

GUSTAVO MACHADO VIANA

**AVALIAÇÃO DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES
E INCIDÊNCIA DE CESÁREA NAS
MATERNIDADES PÚBLICAS DA
GRANDE FLORIANÓPOLIS
NO ANO DE 1998.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
1999**

GUSTAVO MACHADO VIANA

**AVALIAÇÃO DAS PRINCIPAIS INDICAÇÕES
E INCIDÊNCIA DE CESÁREA NAS
MATERNIDADES PÚBLICAS DA
GRANDE FLORIANÓPOLIS
NO ANO DE 1998.**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Prof. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Paulo Fernando Brum Rojas

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
1999**

Viana, Gustavo Machado

Avaliação das principais indicações e incidência de cesáreas nas maternidades públicas da grande Florianópolis no ano de 1998 / Gustavo Machado Viana - Florianópolis, 1999.

34p.

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Título em inglês: Estimation of main indication and incidence of cesarean in the public maternities of Florianópolis region in the year of 1998.

1. Cesárea. 2. Incidência. 3. Indicação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sempre presente ao meu lado, sem o qual, nada teria sentido.

Aos meus pais, Lauro Viana e Daura Machado Viana, pois sem o seu carinho e esforço, não teria conseguido chegar até este ponto. Agradeço pelo conforto nos momentos difíceis, que não foram poucos, só superados graças as palavras de incentivo e o apoio que nunca faltou.

Aos meus avós, João Manoel Machado e Rosa Maria Vieira Machado, pela preocupação, amor e zelo nesses anos de caminhada.

Ao Prof. Paulo Fernando Brum Rojas pela amizade, companheirismo e orientação, na idealização e realização deste trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina e, em especial, aos seus professores, responsáveis por minha orientação nesse anos de estudo e formação acadêmica.

À minha tia, Dra Marilane Vieira Machado Pinotti, pela sua ajuda durante todo o meu curso de graduação.

Aos médicos do serviço de obstetrícia do Hospital Universitário e da Maternidade Carmela Dutra pelas opiniões em meu trabalho.

Aos hospitais que abriram suas portas para nos receber e para que pudéssemos por em prática nossos conhecimentos.



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	04
2. OBJETIVO.....	06
3. MÉTODO.....	07
4. RESULTADOS.....	09
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	27
7. REFERÊNCIAS.....	28
RESUMO.....	32
SUMMARY.....	33
APÊNDICE.....	34

1. INTRODUÇÃO

A cesárea gerou nos últimos anos muito interesse e preocupação no meio médico, devido ao seu rápido crescimento a partir da década de 70.

Nos Estados Unidos, na década de 70 o parto cesáreo representava 1 em 20 nascimentos, já na década de 90 essa média elevou-se para 1 em 4 nascimentos¹. Hoje a cesárea tornou-se a cirurgia mais realizada entre mulheres em fase reprodutiva nos Estados Unidos².

Em países desenvolvidos como a Suécia, as taxas de cesárea ficaram em torno de 10-12% na última década³. Neste país as mulheres têm igual acesso aos cuidados obstétricos, e as reclamações quanto ao erro médico são muito baixas quando comparadas aos Estados Unidos³.

Segundo o último censo realizado no Brasil em 1996 e publicado em 1998, nosso país apresenta diferenças marcantes em relação à incidência de cesáreas. A região Norte apresenta uma incidência de 29.4%, a região Nordeste 25%, a região Sudeste 49.2%, a região Centro-Oeste 50.5% e a região Sul 43.5%. Além dessas diferenças regionais, existem diferenças estaduais marcantes nestas regiões⁴.

Se formos procurar uma explicação para a situação atual encontraremos inúmeros fatores envolvidos nesta escalada. Vários são os fatores, desde indicações médicas até exigências maternas, bem como, em alguns casos, a comodidade para o médico. Um grande fator para este aumento que não podemos desmerecer, é o aumento na segurança do procedimento, tanto para a mãe quanto para o feto¹.

Tendo em vista os riscos fetais e maternos aumentados com o parto cesáreo, bem como o aumento nos custos relacionado a esse procedimento,

tornou-se necessário investigar e atuar na redução deste tipo de parto. Entendendo então a magnitude do problema, vimos a necessidade da avaliação da situação na região da grande Florianópolis. Para tanto, julgamos necessário envolver em nosso estudo as três maternidades públicas da grande Florianópolis, que são referência nesse atendimento. Essas maternidades são a do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), a Maternidade Carmela Dutra (MCD) e o Hospital Regional de São José (HRSJ).

2. OBJETIVO

Comparar a incidência de cesárea, bem como analisar suas indicações, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1998, nas maternidades públicas da grande Florianópolis.

3. MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo transversal entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1998.

Foram analisadas as pacientes que se submeteram a cesárea neste período nas maternidades dos seguintes hospitais : Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), Hospital Regional de São José (HRSJ) e Maternidade Carmela Dutra (MCD).

Foram utilizados neste estudo os prontuários médicos das pacientes, estes obtidos através do Serviço de Arquivo Médico, dos respectivos hospitais.

Foi selecionada uma amostragem de 10 prontuários por mês de cada hospital, totalizando 120 prontuários em cada instituição. Estes prontuários foram selecionados de forma aleatória, com substituição daqueles que não preenchiam adequadamente o protocolo, previamente estabelecido. Essa amostragem de 120 prontuários foi estabelecida após análise no programa Epi-info versão 6, onde para esse número de prontuários foi determinado um nível de confiança entre 90 e 95%.

Dentro desta amostragem foram analisadas a incidência de cesárea em cada serviço, além da porcentagem de suas indicações. Quando apareceram mais de uma indicação, estas foram classificadas segundo categorias hierárquicas, baseadas na modificação por Gregory et al.⁵ da classificação tradicional ICD9-CM (*Internacional Classification of Diseases, Clinical Modification, nine edition*) originalmente usada por Taffel et al.⁶ e Anderson e Lomas⁷. Neste trabalho, no entanto, resolvemos fazer mais uma pequena modificação nesta classificação. Quando encontramos mais de uma indicação, sendo uma delas por cesárea prévia, onde foi realizado apenas uma cesárea anterior, achamos melhor

seguir o que havia sido definido por Gregory et al., ou seja, seguir a ordem hierárquica pré-estabelecida. Já quando encontramos duas indicações, sendo uma delas por mais de duas cesáreas anteriores, consideramos a indicação de cesárea prévia. Outra modificação por nós considerada adequada foi classificar cesárea eletiva em “outras” indicações, tendo em vista a ausência de justificativa para esse procedimento.

A classificação ICD9-CM modificada por Gregory et al apresenta a seguinte ordem hierárquica : apresentação pélvica, distócia, sofrimento fetal, “outras”, cesárea prévia, conforme consta na tabela no apêndice 1.

Após a coleta de dados estes foram digitados e analisados no programa Epi-info versão 6, que é o programa estatístico utilizado no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

4. RESULTADOS

Durante 1 de janeiro de 1998 e 31 de dezembro de 1998, período em que concentramos nosso estudo, foram realizados 9838 partos nas três maternidades envolvidas no estudo. Destes 6656 (67,7%) foram partos normais e 3182 (32,3%) foram partos cesáreos.

Na tabela I encontramos a distribuição dos pacientes em relação ao tipo de parto, cesárea ou parto normal, nas três maternidades.

TABELA I – Partos atendidos nas maternidades do HU/UFSC, MCD e HRSJ no período de 01/01/98 à 31/12/98.

MATERNIDADE	HU		MCD		HRSJ	
	N	%	N	%	N	%
Parto Normal	1138	71,93	2960	67,17	2558	66,46
Parto Cesáreo	444	28,07	1447	33,83	1291	33,54
TOTAL	1582	100	4407	100	3849	100

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

Para uma melhor visualização da situação, entendemos ser necessário dividir as indicações de cesárea em três grupos: indicação geral, indicação em primíparas e indicação de uma segunda cesárea. Além disso, analisamos inicialmente as maternidades como um todo, e após isoladamente.

Analisando a tabela II encontraremos as indicações de cesáreas em nosso estudo. Para tal finalidade, nesta tabela organizamos os resultados de forma tal que pudéssemos compará-los de forma regional com os dados da literatura, ou seja, reunimos os dados das três instituições de nosso trabalho como se fossem

uma só. Nesta tabela é encontrado, portanto, uma visão atual da situação em nossa região (grande Florianópolis).

TABELA II - Indicações de parto cesáreo no período de 1/1/98 a 31/12/98.

RESULTADOS	N	%
Distócia	126	35
“Outras”	87	24,2
Sufrimento Fetal	59	16,4
Cesárea Anterior	53	14,7
Apresentação Pélvica	35	9,7
TOTAL	360	100

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

Na Tabela III seguindo o objetivo inicial de nosso trabalho, organizamos as instituições e suas indicações de cesárea em uma única tabela, com isso conseguimos visualizar de forma mais adequada as diferenças entre as instituições.

TABELA III - Indicações de parto cesáreo nas maternidades do HU/UFSC, MCD e HRSJ no período de 01/01/98 a 31/12/98.

MATERNIDADE	HU		MCD		HRSJ	
RESULTADOS	N	%	N	%	N	%
Distócia	40	33,3	35	29,2	51	42,5
“Outras”	31	25,9	27	22,5	29	24,2
Sufrimento Fetal	21	17,5	22	18,3	16	13,3
Cesárea Anterior	18	15	20	16,7	15	12,5
Apresentação Pélvica	10	8,3	16	13,3	9	7,5
TOTAL	120	100	120	100	120	100

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

No quadro 1, tendo em vista a grande contribuição de “outras” indicações, achamos necessária a presença de uma lista com essas “outras” indicações.

Quadro 1 - Relação das indicações classificadas como “outras” nas maternidades do HU/UFSC, MCD e HRSJ no período de 01/01/98 a 31/12/98.

OUTRAS INDICAÇÕES	HU	HRSJ	MCD	TOTAL
Amniorrexis prematura	3	5	2	10
AVC 3º trimestre	1	0	0	1
Condiloma Genital	1	0	0	1
Distúrbio Psiquiátrico	0	0	1	1
DPP	1	2	3	6
Eletiva	0	0	8	8
Gastrosquise	1	0	0	1
Gemelar	3	0	1	4
Herpes Genital + HIV	0	0	1	1
Hidrocefalia	1	0	1	2
Higroma Cístico gigante	0	0	1	1
Malformação renal fetal	1	0	0	1
Oligoâmnio	7	4	1	12
Onfalocele	1	1	0	2
Placenta Prévia	2	0	1	3
Pós datismo	2	2	1	5
RCIU	1	2	1	4
Sangramento	0	1	0	1
Síndromes Hipertensivas	6	12	5	23
TOTAL	31	29	27	87

RCIU: Retardo Crescimento Intra-útero.

DPP: Descolamento Prematuro Placenta

AVC: Acidente Vascular Cerebral

Seguindo nosso estudo, organizamos na tabela IV as principais indicações em pacientes primíparas. Novamente nos pareceu conveniente analisar primeiramente as três maternidades como um todo.

TABELA IV - Indicações de cesárea em pacientes primíparas no período de 01/01/98 a 31/12/98

RESULTADOS	N	%
Distócia	85	49,70
“Outras”	43	25,2
Sufrimento Fetal	30	17,50
Apresentação Pélvica	13	7,60
TOTAL	171	100,00

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

Na tabela V, organizamos as três Instituições e suas indicações para as pacientes primíparas. Assim como na tabela III, achamos que essa divisão contribui para uma melhor visualização da situação.

TABELA V - Indicações de cesárea em pacientes primíparas nas maternidades do HU/UFSC, MCD e HRSJ, no período de 01/01/98 a 31/12/98

MATERNIDADE	HU		MCD		HRSJ	
RESULTADOS	N	%	N	%	N	%
Distócia	29	49,20	22	42,30	34	56,70
“Outras”	16	27,1	13	25	14	23,3
Sufrimento Fetal	11	18,60	12	23,10	7	11,70
Apresentação Pélvica	3	5,10	5	9,60	5	8,30
TOTAL	59	100,00	52	100,00	60	100,00

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

Na tabela VI, organizamos as indicações das pacientes com duas gestações e um parto cesáreo anterior como se fossem realizados em uma única instituição, com o objetivo de se estudar qual a indicação da 2ª cesárea.

TABELA VI - Indicações das pacientes com duas gestações e uma cesárea anterior, no período de 01/01/98 a 31/12/98.

RESULTADOS	N	%
Distócia	13	26,50
“Outras”	13	26,50
Cesárea Anterior	12	24,50
Sufrimento Fetal	7	14,50
Apresentação Pélvica	4	8,20
TOTAL	49	100,00

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

Na tabela VII, as indicações das pacientes com duas gestações e um parto cesáreo anterior foram organizadas de acordo com os dados encontrados nas maternidades do HU/UFSC, MDC, HRSJ.

TABELA VII - Indicações das pacientes com duas gestações e uma cesárea anterior, nas maternidades no período de 01/01/98 a 31/12/98.

MATERNIDADE	HU		MCD		HRSJ	
RESULTADOS	N	%	N	%	N	%
Distócia	4	28,57	1	12,50	8	29,63
“Outras”	3	21,43	1	12,50	9	33,33
Cesárea Anterior	1	7,14	5	62,50	6	22,22
Sufrimento Fetal	5	35,71	0	0,00	2	7,14
Apresentação Pélvica	1	7,14	1	12,50	2	7,40
TOTAL	14	100,00	8	100,00	27	100,00

Fonte: Maternidades HU/UFSC, MCD e HRSJ.

5. DISCUSSÃO

Na atualidade, a cesárea atinge um nível de aperfeiçoamento técnico excelente, com os riscos minimizados pela simplicidade alcançada, além de grande apoio técnico disponível para sua realização.

No mundo tem crescido sua popularidade, muitas vezes justificada pela redução de morbimortalidade materna e perinatal. Contudo, essa associação não justifica tal redução, visto que, as técnicas de apoio para assistência à gravidez, parto e cuidados neonatais também evoluíram de forma impressionante. Outro fator que corrobora com esse dado é que os países onde as taxas de cesárea são baixas, também apresentam níveis baixos de mortalidade materna e fetal⁸.

Quando avaliamos parto normal e cesáreas, em condições maternas iguais, o risco de morte materna é de 2 a 11 vezes maior na cesárea⁸. Petitti (1985), Miller (1988) e Shearer (1993), referem riscos maiores de infecção, embolia, hemorragia, acidentes anestésicos associados à sua realização, com morbidade materna 5 a 10 vezes maior que no parto vaginal.

Observando as taxas de cesárea nos três hospitais (32,3%) vimos que estas estão abaixo das taxas nacionais (40,5%) e abaixo da taxa de cesárea em nosso estado (42,3%), isto segundo os dados do IBGE⁴. Quando comparamos com outros estados brasileiros notamos que as taxas encontradas nos hospitais do estudo são superiores as taxas de alguns estados. No Acre encontramos 20,2%, Alagoas 21,4% no Rio Grande do Norte 26,6%. Isto ocorre, provavelmente, devido a uma menor assistência médica nesses estados, e não a um melhor atendimento de saúde. Já quando comparamos com estados da região Sul e Sudeste, como São Paulo onde a taxa de cesárea é de 50,2%, Rio de Janeiro 49,1%, Paraná 47,3%, vimos que os hospitais do estudo apresentam taxas bem

menores do que as encontradas de um modo geral nesses estados. Quando analisamos o estado do Rio Grande do Sul com 40,2% de partos cesáreo, vimos que este estado apresenta níveis inferiores aos de Santa Catarina 42,3%, mas, mesmo quando comparado a esse estado, os hospitais do estudo estão em situação privilegiada.

Portanto, quando analisamos a nível nacional, os hospitais do estudo estão em uma posição de destaque quanto aos níveis de cesárea, estando, no entanto, muito aquém dos níveis internacionais. Quando avaliamos países europeus vimos que as taxas são mais baixas ficando em torno de 10%, como na Suécia que é de 12%³. Já nos Estados Unidos com 21% de partos cesáreo, segundo dados publicados no New England em 1999, notamos uma menor diferença em relação às taxas encontradas em nosso estudo, estando no entanto muito distante de níveis ideais⁹.

Analisando os três hospitais do estudo, notamos que o HU com 28,07% apresenta taxas menores de cesárea do que o HRSJ (33,54%) e a MCD (33,83%). Um dado favorável é a existência de uma rotina no HU, onde é estabelecido o uso controlado de ocitócitos, bem como o adequado manejo do trabalho de parto. Como exemplo, citamos a utilização de um protocolo para o uso de misoprostol, na indução do trabalho de parto. Apesar de algumas suposições para justificar essa menor incidência encontrada no HU, isto não é o objetivo de nosso trabalho, e portanto necessitaria de uma avaliação mais rigorosa para definir essas diferenças.

Antes de analisarmos as indicações de cesárea nesse estudo, devemos reforçar o fato de que reclassificamos as indicações, conforme modificação no ICD9 previamente comentada. Fizemos isso com o intuito de quantificar a real incidência da indicação “cesárea anterior”, a qual será posteriormente discutida.

A principal indicação nos hospitais de estudo foi distócia com 35%. Nesta indicação vimos uma grande diferença entre a MCD com 29,2% e o HRSJ 42,5%. No HU foram realizados 33,3% das cesáreas por distócia. Comparando com a literatura vimos que distócia é responsável por 30,4% das cesáreas no trabalho de Porreco and Thorp¹. Já em outro trabalho realizado em Glasgow no Queen Mother's Hospital, tiveram 38% de cesáreas por distócia.

Apesar da taxa de 42,5% por distócia estar próximo das encontradas na literatura, notamos um ligeiro exagero nesta indicação. Talvez uma melhor avaliação e um aumento no manejo do parto possa reduzir essa indicação no HRSJ.

Atualmente tem-se observado que a indicação por distócia tem sido a maior responsável pela elevação do número de cesáreas. Muitas vezes esse diagnóstico é feito de maneira equivocada e sem os devidos cuidados. Portanto, é necessário uma adequada avaliação da pelve materna, bem como a realização de uma prova de trabalho de parto, esta sendo bem acompanhada. Após esses cuidados estaremos menos sujeitos a um diagnóstico errado. Não é infrequente o parto vaginal com sucesso após uma cesárea por desproporção céfalo-pélvica (uma das formas de distócia). O diagnóstico de distócia quando supervalorizado torna-se o principal vilão na elevação ou manutenção dos níveis elevados de cesárea.

Distócia é um termo utilizado para retratar as falhas de indução, desproporção cefalo-pélvica, inércia uterina ou malposição. Porém definições precisas dessas causas não podem ser determinadas. Um editorial no British Journal of Obstetric and Gynecology, "The active mismanagement of labor", mostrou que o grande problema com distócia é que realmente não entende-se a fisiopatologia dos problemas de parto¹⁰. Com isso, podemos concluir que o uso

de protocolos para redução de distócia tornam-se parcialmente problemáticos da mesma forma.

Nos últimos 25 anos observou-se um aumento de 3 vezes nos partos operatórios cuja indicação foi distócia, embora, contudo, não tenha ocorrido melhora na evolução materno e fetal¹¹. O aumento da freqüência das intervenções por distócia é devido principalmente à mudanças no manejo do trabalho de parto que ocorreram ao longo do tempo, quando comparada à mudanças no tamanho fetal ou na pelve materna¹¹.

Hoje, tem-se observado que a principal medida para o controle de distócia tem sido o manejo ativo do trabalho de parto, no entanto, isto não é um procedimento recente, tendo sido usado durante vários anos, sendo exaustivamente estudado. Inicialmente o manejo ativo do trabalho de parto foi instituído para encurtar o trabalho de parto de nulíparas¹¹. Depois disso, muitas instituições constataram que o manejo ativo poderia ser utilizado como medida para redução dos partos operatórios por distócia. Este tipo de intervenção começou a ser utilizado em 1960 no “National Maternity Hospital” em Dublin na Irlanda, sendo que após isso, muitas instituições comprovaram a eficácia desse método¹¹. Recentemente, em outro trabalho, não se constatou redução com este tipo de intervenção¹². Nos parece, no entanto, mais interessante e adequado o uso de tal medida, tendo em vista que os estudos a seu favor são muito mais convincentes e numerosos. Portanto, deve ser incentivado e utilizado de maneira adequada, conforme estabelecida nos protocolos, nas instituições do nosso estudo.

Com relação ao uso de ocitocina, ponto central do manejo ativo do trabalho de parto, observou-se que não há nenhuma associação com aumento da freqüência da hiperestimulação uterina, diagnóstico de sofrimento fetal, ou diminuição do Ph arterial umbilical^{13,14}. Outros estudos randomizados que

avaliaram o manejo ativo do trabalho de parto também não mostraram diferenças quanto a evolução neonatal em relação aos grupos controles^{12,15}.

Seguindo a classificação do ICD9, ao agruparmos diversas indicações como “outras” observou-se que essa indicação tornou-se importante, ocupando a segunda maior indicação de parto cesáreo em nosso estudo. Dentro dessa indicação estão diversas intercorrências gestacionais como síndromes hipertensivas, oligoâmnio, amniorrexia prematura, entre outras com menor frequência.

Nesse trabalho encontramos 24,2% como “outras” indicações sendo a segunda principal indicação como já comentado. No HU encontramos 25,9%, na MCD 22,5% e no HRSJ foi encontrado 24,2%, de “outras” indicações. Tendo como base o trabalho de Porreco and Thorp¹, onde foi encontrado 10% das indicações com essas características, ocupando o quarto lugar, notamos que os hospitais do estudo apresentam taxas 2 vezes maiores na média. Uma das justificativas para essa grande prevalência de “outras” indicações é o grande número de encaminhamentos recebidos por esses hospitais por serem referência em uma região de grande abrangência, cobrindo quase todo o estado de Santa Catarina.

O que foi acima comentado, pode ser confirmado quando analisamos o quadro 1, onde são detalhadas essas “outras” indicações. Como pode ser observado existem uma grande miscelânea de indicações. Contudo, nota-se a prevalência das síndromes hipertensivas com 6,4%, oligoâmnio com 3,3%, amniorrexia prematura com 2,8%, estes do total de cesáreas. Outro dado que nos chamou a atenção foi encontrar na MCD 6,7% de cesáreas eletivas, o que será posteriormente comentada.

Como terceira indicação de cesárea encontramos sofrimento fetal, este diagnóstico envolvendo as patologias e intercorrências relacionadas a essa

situação, antes ou durante o trabalho de parto. Vimos que esta é uma indicação que cresceu muito nos últimos anos principalmente devido a modernização das técnicas para avaliação do bem estar fetal. No entanto, devemos nos atentar para o fato de que os métodos de monitorização fetal são sensíveis, porém pouco específicos¹.

No trabalho de conclusão de curso do Dr. Marcio Tomasi, apresentado na Universidade Federal de Santa Catarina em 1997, onde foram estudadas as indicações no HU entre 1995 e 1997, foi encontrada 10,4% de sofrimento fetal como indicação de parto cesáreo¹⁶. Já em nosso estudo esta indicação correspondeu a terceira causa de cesárea, apresentando como média nos três hospitais 16,4%. Encontramos valores semelhantes no HU (17,5%) e MCD (18,3%), e níveis menores no HRSJ (13,3%). Esses índices são semelhantes aos encontrados por Porreco and Thorp (14%)¹. No trabalho realizado entre maio de 1995 e fevereiro de 1996 no Sir Ganga Hospital, Lahore, encontraram como causa de cesárea por sofrimento fetal em 16,33% dos casos¹⁷. Neste hospital do Paquistão como no HU, o método mais empregado para o diagnóstico de sofrimento fetal foi o cardiotocografia, usado naquele hospital em 79% dos casos.

Muito cuidado deve ser tomado na avaliação de sofrimento fetal, tendo em vista a baixa especificidade dos métodos de avaliação empregados, evitando com isso a realização de procedimentos desnecessários, bem como as possíveis complicações maternas e neonatais. Muitas vezes observamos que os recém nascidos com diagnóstico de sofrimento fetal apresentam Apgar 8 e 9, o que nos faz pensar se esse diagnóstico estava realmente correto, pensando-se, portanto, em um diagnóstico equivocado ou pelo menos em uma intervenção prematura.

Em relação a indicação por sofrimento fetal um dos grandes paradoxos encontrados é que se observa com maior frequência cesáreas naquelas mulheres não monitoradas eletronicamente do que naquelas que estão sobre monitoramento¹⁸. Segundo Paul and Miller isto provavelmente é um produto de cesáreas eletivas de repetição¹⁸. Ao nosso ver isso seria uma forma de tentar justificar um procedimento inadequado.

A quarta causa de cesárea, também encontrada nos três hospitais foi por cesárea anterior, apresentando uma média de 14,7%. No HU encontramos 15%, na MCD 16,7% e níveis inferiores no HRSJ, este com 12,5%. Esta indicação tem sido a principal em muitos serviços^{1,18,19}. No trabalho de Porreco and Thorp os partos cesáreos por cesárea anterior corresponderam à 39%¹.

Em nosso trabalho encontramos níveis menores de cesáreas por cesáreas prévias, visto que nos preocupamos em reavaliar as indicações e reclassificá-las segundo o ICD9, conforme citado no início do trabalho. Portanto, achamos que os níveis por nos encontrados representam com maior fidelidade a realidade dessa indicação.

Cesáreas indicadas por existência de cesáreas anteriores entram no grupo das cesáreas mal justificadas, apresentando riscos para a mãe, sem vantagens para o feto, podendo até ameaçar-lhe a segurança⁸. Parece que o aumento exponencial da cesárea tem como base importante as cesáreas absolutamente não justificadas. Neste grupo de indicações estão as cesáreas com hora marcada, com o objetivo de atender a comodidade e conveniência da mãe e/ou do obstetra⁸.

Tem-se constatado que mais de um terço das cesáreas ocorrem como resultado direto de um parto cesáreo anterior¹⁸. Hoje essa é a realidade encontrada nos Estados Unidos²⁰.

O parto vaginal pós cesárea tem sido tópico de discussão de muitos serviços médicos, onde há o interesse de reduzir o número de cesáreas¹⁸. Em muitos países tem se observado a estabilização e o declínio do parto cesáreo, e parte desse declínio é justificado pelo incentivo ao trabalho de parto e ao conseqüente sucesso atingido com o parto vaginal pós cesárea.

Devido a esse grande aumento no número de cesáreas, o “Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth” em 1980 concluiu que o parto vaginal após uma cesárea prévia, cuja incisão tenha sido transversa no segmento, era segura e uma opção aceitável²⁰. Seguindo a mesma linha de pensamento, o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) através de um boletim acerca de parto vaginal pós cesárea (VBAC) de 1998, concluiu que “todas mulheres com uma cesárea prévia cuja incisão tenha sido transversa baixa são candidatas a VBAC e devem ser aconselhadas quanto à VBAC e oferecido o trabalho de parto²⁰. Portanto a segurança do parto vaginal pós cesárea tem sido um consenso para muitos autores, sendo que os benefícios do trabalho de parto superam os riscos na maioria das mulheres²⁰.

Em sua revisão de VBAC, Martins²¹ listou o sucesso de aproximadamente 20000 pacientes com cesárea prévia que entraram em trabalho de parto, em diferentes estudos entre 1987 e 1994. O sucesso do parto vaginal nestes estudos variou entre 75% e 82%, com uma taxa de ruptura uterina entre 0,2% a 0,8%. Em geral, o sucesso de um trabalho de parto é maior naquelas mulheres que tiveram um parto cesáreo prévio por apresentação pélvica e naquelas mulheres que tiveram um parto vaginal com sucesso anterior²⁰. Apesar de haveram variações conforme história obstétrica prévia da paciente, a chance para o sucesso de VBAC é maior que 50% em qualquer uma das seguintes situações : desproporção céfalo-pélvica anterior, apresentação pélvica anterior, mais de uma

cesárea prévia, uso de ocitocina, parto anterior demorado evoluindo com cesárea²⁰.

Muitos médicos não tem noção do real impacto causado pelo grande número de cesáreas realizadas. Dados de 1994, nos Estados Unidos, indicam que 12 a 14% das mulheres admitidas por trabalho de parto tem uma cicatriz uterina por parto cesáreo prévio²². Devemos atentar para o fato de que o número de mulheres com cicatriz uterina é muito maior, tendo em vista que muitas mulheres não voltam mais a gestar.

Aparentemente, a prática de cesáreas eletivas repetidas, tendo como indicação “uma cicatriz uterina” foi um dos fatores que mais contribuíram para o aumento do número de cesáreas nas últimas décadas. Hoje essa situação tem diminuído na maioria dos países desenvolvidos, enquanto permanece prática freqüente em países onde o sistema de saúde é falho, como é o caso do Brasil. Esse é apenas um dos fatores responsável pela manutenção de taxas altas de cesárea e em muitos casos pela sua ascensão. Em nosso país, no entanto, não devemos generalizar, visto que são encontrados inúmeros centros de referência com tecnologia de alto nível, além de interesse nesse assunto.

É necessário, portanto, orientar as pacientes sobre as vantagens do parto vaginal (menor hospitalização, menores riscos maternos, menores riscos fetais) e procurar incentivá-las para esse tipo de parto. Devemos levar em conta os riscos quando as pacientes apresentam mais de duas cesáreas anteriores, onde o risco de ruptura uterina é cerca de três vezes maior quando comparado ao risco de apenas uma cesárea anterior²³. A literatura cita que menos de 1% das mulheres que realizam trabalho de parto, pós cesárea terão uma ruptura uterina, porém quando realizada intervenção cirúrgica, nestes casos graves, poderá se obter bons resultados¹⁸.

“Uma vez cesárea, sempre cesárea”; essa frase tornou-se conhecida em todo o meio médico, e durante muito tempo tendo sido uma regra absoluta. No entanto nos últimos anos, estamos nos deparando com uma nova realidade : “Uma vez cesárea, um trabalho de parto sempre deverá preceder uma segunda cesárea, exceto em circunstâncias não usuais”²⁴. Revisando a literatura vimos que o parto vaginal pós cesárea pode ser atingido com segurança em mais de 70% dos casos^{21,23,25}.

A quinta indicação de cesárea foi apresentação pélvica com 9,7%, quando avaliada a média nos três hospitais. Quando avaliamos os Hospitais separados vimos que esta indicação é a quinta no HU com 8,3% e na MCD com 13,3%. No HRSJ essa indicação ocuparia o sexto lugar se observássemos as indicações isoladas, tendo em vista que essa indicação correspondeu à 7,5%, ficando abaixo das síndromes hipertensivas com 10,0%. Porém segundo o ICD9 a indicação por síndromes hipertensivas é classificada como “outras”, agrupado a uma série de outras intercorrências.

No trabalho “Cesarean birth : How to reduce the rate” foi encontrado 11,7% das cesáreas por apresentação pélvica². No trabalho de Porreco and Thorp essa indicação correspondeu à 9%¹.

Em mulheres multíparas, com partos vaginais prévios, feto à termo, apresentação pélvica, feto pesando menos de 3500g, pode-se realizar parto vaginal em mãos adestradas²⁶. Um grande dado que deve ser indagado e levado em conta é o peso dos recém nascidos anteriores. Esse dado nos fornece uma idéia muito importante em relação aos diâmetros pélvicos, e, portanto, poderemos pensar em uma possível complicação por distócia, a qual será muito grave nesse caso.

Estudos demonstram que o risco de asfixia intra parto, Ph no sangue do cordão inferior a 7.2, Apgar menor que 7, mortalidade perinatal, ou seqüelas de

trauma não são maiores em recém-nascido de parto pélvico atendido por parto vaginal do que aqueles onde a cesárea é utilizada^{27,28,29}. Estes dados são válidos quando as mulheres atendidas estão dentro dos padrões inicialmente comentados. Quando esses parâmetros não são levados em conta, os riscos do parto pélvico via vaginal são maiores³⁰.

Devemos levar em conta o fato de que o parto pélvico via vaginal não deve ser realizado em maternidades pequenas, e sim em instituições de maior porte e experiência obstétrica, pois este exige habilidade do obstetra, e, principalmente competência técnica³⁰.

Em instituições que apresentam condições de atender a esse tipo de situação seria conveniente que existisse uma normatização, para auxiliar os médicos nas decisões das vias mais adequadas a serem usadas em cada situação. Desse modo, a justificativa muitas vezes utilizada pelos obstetras para a realização de uma cesárea: “ O hospital tem anestesista, não vou assumir os riscos sozinho.”, não mais teria razão, tendo em vista que esse profissional teria disponível um protocolo para embasar a sua decisão.

A tabela IV nos mostra as indicações em 171 pacientes (47,5% do total). Notamos, portanto, que cerca da metade das pacientes atendidas nestas maternidades são primíparas, cuja principal indicação foi distócia, sendo responsável por quase metade dos partos cesáreos nestas pacientes. Podemos notar também que as outras indicações não estão tão diferentes em relação às indicações gerais listadas na tabela II. Quando comparamos a tabela II e a tabela IV vimos que a diferença na indicação de distócia se deve à indicação por cesárea anterior, existente na tabela II. Isso reforça o que havia sido comentado, ou seja, distócia representa tanto em nosso estudo quanto na literatura a principal indicação de cesárea. Assim, como comentado em relação a tabela II,

analisando as “outras” indicações podemos constatar que as principais intercorrências envolvidas foram síndromes hipertensivas e oligoâmnio.

Na tabela V não notamos grandes diferenças entre as três maternidades, e esse dado é de importância quando pensamos em medidas para redução de cesárea, ou seja, as medidas propostas com este objetivo certamente serão aplicáveis nessas maternidades. Um dado que nos chamou a atenção foi que dentro dos 17,3% de “outras” indicações na MCD, 5,8% se devem a indicação por cesárea eletiva, sendo um procedimento não justificado segundo Faúndes e Silva⁸.

Na tabela VI encontramos as indicações em pacientes com 2 gestações e 1 cesárea anterior, onde 49 pacientes (13,61% do total) se enquadram nessas características. As principais indicações para essas pacientes foram distócia (26,5%), “outras” (26,5%), cesárea anterior (24,5%), sofrimento fetal (14,3%), apresentação pélvica (8,2%). Nesta tabela o que podemos notar é um excesso de indicação por cesárea anterior, como já foi comentado neste trabalho isso hoje é considerado como uma indicação mal justificada.

Já na tabela VII quando comparamos as três maternidades, levando em conta essas mesmas características, podemos notar que na MCD a indicação por cesárea anterior foi realmente excessiva, atingindo 62,5%. No HRSJ também encontramos níveis elevados (22,22%). A indicação de distócia foi semelhante no HU e no HRSJ, e um pouco menor na MCD. Quando analisamos sofrimento fetal encontramos no HU 35,71% das indicações neste grupo particular, o que nos faz pensar também em um diagnóstico super valorizado. Em relação as outras indicações não observamos uma disparidade tão acentuada.

Com a realização desse trabalho chegamos à conclusão de que o primeiro passo para controlar os procedimentos em uma instituição é através da manutenção precisa e atualizada das estatísticas. Esse dado é de importância

fundamental, pois só com ele é que as instituições médicas poderão avaliar sua situação, além de controlar os resultados obtidos com as futuras medidas tomadas em prol da redução desses procedimentos.

6. CONCLUSÃO

A porcentagem de parto cesáreo nas três maternidades no período de 01 de janeiro de 1998 à 31 de dezembro de 1998 foi de 32,3% (3182) de um total de 9838 partos. Encontramos 28,07% (444) de partos cesáreos no HU de um total de 1582 partos, na MCD encontramos 33,83% (1447) de um total de 4407 partos, e no HRSJ encontramos 33,54% (1291) de um total de 3849 partos.

As principais indicações encontradas nessas maternidades, bem como suas frequências médias foram : distócia 126 (35%) pacientes; “outras” 87 (24.2%) pacientes; sofrimento fetal 59 (16.4%) pacientes; cesárea anterior 53 (14.7%) pacientes e apresentação pélvica 35 (9.7%) pacientes.

7. REFERÊNCIAS

1. Porreco R P, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: trends, causes, and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:369-74.
2. Woolbright LA. Why is the cesarean delivery so high in Alabama? An examination of risk factors, 1991-1993. *Rev Birth* 1996 março, 23(1):20-5.
3. Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height and weight. *Obstet Gynecol* 1998; 92:501-6
4. IBGE. Síntese de indicadores sociais 1998. Rio de Janeiro, 1999. p.54
5. Gregory KD, Henry OA, Gellens AJ, Hobel CJ, Platt LD. Repeat cesareans: how many are elective? *Obstet Gynecol* 1994; 84:574-8.
6. Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL. Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. *Am J Public Health* 1987; 77:955-9.
7. Anderson GM, Lomas J. Determinants of the increasing cesarean birth rate. *N Engl J Med* 1984; 311:887-92.
8. Faúndes A, Pinto e Silva JL. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. *Femina*, set 1998; 26(8):669-73.

9. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *N Engl J Med* 1999; 340:54-7.
10. Olah GH. The active mismanagement of labour. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103:729-31.
11. Peacemam AM, Socol ML. Active management of labour. *Am J Obstet Gynecol*, 1996; 175(2):363-9.
12. Frigoletto FD, Leberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995; 333:745-50.
13. Akoury HA, MacDonald FJ, Brodie G, Caddick R, Chaudhry NM, Frize M. Oxytocin augmentation of labor and perinatal outcome in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1991; 78:227-30.
14. Thorp JA, Toyman PC, Parisi VM, Heslin EP. Effects of high-dose oxytocin augmentation on umbilical cord blood gas values in primigravid women. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159:670-5.
15. Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Socol ML. A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med* 1992; 326:450-4.
16. Tomasi M. Porcentagem e indicações de cesariana na Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. [Trabalho de Conclusão de Curso] - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

17. Najmi, RS. Justification of caesarean section for fetal distress. *JPMA*, 1997; 47(1):250-2.
18. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1903-11.
19. Clark SL, Xu W, Porter F, Love D. Institutional influences on the primary cesarean section rate in Utah 192 to 1995. *Am J Obstet Gynecol*, 1998; 179(4):841-5.
20. Mastrobattista JM. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26(2):295-304.
21. Martins ME. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol* 1996 Mar; 23(1):141-53.
22. Gabay M, Wolfe SM. Unnecessary cesarean sections: curing a national epidemic. Washington: Public Citizen Publications, 1994.
23. Miller DA, Diaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84:255-8.
24. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol*. 1991; 77:465-7.
25. Flamm BI, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadix G. Elective repeat cesarean delivery versus a trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83:927-32.

26. Lindqvist A, Norden-Lindeberg S, Hanson U. Perinatal mortality and route of delivery in term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997; 104(11):1288-91.
27. Albrechtsen S, Rasmussen S, Reigstad H, Markestad T, Irgens LM, Dalaker K. Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 177(3):586-92.
28. Petitti DB. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clin Obstet Gynecol*, 1985; 28(4):763-9.
29. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med*, 1993; 37(10):1223-31.
30. Paul RH, Phelan LP, Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol*, 1985; 151:297-304.

RESUMO

Após a década de 70, a cesárea apresentou um rápido crescimento, e isto tem gerado grande preocupação e interesse no meio médico. Tendo em vista a magnitude desse problema e os possíveis prejuízos que possam ocorrer com o uso inadequado da cesárea, esse estudo tem por objetivo estabelecer a real situação deste procedimento na região da grande Florianópolis. Para tanto realizou-se um estudo retrospectivo nas maternidades do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, na Maternidade Carmela Dutra e no Hospital Regional de São José no período de 01 de janeiro de 1998 à 31 de dezembro de 1998. Foram analisados a porcentagem de parto cesáreo, bem como suas indicações. Ocorreram neste período, 9838 partos, sendo que 6656 (67,7%) foram partos normais e 3182 (32,3%) foram cesáreas. As indicações encontradas foram: distócia (35%), “outras” (24,2%), sofrimento fetal (16,4%), cesárea anterior (14,7%) e apresentação pélvica (9,7%). O conhecimento destes dados é de fundamental importância, pois somente com essa informação é possível estabelecer medidas de controle, bem como avaliar a eficiência de tais medidas.

SUMMARY

After 70's decade, the cesarean presented a fast increasing, and this has generated a great worry and interest in medicine environment. According to the extension of this problem and possible harms that can happen with the inadequate use of cesarean, this study has the objective to establish a real situation of this procedure in Florianópolis region. Therefore, it was held a retrospective study in the maternity of Federal Hospital University of Santa Catarina, Carmela Dutra Maternity and São José Regional Hospital, from 1st of January, 1998 to 31st of December, 1998. It was analyzed the percentage of cesarean childbirth, as well as its indications. It happened in this period, 9838 childbirth, being that 6656 (67,7%) were normal childbirth and 3182 (32,3%) were cesareans. The indications were: dystocia (35%), "others" (24,2%), fetal suffering (16,4%), previous cesarean (14,7%) and pelvic presentation (9,7%). The acquirement of these data is very important, because only with this information is possible to establish control measures, as well as to evaluate the efficiency of such measures.

APÊNDICE 1 - TABELA I

TABELA I - Indicação para cesárea repetida: Sistema Clínico e Tradicional do ICD-9

Indicação	Descrição/Comentários	Sistemas de Códigos do ICD-9
Apresentação Pélvica Distócia	<ul style="list-style-type: none"> - Supera todos os outros códigos - Desordens de evolução - Falência no uso de fórceps - Falha de indução - Falência do trabalho de parto 	652.2 __ 653.2__ (Desproporção) 660.2__ (Trabalho de parto obstruído) 661.2__ (Exceto 661.3) (Anormalidade das forças de trabalho de parto) 662.2__ (Trabalho de parto prolongado)
Sofrimento fetal	<ul style="list-style-type: none"> - Antes ou durante o trabalho de parto - Prolapso de cordão 	656.3 (Sofrimento fetal)
Outras	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta prévia - Má apresentação (excluído apresentação pélvica) - Retardo no crescimento fetal - Vírus Herpes Simplex - Macrosomia - Diabetes Mellitus - Desordens hipertensivas - Corioamnionite - Cesárea anterior clássica - Ruptura uterina prévia - Miomectomia prévia envolvendo a cavidade endometrial - Outras condições maternas 	Todos os outros códigos exceto 654.2 __ (Cesárea prévia)
Cesárea repetida eletiva	<ul style="list-style-type: none"> - Excluindo 1 – 4 acima - Rejeição ao trabalho de parto - Sem outra especificação (provavelmente eletiva) 	654.2 _ (Cesárea prévia sem outra especificação)

ICD-9 = International Classification of Diseases, Clinical Modification, 9th edition.

**TCC
UFSC
TO
0284**

N.Cham. TCC UFSC TO 0284
Autor: Viana, Gustavo Mac
Título: Avaliação das principais incidên



972812847

Ac. 254414

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM