento às parturientes. A sua sabedoria nos ensina: "...caminha-se para a simplificação. A complexidade é erro. O problema do parto está resolvido: ou ele é natural e transpélvico ou artificial e extrapélvico".

Quando ainda cursava o internato (1896-1900), Magalhães refere ter sido praticada somente uma cesariana neste período. Em suas Memórias, de 1922, reuniu 161 casos de operações cesarianas, com 11 óbitos maternos, havendo 8 fetos mortos, sendo que 4 já o estavam antes da intervenção. Foi o primeiro grande mestre brasileiro voltado à obstetrícia.

Depois, entramos em uma nova época com o avanço tecnológico, permitindo-nos o domínio da fisiopatologia da fibra

muscular uterina, o conhecimento da analgotocia, o uso de antibióticos, o aperfeiçoamento no estudo do feto intraútero e associado vem o crescente aumento da mão de obra especializada, proporcionando segurança quase absoluta a esta intervenção.

Com o passar dos anos aumentam as indicações da cesariana, sendo que a MCD do Rio de Janeiro em 1974, apresentou 36 indicações. Isso justifica, em parte, o número crescente de parto cesáreo que chega a cifras assustadoras para os mais conservadores. Por outro lado paralelamente ao aumento das indicações de cesariana, estão os decréscimos das mortalidades materno-infantis.

Gentile de Mello, embora reconhecendo os benefícios da evolução da ciência, afirma: "os progressos da obstetrícia não podem ser responsabilizados pela insólita elevação das taxas de cesariana em determinadas áreas do sistema assistencial". *mas com a*

Em contrapartida Douglas-Stromme (1965) afirmam que: "o conceito fundamental hoje, não é o percentual arbitrário de incidência da operação, mas qual o melhor método para a mãe e filho, quando há doença intercorrente ou surge complicação obstétrica". *estatística*

Para se ter noção do avanço neste campo, notamos que entre 1800-1875 nas clínicas italianas de Pavia e Milão, faleceu a totalidade das pacientes submetidas a cesariana. Hoje temos uma mortalidade bem próxima de 0%, levando em consideração outras enfermidades associadas à mãe, acarretando um maior risco cirúrgico. *Quem?*

Diante das controvérsias existentes a respeito da cesariana, fomos despertados a realizar um trabalho, visando um levantamento estatístico em nosso meio, comparando-o com as diversas casuísticas mundiais e nacionais.

OBJETIVOS

O presente trabalho visa analisar, estatisticamente, as cesarianas realizadas no período compreendido entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1979, na Maternidade Carmela Dutra (MCD) de Florianópolis, SC.

Nossos objetivos principais são conhecer e registrar dados locais do parto cesáreo quanto a :

- Incidência
- Faixa etária-grau de paridade
- Cor-estado civil
- Categoria
- Indicações
- Anestesia
- Incisões abdominal e uterina
- Morbi-mortalidade materna
- Vitalidade e natimortalidade .

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram levantados dados de 1089 prontuários no Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME) da Maternidade Carmela Dutra (MCD), pertencente à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, correspondentes às pacientes cesariadas entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1979, visando analisar:

- Incidência
- Faixa etária - grau de paridade: As pacientes foram subdivididas, segundo o grau de paridade, em primigestas as que engravidaram pela primeira vez e multigestas as que tinham pelo menos uma gestação anterior. Quanto à faixa etária, foram classificadas em 3 grupos: 14-18 anos; 19-29 anos e acima de 30 anos, correspondendo a primigesta jovem, ideal e idosa respectivamente.
- Cor-estado civil : Quanto a cor foram subdivididas em brancas e não brancas, estas incluindo pacientes pretas e pardas. Nos prontuários não houve referência à raça amarela. Em relação ao estado civil, foram consideradas casadas, solteiras, viúvas e desquitadas.
- Categoria : Foram consideradas previdenciárias as pacientes que pertenciam a alguma instituição que custeou seus gastos hospitalares; particulares quando custeavam, por conta própria, suas despesas e indigentes as que não pertenciam a instituição e foram atendidas gratuitamente.
- Indicações
- Anestesia

- Incisões abdominal e uterina
- Morbi-mortalidade materna
- Vitalidade do recém-nascido e natimortalidade : Foram considerados natimortos os que obtiveram índice de Apgar 0; severamente deprimidos entre 1 e 3; moderadamente deprimidos entre 4 e 6 e vigoroso quando o índice de Apgar estava compreendido entre 7 e 10.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

INCIDÊNCIA

TABELA I

Incidência de Cesariana

| TIPOS DE PARTOS | PACIENTES | |
|-----------------|-----------|--------|
| | nº | % |
| PARTO NORMAL | 3.180 | 73.76 |
| FÓRCEPS | 42 | 0.97 |
| CESARIANA | 1.089 | 25.27 |
| TOTAL | 4.311 | 100.00 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

Devido a incidência de cesariana ser variável nos diversos serviços, citaremos os índices mais chamativos encontrados na literatura.

Na clínica Mayo, nos EUA, no ano de 1952-1961, a taxa permaneceu em torno de 3,3%. Em Londres, o "Easter District Hospital" e o "Belvedere Hospital", em 1962, apresentaram uma incidência de 5%. (16)

Na vigência do Plano Piloto de Goiás, instituído pela Previdência Social em 1969, com regime de livre escolha, a incidência de cesáreas ultrapassou a cifra de 30%. (16)

No mesmo ano, com o regime de livre escolha, vigente no serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários, as taxas de cesáreas atingiram 39% no RS, 43,5% no Rio de Janeiro, 44%

em São Paulo e 60% no extinto estado da Guanabara, atribuindo, os profissionais daquela instituição, esses resultados ao "desejo mostrado pelas pacientes no sentido de lhes serem ligadas as trompas, objetivando livrá-las de outras gestações. (16)

No período compreendido entre 1960-1972, foram realizadas 1355 cesáreas na 33ª enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, correspondendo a incidência de 11%. (20)

No hospital de Gineco-Obstetrícia do I.M.S.S. em Monterrey, N.L. (México) no ano de 1972, a incidência foi de 8%. (8)

No hospital Cantonal de Münsterlingen (Alemanha) a incidência de cesárea, no ano de 1971 era de 5.46%, passando para 6,78% em 1974-75, fato este atribuído ao emprego de novos recursos para a monitorização do parto, permitindo diagnóstico mais precoce de sofrimento fetal. (7)

Muniz de Aragão julga a taxa de 13 a 15%, no momento atual, como justa. (20) Autores norte americanos e europeus são unânimes em afirmar que a incidência maior que 10% já ultrapassou o que é realmente benéfico para a mãe e para o feto. (7)

Na MCD-Fpólis. (tabela I) ocorreram, no ano de 1979, 1089 cesarianas, correspondendo a 25.27% do total de partos realizados. Ainda que todas as indicações encontradas nos prontuários justificassem o ato operatório, consideramos ser uma taxa alta se comparada aos índices ideais que varia de 10-15%, segundo literatura citada.

FAIXA ETÁRIA E GRAU DE PARIDADE

TABELA II

Distribuição das pacientes conforme faixa etária e grau de paridade

| FAIXA ETÁRIA (anos) | MULTIGESTAS | | PRIMIGESTAS | |
|------------------------|-------------|-------|-------------|-------|
| | nº | % | nº | % |
| 14 - 18 | 19 | 1.74 | 80 | 7.35 |
| 19 - 29 | 331 | 30.40 | 279 | 25.62 |
| acima de 30 | 256 | 23.51 | 43 | 3.95 |
| Não consta | 79 | 7.25 | 2 | 0.18 |
| TOTAL | 685 | 62.90 | 404 | 37.10 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

A relação gestação-idade tem maior importância quando se refere à primeira gestação.

A maioria dos pesquisadores considera como período ideal para a primigesta o compreendido entre 18 e 23 anos; considera como precoce ou jovem a primigesta que tem entre 14 e 18 anos e idosa as com mais de 30 anos.⁽²¹⁾ Estes limites são controversos na literatura pesquisada. Em nosso trabalho usamos a classificação acima onde notamos, que entre as gestantes que engravidavam pela primeira vez, a maior porcentagem está dentro dos limites considerados ideais (tabela II) e que apenas 3.95% de todos os partos cesáreos eram em primigestas idosas. Índice superior ao apontado por VIGGIANI⁽²¹⁾ que é 1.21% entre os anos de 1970-1978.

Entre o grupo das primigestas idosas tivemos como principais indicações a Distócia Cervical, a Desproporção Céfalopelvica e as Apresentações Anômalas.

A Toxemia, Placenta Prévia, e o D.P.P. são citados como complicações gestacionais neste grupo de primigestas. Além disso a mortalidade neonatal na primigesta idosa é de 10%, aparecendo com grande frequência a Mola Hidatiforme e Anomalias Fetais,⁽²¹⁾ o que

não ocorreu em nosso trabalho.

Dentro do grupo das primigestas jovens que representaram 7.35% das cesareadas, e que corresponderam a 19.80% das primigestas, tivemos como principais indicações o Sofrimento Fetal e a Desproporção Céfalo Pélvica. Neste grupo de pacientes um fator de grande importância, entre outros, é a maturidade orgânica e psicológica da paciente.

Achamos que o número de primigestas idosas, tende a aumentar em consequência à posição que o sexo feminino vem ocupando na sociedade atual. (?)

CATEGORIA SOCIAL

TABELA III

Distribuição das pacientes de acordo com a categoria social.

| CATEGORIA | PACIENTES | | |
|-----------------|-----------|--------|-----------------------|
| | nº | % | %(nº total de partos) |
| PREVIDENCIÁRIOS | 952 | 87.42 | 22.08 |
| PARTICULARES | 33 | 3.03 | 0.77 |
| INDIGENTES | 73 | 6.70 | 1.69 |
| NÃO CONSTA | 31 | 2.85 | 0.73 |
| TOTAL | 1.089 | 100.00 | 25.27 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979) .

No Brasil a incidência de cesariana varia conforme o tipo de hospital e a entidade que o mantém, conforme se verifica ao se pesquisar a respeito.

Altos índices de cesáreas são encontrados em casas de Saúde onde seus leitos são ocupados por clientela particular.

Em contraposição os mais baixos índices são verificados em hospitais escola, onde 100% ou pelo menos a grande maioria de seus clientes são indigentes.

Em um estudo comparativo entre esses hospitais verificamos uma incidência de 22% de cesáreas em um hospital escola da cidade de São Paulo, e 62% em outro da mesma cidade, onde 83% de seus leitos eram ocupados por clientela particular e os 17% restantes mantidos por convênios. (7)

Na MCD (Fpólis), são atendidas pacientes de várias categorias. A maior porcentagem de mulheres cesareadas, 87.42% , (tabela III) são mantidas por sistemas previdenciários, representando um índice de 22.08% dos partos ocorridos nesta maternidade no ano de 1979. As outras categorias apresentam índices de 1.69% para as indigentes cesareadas e 0.77% para as particulares.

A diferença constatada entre os índices apresentados se

deve à diferença de contingente nas diversas categorias. A maioria das gestantes que procuraram nossa maternidade para dar a luz são mulheres amparadas por sistemas previdenciários, ficando um número reduzido às clientes particulares e às indigentes.

INDICAÇÕES DAS CESARIANAS

TABELA IV

Indicações das Cesarianas

| Indicação | nº | % |
|---------------------------------------|--------------|---------------|
| 1. DISCINESIA UTERINA | 233 | 21.39 |
| 1.1. distócia cervical | 217 | |
| 1.2. iminência de rotura uterina | 1 | |
| 1.3. distócia de dinâmica | 11 | |
| 1.4. hipertonia uterina | 2 | |
| 1.5. não especificada | 2 | |
| 2. DESPROPORÇÃO CÉFALO PÉLVICA | 232 | 21.30 |
| 2.1. absoluta | 38 | |
| 2.1.1. distócia de trajeto | 38 | |
| 2.1.2. espondilolistese | 1 | |
| 2.2. relativa | 6 | |
| 2.2.1. distócia de rotação | 6 | |
| 2.2.2. parada de progresso fetal | 3 | |
| 2.2.3. distensão segmentar | 6 | |
| 2.3. não especificada | 178 | |
| 3. APRESENTAÇÃO ANÔMALA | 132 | 12.12 |
| 3.1. face | 10 | |
| 3.2. frente | 2 | |
| 3.3. cômica | 25 | |
| 3.4. pélvica | 53 | |
| 3.4.1. em primípara | 53 | |
| 3.4.2. não primípara | 42 | |
| 4. CESARIANA ANTERIOR | 93 | 8.55 |
| 5. SOFRIMENTO FETAL | 66 | 6.06 |
| 6. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA | 30 | 2.75 |
| 7. AMNIOREXES PREMATURA | 27 | 2.48 |
| 8. GRAVIDEZ SEROTINA | 25 | 2.30 |
| 9. CESARIANA ELETIVA | 21 | 1.93 |
| 9.1. por cardiopatia | 6 | |
| 9.2. cerclagem cervical | 3 | |
| 9.3. diabetes melítus | 1 | |
| 9.4. herpes genital | 1 | |
| 9.5. não especificada | 10 | |
| 10. TOXEMIA TARDIA DA GRAVIDEZ | 19 | 1.74 |
| 10.1. pré-eclâmpsia | 11 | |
| 10.2. eclâmpsia | 8 | |
| 11. PLACENTA PRÉVIA | 18 | 1.65 |
| 12. PRIMÍPARA IDOSA | 10 | 0.92 |
| 13. GEMELARIDADE | 9 | 0.83 |
| 14. PROCEDÊNCIA DE CORDÃO | 4 | 0.37 |
| 15. FETO MORTO | 1 | 0.09 |
| 16. ROTURA UTERINA | 1 | 0.09 |
| 17. NÃO CONSTA | 168 | 15.43 |
| TOTAL | 1.089 | 100.00 |

Fonte: SAME - MCD (Fpólis-1979).

As indicações mais frequentes foram por discinesia uterina (21.39%), desproporção céfalo pélvica (21.30%), apresentações anômalas (12.12%), cesariana anterior (8.55%), sofrimento fetal (6.06%) e descolamento prematuro de placenta (2.75%). (tabela IV)

A título de comparação citaremos a predominância em alguns serviços: na 33ª enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1960-1972), as indicações mais frequentes foram: desproporção céfalo pélvica (39,21%), sofrimento fetal (15.8%) e cesarianas eletivas (12.5%).⁽²⁰⁾ O mesmo autor cita, que em muitas maternidades americanas, a indicação devido a cesariana anterior, ultrapassa a metade das demais.⁽²⁰⁾

No hospital de Gineco-Obstetrícia del I.M.S.S., em Monterrey, N.L. (México), no ano de 1974, foram: desproporção céfalo pélvica (29.4%), iterativa (21.6%) e sofrimento fetal (8.3%).⁽⁸⁾

No Charlotte Memorial Hospital (EUA), entre os anos de 1962-1975, predominou a indicação por desproporção céfalo pélvica em 49%.⁽¹¹⁾

No período entre 1973 e 1975 na MCD do Rio de Janeiro, predominaram: desproporção céfalo pélvica (24,1%), sofrimento fetal e iterativas (20,2%).^{(1) (2)}

Na mesma maternidade, em 1976, prevaleceram o sofrimento fetal (20.46%), iterativa (15.79%), discinesia uterina (8.97%).⁽²⁾

Podemos observar que a indicação mais frequente do nosso trabalho não coincidiu com as predominantes na literatura, embora seja preciso levar em conta os 168 prontuários incompletos, totalizando 15.40%. (Tabela IV).

A indicação predominante em nossa casuística foi por discinesia uterina, enquanto que em 4 trabalhos revisados predominou a desproporção céfalo pélvica e em um o sofrimento fetal.

ANESTESIA

TABELA V

Distribuição das pacientes conforme a anestesia utilizada

| ANESTESIA | PACIENTES | |
|----------------|-----------|--------|
| | nº | % |
| RAQUEANESTESIA | 672 | 61.71 |
| PERIDURAL | 226 | 20.75 |
| GERAL | 18 | 1.65 |
| NÃO CONSTA | 173 | 15.89 |
| TOTAL | 1.089 | 100.00 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

A utilização das diversas técnicas anestésicas varia de serviço para serviço, sendo que todos apresentam suas vantagens e desvantagens.

A anestesia sistêmica inalatória (geral), tem como complicações mais frequentes de óbito materno a aspiração do conteúdo gástrico, hipotensão e parada cardíaca.

Todos os agentes anestésicos inalatórios atravessam a placenta podendo deprimir o feto, dependendo da duração, profundidade da anestesia e potência do agente empregado,⁽¹⁷⁾ apresenta uma incidência de depressão neonatal em relação a outras técnicas.⁽⁹⁾

Mayo, empregando diversos agentes inalatórios para cesáreas eletivas verificou que 44% dos recém nascidos tiveram Apgar menor que 7 no primeiro minuto.

Sundel e cols. observaram que a administração excessiva de anestésicos à parturientes determinam uma síndrome chamada de angústia respiratória clássica, que acarreta alta morbidade.

Para uso em anestesia obstétrica os bloqueios raquidianos (intradural e peridural lombar) foram os que mais se popularizaram e dentre estes a peridural é a preferida por oferecer maior segurança materno fetal e ser praticamente nula a ocorrência de cefaléia e sequelas neurológicas.

Alguns autores referem como suas maiores desvantagens a hipotensão materna e seu demorado início de ação. (6)

A raqueanestesia apesar de oferecer maior segurança ao feto, tem todavia, como inconveniente a incidência elevada de cefaléia (0.2 a 4.0%), instalação mais brusca de hipotensão sendo mais difícil o seu controle e também alterações neurológicas. (22)

Há autores que nos alertam ser a anestesia local a mais apropriada para pacientes em condições delicadas como no choque e nas complicações pulmonares. (10)

No hospital de I.M.S.S. em Monterrey, N.L., no ano de 1972, (período de fevereiro a setembro) utilizou-se a raqueanestesia em 92.4% dos casos de cesarianas, peridural em 4.4% e a geral em 2.2%. (8)

No Charlotte Memorial Hospital em 1974 88% das anestésias utilizadas foi a geral e somente 11% espinhais e 1% anestesia local geral. (6)

Em nossa casuística encontramos o predomínio da raqueanestesia (tabela V) (61.71%) sobre a peridural (20.75%) e geral (1.65%).

Acreditamos que a raqueanestesia foi predominante por apresentar maior segurança para o feto e em nosso meio ser o tipo de anestesia mais utilizado, sendo melhor manuseada tecnicamente por nossos anestesistas.

INCISÃO ABDOMINAL E UTERINA

TABELA VI

Distribuição das pacientes de acordo com o tipo de incisão abdominal e uterina

| INCISÃO ABDOMINAL | PACIENTES | | INCISÃO UTERINA | PACIENTES | |
|-------------------------|-----------|--------|--------------------------------------|-----------|--------|
| | nº | % | | nº | % |
| MEDIANA INFRA UMBELICAL | 526 | 48.30 | SEGMENTAR | 780 | 71.63 |
| PFANNENSTIEL | 236 | 21.67 | CORPORAL | 2 | 0.18 |
| NÃO CONSTA | 327 | 30.03 | SEGMENTAR COM PROLONGAMENTO CORPORAL | 1 | 0.09 |
| | | | NÃO CONSTA | 306 | 28.10 |
| TOTAL | 1.089 | 100.00 | | 1.089 | 100.00 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

Ao compararmos as incisões abdominais observamos que tanto as transversais quanto as verticais tem as suas vantagens. Mas se fizermos um balanço meticoloso dos argumentos dos autores, nptaremos que as transversais apresentam maiores vantagens, ou seja, são mais estéticas e raramente cursam com hérnias incisionais e possuem maior número de defensores.(14)

Nas operações cesarianas tem-se como técnica preferente a incisão de Pfannenstiel, mas deveremos atentar-nos para as boas indicações da incisão mediana infra-umbelical principalmente quando se deseja uma rápida laparotomia e uma boa exposição da matriz, sendo geralmente utilizada nos casos de extrema urgência e quando o cirurgião é pouco experiente, não dominando a técnica de Pfannenstiel .(20)

Em suma, múltiplas situações podem se apresentar exigindo criterioso julgamento, onde o bom senso clínico deve prevalecer.(5)

Na 33ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no período de 1960 a 1972, 83.1% das operações foram

efetuadas com incisão Pfannenstiel e 16.9% por laparotomia mediana infra umbelical. (20)

Em nossa casuística observamos o predomínio das incisões Mediana infra umbelical (48.30%), (tabela VI) talvez justificado pela condição de maternidade escola e pelo grande número de pacientes submetidos anteriormente pela mesma técnica. A Pfannenstiel ocorreu em 21.67% dos casos.

A incisão uterina preferida pelos autores tem sido a segmentar inferior, segundo direção arciforme, por apenas dividir as fibras musculares, obedecendo à sua disposição histológica. ()

Tem a vantagem de sangrar em menor quantidade, sendo porém passível de complicações, como lesões das artérias uterinas, ureteres, e mesmo poderá ocorrer um degolamento do útero nas manobras intempestivas.

Embora em desuso, a incisão corporal (clássica) tem as suas indicações, principalmente pós morte, inacessibilidade do segmento inferior, microcesárea, diante de dificuldades técnicas insuperadas e havendo propósito de praticar esterilização cirúrgica.

A incisão segmentar com prolongamento corporal está indicada nos casos em que se faz presente o anel de Bandl irreduzível, impedindo a extração fetal. (20)

Em nossa casuística encontramos a incisão segmentar predominando (71.53%) concordando com a literatura.

As incisões corporais ocorridas em dois casos foram indicadas por macrocefalia associada a apresentação pélvica e apresentação cônica, talvez justificadas diante de dificuldades técnicas insuperadas.

A incisão segmentar com prolongamento corporal ocorreu em um caso que teve como indicação para cesariana a distócia cervical, a qual isolada não justificaria tal técnica.

MORBI-MORTALIDADE MATERNA

TABELA VII

Morbi-mortalidade materna

| INTERCORRÊNCIAS | PACIENTES | |
|----------------------------|-----------|------|
| | nº | % |
| Deiscência de sutura | 25 | 2.30 |
| Processos broncopulmonares | 17 | 1.56 |
| Abscesso de parede | 4 | 0.36 |
| ÓBITO - Rotura uterina | 1 | 0.09 |
| - Eclâmpsia | 1 | 0.09 |
| Flebite | 1 | 0.09 |
| Endometrite | 3 | 0.27 |
| TOTAL | 52 | 4.76 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

O índice de morbidade e mortalidade materna varia com a indicação cirúrgica, a duração do parto e o tempo decorrido entre a rotura das membranas e a cirurgia, o número de exames retal e vaginal, a eficácia da terapêutica antibiótica, e o tipo de cesárea escolhido.⁽³⁾

Autores⁽¹⁾ citam os acidentes e complicações que podem ocorrer, no trans e pós operatório, a hemorragia, a secção da bexiga e o choque em maior frequência. Sendo a hemorragia a mais comum.

No pós operatório podem ocorrer, segundo a literatura, o choque, as complicações infecciosas (peritonites, parametrites) sendo pouco frequentes devido ao uso profilático de antibióticos. Ainda podem ocorrer, o íleo paralítico, embolias pulmonares, atonia uterina, hematúria e outros.^{(10) (20)}

A morbidade está presente em 4-10% das cesarianas, sendo representada, especialmente, por processos infecciosos: flebitas, mastites, processos broncopulmonares, infecções urinárias, supuração da ferida e fleimões pelvianos.⁽¹⁰⁾

No Brasil a morbidade oscila entre 3.72 a 7.2%.⁽²⁰⁾

A morbidade ocorre de 8 a 20 vezes mais que no parto normal, segundo alguns autores. (3) (13)

Em nossa casuística tivemos uma morbidade de 4.58% , dentro dos limites encontrados na literatura ocorrendo com maior frequência a deiscência de sutura, processos broncopulmonares e abscesso de parede. (tabela VII)

Por definição a mortalidade materna inclui todas as mortes que, se acredita, ocorram em relação causal com a gravidez, o parto ou o puerpério.

Alguns autores tem como causas principais dos falecimentos maternos às infecções (septicemias, peritonites), à anestesia, à hemorragia e o choque, à falhas cardíacas, à embolias e às toxemias gravídicas. (13)

A introdução da terapeutica anti-infecciosa específica e, posteriormente o aperfeiçoamento da hemoterapia, levaram o óbito por infecções e hemorragias a plano secundário em relação às toxemias. Estas, por sua vez, são controláveis pelo aprimoramento da assistência pré-natal. Não obstante os recentes avanços obstétricos, ainda ocorrem muitas mortes maternas evitáveis em seguida à cesariana. (15)

Nos EUA no ano de 1960 a mortalidade materna girava em torno de 3,7:1000, predominando na não brancas (12) e em 1974 foi de 1,2:1000

A mortalidade materna, no ano de 1965 em São Paulo foi de 1,0: 1000 e em Maceió 12,9:1000. (15)

A mortalidade materna na 33ª enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro é inferior a 10:1000. (20)

Em nossa casuística (tabela VII) ocorreram 2 óbitos , tendo como índice de mortalidade 1,84:1000, sendo compatível com os melhores resultados encontrados na literatura.

Tivemos como causas de óbito: a rotura uterina, vindo a paciente a falecer durante o ato anestésico-cirúrgico, e outra por eclampsia associada a acidente vascular encefálico vindo a falecer no pós operatório.

VITALIDADE E NATIMORTALIDADE

TABELA VIII

Distribuição dos RN segundo índice de Apgar no primeiro minuto

| ÍNDICE DE APGAR | PACIENTES | |
|--------------------|-----------|--------|
| | nº | % |
| ZERO | 17 | 1.54 |
| 1 - 3 | 90 | 8.17 |
| 4 - 6 | 118 | 10.71 |
| 7 - 10 | 834 | 75.68 |
| Não consta | 43 | 3.90 |
| TOTAL | 1.102 | 100.00 |

Fonte : SAME - MCD (Fpólis-1979).

O índice de Apgar é importante na avaliação da vitalidade do RN e de indubitável valor na correlação com a mortalidade e morbidade neonatal. (17)

Quando obtivermos índice 7 ou superior, na escala de Apgar, indicará que o RN não sofrerá os efeitos da hipóxia, e que valores entre 1 e 6 podem desenvolver lesões no SNC, temporárias ou permanentes, dependendo da gravidade e duração da falta de oxigênio. (3)

Há autores (1) que preconizam que o índice de Apgar ao nascer deveria constituir parte do registro de saúde permanente.

No hospital de Gineco-Obstetrícia I.M.S.S. em Monterrey, na revisão de 700 prontuários (1974), as distribuições quanto ao índice de Apgar foram semelhantes à nossa casuística, destacando-se uma alta porcentagem (tabela VIII) na escala 1 a 6 (18.88%), indicando riscos para esta população, conforme citamos acima.

Neste mesmo hospital (1974) registraram-se 20 mortes fetais (2.8%) correspondendo a 7 a morte pré cesárea e 13 trans. (8)

A incidência de natimortos em cesárea realizadas em São

Paulo (1970-71) foi de 4.23% e 4.01% consecutivamente. (9)

Os dados obtidos na MCD (Fpólis) revelam um melhor resultado, (tabela VIII) ocorrendo 17 natimortos em 1.102 nascimentos (1.54%). Os óbitos por nós registrados eram em pacientes que tiveram as seguintes indicações para cesariana : (DPP-7); Rotura uterina, gemelaridade, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal, apresentação transversa, desproporção céfalo pélvica, distócia cervica em um caso cada e não constavam dados em 3 prontuários.

CONCLUSÃO

Na pesquisa efetuada na MCD, em 1979, verificou-se que:

1. Dos 4.311 partos, 1.089 foram cesariana (25.27%) sendo uma alta incidência.
2. A faixa etária na qual houve maior número de casos foi entre 19 a 29 anos (66.02%). As primigestas enquadradas dentro da faixa etária considerada como ideal atingiram 25.62% dos casos.
3. Houve maior predominância de pacientes brancas (92.65%), casadas (79.80%) e previdenciárias (87.42%), sendo que 22.08% do total de partos, foram cesarianas em pacientes previdenciárias
4. A indicação mais frequente foi por discinesia uterina
5. A raqueanestesia foi a técnica mais utilizada (61.71%)
6. A laparotomia mais utilizada foi a mediana infra umbelical (48.30%) e a incisão uterina segmentar foi a preferida (71.63%)
7. A morbidade materna foi de 4.58%, sendo a deiscência de sutura, a principal complicação. A mortalidade materna foi de 1,84:1000 nível muito satisfatório.
8. A maioria dos RN obtiveram Apgar 7 ou superior (75.68%) e a natimortalidade foi de 1.54%, tendo maior incidência na indicação por descolamento prematuro de placenta (7 casos).

BIBLIOGRAFIA

- ✓ 1- AMAR, I.J. e SOARES, M.M.O. - O parto cesáreo na Maternidade Carmela Dutra. J.Bras.Gin., Rio de Janeiro, 83(6): 313-316, Jun., 1977.
- ✓ 2- AMAR, I.J. et alii.- O parto cesáreo na Maternidade Carmela Dutra. J.Bras.Gin., Rio de Janeiro, 84(6): 311-313, Dez., 1977.
- ✓ 3- BENSON, R.C.- Manual de Obstetrícia e Ginecologia. 5ª Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976.
- ✓ 4- CERVO, A.L. e BERVIAN, P.A.- Metodologia Científica. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975.
- ✓ 5- DARZÉ, E.- Cesárea (erros de técnica, sequelas). Femina. 7(6): 445-456, Jun., 1979.
- ✓ 6- FOX, G.S. et alii.- Anesthesia for cesarean section: further studies. Am.J.Obstet.Gynecol., 133(1): 15-19, Jan., 1979.
- ✓ 7- GOLLOP, R.T.- Cesárea: indicações e abusos. Rev.Bras.de Pesquisas Med. e Biol., 11(2-3): 185-188, 1978.
- ✓ 8- GONZÁLEZ, H.P. et alii.- Morbilidade materna post-cesarea. Ginec. Obst. Méx., 37(220) : 93-102, Feb., 1975.
- ✓ 9- GRELE, F.C.- Obstetrícia. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1970.
- ✓ 10- IMAZ, F.A.U.- Obstetrícia prática. Buenos Aires, Inter-Médica, 1970.
- ✓ 11- JONES, D.H.- Cesarean section in present-day obstetrics. Am.J. Obstet.Gynecol., 126(5): 521-530, Nov., 1976.
- ✓ 12- LEAVEL, H.R. & CLARK, E.G.- Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1978.

- ✓ 13-LEON, J. e CORNELI, C.- Manobras y operaciones. In: - Manual de Obstetrícia, Buenos Aires, Gumercindo Fernandez, 1967, Cap 11, pag. 863.
- ✓ 14-LEX, A.- Normas gerais das laparotomias. In: - Clínica cirúrgica Alipio Côrrea Neto. São Paulo, Sarvier S/A, 1974. V. 4, cap. 1, item 1, pag. 11-12.
- ✓ 15-MALET, J.M. et alii.- Saúde de Comunidade : temas de medicina preventiva. 2º ed., São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1978.
- ✓ 16-MELLO, C.G.- Saúde e assistência médica no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1977.
- ✓ 17-NETTO, J.M.M.- Anestesia e analgesia. Femina, Rio de Janeiro, 7(6): 842-853, Jun., 1978.
- ✓ 18-PETITTI, D. et alii.- Cesarean section in Califórnia- 1960 . through 1975. Am.J. Obstet. Gynecol., 133(4): 391-397, Feb. 1979.
- ✓ 19-REY, L.- Como redigir trabalhos científicos. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1975.
- ✓ 20-REZENDE, J. de - A operação cesareana. In: - Obstetrícia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1974. cap. 47, pag. 897-931.
- ✓ 21-VIGGIANI, M.G.C. et alii.- Primigesta idosa. J. Bras. Ginec., 87(3): 129-136, Mar., 1979.
- ✓ 22-WEKSLER, N.- Anestesia para partos cesáreos. J. Bras. Ginec., 84(6): 307-309, Dez., 1977.

**TCC
UFSC
TO
0108**

N.Cham. TCC UFSC TO 0108
Autor: Machado Filho, Jos
Titulo: Cesariana : (Levantamento Estat



972802201

Ac. 254243

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM